



FOTOS: PRIVATFOTOS

## DA **KASHMIR** SKÆLVEDE

*Psykolog Louise Svendsen har med Læger uden Grænser været i Kashmir, som i efteråret 2005 blev ramt af et forfærdeligt jordskælv. Her fortæller hun om den indsats, hun var en del af.*

**I oktober** 2005 blev Kashmirs befolkning rystet – dels ved et jordskælv, der blev målt til 7,6 på richterskalaen, dels ved de enorme tab af familiemedlemmer, venner, boliger og arbejdspladser, som jordskælvet medførte for de mange tusinder af berørte pakistanere og indere. Alene i Pakistan har regeringen opgjort dødstallet til mere end 76.000, hertil kommer 80.000 sårede og mere end 3 millioner personer, der med ét blev hjemløse, netop som vinteren stod for døren.

Læger uden Grænser havde et team i gang fra den første dag, og der gik ikke mere end få døgn, før end de første psy-

kologer var i gang i Pakistan. Læger uden Grænser havde budgetteret med 22 mio. euro, og i alt blev der i løbet af de første par måneder sendt mere end 150 nødhjælpsarbejdere af sted, foruden at der lokalt blev ansat mere end 450 personer.

Mental Health-programmet var blot ét blandt flere, der også talte distribuering af vanddunke, tæpper, telte og byggematerialer, genetablering af vandsystemer og sanitetsopbygning, assistance til et nødhospital samt oprettelse og drift af medicinske sundhedsklinikker og mobile klinikker.

Jeg blev sendt ind med anden bølge ► ► ►

## DA **KASHMIR** SKÆLVEDE



► ► ► af psykologer og ankom i midten af november 2005 for at tilbringe de følgende to måneder i byen Bagh. Den er en af de større byer i den pakistanske del af Kashmir, beliggende lige hvor bjergene for alvor begynder.

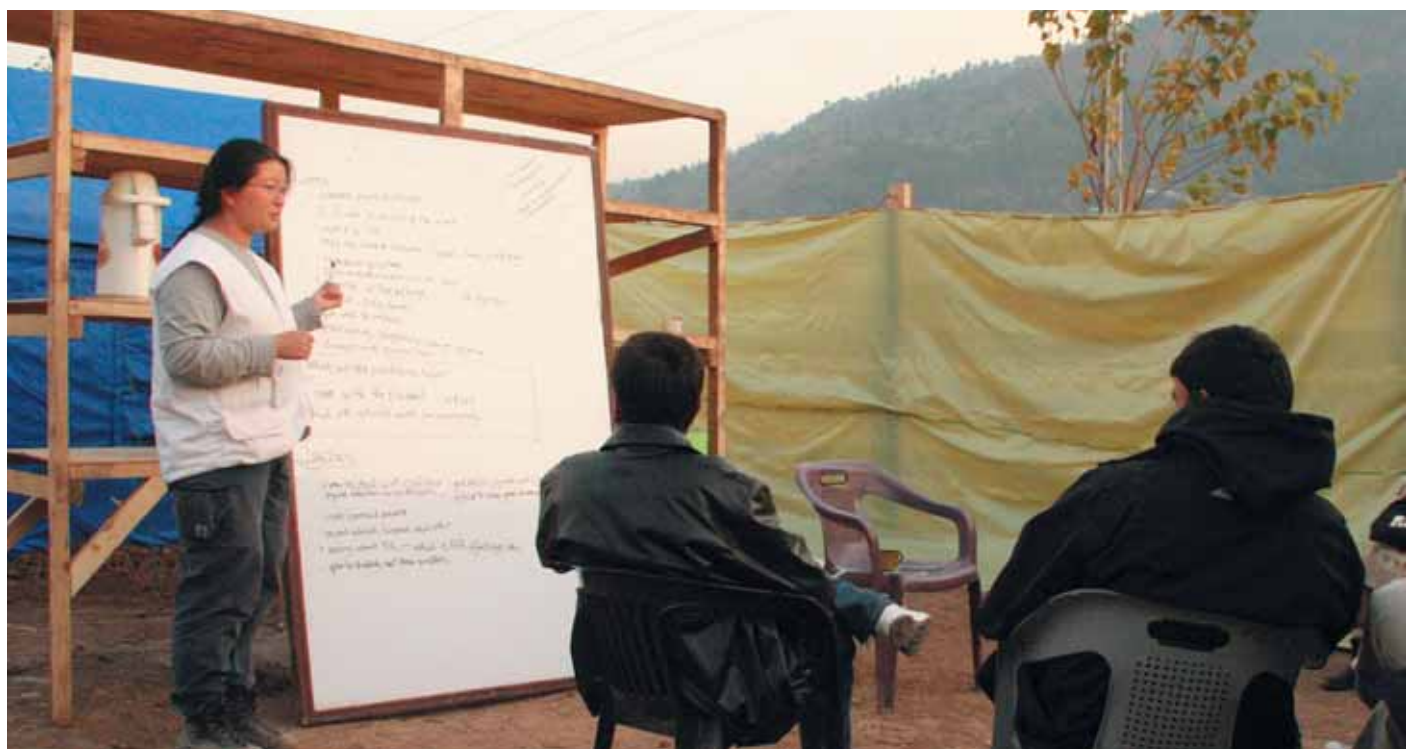
Det overordnede mål med Mental Health-indsatsen var at forebygge traumatisering af den berørte befolkning ved at styrke den individuelle og samfundsmæssige resilience. Mental Health-teamet bestod af i alt 12 personer.

