

INDSATS FOR BØRN I KRISE- OG KATASTROFESITUATIONER

Louise Svendsen

on and similar papers at core.ac.uk

provided by Tidsskrift

kognitive beredskab er ikke færdigudviklet, de har begrænsede copingstrategier og resilience, og deres grundlæggende antagelser om livet er umodne og lette at ryste. En stabil og forudsigelig dagligdag, psykosocial stimulering samt beskyttende omsorgspersoner er afgørende for børns trivsel; og det er disse ting, der bryder sammen i katastrofesituationer. Børn udsat for traumatiske hændelser samt depriveret opvækst vil fejludvikles og mærkes for resten af livet. Nødhjælpsprogrammer bør være direkte rettet mod børnene, såvel som deres primære og sekundære netværk. Generelt er det lettest at styrke resilience og reetablere en hverdag ved akutte katastrofer. Det er sværere at hjælpe under kroniske kriser, når de fundamentale trusler og problemer ikke står til at ændre. Her kan programmerne alene give lettelse og bedring af vilkår i hverdagen. Interventionen kan være overvejende klinisk eller psykosocial, ligesom den kan være rettet mod enkeltpersoner eller grupper. Vægtningen i det enkelte program afhænger af behov, kontekst og politiske prioriteter. Et program bør bestå i en kortlægning af problemer og behov, opbygningen af et samarbejde med lokale partnere og medarbejdere og et tæt samarbejde om udviklingen af intervention. Psykologien kan dels støtte forskellige clusterprogrammer i at inkorporere psykosociale aspekter, dels er den fundamentet for udformningen af mental health og psykosociale programmer.

1. Introduktion

Det er almindeligt kendt, at børn og kvinder er særligt udsatte i krise- og katastrofesituationer. I det følgende vil der blive redegjort for, hvorledes børn reagerer på kriser, samt hvorfor de er særligt udsatte, sårbare og derfor bør betænkes selvstændigt i nødhjælpsprogrammer. Fundamentet for nødhjælp henvendt til børn og deres omsorgspersoner vil blive gennemgået med særlig vægt på psykologiens rolle herfor; både når det gælder de generelle nødhjælpsprogrammer og de særlige mental health og psykosociale

programmer. Forskellen på at intervenere i akutte henholdsvis kroniske katastrofesituationer vil blive berørt, og der vil blive præsenteret konkrete eksempler på internationale programmer.

2. Børn er mere end blot små voksne – deres særlige behov

I krise- og katastrofesituationer adskiller børns situation og behov sig fra de voksnes, hvorfor børnene har behov for særlige programmer henvendt til dem og deres netværk, som danner grundlag for sikring af deres fortsatte hverdag. Når de mange organisationer rykker ind i forbindelse med såvel langstrakte som akutte kriser, kan man let risikere, at indsatsen ikke i tilstrækkelig grad omfatter og målrettes børnene i området. Det er ikke så underligt, idet børn jo normalt er knyttet til voksne, som får assistance, hvorved nødhjælpen indirekte kommer børnene til gode. Men den generelle nødhjælp til voksne er ikke nok til at dække børns særlige behov, ligesom ikke alle børn i katastrofesituationer er knyttet til voksne. Der kan være børn, der som konsekvens af den aktuelle krise, det være sig hiv/aids, væbnede konflikter eller en naturkatastrofe, ingen voksne har, eller er forbundet til slægtninge, som de ikke er knyttet til, eller som blot ikke udviser det samme voksenansvar over for dem, som deres forældre ville have gjort. De forældre, der endnu er sammen med deres børn, er typisk så berørte af den aktuelle krise, at de ikke er i stand til at varetage børnenes aktuelle behov. Hertil kommer de grupper af børn, som allerede forud for krisen havde særlige behov grundet fysiske og psykiske handicap, tidligere pådragede skader, børn anbragt på institutioner, samt børn vokset op i fængsler. At vi udsendte skal have in mente, at børn ikke alene dækkes via generelle programmer målrettet den voksne befolkning, er særlig vigtigt, idet børn er en gruppe med ringe indflydelse, hvis behov let bliver tilsidesat og negligeret, ligesom deres røst let drukner i mængden.

2.1 Børns reaktioner på kriser og traumer

Det følgende belyser børns mest almindelige reaktioner på kriser. Der er tale om en overordnet gennemgang, i modsætning til en fuldstændig og systematisk redegørelse for alle aldersgrupper, hvilket vil være for omfattende i dette regi.¹ Beskrivelse af tiltag til at afhjælpe problemer og støtte børnene vil ske i senere afsnit.

Børn i verdens brændpunkter udsættes dels for akut opståede potentielt traumatiserende situationer som for eksempel fysiske og seksuelle overgreb, natlige skyderier eller overværelse af familiemedlemmers bortførelse eller

1 For mere detaljerede redegørelser jf. Atle Dyregrov. Afsnittet baserer sig på Atle Dyregrov, John Ehrenreich, Jose Evelyn, Barbara Laumont, Michael Rutter og Ronnie Janoff-Bulman.

død. Men de er dog i endnu højere grad eksponeret til langvarig og kontinuerlig stress grundet et dagligt liv med mange konstante og potentielle trusler, som alene effektueres lejlighedsvis, såvel som mangelfulde levevilkår, der giver en akkumuleret stressbelastning og indebærer forskellige former for deprivation.

Med dette in mente kan vi nu vende os mod reaktionerne hos børn, der befinder sig i den ovenfor beskrevne situation. Når vi taler om kriser, er børns reaktioner tæt knyttet til graden af eksponering over for de kritiske hændelser og aktuelle tilstande samt deres voksnes reaktioner. Jo mere fattede og velregulerede de voksne reagerer, des mere ro vil dette overføre til barnet. Dette skyldes, at børns evne til selvregulering er mindre end voksnes. Hertil kommer, at børn ligesom voksne reagerer på oplevelser, hvor de har oplevet intens angst, frygtet for eget eller andres liv og helbred, oplevet voldsomme dødsfald samt følt sig magtesløse og uden handlemuligheder.

Grundlæggende afhænger det enkelte barns reaktioner af følgende faktorer:

- eksponering til og perception af den aktuelle oplevelse
- graden af oplevet kontrol og handlemuligheder i den kritiske situation
- personlighed og resilience
- tidligere oplevelser og erfaringer
- eksisterende copingstrategier
- netværk og støtte

Hvad, barnet udsættes for, er ikke en objektiv målbar størrelse, der forlods determinerer dets reaktioner. Afgørende er oplevelsens indtryk og karakter, altså hvorledes den enkelte perciperer, regulerer og kognitivt bearbejder det oplevede. Ydre objektive målbare karakteristika siger ikke noget om, hvorledes det enkelte barns oplevelse er. Det er bearbejdningen af oplevelsen, der er alt afgørende for barnets eftervirkninger og reaktioner. I afdækningen af reaktioner kan det være en hjælp at huske på, at de fleste følgevirkninger kan kategoriseres under en af følgende grupper:

- kognitive reaktioner
- emotionelle reaktioner
- adfærdsmæssige reaktioner
- somatiske reaktioner

Typen af følgevirkninger afhænger i høj grad af modenhed og alder. At have opdelingen for øje kan være en hjælp i afdækningen af reaktioner, så man

kan sikre en systematisk gennemgang af de potentielle forstyrrelser, som typisk ses efter eksponering til en overvældende hændelse.²

2.1.1. Reaktioner i forbindelse med eller umiddelbart efter hændelsen samt i de første døgn

I forbindelse med akutte hændelser vil et barn (og for den sags skyld også mange voksne) være præget af en udbredt vantrø eller følelse af uvirkelighed; skete det her faktisk? Hvis jeg lægger mig til at sove, så er det hele nok væk, når jeg vågner op igen. Måske skulle jeg knibe mig i armen? Nej, det virkede ikke....Omfanget af katastrofen og dens konsekvenser synes vanskelige at fatte, begribe og overskue. Dette bliver ikke lettere, når man er et barn med begrænset sprog, begrænset kognitiv kapacitet og få års livserfaring at forstå det oplevede ud fra. I kølvandet på denne uoverskuelige situation følger let forvirring og frygt. Manglende overblik, manglende handlemuligheder og manglende mening med hændelsen danner den perfekte grobund herfor. Desuden kan barnet være usikker på, om der på ny vil ske noget forfærdeligt, om flere familiemedlemmer vil forsvinde og så videre. Hertil kan føjes, at alle de kendte rytmer og rutiner fra hverdagen, al forudsigelighed og genkendelighed er væk, samt at mange forældre, hvis de da fortsat er sammen med deres børn, også reagerer på hændelsen og derfor har begrænset overskud til at varetage børnenes behov endsige signalere, at alt igen er under kontrol; forhold, der blot øger usikkerheden hos barnet.

Børn vil i forbindelse med kritiske hændelser og i belastende situationer på egen vis forsøge at skabe mening i kaos og genvinde kontrol over deres liv. Således har vi alle nogle medfødte reaktioner, der tjener til at sikre vores overlevelse og coping med voldsomme og overvældende oplevelser såvel som langvarige stressbelastninger. Børn er dog hæmmet af, at de grundet deres begrænsede erfaringer og kognitive beredskab lettere overvældes af begivenhederne og har sværere ved at få overblik over og fatte dem, ligesom deres handlerepertoire typisk er mere begrænset og mindre udviklet end voksnes. Nyttige strategier, set hos børn i kritiske situationer, er at kommunikere med andre, tilkalde hjælp og advare, tage sig af og beskytte andre for eksempel yngre søskende, samt at lukke omverdenen og dens realiteter ude og i stedet tænke på gode minder, betydningsfulde andre eller blot lade fantasien føre én andetsteds hen. I kølvandet på at finde en mening med det skete, kommer ofte spørgsmålet: Hvorfor netop mig og mine? Ligeledes vil mange børn søge efter mulige varsler, som er indtruffet i tiden op til kata-

2 Kognitive reaktioner er blandt andet hukommelsesvanskeligheder, invaderende tanker og manglende koncentration. Emotionelle reaktioner kan være angst, tristhed, vrede og svingende humør. Adfærdsmæssige reaktioner kan være øget afhængighed af eller afvisning af de voksnes hjælp, passivitet og manglende initiativ. Somatiske reaktioner knytter sig til kropslige gener og kan vise sig som hovedpine, søvnforstyrrelser, smerter og spændinger.

strofen; ofte er der tale om daglige hændelser, som pludselig tillægges ny og meget stor betydning.

2.1.2. Reaktioner i de første uger og måneder

I tiden efter katastrofens akutte fase vil noget af den umiddelbare forvirring og choktilstand typisk lægge sig, og børnenes reaktioner gradvist ændre karakter. Reaktioner er i højere grad sammenlignelige med dem knyttet til de langvarige stresssituationer. Præcis hvordan, den enkelte reagerer, er individuelt og afhænger af personlighed og modenhed. Desuden spiller alderen også ind.

Mange børn reagerer med fortsat bekymring, frygt og angst, som får dem til at agere mindre selvstændigt end vanligt og udtrykke større behov end normalt for at være i nærheden af deres primære voksne. Angst for adskillelse og en udtalt 'klyngende adfærd' hos de yngre børn er således almindelig. Ligeledes er det normalt at være hypersensitiv og overreagere på forskellige stimuli samt at være mere grådlabil og pylret end vanligt. Særligt stimuli associeret til katastrofen og aktuelle daglige trusler kan give overreaktioner og fornyet angst, da de kan forårsage flashbacks eller give næring til frykten om, at katastrofen er ude igen, vil gentage sig, eller noget andet forfærdeligt vil ske. Således kan lugte, smag, lyde, farver, kropslig stimulering eller andet sensorisk, som minder om den oprindelige eller efterfølgende hændelser, have en stor og utilsigtet negativ effekt. Dette kan hos barnet føre til såvel et øget arousal niveau som udviklingen af en uhensigtsmæssig acting-out-adfærd eller undgåelsesadfærd.

Det er almindeligt med vedholdende erindringer om det skete for eksempel i form af tanker, billeder, film, der kører på nethinden, lyde eller spekulationer ved sovetid, hvor alt andet er roligt. Mange børn får søvnvanskeligheder enten i form af indsovningsproblemer, mareridt eller afbrudt søvn. Der er tale om, at barnets tankeverden ufrivilligt bliver invaderet af erindringer eller katastrofe-fantasi-tanker. Ofte holder barnet disse tanker for sig selv for ikke at bekymre andre. Nogle af de naturlige måder, hvorpå de mange indtryk kan komme til udtryk, er gennem drømme og mareridt samt for børn op til teenagealderen tegninger og leg. Disse giver barnet mulighed for naturlig heling ved, at det får sat ord på sine tanker og følelser, udlever sine fantasier om for eksempel hævn, bearbejder og omformer begivenhederne, så det opnår en større grad af kontrol over hændelsen, end det var tilfældet, da den fandt sted, ligesom det giver mulighed for at give de potentielt forfærdelige oplevelser anderledes og mere ønskværdige og håndterbare afslutninger. Indimellem ses drømme eller mareridt samt hos de yngre gentagelseslege, der tilsyneladende ikke giver forløsning, men snarere holder barnet fast i dets traume og øger dets spændingsniveau. Sådanne tilstande er uhensigtsmæssige for barnet.

Det er ikke usædvanligt, at barnet føler skyld over det skete, som om noget, det gjorde, var en udløsende årsag, eller at det overså nogle varsler, så

det kunne have afværget katastrofen. I situationer, hvor andre er døde, bliver dette ofte forstærket med en særlig skam over ikke at have gjort mere for at redde dem eller forhindre katastrofen, ligesom der let opstår skyld over at leve, når andre ikke overlevede.

Det er almindeligt ved tab af familiemedlemmer, kæledyr, ejendele, bolig og daglige gøremål og aktiviteter som skolegang og fritidsinteresser, at børn reagerer med tristhed, savn og længsel. I kontakten til voksne og jævnaldrende vil de ofte ændre adfærd, og enten trække sig fra kontakten eller reagere med en udadreagerende antisocial adfærd, så de andre børn tager afstand fra dem. Dette bliver af de voksne let tolket som om, barnet er blevet flabet og uopdraget. De lidt ældre børn kan også reagere med at udvise manglende autoritetstro og lydighed over for voksne, hvilket vanskeliggør uddannelse. Ligeledes har de typisk besvær med at styre opmærksomheden, koncentrere sig og huske, hvilket går ud over deres indlæringssevne og dermed skolegang. Problemer med sensorisk perception kan forårsage yderligere indlæringsvanskeligheder.