Vi arbejdede fast i Bagh samt tre andre byer og nærliggende landsbyer. I hver by havde vi ansat en 'community

worker', der både kendte til og var kendt i landsbyen i kraft af tidligere funktioner som for eksempel kvindelig helsemedarbejder, lærer eller journalist. Derudover havde hvert team en 'social worker' med baggrund som enten social worker eller lærer. Den tredje i teamet af lokalt ansatte var en psykolog med en mastergrad fra et universitet i Pakistan. I teamet indgik også to udenlandske psykologer, min kollega fra Norge og jeg selv. Vor primære opgave og ansvar var at lede, udvikle og evaluere projektet, at supervisere og undervise vore lokale kolleger samt at koordinere indsatsen med

de andre Læger uden Grænser-programdele og de øvrige NGO'er i området.

I Kashmir er der ikke tradition for at gå til psykolog. De 'skøre' sendes til et psykiatrisk hospital i en af de storbyer, der ligger hundreder af kilometer borte, hvis det er umuligt for familien at hjælpe og rumme dem med deres vanskeligheder. Det var ikke vores intention at opbygge et parallelsystem til dette og heller ikke at gøre nogen vant til og afhængige af at få psykologisk bistand. Således var al vor indsats gennemsyret af respekt for de lokale traditioner og styret ud fra det overordnede mål at styr-





ke den individuelle og lokale resilience og de vanlige støttesystemer (David Denborough m.fl. 2005, Laumont 2005).

### At miste alt

Så godt som alle var berørt af jordskælvets følger. At miste *alt* vil sige at miste nære familiemedlemmer, øvrige slægtninge, venner og kolleger, hjem, husdyr, afgrøder, arbejdsplads og dermed levebrød samt visioner for fremtiden og også ofte at blive rystet i sin tro.

Men var lokalbefolkningen traumatiseret? Om vi bliver traumatiseret af en oplevelse, beror på graden af uforudsi-

gelighed og pludselighed, om det oplevede langt overstiger det, den enkelte normalt oplever i sit liv, om der er fare for eget eller andres liv, og om hændelsen involverer oplevelsen af tab af kontrol og handlemuligheder. Afgørende for håndtering af oplevelsen er perceptionen af hændelsen i kombination med de coping-mekanismer, den enkelte i forvejen har udviklet, de erfaringer den har gjort sig tidligere i livet, den individuelle resilience og personlighed samt støtten fra det sociale netværk (Dyregrov 2004, Rabbath m.fl. 2001).