Ofte har børn som følge af overvældende potentielt traumatiske oplevelser og langvarige stressbelastninger også somatiske symptomer som hovedpine, mavepine, muskelspændinger, dårlig fordøjelse, manglende appetit, kløen eller andre allergilignende reaktioner samt nedsat immunforsvar. For de mindre børn er det også almindeligt at begynde at tisse i sengen eller lave i bukserne, selv om de for længst er ovre dette stadie. Generelt kan man, især hos de lidt yngre børn, i perioder se funktionstab eller funktionsnedsættelse, som almindeligvis fortager sig med tiden. I sit arbejde med at forstå psykosomatiske reaktioner er det væsentligt ikke at komme til at overse reelle somatiske lidelser. Således er det en god ide at alliere sig med en læge eller anden sundhedsperson og altid sørge for, at det psykologiske arbejde suppleres med en grundig somatisk udredning i de situationer, hvor barnet klager over kropslige gener.

En væsentlig ting ved børns reaktioner efter kriser er, at de veksler i deres adfærd, så de det ene øjeblik kan virke kede af det og påvirkede og det næste lege tilsyneladende glade og normale. Denne evne til at 'holde pause' fra krisen er en sund reaktion, som er særligt udtalt hos børn, sammenlignet med voksne i krise.

2.1.3. Bristede antagelser – at miste troen

De fleste børn har en klippefast tro på livet. De vigtigste grundantagelser hos sikkert tilknyttede børn er:

- *omnipotens*: jeg har kontrol over min verden og mine omgivelser
- *verdens centrum*: min mor og far elsker mig, og jeg er det vigtigste i deres liv
- *forudsigelighed*: livet er forudsigeligt, jeg kan planlægge og påvirke, hvad der skal ske i fremtiden
- *godhed*: livet er grundlæggende godt og positivt

- *mening*: livet er meningsfyldt, og hændelser kan forklares
- *tryghed*: jeg er sikker og tryk, ubehagelige ting sker ikke for mig
- *forældrebeskyttelse*: mine forældre kan beskytte mig og sørge for, at jeg har det godt
- *forældrestyrke*: mine forældre er uovervindelige og udødelige

Når katastrofen rammer, bliver vores grundantagelser rystet, hvad enten vi er børn eller voksne. Men for børn kan chokket synes større, idet de fundamentale livsantagelser forud for katastrofen kan være langt mindre realistiske end de voksnes, og gabet imellem grundantagelser og virkelighed synes så meget desto større. Ligeledes har børn sværere ved kognitivt at bearbejde de voldsomme erfaringer og få opbygget nye konstruktive antagelser om livet. I arbejdet med børn er det vigtigt at have for øje, at genetableringen af grundantagelserne er et vigtigt skridt på vej til heling.

2.2. Når katastrofen rammer – akutte og langvarige katastrofesituationer

Efter den ovenstående gennemgang af børns reaktioner i krisesituationer, hermed en belysning og eksemplificering af de særlige risici, de står over for. Mange børn lever under belastende vilkår forårsaget enten af en akut opstået situation eller en kronisk og langvarig situation, som strækker sig over årtier.

En akut katastrofe kan for eksempel være en tsunami, et jordskælv eller en pludseligt opstået og kortvarig konflikt som folkemordene i Rwanda; situationer, der alle sætter sig spor i årene efter. De akutte situationer bevirker et pludseligt nedbrud af offentlige og sociale strukturer, som kan føre til midlertidige uroligheder med heraf følgende øget risiko for overgreb mod børnene samt midlertidig omsorgssvigt fra forældre og den udvidede familie, der ikke aktuelt kan håndtere situationen, fordi de selv er forberørte. Nedbrud af skoler og andre daglige aktiviteter er også normalt, hvilket kan medføre manglende psykosocial og fysisk stimulering samt uddannelse. Ligeledes vil nogle af problemstillingerne, som beskrives nedenfor i de langstrakte katastrofesituationer, også til en vis udstrækning kunne gøre sig gældende i mere akutte situationer og vice versa.

Der er flere typer af langstrakte og kroniske krisesituationer. En slags knytter sig til uroligheder forårsaget af interne konflikter eller krige, som kan medføre ufrivillige flytninger og fordrivelser fra hjem og hjemegn med efterfølgende ophold i flygtningelejre eller lejre for internt fordrevne personer til følge, såvel som en generel ustabil opvækst. Situationer som disse kender vi fra Darfur i Sudan, det nordlige Uganda, Sri Lanka, Den Demokratiske Republik Congo og Gazastriben. I områder berørt af sådanne konflikter vokser børn op i miljøer med mangelfuld fysisk og psykisk stimulation, herunder manglende adgang til uddannelse, ligesom risikoen for

fysiske, seksuelle og psykiske overgreb øges. Børn i sådanne områder er ligeledes særligt udsatte for at miste deres forældre og som følge heraf miste voksenbeskyttelse og omsorg, hvilket gør dem yderligere udsatte for blandt andet udnyttelse, generel omsorgssvigt, sult og fattigdom. Ikke alle steder vil enker eller enlige forældre være accepterede i samfundet eller i stand til at tage sig af egne børn, hvorfor bortfald af blot én forælder kan medføre tilsvarende problemstillinger for børnene. Børn, der allerede inden konflikten var forældreløse eller på anden vis havde særlige behov, vil ofte opleve, at den institution og struktur, der tog sig af dem, inden urolighederne brød ud, bryder sammen og lader dem ene tilbage. Ligeledes er der i områder med uroligheder høj risiko for at blive rekrutteret til væbnede styrker eller oprørsgrupper, hvor mange børn fungerer som blandt andet børnesoldater, kokke, bærere af vand, mad og våben samt som koner for officererne.

En anden slags kroniske katastrofesituationer er dem, hvor børn lever i ekstrem fattigdom samt under forhold, hvor deres lokale samfundsstrukturer ødelægges af for eksempel udbredt hiv/aids eller hyppige tørker og hungersnød, der medfører, at de voksne ikke kan tage vare på børnene. Børn, der vokser op under sådanne vilkår, er meget udsatte for underernæring og fejludvikling, at måtte forlade deres hjemegn og blive hjem- og forældreløse storbybørn, de er i øget risiko for kidnapninger, overgreb, trafficking, at blive 'solgt' af deres voksne for at redde resten af familien med videre. Mange børn presses ud i børneprostitution eller børnearbejde, som indebærer både opslidende og farlige forhold.

Langvarige krise- og katastrofetilstande, hvad enten de skyldes fattigdom, sygdom eller langstrakte konflikter, giver et kronisk højt stressniveau samt svære vilkår for overlevelse og udvikling, ligesom de kan indebære mere konkrete 'akutte potentielt traumatiske situationer', for eksempel seksuelle overgreb, korporlig afstraffelse, beskydninger og bombninger, overværelse af drab på familiemedlemmer eller husransagninger.

2.3. Tilrettelæggelse af programmer ud fra børns særlige behov

Det er nu tydeligt, hvorfor det ikke er tilstrækkeligt i krise- og katastrofesituationer blot at hjælpe den voksne befolkning i et område, og så antage at børnene er tilstrækkeligt hjulpet ad denne vej. Børn har særlige behov, som adskiller sig fra de voksnes behov. Børnenes behov er ikke adresseret i programmer, der alene sigter mod at dække basale voksenbehov, og de voksne omsorgspersoner, som selv er berørt af katastrofen, har normalt ikke kapacitet til at dække alle børnenes behov. Børn har brug for programmer direkte målrettet deres særlige situation. Sådanne programmer kan opdeles i tre kategorier:

1. indirekte hjælp via generelle interventioner rettet mod voksne
2. indsats rettet direkte mod styrkelse af barnets primære og sekundære netværk, så de igen kan varetage omsorgen og ansvaret for barnet

3. indsats rettet direkte mod barnet selv

Hovedformålet med psykologisk funderede interventioner i de akutte såvel som mere langvarige katastrofesituationer rettet mod børns særlige behov er:

- forebyggelse af traumatisering hos børnene
- at fremme naturlig resilience og copingstrategier
- reetablering af en forudsigelig hverdag og fundamentale grundantagelser om livet
- styrkelse af primære og sekundære omsorgspersoners evne til at tage vare på børnene
- identificering af de værst ramte børn
- et klinisk tilbud til de med behov herfor, alternativt henvisning hertil

For psykologiske kriseinterventioner gælder, at hurtig rettidig indsats kan være med til at forebygge traumatisering senere hen, kan støtte og fremme den naturlige helingsproces samt sikre screening af de hårdest ramte, som bør tilbydes et specialiseret klinisk behandlingstilbud. Langt de fleste kommer sig af sig selv efter en overvældende hændelse, men den naturlige proces kan hjælpes på vej, og negative følgevirkninger dermed minimeres, ved en målrettet indsats.

Alle personer såvel som communities³ besidder en evne til at kunne håndtere en vis grad af modstand og modgang uden at bukke under. Denne evne samt den enkeltes copingstrategier ønskes støttet, udvidet og raffineret. Dette kan ske på individuelt plan, ligesom støtte til et communitys resilience⁴ vil bidrage til, at de enkelte kan genvinde handlerum, handleevne og kontrol over deres hverdag og dermed være bedre beredt, hvis nye katastrofer indtræffer.

Børn skal ikke være små voksne med det ansvar, som det medfører. De skal have lov til at leve børneliv, hvor voksne tager hånd om dem, ansvar for dem og sikrer en stimulerende og stabil hverdag. Som med anden intervention i forhold til børn, gælder også her: Du er ikke og skal heller ikke på længere sigt være en del af barnets hverdag. Således er det vigtigt, i stedet for at sætte den professionelle i centrum for barnets verden, at finde de ressourcer, der er omkring det, som kan styrkes og støttes til at hjælpe det i det daglige og i relation til den aktuelle krise. Interventionen bør altså overvejende rettes mod barnets netværk, det primære, som består af forældre, ældre søskende og nære slægtinge, og det sekundære, som er de øvrige voksne, der tager

3 et community består af de mennesker, der bor i samme område og har et fællesskab baseret på fælles oplevelser, livssituation, værdier, kultur med videre. Således går det ud over en geografisk afgrænsning og kan have varierende størrelser. Der kan i forbindelse med et identificeret community også forekomme sub-communities.

4 se afsnittet om psykosocial indsats for definition af resilience (s. 191).

sig af barnet, det vil sige øvrige slægtninge, lærere, pædagoger med flere. De voksne omsorgspersoner har normalt brug for hjælp til at forstå barnets reaktioner samt guidning til, hvorledes de bedst kan støtte det. Ligeledes har de brug for hjælp til, hvorledes de kan få reetableret barnets ødelagte grundlæggende antagelser om verden, samt justeret dem ud fra den aktuelle situation. Det kan også være nødvendigt at hjælpe på et mere praktisk plan, hvor man for eksempel sikrer, at der på specifikke tidspunkter er taget hånd om børnene, så de primære omsorgspersoner kan komme i gang med at få ryddet op i resterne af deres ødelagte liv og begynde opbygningen af en ny tilværelse.

Når dette er sagt, kan det ofte være en god ide at supplere netværksstøtten med en intervention rettet direkte mod barnet selv; for eksempel individuel samtale- og legeterapi, familiesamtaler eller gruppetilbud med andre børn. For børn er tiden knap forstået på den måde, at hver uge og måned i deres udvikling er af betydning. Altså kan det få alvorlige konsekvenser at ignorere deres udviklingsbehov i en længere periode. Derfor bør interventionen startes op relativt hurtigt efter, at en katastrofe er indtruffet. Man kan ikke blot forlade sig på, at de voksne, som selv er ramt af de aktuelle forhold, har overskud til at hjælpe deres børn. Derfor vil det oftest være utilstrækkeligt alene at støtte de voksne omkring børnene og så antage, at børnene er adækvat hjulpet ad denne vej.

Formålet med den psykologisk funderede intervention er at forebygge traumatiske stressreaktioner og reetablere hverdagen og trygheden i det daglige. I nogle lande er det således, at vedvarende kriser og ustabilitet gør det meget svært eller umuligt at skabe en tryk ramme omkring børnene. Generelt er det meget sværere at hjælpe i denne situation end i de akutte kriser, hvor der er et mere veletableret og fungerende community at bygge interventionen op omkring. At reetablere noget pludseligt nedbrudt er lettere end at skulle opbygge noget i dønningerne af en langvarig konflikt, hvor der ikke er udsigt til eller grobund for forandringer af den kroniske situation. Hertil kommer, at den langvarige ustabilitet er et vilkår i den aktuelle kontekst, som ikke umiddelbart kan forandres af programmerne. Dette gør det svært, om ikke umuligt at opbygge et program, hvis sigte er at reetablere en tryk hverdag. Samtidig er det netop i disse kontekster ekstra vigtigt at etablere interventioner til styrkelse af børnenes copingstrategier, resilience og netværk; at styrke den indre følelse af daglig rytme samt fremme forebyggende og selvbeskyttende adfærd. Selvregulering, handlekompetence og beredthed på det uforudsigelige, er trods alt bedre end at blive totalt overvældet og ikke have nogen plan for, hvem at gå til og hvem at tale med, når ulykken har ramt. Således kan man sige, at programmerne i de langstrakte katastrofer primært sigter mod at give psykiske fristeder og åndehuller til børnene, at berede dem på de overgreb, øvrige risici og uhensigtsmæssige vilkår, de vokser op i, samt at styrke deres primære og sekundære omsorgspersoner og øvrige netværk. I modsætning hertil kan programmerne i de

akutte katastrofesituationer i højere grad sigte mod reetablering af en velkendt og tryk dagligdag.

3. Psykologiens rolle i felten

Børn i en vanskelig situation vil naturligt have flere forskellige behov, der skal dækkes, og psykologien kan have en mere eller mindre direkte betydning for de forskellige interventionsprogrammer. Børn i krise- og katastrofesituationer har brug for beskyttelse mod og afhjælpning af følger fra fysisk overlast og misbrug såvel som psykologisk overvældende oplevelser som at have set død og ødelæggelser, adskillelse fra familiemedlemmer, tvungen flugt og flytning, ophold under belastende boligforhold, rekruttering til våbenbærende grupper eller hære, samt manglende emotionel regulering og psykosocial stimulering. En vigtig rolle for psykologien er endvidere at støtte de forskellige clusterprogrammer⁵ til at blive så helhedsorienterede i deres tilgang til de nødstedte som muligt.

Psykologien i felten har således både en indirekte og direkte rolle. I de programmer, der bygger på og består i mental health eller psykosocial intervention kommer psykologien direkte i spil. Indirekte får psykologien en rolle ved at assistere andre clusters, så de tilrettelægger deres interventioner på en psykosocial hensigtsmæssig måde og dermed optimerer den personlige velfærd hos dem, der skal modtage hjælpen. Lad os se på den indirekte psykologiske støtte først.

3.1. Den indirekte psykologi – assistance til andre clusters

Den indirekte måde, hvorpå psykologien kan supplere og styrke opbygningen af de programmer, der ellers ikke almindeligvis forbindes med psykologi, er vigtig, men ofte ikke anerkendt og dermed overset.

Det kan for eksempel dreje sig om distribution af mad, tæpper og telte. Her gælder det ikke blot om at få uddelt mest muligt, til alle mulige, på den kortest mulige tid. Derimod er det vigtigt at sikre sig en fair og retfærdig distribution. Forud for uddelingen er man således nødt til at foretage en grundig undersøgelse og afdækning af behovene det aktuelle sted, hvor man foruden at tage de konkrete materielle behov i betragtning, også sørger for at sikre, at man ikke utilsigtet favoriserer nogle etniske eller politiske grupper frem for andre. Dette kaldes en assessment, og den bør også inkludere vurderinger, der kan danne grundlag for en nøje tilrettelæggelse af,

5 Cluster er betegnelsen for et overordnet indsatsområde, som adresseres i felten, for eksempel Medicinske programmer, Protection eller Uddannelse. De egentlige interventioner kan have forskellige udtryk og udføres af forskellige organisationer.

hvorledes man får fordelt sin nødhjælp, så alle relevante nødstedte kommer i betragtning. Det er vigtigt, at der ikke svindles med rationer og uddeling, ligesom det er væsentligt også at huske rationer til børn, der ikke har en voksen i familien, under hvem deres ration er 'registreret'. Ligeledes er det vigtigt at sikre, at der ikke sker udnyttelse og misbrug i forbindelse med uddelingen, eksempelvis krav om seksuelle modydelser for modtagelse af livsnødvendige nødhjælpsrationer.

Man kan med fordel overveje samarbejde mellem forskellige programdele, så undersøgelse og distribution også kan fungere som forarbejde for og dermed planlægning af yderligere programmer. Dette vil skåne de enkelte modtagere for endnu en afdækningsfase samt sikre hurtigere nødhjælp. I Pakistan⁶ i kølvandet på det store jordskælv i 2005 var det således, at de medarbejdere, der i bjergegnene vurderede husenes tilstand og behovet for tildeling af blikplader til alternative boliger, også havde øje for eventuelt brud i vandforsyningerne, så de kunne gøre vand- og sanitetsmedarbejdere opmærksomme herpå. Ligeledes blev vurdering og uddeling af nødhjælpsmaterialer i lejre gennemført af personale trænet i at screene for basal fysisk og psykisk velfærd, så de i forbindelse med distributionsarbejdet kunne oplyse nødstedte om muligheden for hjælp ved medicinske og psykologiske mobilklinikker i lokalområdet, som blev drevet af en anden del af organisationen, samt melde tilbage om tilstandene til deres kolleger i de respektive team.

I forbindelse med opbygning af lejre for flygtninge og internt fordrevne personer kan der ligeledes drages fordel af psykologisk tænkning. At bygge en lejr er ikke bare at placere nogle telte, et par latriner, bad, køkkenfaciliteter og en indgang. Ud fra en psykosocial vinkel er det afgørende vigtigt at tænke i, hvorledes placering af huse eller telte kan fremme den sociale interaktion i lejren, hvorledes den kan understøtte det vanlige bolig- og socialmønster for de forflyttede mennesker og ikke mindst, hvordan designet enten kan fremme eller modarbejde sikkerheden i lejren. Antallet af seksuelle overgreb mindskes, når man sikrer, at toiletter og bedefaciliteter til kvinder, børn og mænd adskilles. Ligeledes er det vigtigt, at kvinder og børns faciliteter ikke placeres i en mørk og øde afkrog af lejren, hvor de i al ubemærkethed kan udsættes for overfald og overgreb. Adgang til køkkenfaciliteter, vand og brænde er også afgørende for kvinder og børns sikkerhed. Med øje for børnene i en lejr er det vigtigt at dække behov, der strækker sig ud over mad, et sted at sove og personlig hygiejne. For at give børnene så sund og god en udvikling som muligt er det nødvendigt med supplerende stimulation som for eksempel undervisning og et sted at lege. Aktiviteter, der kræver særlige fysiske faciliteter i lejren, for eksempel adgang til en mødeplads midt i lejren samt et sikkert stykke jord, hvor man kan spille bold eller udøve anden fysisk aktivitet.

6 Her refereres til et program varetaget af Læger uden Grænser.

Selv om det ovenstående synes oplagt, er det forhold, man let overser, når arbejdspresset er højt, og man står midt i katastrofens konsekvenser. Det kan kaldes god programmeringsskik, og garvede nødhjælpsarbejdere tager normalt højde for mange af de psykosociale aspekter i deres programmering. Men det sker ikke altid, og i disse situationer er det en væsentlig psykologisk opgave at sikre, at man selv og ens kolleger i felten husker at tage de psykosociale faktorer med i planlægning af de forskellige programmer, samt benytter sig af mulighederne for at samarbejde på tværs af clusters, og dermed skåne brugerne for gentagne assessments, effektivisere nødhjælpsindsatsen og udnytte programmernes synergieffekt.

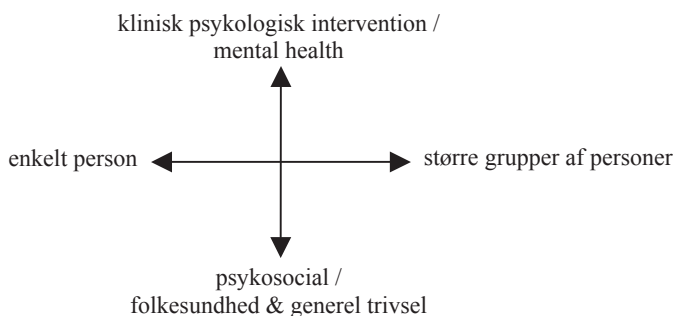
3.2. Interventioner med sigte på direkte psykologisk støtte

Programmer med det formål at sikre psykologisk funderet støtte betegnes typisk som mental health-programmer og psykosociale programmer. Programmerne har til formål at fremme de nødstedtes psykologiske tilstand og velfærd, herunder psykosocial udvikling og fungeren. Det kan spænde fra behandling af enkeltpersoner med sigte på bearbejdning af eftervirkninger fra en traumatisk hændelse, over intervention i et community med henblik på generel forebyggelse af alvorlige psykologiske konsekvenser, til at sikre adækvat psykosocial stimulation af berørte børn i et katastrofeområde. Ligeledes er interventioner med henblik på forebyggelse af katastrofer, opbygning af beredskabsplaner og udbredelse af kendskab til faresignaler og adækvate reaktioner også en del af denne programtype. Det er de egentlige mental health og psykosociale programmer, der vil blive belyst i det efterfølgende.

I katastrofesituationer vil det typisk være en mindre del af befolkningen, som er meget ramt og har brug for en højt specialiseret klinisk psykologisk ydelse som individuel samtalerapi, en god del kan klare sig med lettere klinisk støtte som psykoedukation, mens langt størstedelen af de berørte personer ikke behøver en sådan bistand, idet de kan profitere af et mere bredspektret psykosocialt tilbud målrettet det samlede community.⁷ Dette giver to hovedparametre som baggrund for opbygningen af interventionen, som kan tildeles forskellige vægtninger 1) antal personer i målgruppen samt 2) graden af klinisk psykologisk specialisering af ydelsen i forhold til vægtningen af det psykosociale aspekt.

7 DeWolfe & Deborah, John Ehrenreich, IASC, PSWG, Evelyn Josse, Barbara Laumont, Save the Children.

Figur 1:



3.2.1. Mental health versus psykosocial støtte

Vandene deler sig, når man diskuterer de to typer af programmer, idet nogle skelner imellem dem, mens andre mener, det i bund og grund er det samme eventuelt med den tvist, at mental health opfattes som en underdel af den overordnede psykosociale støtte. Når dette er sagt, mener jeg, det er en hjælp at skelne mellem de to programtyper med respekt for, at de ligger i hver deres ende af et kontinuum, og nogle programmer derfor afhængig af præference kan placeres overvejende i den ene eller den anden retning.

Mental health knytter sig til den medicinske tradition og indbefatter de interventioner, der er af mere klinisk psykologisk karakter, målrettet mod forebyggelse og mindskelse af udviklingen af akutte såvel som posttraumatiske stressforstyrrelser (ASD samt PTSD), samt behandling af posttraumatiske og generelle stressreaktioner, fremkommet efter eksponering til en pludseligt overvældende situation eller en akkumuleret stresstilstand, som den enkelte ikke har formået at håndtere psykologisk adækvat.

I den anden ende af spektret er den psykosociale intervention, som sigter mod at sikre folkesundheden, det jeg tidligere har refereret til som en forudsigelig stabil hverdag for børn, et værdigt liv, undervisning og generel stimulation til sikring af en alderssvarende og sund udvikling, samt udarbejdelsen af beredskabsplaner så den enkelte ved, hvorledes denne skal forholde sig i tilfælde af nye krisesituationer. Alle personer såvel som communities besidder en evne til at kunne håndtere en vis grad af modstand og modgang uden at bukke under. Der er tale om evnen til at kunne strække sig, være fleksibel, samt kunne håndtere og cope i en vis udstrækning uden at bryde. Man kan sammenligne det med at have en elastik, som spændes ud uden at gå itu, og som efterfølgende formår igen at trække sig sammen uden at have fået varige mén på dets elasticitet. Denne naturlige evne til at kunne klare en vis mængde belastninger kaldes resilience. I nogle situationer vil vores copingstrategier og resilience komme til kort, det er de oplevelser, der bliver potentielt traumatiserende og fører til akutte og posttraumatiske

stressreaktioner. Resilience og selvregulering er de evner, der ønskes styrket og fremmet gennem de psykosociale interventioner. Således er sigtet med den psykosociale intervention at styrke almindeligt og naturligt forekommende ressourcer, netværk og copingmekanismer, hos individet såvel som i det aktuelle community.

De to dimensioner, mental health og psykosociale interventioner, kan ses som yderpunkter på en interventionsakse, hvorfor det ikke altid er helt let at skelne klart mellem dem, ligesom de ofte arbejder parallelt med deres forskellige dimensioner som facetter i en samlet indsats.

3.2.2. En eller flere personer som mål for interventionen

De tilbud, der tilrettelægges, hvad enten det drejer sig om psykosociale interventioner eller klinisk behandling, kan rettes mod en eller flere personer ad gangen. På den kliniske side kan programmerne indebære alt fra individuelle psykoterapeutiske samtaler over familiesamtaler, legeterapeutiske grupper, psykoedukative sessioner til supervision og undervisning af omsorgspersoner. På samme vis kan de psykosociale interventioner henvende sig til alt fra enkeltpersoner i form af støtte til uddannelse og livelihood, hjælp til opsporing af familiemedlemmer samt genforening, opfølgning på andre tiltag i forhold til den enkelte, dennes familie og gruppe, over de bredere tiltage som rekreative programmer, der bygger på gruppedynamikker samt communityopbyggende tiltag som for eksempel dyrkning af fælles afgrøder.

3.2.3. Programprioriteter

Den individuelle kliniske indsats er den mindst hyppigt forekommende. Dels fordi alene et fåtal har brug for den, dels fordi endnu færre anerkender dette behov. Hertil kommer, at den for de fleste er meget fremmedartet og måske ikke er adækvat at introducere i den aktuelle kontekst. En højt specialiseret mental health-ydelse er normalt ikke den indsats, et koordinerende team i et større program ser som den bedste ressourceudnyttelse, og det er generelt en meget dyr intervention. Den mindre specialiserede klinisk psykologiske ydelse er derimod mindre ressourcekrævende og når relativt set flere. Grundet dette kan det være vigtigt at have nogle klare kriterier, kvalitativt såvel som kvantitativt, for indsatsen. Ofte kan valget være mellem et begrænset geografisk område med en høj grad af klinisk psykologisk indsats samt mange facetter i interventionen, versus at nå flest mulige personer i et bredt geografisk område med en bred psykosocial indsats, på bekostning af den mere specialiserede og målrettede klinisk psykologiske ditto. Der er ingen tvivl om, at man typisk for de samme penge og med de samme menneskelige programressourcer kan nå langt flere mennesker med en psykosocial indsats end med en højt specialiseret klinisk rettet intervention; der vil så bare altid være en del af befolkningsgruppen, der hermed

forlods afskæres fra et relevant tilbud. Altså er prioriteter i et program af stor vigtighed, inden man iværksætter interventionen.

4. Communitybaseret tilgang

Programmers forankring i det aktuelle community er en vigtig forudsætning for at skabe adækvate og bæredygtige interventioner. Såvel den normale sociale struktur, etablerede institutioner, uformelle fora som fælles historie, kultur, tradition og religion er vigtige parametre at basere sine programmer på. I det følgende vil der blive gennemgået nogle særlige forhold, som kræver overvejelser i opbygningen af et communitybaseret program.

4.1. Kulturel ignorance

At den udenlandske ekspert er nødt til at udvise ydmyghed over for den aktuelle situation og sin fagligheds begrænsninger i den fremmede og anderledes kontekst, er en forudsætning for, at de interventioner, der skabes, bliver tilpasset de aktuelle forhold. Den faglige tekniker ved typisk rigtigt meget om forhold som børns almindelige reaktioner samt de mest udbredte symptomer på akutte stressforstyrrelser. Selvom mange af disse symptomer er universelle, vil der altid være en grad af variationer, som blandt andet er kulturbetingede. Ligeledes vil forståelsen hos den enkelte af de forskellige reaktioner også være delvis kulturspecifik. Hertil kommer, at der ofte vil være symptomer, som grundet katastrofens karakter kan være meget udbredte et sted, men fraværende andre steder. Således var der efter tsunamien mange, der havde problemer med kvælning- og druknefølelser samt psykosomatiske maveproblemer, alt sammen forårsaget af det store indtag af beskidt vand under flodbølgen hærger.