Således er der ikke et enkelt og entydigt svar på, om de mennesker, jeg mødte i Kashmir, er traumatiserede. Ét er dog sikkert: For langt de fleste var der potentiale i jordskælvoplevelsen til at blive traumatiseret. Om de endvidere udviklede ASD (*acute stress disorder*) eller på længere sigt PTSD (*post traumatic stress disorder*), er der ikke lavet nogen systematisk undersøgelse af. Mange af vore klienter opfyldte delkriterierne for diagnoserne mere eller mindre, men det var ikke en prioritet i vort arbejde at gå ind at diagnosticere den enkelte; dels grundet ressourcerne, som i højere grad blev brugt på interventionen, dels grundet manglende kompetence hertil i teamet. Efter en overvældende oplevelse er det almindeligt med reaktioner af såvel fysisk, emotionel, kognitiv og adfærdsmæssig karakter (Levine 2004, Rabbath m.fl. 2001).

De symptomer, vi især så hos befolkningen i Kashmir, var:

*Fysiske:* hovedpine, søvnløshed, kvalme, kvælningssornemmelse, diffuse spændinger og smerter i kroppen, søvnvanskeligheder.

*Emotionelle:* angst for fremtidige jordskælv, angst for vinteren, sorg over de døde, emotionel ustabilitet.

*Kognitive:* koncentrationsvanskeligheder, invaderende tanker, hukommelsestab, indlæringsvanskeligheder.

*Adfærdsmæssige:* passivitet og afmægtighed, afventen af andres hjælp, misbrug af stoffer, aggressiv adfærd over for familiemedlemmer.

### Med i værktøjskassen

Vægten i indsatsen blev lagt på at nå den almindelige befolkning for at forebygge traumatiske eftervirkninger af jordskælvoplevelsen.

Programmets dele blev alle udviklet i et tæt samarbejde mellem vore nationale teammedlemmer og de to udenlandske psykologer. For mig var det væsentligt at have ydmyghed i positionen som en fremmed psykolog, der entrer ukendt land i mere end én forstand. Opgaven blev i høj grad at bidrage med min vestlige psykologiske viden og kombinere denne med de lokalt ansattes faglige, kulturelle og personlige knowhow, så vort program blev så skræddersyet til målgruppen som muligt og med de relevante facetter.

Når vi går ud i marken, ved vi ikke, hvem vi kommer til at møde den dag, hvad deres ønsker i kontakten til os er, og om vi ses igen. Denne grundbetin-





► ► ► gelse sammenholdt med, at det er vigtigt for os ikke at påbegynde opbygningen af en permanent parallel Mental Health-struktur, bevirker, at indsatsen bliver bygget op omkring community work og generel psykoedukation med mulighed for mere intensiv hjælp til de mest trængende, samt at interventionen tænkes ind i en korttidsterapeutisk ressource- og løsningsfokuseret teoretisk ramme med vægt på den enkeltes konkrete handlemuligheder og ressourceopbygning. Alt sammen for at støtte op om, at klienterne på egen hånd kan komme godt videre i livet efter mødet med os.

De to væsentligste vilkår for kontakten med klienterne er, at de typisk ikke har klare, endsige positive, forventninger til mødet med en Mental Health-medarbejder, samt at man ikke ved, om man nogen sinde ser dem igen. Typisk ser de ikke sig selv som en del af målgruppen for en Mental Health-indsats, da klienterne hos psykologer og psykiatere normalt har psykiatriske lidelser. Desuden har de ofte ingen fornemmelse af, hvad de kan bruge os til; på de psykiatriske sygehuse er Mental Health forbundet med medicinering, elektrochok og 'opbevaring' på flermåndsstuer.

Rigtig mange klienter ser man alene én gang, også selv om der indgås aftaler om opfølgende kontakt. Derfor er det væsentligt i kontakten at have øje for, at klienten skal have 'noget med' allerede fra det første møde, som altså meget vel også kan blive det sidste. Det er således

ikke brugbart at arbejde ud fra, at man skal ses nogle gange og finde ud af, hvordan man kan bruge hinanden, inden det egentlige arbejde kan gå i gang.