4.2. Et udviklende samarbejde

Interventionerne bør altså opbygges i tæt samarbejde med lokale kræfter; det være sig egne lokalt ansatte, lokale samarbejdspartnere, lokale myndigheder, græsrodsforeninger og frivillige foreninger i lokalsamfundet, skoler og enkeltpersoner. Uden dette samarbejde kan vi ikke sikre lokal viden i opbygningen og tilpasningen af interventionerne. Vi har brug for i samarbejdet at fremlægge foreløbige planer og ideer, så der kan gives sparring hertil. Det er efterfølgende en fælles opgave og proces at vurdere og udvikle den kommende interventions facetter. Det er væsentligt at holde sig for øje, at man både får spurgt menigmand, myndighederne og de mere betydningsfulde og indflydelsesrige borgere til råds, idet deres meninger typisk vil tilføre

forskellige nuancer. Ligeledes er der en tendens til, at samfundets ledere adspurgte underdriver behovet og overdriver velfærden i befolkningen.⁸

4.3. Sociale stigmata

Hvad de enkelte opfatter som vejen til heling, er meget tæt knyttet til tradition, religion og overbevisning er. Kommer man uden for vores vestlige hemisfære, er det ikke udsædvanligt at møde sprog, hvor ord som traume, krise og psykolog ikke eksisterer. Selvsagt er vores traditionelle traumebehandling, hvor man tilbydes psykoterapi ved en psykolog, heller ikke den mest udbredte i disse dele af verden. Mange steder kender de ikke til psykologi, og hvis de endelig har hørt om dette fag, er det ofte blandet sammen med forestillingerne, myterne og fordommene om en psykiater og kan kort summeres som: Bistand til de, der er vanvittige, sindssyge eller 'gak-gak'. Følgelig er hjælp i et sådan regi lig med en kraftig stigmatisering. Når kontakten med et mental health-program opfattes som et stort stigmata, bliver det en hindring for dets gennemførelse, som programmets tilrettelæggelse må tage højde for.

4.4. Traditionelle eller utraditionelle metoder

Det kan både være givtigt og nødvendigt at tænke lidt utraditionelt om interventionen. De lokale og traditionelle løsninger, der almindeligvis tyes til, bør ikke kasseres ukritisk, men tages med i betragtning ved programmets udformning og interventionens implementering. Inkorporering af lokale traditioner og medicin kan være netop det, der gør en intervention kulturelt adækvat og socialt acceptabel at benytte. Er der en stærk tradition for at bruge en bestemt slags urtemedicin, er det væsentlig ikke at undsige denne, men tværtimod samarbejde med denne behandlingsform. Tilsvarende kan det være vigtigt at støtte folks samtaler med ånder og afdøde, hvis det er normalt i det aktuelle område. Stærke traditioner i et samfund kan, hvis de ignoreres, komme til at modarbejde helbredelse. For eksempel har en stamme i Den Demokratiske Republik Congos provins Øst Kasai tradition for at røre afdøde for at sikre, disse personers kræfter bliver givet videre til stammen og de kommende generationer. Denne tradition blev opretholdt under et ebolaudbrud, hvilket bevirkede, at den meget smittefarlige og dødelige sygdommen konstant bredte sig. I denne situation var det nødvendigt at finde en anden måde at tage afsked med de afdøde på, der ikke samtidig havde den utilsigtede og livsfarlige medicinske konsekvens. En oplagt opgave for en mental health og psykosocial medarbejder at assistere sine medicinske kolleger omkring. Den bedste måde at indhente viden om

8 Undersøgelse ved David Bolton, NICTT.

lokale traditioner og særegenheder på, som bør tænkes ind i interventionen, er uden tvivl at alliere sig med lokale personer.

4.5. Afdækning af behov

Ved at tage udgangspunkt i et samarbejde med det lokale community kan vi få støtte til vores assessment; information, der sikrer, at vi kan nå endnu flere potentielle brugere med vores tilbud. Forud for selve interventionens opbygning og implementering er vi nødt til at skabe os et billede af og få et overblik over, hvilke tilstande og hvilke udækkede behov der gør sig gældende blandt den aktuelle befolkning. Dette kan være meget svært, og selv om vi kommer ud i felten for eksempel i lejre eller landsbyer, er det ikke givet, vi selv vil få øje på alle de, der har behov for støtte. Ofte er det således, at de med størst behov som for eksempel fattige, udstødte og glemte enker, forældrelose børn, syge børn og børn i særlige situationer og med handicap ikke har mulighed for og overskud til at komme frem, når der sker noget. Derimod lever de isoleret i deres hjem eller hytter uden megen kontakt til omverden. Manglende assistance til at finde frem til netop disse nødstedte vil bevirke, at de blive glemt, overset og ladet tilbage uden tilbud om hjælp.

4.6. Lancering af brugbare programmer

Communitybaseret arbejde giver os mulighed for at få lokal assistance til lancering af programmerne og dermed at sikre, at flest muligt får adgang til dem og hjælp heraf. I ethvert community er der mange strukturer, som allerede har organiseret mennesker indbyrdes. Det er oplagt at bruge disse til at få udbredelse om ens programmer, støtte til programmerne samt eventuelle henvisninger og anbefalinger, så personer i målgruppen for interventionen 'tør nærme sig og gøre brug af tilbuddet'. Familierne og i særdeleshed børns primære omsorgspersoner er den mest direkte vej til børnene i et samfund. Kontakten til de primære omsorgspersoner er endvidere en forudsætning for at få billigelse til, at et barn kan deltage i programmerne; dette gælder juridisk såvel som psykologisk, da det på alle måder gør det legalt for barnet helhjertet at deltage. Ofte kan det være svært at nå mødrene i et samfund, da det kræver kønsspecifikke hensyn, og at kontakten indrettes efter deres daglige opgaver, gøremål og generelle bevægelsesfrihed. I det omfang der eksisterer førskoletilbud, skoler, fritidsordninger og accelerated learning programmes (ALP) samt andre institutioner for børn og unge, er det oplagt at lave et samarbejde med disse. Børnene er allerede samlet, og programmerne kan tilføre ressourcer til at udvide og bedre de eksisterende tilbud, hvor dette er ønskeligt. Ligeledes er der ofte i forbindelse med skoler og institutioner forældre-lærer-samarbejdsorganer, via hvilke man kan etablere samarbejde med begge grupper af omsorgspersoner.

For at nå så bredt ud som muligt kan det være godt at alliere sig med lokale myndigheder og fremtrædende personer, der allerede har samlet et stort netværk af mennesker omkring sig som for eksempel en kvindesagsforkæmper. Ligeledes kan samarbejde med følgende parter anbefales: Byens ældre og vise mænd, der nyder folks respekt og desforuden kan indkalde landsbyens borgere til fælles møder, lejrkoordinatorer, der kan assistere med at skabe rammerne for et tilbud til lejrens børn, samt religiøse ledere, der kan oplyse om programmerne ved ceremonier og højtideligheder som fredagsbøn og søndagsgudstjenester, ligesom de kan inkludere psykoedukative elementer i deres almindelige daglige arbejde. Formelt samarbejde med etablerede sundhedsklinikker, der kan screene og henvise til et programs mental health-tilbud, efter forlods at have fortalt deres patienter om det, så de føler sig trygge ved lødigheden og brugbarheden heraf, kan også anbefales. Ofte vil det være nødvendigt at samarbejde med mange forskellige parter for at bevare sin neutralitet samt nå forskellige undergrupper af befolkningen. At opbygge det beskrevne netværk og de mange typer af samarbejde kræver meget opsøgende og udgående arbejde, og man må være indstillet på, at det er en meget tidskrævende opgave, som dog er en vigtig forudsætning for implementering af programmet.

4.7. Community resilience

Forankring af interventionen i det aktuelle communitys vanlige strukturer giver også mulighed for at styrke community resilience, idet man her trækker på og genopbygger de vanlige ressourcer og copingmekanismer, ligesom man via sin rekruttering af frivilligt og lønnet personale kan fremhæve og styrke ellers skjulte ressourcer i det aktuelle community. Normalt vil der være nogle, der umiddelbart har mere overskud end andre til at engagere sig, så foruden at tilbyde dem en meningsfuld psykosocial støtte ved at deltage i programmets opbygning og gennemførelse vil det også styrke den befolkningsgruppe og det lokale community, de er en del af.

4.8. Bæredygtige programmer

Styrkelse af community resilience er et vigtigt skridt på vejen til at skabe programmer, som med tiden kan blive uafhængige af internationale NGO'er og andre organisationer. Nogle programmer vil naturligt skulle afsluttes, fordi behovene ikke længere er til stede eller har ændret karakter, så der skal noget andet til. I visse situationer har træning af lokalt personale gjort det muligt at oppebære kompetencer, der ikke tidligere var til stede, og dermed på længere sigt at udvide det daglige repertoire af ydelser til børnene. Andre programmer vil typisk kunne danne grobund for psykosociale tiltag, som over tid kan integreres som en del af det lokale communitys egne tilbud og strukturer og dermed blive selv bærende. Blandt disse typer af programmer

hører blandt andet rekreative tilbud og undervisning af børn, dyrkning af afgrøder til eget brug og andre former for livelihood-programmer.

4.9. At styrke det lokale

Det er væsentligt at huske på, at en berørt befolkningsgruppe forud for katastrofen havde et samfund og en struktur, som vi med fordel kan støtte i at blive reetableret. Så længe der ikke er tale om overskridelse af menneskerettighederne, er det ikke vores lod at gøre os til dommer over det enkelte communitys interne organisering, ligesom det ikke er vores mission at omdanne det efter egne forestillinger om dette ideelle samfund. Ej heller er det i vores interesse at lave parallelle strukturer og standarder for blandt andet sundhed og skolegang, som er afhængige af vores fortsatte bistand, ligesom vi ikke ønsker at underminere lokale ressourcer. I situationer, hvor vi ikke finder de tidligere strukturer gavnlige og sunde, er det vigtigt på den ene side at skelne imellem, hvad der blot er meget anderledes, end det vi er vant til, samt om de standarder, vi kunne ønske for forhold og ydelser, er ønskelige og realistiske at implementere i den aktuelle kontekst, og så på den anden side at vurdere, hvad der direkte er i strid med grundlæggende menneskerettigheder. Når det sidste gør sig gældende, må vi forholde os hertil, tage afstand fra det, undlade at støtte dets reetablering og få gjort myndigheder og i sidste instans verdenssamfundet opmærksomme herpå. Således skal vi ikke blindt støtte alt, hvad vi ser, men omvendt skal vi have respekt for, at mange mennesker har indrettet deres samfund og liv på en måde, som er markant anderledes end vores egne vaner, ønsker og forventninger, og det er ikke vores opgave at være kulturimperialister og rette alle ind efter vores standarder og normer for det gode samfund.

5. Fra tanke til handling i felten

Børns reaktioner i krise- og katastrofesituationer er blevet belyst, der er redegjort for de mange omstændigheder og risici, der gør børn særligt udsatte og sårbare, og argumenteret for, hvorfor børn almindeligvis har brug for særlige programmer i felten, henvendt til deres netværk såvel som dem selv. Med afsæt i figur 1, der belyser indsatsområder for psykologisk baserede interventioner samt principperne for communitybaseret programmering, vil dette afsnit sætte fokus på forhold af betydning ved opstart af arbejdet i felten, vejledning til opbygning af interventionen og afslutningsvis opridse konkrete eksempler på mental health og psykosociale interventionsprogrammer.

Det er altid tilrådeligt at finde ud af så meget som muligt om sin mission forud for ankomsten; og når det så er sagt, vil der altid være mange forhold,

som ikke kan forudsiges, ændringer i behov og logistiske begrænsninger, som kræver stor omstillingsevne samt faglig fleksibilitet og kreativitet.

5.1. Navigation i felten

Når programmedarbejdere og tekniske specialister rykker ud i felten, er der mange forhold at have for øje. Her nogle væsentlige pejlemærker i opstartsfasen, hvor alt kan synes meget akut og presserende:

- folk dør ikke af psykiske smerter, mens du tager dig tid til at gennemføre en grundig assessment af behovene i området samt skræddersyr den mest relevante intervention
- husk, at du som den fremmede ekspert er på ukendt grund
- du skal ikke udføre hele interventionen alene
- sørg for at få sammensat et team af lokalt ansatte, med hvem du kan udvikle interventionen ud fra en kombination af din psykologiske viden og deres kendskab til lokale strukturer, kultur, copingstrategier med videre
- i de store katastrofer er der typisk mange aktører; lokale såvel som internationale organisationer samt FN, statslige og lokale myndigheder. Sørg for, at I koordinerer indsatsen
- som organisation er det vigtigt at skabe projekter, der er lokalt funderet, tager højde for lokale behov og traditioner samt tænker langsigtet i sin intervention, så projekterne bliver bæredygtige
- overvej allerede meget tidligt i fasen kriterierne for henholdsvis at opstarte programmer og at trække sig ud igen

5.1.1. Skynd dig langsomt

Et godt dansk ordsprog lyder: Hastværk er lastværk. Dette gælder også i felten. I modsætning til for eksempel visse medicinske programdele og distributionsprogrammer af livsnødvendigheder som mad eller vand, dækker psykosociale og mental health programmer ikke livstruende behov. Programmerne er derimod i højere grad et middel til afhjælpning og forebyggelse af traumereaktioner samt sikring af et trygt, sikkert og stimulerende opvækstmiljø for børnene, så de ikke mistrives og omsorgssvigtes i krisesituationer. At huske på, vi ikke redder liv med vores programmer, og dermed kan give os tid til at orientere os, før vi handler, er vigtigt, når man står midt i kaos. Dette giver mulighed for at tage sig tid til at lave en ordentlig assessment, at finde frem til de mest relevante samarbejdspartnere, at sammensætte et godt lokalt team og opbygge en gennemtænkt intervention forud for implementeringen. Ligeledes giver det tid til at indsamle baseline-information om børnene og deres omsorgspersoners aktuelle tilstand og dermed efterfølgende mulighed for at effektivt evaluere sine programmer.

I planlægningen af assessments er det væsentligt ikke gentagne gange at lave udredende undersøgelser af behovene hos de samme grupper af personer, da dette blot giver anledning til frustration hos alle. Særligt hvis

de mange assessments ikke bliver fulgt op med en egentlig indsats. Undlad endvidere at skabe bad-will omkring dit program og organisation ved i forbindelse med afdækkende interviews at spørge til behov, som ens cluster alligevel ikke har til hensigt at dække eller på anden vis komme til at stille interventioner i udsigt, som ens programmer ikke har mulighed for at opfylde. Altså hjælper det ikke noget at komme ud i en lejr for internt fordrevne og spørge, hvad de gerne vil have af hjælp. Man må formidle, inden for hvilket overordnet område og ramme man opererer, inden man spørger ind til de aktuelle behov. Det er vigtigt at være åben for, at det man hører, kan lede hen til en erkendelse af, at man er på vildspor med sine programideer, og at behovene fundamentalt set ikke ligger inden for ens cluster, men er af en helt anden karakter og derfor bedst løses af en anden del af ens organisation eller måske en helt tredje aktør. I sådanne situationer kan det for at sikre en hurtigt indsats være værdifuldt at etablere kontakten mellem de nødstedte og de eller den relevante organisation. Når dette er sagt, er det sådan, at dem, vi møder, ikke kender til vores interventionsmuligheder eller kan have andre prioriteter end vores, hvorfor de måske ikke spontant kommer ind på børnenes behov og foreslår ideer til afhjælpning heraf. Således kan det være nødvendigt systematisk at opsøge børn samt deres primære og sekundære netværk ved at henvende sig de steder, børn befinder sig. Her kan observation såvel som interviews og fokusgruppediskussioner afdække, hvorledes forholdene er. Det bliver så på baggrund af en faglige vurdering, man kan identificere eventuelle behov og problemer samt foreslå dem afhjulpet.

5.1.2. En gæst i det fremmede

Når vi udsendes til felten, entrerer vi nyt land i mere end en forstand. På den ene side kommer vi til et for os fremmed land med anderledes klima, mad, skikke og vaner samt kommunikationsmåder herunder et fremmed sprog. Vores levetilstand er ganske anderledes end vanligt, og vi er væk fra vores støttende netværk, velkendte dagligdag og trygge rammer. På den anden side entrerer vi også fagligt set nyt land. Vores entre må ske med en ydmyg holdning på den professionelle side, for selv om vi har vores faglige ballast i orden samt praktisk erfaring fra dets udøvelse i en dansk kontekst, betyder det ikke, at den viden også er anvendelig i samme form i et fremmed land med en anderledes problemstilling, kontekst og kultur. Således vil det ikke alene være arrogant, men også uhensigtsmæssigt for vores programmer, hvis vi holder fast i, at vi er kommet for at udøve vores fag på samme vis, som vi er vant til i vores danske stillinger.

5.1.3. Du er ikke alene

Det vil ikke være optimalt for programmet, hvis vi bruger vores begrænsede ressourcer på selv at udføre al det kliniske arbejde og være i første række, når det gælder om at hjælpe og redde de berørte børn i nød. Det er ikke sikkert, at vores metoder er de bedst egnede i den aktuelle kontekst, og ofte

taler vi ikke sproget og skal benytte tolk. Hertil kommer, at vi alene kan nå et meget begrænset antal personer per dag i en individuel klinisk psykologisk kontekst eller ved gruppesamtaler sammenholdt med, hvor mange personer der kan hjælpes, hvis vores begrænsede ressourcer anvendes til at træne andre i at varetage interventionens praktiske udførelse. Almindeligvis kommer vores specialisterviden og særlige udefrakommende position bedst i anvendelse i den overordnede planlægning og sammensætning af interventionen, til sikring af programmets gennemførelse, træning, undervisning og supervision af lokale kræfter samt koordinering med andre aktører. Det er således åbenlyst, at den enkelte nødhjælpsarbejders isolerede indsats ikke rækker langt i situationer, hvor mange tusinder er i nød.

5.1.4. Rekruttering af lokale kolleger

Vi er ikke eksperterne i de lokale traditioner og dermed i, hvilke tiltag der bedst virker her; derimod kan vi bidrage ved at føje almen faglig viden og nye ideer til lokale traditioner og således medvirke til udviklingen af lige præcis de interventioner, der vil være bedst egnede i den aktuelle situation. At sikre ens indsats bliver integreret med indsatsen fra et team af lokalt ansatte eller i tæt samarbejde med lokale, statslige eller ikke-statslige organisationer og samarbejdspartnere er således afgørende for, dels at kunne udvikle kultursensitive programmer, dels at få mest muligt ud af den ressource, man potentielt kan tilføre det aktuelle sted.

Oftentimes vil de lokale kræfter, vi samarbejder med eller rekrutterer til vores team ikke have den traditionelle uddannelsesmæssige baggrund, vi normalt forventer af mental health-medarbejdere og de, der varetager vigtige psykosociale funktioner. Derfor er det vigtigt at huske på, at der er mange uddannelses- og erfaringsmæssige baggrunde, der kan danne basis for en god medarbejder. Ligeledes har de med papir på de eftertragtede uddannelser ofte en viden, som divergerer fra det, vi forventer af den pågældende titel, ligesom de grundet mange års studier måske ikke har haft tid til at tilegne sig praktisk arbejds erfaring. Hertil kommer, at katastrofesituationer byder på meget anderledes betingelser og udfordringer, end flertallet er trænet i gennem deres uddannelser og tidligere arbejde. Når først de faglige og personlige kompetencer er på plads, er det væsentligt i rekrutteringen af lokalt personale at sikre sig, at de vil blive accepteret af potentielle brugere. Således er det nødvendigt i rekrutteringsfasen at tage højde for kulturspecifikke forhold, ansøgerens køn, politisk orientering samt etniske og geografiske tilhørsforhold. Potentielle lokale kolleger er selv ramt af den aktuelle katastrofe og kan have egne personlige reaktioner samt forhold, der kan gøre det svært for dem umiddelbart at håndtere en eller flere dele af det program, som opbygges. Dette må naturligvis også tages i betragtning i forbindelse med rekrutteringen og programmets implementering. Så ligesom det er nødvendigt at tænke ud over de vanlige rammer, når programmerne skal

sammensættes, er dette også vigtigt i processen med at rekruttere personale og samarbejdspartnere.

5.1.5. Tal med de andre aktører i området

Ved de store akutte katastrofer er der ofte mange aktører, som kommer ilende til for at yde en indsats til de nødstedte. Alle aktører melder sig hos OCHA, som forsøger at skabe et samlet overblik over, hvilke organisationer der er til stede, og hvad de tilbyder. Normalt kan man forvente at møde såvel internationale som nationale NGO'er, forskellige afdelinger under FN, statsligt støttede internationale og nationale projekter samt lokale myndigheder og græsrodsbevægelser. Alle aktører inden for et cluster har et fælles ansvar for at sikre koordinering af indsatsen inden for deres område.

Et lille eksempel. I forbindelse med tsunamien, som ramte Sydøstasien i julen 2004, anslog man, at der var godt tusind forskellige hjælpeorganisationer, som ville assistere – alene i Aceh provinsen i Indonesien. Det var en skønsm blanding af lokale og internationale NGO'er, statslige organisationer og FN-organisationer som blandt andre UNICEF og WHO. Mange af organisationerne var dannet med udgangspunkt i at hjælpe i forbindelse med netop denne katastrofe og havde derfor ingen forudgående nødhjælps-erfaring eller særlige kompetencer. Således havde en amerikansk kirke sparet penge sammen og sendt cirka 15 frivillige, der skulle lære de lokale at rydde op efter husenes kollaps. De ankom til Aceh cirka to og en halv måned efter, tsunamien havde raseret. Andre organisationer uden forudgående nødhjælps-erfaring var etablerede grupper af behandlere såvel som enkelt personer, der mente, de havde en særlig kompetence til at hjælpe denne katastrofes overlevende. Blandt disse kan nævnes Scientology, som fra medbragte telte gav en særlig slags massage. Langt de fleste koncentrede sig om at sætte programmer op i hovedstaden og de let tilgængelige områder af provinsen, mens det straks var mere sparsomt med hjælpen til yderområderne. Det kræver ikke meget fantasi at forestille sig, hvilket uoverskueligt kaos en sådan situation frembringer; oven i, at der netop har været en alt ødelæggende flodbølge, der har dræbt cirka 160.000 mennesker og gjort endnu flere arbejds- og hjemløse. I sådan en situation er det væsentligt i videst muligt omfang at koordinere indsatsen. Skrækscenariet er, at alle blot arbejder på må og få oven i hinanden med mere eller mindre effektfulde programmer, og med den konsekvens til følge, at nogle af de nødstedte overdænges med tilbud af mere eller mindre lødig karakter, mens andre helt negligeres og ikke gives den nødvendige assistance.

5.1.6. Bæredygtige projekter

Bæredygtighed består i programmeringen, som kan være mere eller mindre communitybaseret og kultursensitiv, have mere eller mindre god integration og opbakning fra det lokale community og være mere eller mindre velegnet

til at imødekomme korte såvel som langsigtede problemstillinger samt justerbar, i takt med at behovene ændrer sig.

Vigtigt for bæredygtighed er ressourceforbruget, økonomisk såvel som menneskeligt. Det er væsentligt for bæredygtigheden og effektiviteten af et program, at vi bruger vores ressourcer på tiltag, der har en langvarig effekt, for eksempel opkvalificering af lokale personer gennem undervisning af borgere, samarbejdspartnere og eget personale samt opbygning af programmer, som kan integreres i og overdrages til lokale eller statslige institutioner, hvorved de på længere sigt bliver selv bærende og uafhængige af international ekspertise, midler og donationer. Ligeledes er det vigtigt at støtte det lokale community ved for eksempel så vidt muligt at handle lokalt ind til sine programmer. Andre faktorer, der kan have betydning for, om programmer er brugbare i et område, er også personlig sikkerhed for de udsendte og lokale medarbejdere, herunder at vi ikke prioriterer nogle politiske eller etniske grupper på bekostning af andre.

5.1.7. Hvor længe bliver du?

De fleste NGO'er er nødt til at prioritere, hvilke lande og programmer de kan støtte og i hvor lang en tidsperiode. Ofte er det svært at rejse penge til katastrofer, der ikke nyder mediernes bevågenhed. Således har der været mange penge at hente fra det offentlige såvel som private donorer til tsunami-overlevere, mens det har været langt mere sparsomt, når man ville rejse penge til programmer for borgere fanget i stridighederne i Columbia og Den Demokratiske Republik Congo, civile borgeres sikkerhedsproblemer i Chechnya, de udsultede mennesker i Nordkorea eller børn udsat for trafficking i det vestlige Europa. At starte et program i et område kræver således foruden de praktiske og faglige overvejelser også nogle etiske overvejelser: Hvor længe kan vi blive, hvilke forventninger rejser vi med vores tilstedeværelse, kan vi leve op til de forventninger? Hvilke målsætninger har vi for det aktuelle projekt, og hvorledes vurderer vi, om disse er indfriet? Hvilke kriterier danner grundlag for, hvornår vi entreer nyt land henholdsvis forlader det igen?

5.2. Baseline-information, assessment og koordinering

Følgende afsnit består i eksempler fra felten på, hvorledes de tidligere råd og teorier er blevet omsat i praktisk programmering i opstartsfasen af et program.

5.2.1. Den koordinerede opstart

Som tidligere beskrevet, var der i tiden efter tsunamien en overvældende tilstrømning til Aceh af organisationer, der ville tilbyde berørte deres assistance. Der var masser af tage fat på og utallige børn med åbenlyse behov for hjælp og assistance. Lige så iøjefaldende nøden var, lige så klart stod

det, at der var et enormt behov for koordinering indbyrdes mellem de mange organisationer, så alle tre typer af interventioner rettet mod børnene kunne komme i spil på den bedst mulige måde. Majoriteten af organisationerne ydede indirekte hjælp via forældrene. Kun et mindretal gennemførte mental health og psykosociale programmer, der rettede sig direkte mod børnene og deres omsorgspersoner samt øvrige netværk.

På ugentlige møder for dem, der er involveret i mental health og psykosociale programmer, blev det afklaret, hvem der aktuelt var til stede i byen, hvilke typer af interventioner de var specialiseret i, samt ikke mindst, hvem der dækkede hvilke geografiske områder med parallelle programmer, og hvem der kunne henvises forskellige typer af klientproblemstillinger til. Således tilbød verdenssundhedsorganisationen (WHO) psykiatrisk bistand, mens flere andre havde psykologer med klinisk træning i deres programmer, der blandt andet tilbød familiesamtaler og samtalegrupper for børnene. UNICEF varetog primært psykosociale programmer til stimulering af børnene samt genopbygning af den almindelige hverdag, blandt andet i form af uformelle skole- og legeaktiviteter. På baggrund af specialer og geografisk opdeling kunne den egentlig assessment og baseline informationsindhentning nu gå i gang. Det synes oplagt delvis at kombinere de to, så dobbeltarbejde undgås, og vurderingen af tilstanden i målgruppen for interventionen kommer til at udgøre en naturlig del af grundlaget for udarbejdelsen af det kommende program. Konkret skete en del af denne afdækning ved at besøge de midlertidige lejre for familier, der havde mistet deres tidligere bolig. Lejrledelsen blev interviewet om stedets behov, ligesom der blev gået fra telt til telt, så de mange beboere kunne blive adspurgt om tilstandene og behovene inden for den ramme, der kunne støttes ud fra.