'Noget' kan spænde fra psykoedukative sessioner til opbygning af personlige narrativer til styrkelse af den enkeltes coping, resilience og selvbillede, ideer på det konkrete handleplan til at komme videre i en fastlåst situation, facilitering af inspirerende input fra andre i familien eller landsbyen igennem gruppesamtaler – til tiltag, der styrker de sociale netværk, eller blot det helt enkle: at være til stede og give klienten mulighed for at fortælle sin historie til et andet menneske, der har tid og kan rumme at lytte.

### Programmets grundsten

Mental Health-programmet blev bygget op over seks 'grene': psykologisk bistand i sundhedsklinikkerne og hospitalet, kontakt til lokale kræfter, community work generelt, skoler, hjemmebesøg, psykoedukation og samtalegrupper.

Med et Mental Health-program som en del af en akut nødhjælpsindsats i en medicinsk organisation er det oplagt at samarbejde tæt med vore medicinske kolleger. Således bestod en del af arbejdet i at tilse og støtte de indlagte somatiske patienter på et offentligt nødhospital, hvor Læger uden Grænser stod for alle indlagte patienter. Således 'gik vi stuegang', vi havde individuel psyko-

terapi med enkelte patienter, ligesom vi også af lægerne blev bedt om at vurdere patienter, hvor de ønskede hjælp til udredning af eventuelle psykosomatiske problemstillinger.

Det nære samarbejde med medicinerne fandt også sted i sundhedsklinikkerne og de mobile klinikker. Dels ved daglig psykoedukation og informationsplakater i patienternes venteområde, dels ved at vi havde en psykolog i klinikken, der både kunne modtage klienter henvist fra medicinerne og varetage samtaler med klienter henvist af de øvrige Mental Health-medarbejdere.

### Opsøgende arbejde

Community work har mange facetter. Den væsentligste var, at vi overordnet set stræbte efter at overflødig gøre os selv ved at støtte de lokale ressourcer, ruste dem bedre, end de aktuelt var, til den uvante krisesituation og give dem status som samfundets healere og autoriteter tilbage.

Teamets community workere stod for kontakten til de forskellige betydningsfulde personer i lokalsamfundene, det være sig familieoverhoveder, landsbyens ældre, de vise healere såvel som imamerne. Det var relevant at høre deres syn på, hvad deres landsbyfæller havde brug for, og hvordan vi bedst kunne hjælpe, men også at give vore grundlæggende viden om traumer og reaktioner videre samt at hjælpe den enkelte, så denne igen fik overskud til at hjælpe andre.



Hjemmebesøg, psykoedukative sessioner i landsbyerne og gruppesamtaler var en anden opgave, som blev løftet i fællesskab mellem community workerne og social workerne. Arbejdet lagde vægt på at normalisere de umiddelbare reaktioner, der følger efter en ekstraordinær hændelse som jordskælv, og var gennemsyret af, at vi ikke kom med færdige ekspertløsninger, men var facilitatorerne, der hjalp den enkelte til at finde sin egen måde at møde de aktuelt svære udfordringer. Klienter med særlige behov eller svære komplicerede problematikker henvises til psykologen i sundhedsklinikken. Var det overvejende psykiatriske komplikationer, havde vi mulighed for

at henvise til en anden organisations psykiatere.

### Med i klasseværelset

Skolerne var et naturligt sted at sætte ind, set i lyset af at jordskælv fandt sted en morgen i skoletiden. Mange elever var bange for at komme tilbage til skolerne, eller deres forældre turde ikke sende dem af sted. Ligeledes ville de ikke sidde inde i ødelagte bygninger – ikke alle steder havde de telte at undervise i. I stedet fandt undervisningen sted under åben himmel, hvilket ikke var den ideelle løsning med den forestående vinter. For dem, der kom i skole, gjaldt det, at de havde svært ved at koncentrere sig og profitere af undervisningen, ligesom ► ► ►



► ► ► lærerne syntes, de var mere uartige end tidligere.

Vi satte ind på to fronter – dels med supervision og vejledning til lærerne, dels med en psykoedukativ session til eleverne fulgt op af gruppe- eller individuelle samtaler, hvor det var ønsket. I arbejdet med lærerne var det vigtigt at give dem en forståelse af, hvordan elevernes ændrede adfærd kunne forstås som en reaktion på den overvældende hændelse. Dette kunne åbne vejen til nye måder at imødekomme, støtte og håndtere eleverne. Endvidere var det vigtigt med lærerne at diskutere, hvordan de kunne lave beredskabsplaner og komme i kontakt med forældrene og genvinde deres såvel som elevernes tilid til dem og skolen.

I samtalen med eleverne var det mest givende, når en af dem trådte frem og fortalte sin historie eller blot bekræftede det symptombillede, vi havde beskrevet. Det at få brudt ensomheden og få mulighed for at tale med ligesindede var af afgørende betydning for selvopfattelsen. Endvidere var det for de fleste en lettelse at få mere indsigt i egne reaktioner, faktuel viden om jordskælv, nogle helt konkrete øvelser til afspænding samt muligheden for at stille spørgsmål.

### Ekstra værktøjer

En korttidsterapeutisk tilgang suppleret med viden om kriser og traumer, deres symptomer og muligheder for at forløse og lette dem er uden tvivl en god

ballast at have med sig i felten med Læger uden Grænser. Suppleres dette endvidere med viden om resilience samt færdigheden i at hjælpe folk med at styrke deres copingmekanismer gennem opbygningen af narrativer, løsningsfokuseret terapi og anerkendende samtaler, så er man rigtig godt på vej.

Det er dog vigtigt at have for øje, at det ikke blot er en enkelt person, men et helt samfund, der skal støttes.

Endvidere er man som udenlandsk psykolog ikke selv i første geled med klienterne, men den, der træner de lokalt ansatte, superviserer og underviser dem, så de på deres egen måde finder vejen til at hjælpe deres fæller. Derfor er det også en god idé at huske at pakke lederevner, evalueringsmodeller og computerfærdigheder i værktøjskassen – desværre ikke det, man har fået mest af som almindelig psykolog i Danmark.

Det sværeste i dette arbejde er uden tvivl, at jeg ikke kan gøre mere, end jeg gør, at jeg ikke har mere at give af, og ikke mindst at Mental Health er svært at gøre til en prioritet hos en bruger, der først og fremmest mangler et sted at bo, mad og et job.

Om jeg kunne have pakket min værktøjskasse anderledes og rustet mig mere til netop dette, er jeg stadig i tænkeboks med. Men jeg er uden tvivl lidt mere rustet næste gang, der er kald efter mig til en mission ude i et af verdens brændpunkter.

*Louise Svendsen,  
cand.psych., ls@lsrt.dk*

### Case 1

I midten af december havde jeg sammen med den lokale community worker et ægtepar i konsultation. De havde mistet deres eneste datter, som ikke blot var deres lyspunkt, men yderst vellidt i hele byen. Hun var studerende og befandt sig inde i en bygning, da jordskælvet indtraf. Hun nåede ikke ud. Hendes forældre gravede hende fri, men havde ikke den rette klædning at begrave hende i. De fortalte sorgfuldt, hvordan de alligevel havde klaret sig igennem.

Nu mente manden, konen var blevet uligevægtig; hun gik dagligt til gravstedet og var ikke til at løsrive fra byen. De



res hus var ødelagt, de havde ingen andre børn til at tage sig af dem i deres alderdom, hvis ellers de formåede at komme levende igennem den forestående vinter. De havde ingen penge til at sætte deres hus i stand for, ingen mulighed for at bygge læ for deres rester, låse dem inde og drage bort til et sted, hvor vinteren var mildere. Mandens bror havde ellers tilbudt dem at bo hos sig i en anden by, men de kunne ikke se nogen praktisk vej ud af det.

Vi talte om deres sorg, deres savn, om den datter, de havde mistet, og de manglende muligheder for at komme videre samt den manglende hjælp fra naboer

og bekendte. I deres landsby var alle berørte, alle havde mistet nogen, og alle havde mere end rigeligt i deres egne problemer.

Langsomt følte jeg mig mere og mere tyngt af deres historie og de manglende muligheder. Alligevel var det, som om samtalen var ved at være til ende, og jeg spurgte dem, om vi havde talt om det, der er vigtigt for dem. Ja, jeg havde fjernet halvdelen af deres byrde! Og de ville meget gerne have en ny tid, så vi kunne mødes igen og snakke sammen – for det var første gang, nogen havde givet sig tid til at lytte til deres historie siden jordskælvet den 8. oktober.