5.2.2. Oplagte aktører at inkludere i en assessment

Assessment og grundarbejdet for at opbygge interventionen kræver indhentning af information fra flere forskellige kilder, herunder undersøgelse af hvad de respektivt ser som relevant støtte i netop deres område. Eksempelvis kan den samme by således fordrø henvendelse og interviews af såvel religiøse ledere, kvindesagsforkæmpere, almindelige civile i lejre, huse og hytter, såvel som lokale grupperinger i for eksempel China Town, samtale med uformelle ledere i communitiet, forretningsdrivende samt de lokale sundhedsklinikker. Ligeledes kan det være vigtigt at alliere sig med de lokale apoteker, så de kan henvise kunder med typiske symptomer på stressforstyrrelser, foruden selvfølgelig at udlevere den ønskede smertestillende, beroligende eller søvnfremmende medicin, folk har som ærinde at indkøbe. Det skal understreges, at det er særlig vigtigt at sikre, at målgruppen for ens programmer har haft mulighed for personligt at komme til orde. Således bør man tale direkte med børn, forældre, anden familie, lærere med flere i forbindelse med afdækningen af, hvorledes man bedst støtter børn og deres omsorgspersoner i en aktuell katastrofe. Det er vigtigt at sikre, alle er blevet

hørt, så programmet bliver så præcist tilrettelagt ud fra de udtrykte behov og ønsker som overhovedet muligt. Dette er forudsætningen for, at nødstedte børn og forældre ved lanceringen vil give programmet deres fulde opbakning og støtte samt gøre brug af det.

5.2.3. Sikring af baseline-information

For at have et ordentligt baseline-materiale, er det nødvendigt at systematisere de indhentede data. Ligeledes kan det være oplagt at supplere materialet med yderligere interviews og fokusgruppediskussioner, når den endelige målgruppe og intervention er fastlagt, så det efterfølgende er muligt at foretage en effektmåling af indsatsen.

5.2.4. Samarbejde mellem clusters

Som tidligere beskrevet kan forskellige clusters med fordel samarbejde omkring assessments; hermed et eksempel. Den pakistanske del af Kashmir blev ramt af et enormt jordskælv i efteråret 2005. Efterfølgende mødte man mennesker, der havde mistet alt: Søsken, forældre og børn, hus, job, afgrøder, dyr og alle øvrige ejendele. En del af assessmenten i et mental health team blev kombineret med et andet clusters arbejde. Således var det for et distribueringsprogram muligt at få mental health-medarbejdere med til vurdering og uddeling af plastikpresenninger i en lejr. Dette indebar, at den enkelte medarbejder gik fra telt til telt og på baggrund af nogle enkle kriterier vurderede, om der var brug for presenninger til den pågældende familie. Samtidig gav det mulighed for at komme i kontakt med rigtig mange, få en snak med folk samt en fornemmelse af de enkeltes psykiske tilstand og en unik chance for at finde frem til børn uden voksne i hjemmet, psykisk syge og børn med forudgående handicap og særlige behov, som ellers ville blive glemt i deres hjem. Alt sammen information, der hjalp og bidrog til opbygning og udbygning af det aktuelle mental health-program.

5.2.5. Noget at bygge på

I nogle lande er strukturerne, uddannelsesniveaet, de menneskelige og økonomiske ressourcer samt de lokale organisationer så meget på plads, at programudøvelsen i høj grad kan overlades til lokale kræfter, og den eksterne tekniske bistand i stedet kan koncentrere sig om træning og uddannelse samt sparring til eksisterende viden, hjælp til tolkning af allerede gennemførte assessments, supervision af tentativt udarbejdede planer samt justering af programmer, der allerede er under implementering. Dette er selvfølgelig altid målet, men ikke altid lige let at gennemføre i virkeligheden, ligesom det kan kræve mange års systematisk samarbejde at nå hertil. I Indonesien er sundhedspersonalet generelt meget veluddannet, hvilket giver en god basis for samarbejdet med lokale sundhedsklinikker. Således kunne en del af de tilbageværende klinikker i Aceh kort tid efter tsunamien orientere om, hvad de så af psykologiske problemstillinger blandt deres

patienter, og hvilken type supplerende træning til personalet samt interventionstilbud til patienterne de ønskede i deres klinik. I Bangladesh har flere års hårdt benarbejde ført til, at der i dag er veluddannede personer engageret i psykosociale programmer og mental health-området. Derfor kan en aktuell indsats fokusere på at tilføre ressourcer i form af viden og ideer til yderligere programfacetter, løbende opkvalificering af eksisterende personale samt sparring til projekter, der allerede er i støbeskeen, snarere end at skulle introducere tanken om mental health og psykosocial intervention samt opbygge alt fra grunden.

5.3. Mental Health-tilbud

Det følgende er eksempler på mental health-programmer, det vil sige forskellige klinisk psykologiske interventioner af varierende grad. Med figur 1 in mente vil det altid kunne diskuteres, hvor grænsen mellem de kliniske interventioner og psykosociale programmer går. Det er vigtigt at holde sig for øje, at der ikke er nogen klar grænse mellem dem, men at de to programtyper på en gang overlapper og supplerer hinanden, hvorfor de fint kan eksistere parallelt som facetter af den samme overordnede intervention.

5.3.1. Communityindsats – psykoedukation

I krisesituationer er mange af reaktionerne og symptomerne på stress menneskeligt universelle, hertil kommer at nogle reaktioner kan være overvejende kultur- og situationsspecifikke, ligesom forståelsen af de enkelte symptomer altid må ses i en lokal kontekst. For de fleste er der tale om for dem fremmede, ualmindelige, uvante og meget ubehagelige reaktioner på en unormal situation, hvor den enkelte er presset langt ud over sin resilience og sine copingstrategiers formåen. Således kan man også sige, at en akut stressreaktion er en almindelig reaktion på en ualmindelig hændelse; blot ved den ramte det ikke selv. Dette fører let til, at berørte begynder at tro, de 'er ved at blive psykisk syge', da de for eksempel ikke kan forstå, de er ude af stand til at koncentrere sig, at deres hukommelse svigter, deres humør svinger, at de er grådlabile, har mange fysiske gener samt ikke er i stand til at sove og ofte har mareridt samt flashbacks. Yngre børn har almindeligvis brug for hjælp til selvregistrering og affektregulering, hvorfor det for dem kan blive endnu sværere at tolke og forstå de nye og fremmede reaktioner. De fleste børn vil uanset alder forsøge at skåne deres allerede pressede omsorgspersoner for yderligere belastninger og bekymringer og derfor undlade at indvie dem i deres aktuelle tilstand, hvilket bevirker, at børnene er i høj risiko for at stå alene med problemerne, føle sig isoleret og opleve at være de eneste i verden, der har det sådan. I situationer som denne kan det være meget givtigt og beroligende at få lidt basal viden om stress og krise-reaktioner, at dele sine oplevelser med andre og udveksle ideer til, hvorledes man kan få det bedre, samt få information om, hvor man kan indhente

yderligere assistance. Dette kaldes også psykoedukation. Samtaler af denne karakter er lette at foranstalte i skoler, forsamlingspladser i landsbyen, i hjemmet hos familier, i venteværelset til en sundhedsklinik eller på gader og stræder, hvor folk opholder sig i det daglige i forbindelse med indkøb, arbejde, skolegang, leg og andet. Vidensdelingen kan også ske i form af (gade) teater, sange, radioindslag, plakater og foldere. Psykoedukation er således en intervention med basis i den kliniske verden, uden dog at være højt specialiseret, som er god at nå den brede befolkning med. I det personlige møde gives behandlerne endvidere mulighed for at screene brugerne og dermed at tage kontakt til dem, der har brug for et mere specialiseret klinisk tilbud som for eksempel individuelle samtaler. Psykoedukative sessioner kan også føre til dannelsen af egentlige samtale- og netværksgrupper blandt deltagerne, ligesom de direkte og indirekte kan styrke community resilience.

5.3.2. *Gruppeinterventioner*

Gruppeinterventioner kan også bestå i mere organiserede samtalegrupper for voksne eller børn med et klart klinisk formål. For rigtig mange er det en lettelse at tale med lidelsesfæller, når man har været ude for en voldsom oplevelse, som har provokeret mange tanker og følelser frem. Således er dette ofte brugt som et vigtigt redskab til heling samt forebyggelse af stigmatisering og udstødelse for eksempel i forbindelse med børn og unge kvinder, der har været udsat for seksuel vold. Terapigrupper med børn, hvor de gives mulighed for gennem tegninger, dukkespil, teater og andet at tale om deres oplevelser, aktuelle frygt og få dette bearbejdet, så de opnår mere kontrol over situationen, er en væsentligt måde, hvorpå de kan hjælpes videre i deres liv.

Mobile klinikker, der dagligt tager ud i felten og ugentligt vender tilbage til de samme steder, kan nå rigtig mange, som ellers ikke kommer til behandlerne ved egen kraft; enten fordi transportforholdene er for omkostningsfulde, uregelmæssige eller ikke-eksisterende, fordi den øvrige familie ikke vil tillade det eller afsætte ressourcer hertil, eller måske fordi de ikke er klar over, hvad tilbuddet indebærer og derfor ikke prioriterer det. En mobil klinik fordrer ikke meget materiel og kan bestå af en presenning til beskyttelse mod sol og støv, et underlag placeret direkte på jorden samt lidt at drikke. Hertil kan så føjes modellervoks, dukker, farver og papir til børnene, alt efter hvad der findes i området og er tradition for at bruge. Nogle skamler eller stole, man kan stille op på afstand af det øvrige, hvis en samtale kræver mere privathed, er også en god ide. Det er så her, folk kan mødes til psykoedukative sessioner eller droppe forbi til en uformel samtale og lidt at drikke, en kontakt, der kan udvikle sig til en mere terapeutisk session under lidt mere private og afsides former. Den udfarende, uformelle og opsøgende stil gør, at man kan nå langt flere børn og voksne med få mobile klinikker, end det er muligt med et tilsvarende antal stationære klinikker.

5.3.3. Skolerne som indsatsområde

Efter jordskælvet i Kashmir var det oplagt at skabe interventioner i skoleregi, da det var her, børnene havde opholdt sig på dagen for det store jordskælv. Dette kunne være i form af målrettede aktiviteter stilet til eleverne med henblik på bearbejdning af de dårlige oplevelser; en samtale, der nogle steder overvejende havde psykoedukativ karakter og andre steder mere antog form af en gruppesamtale, hvor eleverne blev givet mulighed for at vende deres tanker og bekymringer samt spørge til og få udvidet forståelsen af deres aktuelle tilstand og situation. Begge dele blev suppleret med konkrete råd og introduktion til øvelser til fremme af autoregulering.⁹ Denne indsats blev typisk kombineret med en træning af lærerne i forståelse af elevernes aktuelle reaktioner og heraf affødte behov. I denne forbindelse blev der arbejdet med, hvorledes skolen bedst kunne støtte børnene psykologisk, hvorledes man bedst tilrettelagde et program for børn med opmærksomhedsproblemer, koncentrationsvanskeligheder, svigtende hukommelse og emotionelle efterreaktioner, der kunne resultere i enten udadreagerende adfærd eller tilbagetrukket indadvendthed. Lærerne havde desforuden store problemer med, at elevernes forældre havde mistet tilliden til, at man på skolen kunne tage vare på og beskytte deres børn i tilfælde af et nyt jordskælv. Under det første jordskælv døde mange elever. Da det skete i skoletiden, havde det været umuligt for familier at holde sammen og dermed for forældre at beskytte deres børn. Lærerne havde alle steder gjort deres yderste for at redde eleverne, men ikke alle steder var der noget at gøre mod de hurtigt kollapsende bygninger. Mange steder havde man efterfølgende enten halvvejs ødelagte skolebygninger eller slet ingen og måtte undervise under åben himmel eller i telte. Dette betød, at mange forældre på dage med dårligt vejr samt af angst for konsekvenserne af nye skælv holdt deres børn borte fra skolerne. Denne situation gjorde det nødvendigt at støtte lærerne i udarbejdelsen af beredskabsplaner samt finde måder til at reetablere kontakten til forældrene og genvinde deres tillid.

I kroniske konflikt- og katastrofeområder kan det som sagt være mere kompliceret at hjælpe de nødstedte. I denne slags situationer er det oplagt at knytte programmerne til lejre med midlertidige boliger samt i særdeleshed skolerne, hvor man kan implementere interventionen som en del af undervisningen. Børnene er allerede samlet, man kan fremme lærernes status som børnenes fortrolige og sikre base, og så er det et oplagt forum at tale sammen om svære ting, lære samt træne løsningsmuligheder og strategier, ligesom man kan opbygge netværk omkring de enkelte børn, så de indbyrdes kan beskytte hinanden. I skoleregi kan arbejdet bestå i interventioner rettet direkte mod børnene såvel som indirekte interventioner via træning og supervision af lærerne, lobbyisme for bedre skoler med videre. Det følgende er et eksempel på implementeringen af et program i en langvarig konflikt.

9 Evnen til at regulere sig selv, når man er alene.

I det nordlige Uganda var det indtil 2006 svært at skabe rolige og trygge rammer med en intern konflikt, der kørte på 20. år. Selv efter fredsforhandlingerne med Lord's Resistance Army (LRA) var begyndt, var det svært at tro på fred, og processen tog mange skridt frem og tilbage, inden man endelig nåede til enighed i februar 2008; en enighed, der dog ikke varede længe, hvorfor mange forhold fortsat i skrivende stund er ustabile. Mange børn blev ramt af konflikten, da LRA i høj grad udmærkede sig ved terror på civile og kidnapning af børn, som blev knyttet til deres hær med funktioner som bærere, kokke, koner til officerer samt selvfølgelig soldater. Således var det ikke sikkert at bo i landsbyer og lejre uden for de store byer eller områder uden militærbeskyttelse. I mange år organiserede forskellige organisationer Night Shelters for børnene i storbyerne, hvortil de måtte vandre adskillige kilometer dagligt inden mørkets frembrud. Dette betød mange timers adskillelse fra forældre og øvrig familie og dermed et ganske særligt børneliv præget af diskontinuitet og manglende oplevelse af ens primære omsorgspersoner som beskyttere og tryk base. Hertil kommer, at de voksne omsorgspersoner var berørt af, at mange var forflyttet fra deres hus og land til lejre, som i princippet skulle være mere sikre. Dette medførte de tidligere beskrevne problemer som manglende levebrød, nedbrud af sociale strukturer med videre. Disse leveforhold i kombination med den konstante og vedvarende trussel om bortførelse umuliggjorde etableringen af en tryk og regelmæssig hverdag omkring børnene i deres lokale miljø. For at afhjælpe dette blev der i Norduganda iværksat et projekt til fremme af børnenes resilience.¹⁰ Programmet blev iværksat i skoleregi, hvor de enkelte børn igennem en struktureret gruppebaseret intervention blev ført igennem et 15 sessioner langt forløb. Formålet var at bearbejde deres svære oplevelser, at opbygge og styrke deres naturlige resilience, at opbygge evnen til selvregulering via interaktiv affektregulering samt fremme deres tillid til hinanden og daglige voksne. Sessionerne var bygget op med en fast start og afslutning samt varierende strukturerede aktiviteter, som lagde vægt på forskellige temaer, der blev introduceret ud fra en fast sekvens. Man startede med at skabe tillid i gruppen, herefter blev tidligere traumatiske oplevelser bearbejdet, efterfølgende blev genopbygningen af den enkeltes copingstrategier sat i centrum, og afslutningsvis arbejdede man med reetableringen og opbygningen af det lokale community og gruppe-medlemmernes fremtidige færd. Sekvensen var bygget op på baggrund af en psykodynamisk model, og aktiviteterne inspireret af psykodrama samt tegne- og musikterapi. Efter forløbets afslutning var det vigtigt at holde gruppen af elever sammen i andre regier af mere psykosocial karakter, så det opståede fællesskab blev bevaret, og de alle i højere grad end tidligere havde nogle at gå til ved pro-

10 Programmet var inspireret af et 'classroom based psychosocial intervention programme' udviklet af blandt andre Robert D. Macy fra The Center for Trauma Psychology i Boston.

blemer samt den beskyttende effekt, der ligger i at holde sammen og være en gruppe, der kigger efter hinanden samt følges ad.

5.3.4. Arbejde med familierne

Ofte er op søgende familiarbejde en god indgang til at tilbyde familiesamtaler, hvor børnene får lov at tale højt om alle de mange tanker, forældrene ved, de har, men alle har svært ved at få sat ord på. Mange børn forsøger i situationer, hvor også forældrene er pressede, at skåne deres forældre ved at holde egne bekymringer, problemer og tanker for sig selv. Mental health-medarbejderen kan under trykke forhold gennem samtale med børn og forældre hjælpe barnet til at få sat ord på nogle af dets bekymringer og problemer samt rådgive forældrene, så de i endnu højere grad bliver i stand til at varetage deres barns aktuelle behov. Det, at barnet får mulighed for at tegne, lege og sætte ord på det skete og derved bearbejde oplevelsen, kan i kombination med reetableringen af mere rolige og trygge rammer i dagligdagen være en tilstrækkelig intervention.

5.3.5. Det individuelle tilbud

Sædvanligvis er det svært at få formidlet til brugerne, hvad der er af fordele ved at benytte et individuelt klinisk psykologisk tilbud; dette være sig grundet stigmatisering, begrænsede midler til kommunikation, manglende kommunikationsevne fra teamets side eller andet. En måde at nå ud med budskabet på er som sagt via gruppeinterventioner, hvor en del af indsatsen kan være at screene og dernæst tilbyde den individuelle støtte til dem, der vurderes at være motiveret herfor og kunne profitere heraf. Ofte er det nødvendigt at være diskret af hensyn til risikoen for stigmatisering, samtidig med at man lader folk vide, der er hjælp at hente. Man kan med fordel lade betroede lokale kræfter hjælpe med screening og henvisning. I de fleste lande er medicinske læger og sygeplejersker omgærdet med stor autoritet og respekt, hvorfor det kan være særligt givende at alliere sig med dem, når det gælder henvisninger til et klinisk psykologisk tilbud. Erfaring viser, at mange, der ikke ville komme til en mental health-klinik for at tale med en psykolog, går hen til det udpegede telt, hvis det er placeret sammen med sundhedsklinikken, lægen har sagt, de skal, og sygeplejersken følger dem på vej. Andre gode allierede kan være alternative helbredere, religiøse vejledere, skolelærere og andre vise personer i lokale communities. Dette kan suppleres med opslag på offentlige pladser, markeder, religiøse samlingssteder og busstationer samt interviews i radioen og efterfølgende reklamespots.

Det individuelle tilbud kan have karakter af det, vi traditionelt kender som psykoterapi. Dog er der nogle vigtige forhold at have for øje. Det er mere reglen end undtagelsen, at det første møde med en klient også bliver det sidste. Således er det afgørende at have en korttids terapeutisk ramme for arbejdet, at sigte på at hjælpe folk her og nu og klæde dem på, så den enkeltstående samtale også er meningsfyldt og brugbar, hvis der ikke kom-

mer en eller flere opfølgende sessioner. At vide, man måske kun har dette ene møde, kræver stor omhu i arbejdet, en særlig tilgang til den enkelte, ligesom det, måske ikke at mødes igen, for de fleste terapeuter er et meget uvant arbejdsvilkår. Når dette er sagt, kommer så komplikationerne med at få trænet personalet, at bruge tolkebistand i arbejdet, at skulle sidde under den stegende sol i et fuldt offentligt rum og arbejde i støvet fra vejen. Alle forhold, der normalt ville stride mod den traditionelle terapeutiske ramme. At arbejde under sådanne vilkår kræver en god evne til at fokusere, en veludviklet sans for at kunne skabe sit personlige rum og sfære uanset omgivelserne samt en god færdighed udi at være nærværende og til stede i en samtale. En systemisk, løsningsfokuseret og narrativ tilgang med stor vægt på belysning af levede erfaringer, analyse af allerede afprøvede copingstrategier og styrkelse af den personlige resilience, udbygning og berigelse af de foretrukne narrativer samt udforskning og forstærkning af netværk, er meget brugbare i felten. Hertil kommer, at der sker en ressourceopbygning og en øget evne til selvregulering via den interaktive relationelle affektregulering, når de svære oplevelser gradvist bearbejdes, og via opbygning og indøvelse af metoder til coping i situationer, hvor barnet er alene med sig selv. Traumbearbejdning, kropslige øvelser, relationel affektregulering og psykoedukation kan således også anbefales. Tegninger, lege og psykodrama er ligeledes et godt supplement til at samtale, ligesom forældrevejledning og interventioner rettet mod at få de voksne omsorgspersoner på benene igen er altafgørende, især for de lidt yngre børn.¹¹

5.4. Psykosocial intervention

Efter den foregående belysning af de klinisk psykologiske interventioner vil dette afsnit belyse eksempler på programmer med et mere psykosocialt sigte.

5.4.1. Styrkelse af Community resilience

En måde at mobilisere et communitys resilience på er 'Positive Deviance', et program, der lægger vægt på at belyse de positive afvigere fra normen, det vil sige mønsterbryderne. Programmet er bygget op med udgangspunkt i et identificeret problem. Første del af interventionen består i en grundig kortlægning af problemet, dets dynamik og risikofaktorer kombineret med en detaljeret afdækning af, hvad det er for forhold og færdigheder, mønsterbryderne fremviser. På baggrund af analysen af, hvad der kræves for at bryde de negative tendenser, samt hvad der dæmper op for problemet, skabes der basis for en fælles handlestrategi og mobilisering af yderligere kræfter og tiltag til sikring af landsbyens børn og unge. Dette er set i projek-

11 J.G. Allen, David Denborough, Peter Fonagy, Sue Mitchell, Raja Selvam, J.H. Sørensen, Michael White samt M. Schauer, F. Neuner, F. & T. Elbert.

ter i blandt andet en landsby i Indonesien, hvor mange børn, i særdeleshed piger, grundet deres forældres gæld blev sendt bort til husarbejde under slavelignende forhold samt prostitution i storbyerne. Mønsterbryderne var familier, der havde samme gældssituation, men havde formået at finde lokalt forankrede indtægtskilder til deres børn, der umiddelbart var mindre velbetalte, men som til gengæld betød, at de ikke behøvede at forlade landsbyen. Denne relationelle sikkerhed gjorde børnene langt mindre sårbare og udsatte. Således kunne familien på en gang opfylde sin gældsforpligtigelse og sikre dets børn mod trafficking. Da landsbyens medlemmer blev opmærksomme på de mekanismer, der gjorde sig gældende og strategier til at imødegå dem, formåede de i fællesskab at dæmme op for problemerne og sikre deres børn og unge.

5.4.2. Reetablering af sociale normer og strukturer

I forbindelse med krisesituationer er det almindeligt, at den sociale struktur og vanlige omgangsform bryder sammen. Almindelige normer for ret og forkert flytter sig, og lovløse tilstande kommer ofte til at herske. Typiske eksempler herpå er stigning i berigelsestyveri, røveri, overfald samt seksuelle overgreb på unge piger og kvinder. Familier opløses, autoriteter mister deres status, beslutningsorganer sættes ud af spil, problemløsningsinstanser, som for eksempel ældreråd, mister respekten, og ingen er lydøre over for de vise ældres forsøg på mægling. Den vanlige dagligdag og rytme bryder sammen, skolegang indstilles, sundhedsklinikker og hospitaler mangler kapacitet, butikkerne står tomme, og arbejdspladser afskediger folk eller lukkes ned. Dette berører børnene i et samfund direkte såvel som indirekte.

Interventioner, der sigter på reetablering af socialorden, fælles symboler, traditioner, rutiner og ritualer er i sig selv gavnlige for genetablering af et community og dets normer. Således kan en psykosocial indsats bestå i begravelseshjælp, så afdøde kan få en værdig afsked, støtte til pårørende til gennemførelse af ritualer for de afdøde eller afholdelse af særlige festligheder af social eller religiøs karakter. Det er altid kontroversielt at finde det rette leje for støtten, og erfaring viser da også, at det bliver endnu mere problematisk, hvis bidraget skal bestå i rede penge. Derfor kan det anbefales at støtte i form af køb eller levering af nødvendige materialer som tøj, madvarer eller andet, som er absolut minimum for gennemførelsen af det aktuelle ritual.

5.4.3. Communitygrupper og netværk

En vigtig måde at få styrket et communities resilience på og reetableret social orden, personlig oplevelse af kontrol og indflydelse på egen hverdag samt tillid til hinanden og fremtiden er via støtte til oprettelse af lokale grupper og netværk. Det kan dels være organisering blandt voksne, så de igen bliver i stand til at tage vare på sig selv og deres børn, men det kan i høj grad også være organisering af børnene selv. Det er væsentligt, at disse

grupper bliver selv bærende og baseret på lokale kræfter, så den udefrakommende støtte ikke indirekte underminerer selvstændigheden og handlekompetencen hos de involverede. Et eksempel på styrkelse af forældre evne er et madprojekt, hvor mødre fik udleveret råvarer til at lave særlig næringsrig og god mad til deres skolesøgende børn, foruden at de mange kvinder også fik styrket deres sammenhold.

Grupperne kan også vægte at aktivere børn i fællesskaber, der dels giver dem mulighed for at øve indflydelse på og medskabe deres community og hverdag, dels giver børnene fordelene ved at være med i en gruppe, hvor man støtter og passer på hinanden. Det kan lette opstarten at skabe grupperne, hvor der allerede er nogle naturlige relationer for eksempel i en teltlejr, et afgrænset boligkvarter eller i tilknytning til en skole. Normalt vil det være en fordel, hvis gruppen har et eller flere overordnede mål at være sammen om. Det kan for eksempel være at skabe en boldbane og skaffe en bold, hvor de i fællesskab kan dyrke sport, lave turneringer med videre. Det kan også være at dyrke et afgrænset stykke jord for at få afgrøder til eget brug eller videresalg, at få bygget en legeplads i teltlejren, en fælles indsats til renholdelse af landsbyen, eller at lave børneklubber, der sikrer kendskab til FN's børnerettighedskonvention, så alle børnene i området ved, at det er ulovligt at udnytte deres arbejdskraft til farligt arbejde, at videresælge dem, misbruge dem seksuelt eller slå dem korporligt.

5.4.4. *Rekreative aktiviteter til børn*

Det er ikke altid muligt for børnene at organisere det hele på egen hånd, og selv med hjælp fra deres voksne kan det sommetider kræve yderligere eksterne ressourcer at få etableret projekter, der kan sikre adækvat stimulering og udvikling. Børn bliver let glemt, og det kræver et ekstra overskud i hverdagen, økonomisk såvel som personligt at få prioriteret og arrangeret særlige aktiviteter for dem; en prioritet, der ikke altid står i første række blandt voksne, som på grænsen af deres formåen kæmper for at dække blot de mest basale behov i deres familier. For de mindre børn er almindelige pasnings- og legetilbud vigtige for at stimulere dem, give dem gode legeoplevelser på børnepræmisser samt at frigøre forældrene til at genopbygge den hverdag, som barnet har brug for. Det er alene forældre med et minimum af overskud, som kan forventes at være i stand til at tage sig tilstrækkeligt af deres børn. Særligt for de voksne, der har mistet en ægtefælle, er det vanskeligt at komme ud at tjene penge, reparere bolig og dække egne personlige behov, når man står alene tilbage med en børneflokk. Her kan et dagpasningstilbud være afgørende for reetableringen af en normal hverdag. Ligeledes henvender rekreative tilbud sig også til de mange børn, der ikke aktuelt er sammen med voksne, samt børn med særlige behov.

Det er ved opbygningen af et sådan tilbud vigtigt at sikre, at stedet, der vælges, er sikkerhedsmæssigt forsvarligt og de fysiske rammer i orden. Ligeledes skal personalet rekrutteres på en måde, så alle efterfølgende fø-

ler sig velkomne og trygge ved at benytte tilbuddet, hvorfor det er vigtigt dels at sikre neutralitet, men også at de personer, som skal lede de daglige aktiviteter, er vellidte og vises tillid fra potentielle brugere. I opbygningen af tilbuddets aktiviteter er det vigtigt at være opmærksom på, hvad der er kulturelt almindeligt såvel som acceptabelt. Særlig vigtigt er det at vurdere de kulturelle retningslinjer for at lade drenge og piger deltage i forskellige typer af lege samt i fælles aktiviteter, hvad der er socialt acceptabelt i hvilke aldre, samt hvilke krav der stilles til de voksne omsorgspersoners køn. Ligeledes må tilbuddet tilrettelægges, således at de børn, der skal passe skole og arbejde, har mulighed for det.