## Case 2

En dag var jeg sammen med en af psykologerne i vores konsultation i sundhedsklinikken. Ind kom en mand med en dreng på cirka tre år. Drengen var urolig, som han sad der på skødet af sin far. Faderen ville egentlig bare lige høre, om vi havde et godt råd omkring drengen. Han havde mistet sin mor og søster under jordskælvet. Normalt boede drengen med dem, mens faderen grundet sit arbejde var der hver anden dag. Nu kunne drengen ikke falde i søvn om aftenen og kaldte altid på sin mor. Faderen kunne ikke både arbejde, etablere bolig i sin arbejdsby og tage sig or- ▶ ▶ ▶



► ► ► dentligt af sin søn. Han planlagde at lade sin søn passe af andre, til han igen kunne have ham hos sig.

Vi talte om de praktiske problemer og om hans afdøde kone. Om smerten ved de tabte liv og tabte drømme for fremtiden og hans bekymring for sin lille søn. Imens trillede tårerne ned af mandens kinder, for selvfølgelig var det ikke kun hans søn, der var berørt. Jeg fandt noget toiletpapir i min lomme og lagde det diskret på bordet.

Gentagne gange krammede han sønnen og kyssede ham på hovedet som for at værne ham mod omverdenen og forsikre ham, at nu skulle det nok blive godt igen. Vores lokale psykolog gjorde sit bedste for at oversætte, mens jeg førte samtalen, og indimellem måtte jeg holde lange pauser, mens jeg sank den klump, jeg fik i halsen ved at mærke mandens enorme smerte. Samtalen sluttede brat, da hans søn sagde, han ville hjem. Vi har ikke set familien, siden de forlod teltet, hvor konsultationen fandt sted. ■

### Supplerende læsning:

Carey, Maggie & Russel, Shona (2003), Re-Authoring: Some answers to Commonly asked Questions. *The Intl. J. of Narrative Therapy and Community Work*, 2003, no. 3.

de Shazer, Steve (1988), *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. Norton. New York.

Denborough, David m.fl. (2005). Stories from Sri Lanka – responding to the tsunami. *The Intl. J. of Narrative Therapy and Community Work*, 2005, no. 2.

DeWolfe & Deborah (2000), *Field Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters*. Center for Mental Health Services. Washington D.C.

Diagnosekriterier (2006), ASD og PTSD, [www.mental-health-today.com](http://www.mental-health-today.com)

Dolan, Yvonne (2000), *Beyond Survival*. BT Press. London.

Dyregrov, Atle (2004), *Katastrofe psykologi*. Dansk psykologisk Forlag, Danmark.

Expert Consensus, *Treatment guidelines for posttraumatic stress disorder: A guide for patients and families*. *J. Clin. Psychiatry*, 1999; 60.

Josse, Evelyn et al. (2004), *Trauma. Guidelines for Psychosocial Care*. MSF Belgium. Bruxelles.

Laumont, Barbara (2005), *Natural Catastrophes. Psychological reactions of victims and Psychosocial interventions*. MSF Belgium. Bruxelles.

Levine, Peter (2004), *Væk tigeren*. Borgens Forlag. København.

Mitchell, Sue (2005), *Debriefing after traumatic situations – using narrative ideas in the Gaza Strip*. *The Intl. J. of Narrative Therapy and Community Work*, 2005, no. 2.

Morgan, Alice, *Beginning to use a Narrative approach in Therapy*. *The Intl. J. of Narrative Therapy and Community Work*, 2002, no. 1.

Rabbath M.E., Shearar A & Smits I. (2001), *Manual for the Training of Psychosocial Assistants*. MSF Holland. Amsterdam.

Smith P., Dyregrov A. & Yule W. (1999), *Children and Disaster, Teaching Recovery Techniques*. Children and War Foundation. Bergen.

White, Michael (2000), *Reflections on Narrative Practice. Essays & Interviews*. Dulwich Centre Publications. Adelaide.

White, Michael (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.