Aktiviteterne kan være dem, vi almindeligvis ser i danske daginstitutioner som boldspil, tegning, leg med dukker, papirklip og sanglege. Der kan også være aktiviteter, som i højere grad er rettet mod at styrke børnenes selvtillid, selvværd, sammenhold og sociale kompetencer. Lege, hvor man skal konkurrere og samarbejde, er med til at styrke det sociale sammenhold, det er dog vigtigt at sikre, at legene ikke er for svære, og at de altid fører til succesoplevelser, herunder følelsen af at vinde og være kompetent. Det kan være fangeleg, hvor den voksne skal fange børnene, som må befri hinanden efter behov, og de har således en fælles opgave at løse, hvis opnåelse er lig sejr til børnene. En anden samarbejdsleg kan være kluddermor eller skabelsen af collager og kunstværker med de forhåndenværende remedier. Tillidsøvelser styrker også sammenholdet; det kan være at stå i en cirkel omkranset af venner og lade sig falde ud til dem, hvor de så griber én eller lade sig føre af en anden med lukkede øjne. Selvregistrering og egenkontrol er også vigtige kompetencer. Lege, hvor man spejler hinanden, leger med følelsesudtryk og mærker de forskellige tilstande samt sansemotoriske lege, kan fremme dette. Nogle lege stiler i højere grad mod at styrke den enkeltes selvværd og handlekompetence. Det kan være fantasilege om, hvad man vil gøre i forskellige situationer, samt konkret viden om, hvem der kan hjælpe og beskytte, hvis man føler sig udsat. Dette kan suppleres med at lade børnene skiftes til at kigge ned i en kasse, hvor de vil se en vigtig person, de skal passe særligt godt på. I bunden af kassen er placeret et spejl.

5.4.5. Uformel undervisning

Især for de lidt større børn er det relevant med en uformel undervisning, hvis skolerne ikke fungerer. Jo ældre børnene bliver, des mere vigtigt er det desuden i forlængelse af den almindelige skolegang at kunne tilbyde supplerende aktiviteter. Det kan blandt andet være undervisning i basal sundhed og hygiejne, vigtigheden af rent drikkevand og gode madrutiner samt kostvaner, evnen til at spotte og identificere minefelter, fredsskabende aktiviteter som introduktion til hinandens kulturer og undervisning i konfliktløsning samt familieplanlægning og beskyttelse mod seksuelt overførte sygdomme herunder hiv/aids. Sådanne temaer er typisk ikke en del af det normale pensum i en skole, men for mange børn kan det være afgørende

viden, hvis de skal holde sig i live. Hvilke forhold, det er relevant at undersøge i, vil naturligvis afhænge af katastrofens karakter og den lokale kontekst. Også de lidt større børn og unge har i deres fritid brug for rekreative aktiviteter, sport og uforpligtigende oplevelser, der ikke fordrer andet end aktiv deltagelse og leg.

5.4.6. Alternative veje

Nogle børn og unge har haft konflikter eller fattigdom som et livsvilkår over så lang en periode, at de er blevet så gamle, at det ikke længere er muligt at tilbyde dem et normalt skoleforløb. Dette gælder for eksempel en del af de børn, der slipper fri og vender tilbage efter at have opholdt sig i længere perioder med væbnede grupper. Ofte giver det ikke mening at placere dem i en skoleklasse med langt yngre børn, ligesom deres modenhed og situation, som for eksempel enlig mor, peger mere mod et selvstændigt unge- og voksenliv end på at indhente det fortabte børneliv. Her kan det være vigtigt med alternative tilbud som komprimerede skoleprogrammer (ALP) eller mulighed for oplæring i et håndværk og bistand til at åbne egen lille forretning. Andre unge, for eksempel børneprostituerede og gadebørn, kan være i en situation, de ikke kan se sig ud af og i stedet for at stile mod at ændre deres situation fundamentalt, hvilket vil kræve en høj grad af motivation fra deres side, kan interventionen sigte mod at give dem en lettelse og et pusterum i hverdagen samt et sted, hvor de kan hvile, købe mad og være i sikkerhed. Sådanne shelters har med succes været brugt i Bangladesh, hvor de også har hjulpet nogle af børnene videre til et andet liv, når de var klar hertil og ønskede en sådan hjælp.

En del børn og unge ser sig fanget af nødvendigheden af at tjene penge for at overleve, hvilket forstærkes af manglen på netværk, familie og et hjemsted at falde tilbage på. De børn og unge, der her er tale om, hvad enten det er kriminelle gadebørn, børneprostituerede, tidligere børnesoldater eller koner til sådanne, er almindeligvis udstødte og stigmatiserede, og det kan let holde dem fast i en negativ livsførelse. Kommer der desuden misbrug ind i billedet, bliver det endnu sværere at frigøre sig fra det aktuelle liv og begynde en ny levevej. En vigtig del af arbejdet med at assistere børn og unge med massive problemer, der bunder i fortabte barndomsår, er at hjælpe dem tilbage til deres oprindelige netværk og community, alternativt støtte dem i at blive optaget i et andet community på lige fod med andre medlemmer. Elementer i dette arbejde er blandt andet opsøgende kontakt til de berørte børn og unge, assistance til relationel bearbejdning af de svære oplevelser, livelihood-træning og hjælp til etablering af ny bolig og levevej, sporing af familier og støtte til genoptagelse af kontakten samt intensiv hjælp til genforening, dialog med lokale communities og gennemførelsen af ritualer til genoptagelse heri. Udviklingen af egentlige ritualer til renselse, genoptagelse, accept og reintegration i det tidligere eller nye fællesskab kan være

afgørende for at opnå succes samt at sikre barnet eller den unge et levebrød, så det ikke ligger nogen til last.

6. Konklusion

Børn i krise- og katastrofesituationer er særligt sårbare. Alle mennesker reagerer på kritiske og overvældende situationer, men børns beredskab til at håndtere disse er fundamentalt dårligere end voksnes. Børn har et mindre udviklet kognitivt beredskab, færre livserfaringer og dermed handlestrategier og copingstrategier at trække på, ofte er deres resilience mindre og deres grundlæggende antagelser om livet er typisk langt mere urealistiske end de voksnes, hvorfor de også bliver så meget mere rystede og svære at reetablere. Trygheden ved en stabil og forudsigelig dagligdag samt beskyttende omsorgspersoner betyder typisk mere for børn end voksne, og det er netop disse ting, der almindeligvis bryder sammen i katastrofesituationer. Dette forstærkes i de situationer, hvor børnene mister nære pårørende og slægtninge som forældre og søskende. Hertil kommer, at børns forstyrrelser i de tidligere barneår og gennem barndommen kan få afgørende udviklingsmæssige konsekvenser. Børn opvokset under fysisk og psykisk deprivation vil typisk fejludvikles og få et dårligere liv igennem barndommen og som voksne end andre. Hertil kommer potentielle eftervirkninger fra traumatiske oplevelser. Således kan kriser og forstyrrelser i livets tidlige år få fatale konsekvenser for resten af livet.

Krige og katastrofer kan have mange karakterer, og de risici, der er for børn og unge fanget i verdens brændpunkter, er ikke færre. Børn er de, der lettest bliver overhørt, overset og glemt, når katastrofen raser og nødhjælpsorganisationerne rykker ud. Ligeledes vil programmer stilet mod børnenes primære netværk almindeligvis ikke være tilstrækkeligt til at sikre det enkelte barn en adækvat hjælp. Derfor er det vigtigt at have et særligt fokus på netop børns særlige sårbarheder og behov, hvis udtryk altid vil variere afhængig af katastrofens karakter, omfang, den lokale kultur, traditioner, infrastruktur og øvrige parathed til at håndtere krisen.

Psykologien har en vigtig opgave i at medvirke til gennemførelsen af sikre og adækvate interventioner for børn og deres familier. Indirekte ved at støtte andre clusterprogrammer i at være så helhedstænkende som muligt, og direkte i form af mental health og psykosociale programmer rettet mod grupper af befolkninger, familiesystemer og enkeltpersoner. Inden et program rulles ud, er det vigtigt at foretage en ordentlig kortlægning af problemer og behov, at alliere sig med relevante lokale partnere og medarbejdere og i et tæt samarbejde skræddersy og udvikle den bedst mulige intervention til den aktuelle situation og kontekst.

I arbejdet med børn er det vigtigt at sikre interventioner sigtet mod direkte støtte til børnene, men i endnu højere grad at sikre genopbygning og

styrkelse af børnenes primære og sekundære netværk, da det er de voksne omkring børnene, der må bære hovedopgaven med at reetablere en tryk hverdag og genskabe troen på fremtiden. Generelt er det lettere at styrke resilience hos den enkelte og i communityet, når der er tale om akutte kriser og interventionen primært sigter mod genetablering af det ødelagte. I de mere langstrakte og kroniske kriser er det langt sværere at navigere og støtte, da programmerne ikke i sig selv kan ændre de fundamentale trusler, men alene støtte den enkelte i, i sin hverdag at etablere nye støttende og stabiliserende tiltag, strategier og netværksgrupper. Alle strategier er af skrøbelig karakter og varighed i forhold til de udbredte, alvorlige og fundamentale trusler børnene lever under. Hvor høj en grad af klinisk, henholdsvis psykosocial vægtning et program skal gives, samt hvor meget af interventionen, der er rettet mod enkeltpersoner henholdsvis større grupper af mennesker, vil afhænge af de konkrete behov såvel som de programprioriteter, der politisk er vedtaget for den enkelte organisation og den aktuelle indsats.

LITTERATUR

Du anbefales så vidt muligt at medbringe arbejdsopgaver elektronisk, så du ikke forslæber dig på vej ud i felten eller finder ud af, at du frasorterede det vigtigste, da du skulle prioritere de mange kilo.

- ALLEN, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley and Sons. Washington, DC.
- ALLEN, J.G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding*. American psychiatric publishing inc. Washington, DC. http://www.menningerclinic.com/printablebro/coping_trauma05.htm
- BOLTON, D. (in press). *Diverse undersøgelser vedr. hjælpearbejde*. www.nicct.org
- Centre for Confidence and Well-being (2008). *Resilience in young people*. <http://www.centreforconfidence.co.uk/pp/overview.php?p=c2lkPTUmdGlkPTAmaWQ9MTMTE0>
- DENBOROUGH, D. m.fl. (2005). *Stories from Sri Lanka – responding to the tsunami*. The Intl. J. of Narrative Therapy and Community Work, 2005, no. 2.
- DENBOROUGH, D. (ed.) (2006). *Narrative responses to traumatic experience*. Dulwich Centre Publications. Adelaide.
- DEWOLFE & DEBORAH (2000). *Field Manual for Mental Health and Human Service workers in Major Disasters*. Center for Mental Health Services. Washington D.C.
- Diagnosekriterier. *ASD og PTSD*. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/content/mh/annoC.htm og http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LÆGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2001/2001_14/Reaktioner_paa_psykisk_belaesting
- DOLAN, Y. (2000). *Beyond Survival*. BT Press. London.
- DYREGROV, A (2004). *Katastrofe psykologi*. Dansk psykologisk Forlag, Danmark.
- DYREGROV, A. *Diverse om Børn og Traumer*. www.krisepsyk.no
- EHRENREICH, J.H. (2001). *Coping with disasters, A guidebook to psychosocial intervention*. www.mhwwb.org
- Expert Consensus (1999). *Treatment guidelines for posttraumatic stress disorder: A guide for patients and families*. J. Clin. Psychiatry, 1999; 60.

- FONAGY, P. (2006). The Mentalisation – focused approach to social development. I: Allen J.G og Fonagy, P (eds.): *Handbook of Mentalisation-based treatment*. John Wiley and Sons. West Sussex.
- HOBFOLL, S.E. et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*. 70 (4), 283-315.
- Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/default.asp>
- JANOFF-BULMAN, R. (1992). *Shattered Assumptions*. The Free Press, New York
- JOSSE, E. et al. (2004). *Trauma. Guidelines for Psychosocial Care*. MSF Belgium. Bruxelles.
- LAUMONT, B. (2005). *Natural Catastrophes. Psychological reactions of victims and Psychosocial interventions*. MSF Belgien. Bruxelles.
- Læger uden Grænser (årligt). *De 10 mest oversete katastrofer i verden*. www.msf.dk
- MACEY, R. m.fl. (2003). *Basic Training Manual for the 15-Session Classroom Based Psychosocial Intervention Program (CBI) for Children and Youth Exposed to Difficult Circumstances*. The Center for Trauma Psychology in Boston, Columbia University -School of Public Health, NYC, and Save the Children Foundation, US.
- MITCHELL, S. (2005). *Debriefing after traumatic situations – using narrative ideas in the Gaza Strip*. The Intl. J. of Narrative Therapy and Community Work, 2005, no. 2.
- NICE (2005). *Clinical Guideline 26: Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026NICEguideline.pdf>
- Psychosocial working Group (PSWG)*, <http://www.forcedmigration.org/psychosocial>
- RABBATH M.E., SHEARAR A. & SMITS I. (2001). *Manual for the Training of Psychosocial Assistants*. MSF Holland. Amsterdam.
- RUTTER, M. (1987). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Save the Children (2007). *CPIE – Child protection in emergencies*. The International Save the Children Alliance, CPIE – Professional exchange network. www.savethechildren.org samt www.redbarnet.dk
- Save the Children (2005). *Policy Brief: Protecting Children in Emergencies*. International Save the Children Alliance, London. www.savethechildren.org
- SCHAUER M., NEUNER, F. & ELBERT, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture*. Hogrefe. Seattle. Specielt vedr. børn www.biomedcentral.com/1471-244x/5/7
- SELVAM, R. (2005). *Treating tsunami survivors for trauma – The effectiveness of a short-term psycho-physiological trauma treatment approach among South Asian tsunami survivors*. Journal of holistic healthcare, Volume 2 Issue 4 November 2005.
- SMITH P., DYREGROV A. & YULE W. (1999). *Children and Disaster, Teaching Recovery Techniques*. Children and War Foundation. Bergen.
- SVENDSEN, L. (2005). *Et sted at begynde forfra*. Psykolog Nyt, nr. 12., 2005. <http://lsrt.dk/?ID=8>
- SVENDSEN, L. (2006). *Da Kashmir skælvede*. Psykolog Nyt, nr. 9., 2006. <http://lsrt.dk/?ID=8>
- SØRENSEN, J.H. (ed). (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. Fonagy, Shore, Stern.. Hans Reitzels forlag. København.
- VAN DER KOLK, B. *Diverse vedr. traumer*. www.traumacenter.org
- WHITE, M. (2004). *Narrative Practice and Exotic Lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Dulwich Centre Publications. Adelaide.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Mental Health in Emergencies. Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors of Refugees*. WHO Publications. Geneva.