

PRAKSIS, MAGT OG UDVIKLING – aspekter i psykosocial intervention i postkonfliktsamfund¹

Jan Ole Haagenzen

Artiklen plæderer for en udviklingsorienteret tilgang til psykosociale interventioner i postkonfliktsamfund, hvor der gøres brug af erfaringer opnået inden for udviklingsforskning og praksis. Det betyder en øget fokus på kontekst og kultur allerede i planlægningsfasen og ikke mindst et genuint samarbejde med lokale partnere. For kun på den måde kan en holdbar succes opnås. Når der arbejdes med et emne som tortur, drejer det sig om magt og politik, og der findes ikke nemme tekniske løsninger. Psykosocial intervention kan i en udviklingsammenhæng derfor ikke ses isoleret, men skal ses i en større politisk sammenhæng.

Tilgange til psykosocial intervention og udviklingsbistand har fælles tankegods, der kan bygges videre på, idet der inden for begge interventionsformer er tradition for at tage udgangspunkt i ressourcerne hos dem, man ønsker at bistå; de har med andre ord indlejret et forandringspotentiale. Det drejer sig om aktive mennesker og grupper, som besidder ressourcer og potentialer, der kan udnytte det politiske rum, således at magtforholdene gøres mindre asymmetriske og de værste menneskelige handlinger udryddes.

Indledning

Psykosociale indsatser i konflikt og postkonfliktsamfund er inden for den seneste dekade blevet en vigtigere del af den danske udviklingsbistand, hvad enten det foregår i ulande eller overgangslande. Denne artikel forsøger at belyse psykosociale indsatsers voksende betydning i udviklingsbistanden og kritisk belyse legitimiteten af brugen af psykosocial intervention i samfund, der befinder sig i postkonflikte situationer ud fra

1 Artiklen bygger på et oplæg præsenteret ved Psyke og Logos konference »Globalisering, politik og psykologi« afholdt d. 30. januar 2004 på Københavns Universitet, Amager. Helene Horsbrugh og Edith Montgomery skal have tak for kommentarer.

et internationalt udviklingsperspektiv. Artiklen forsøger at påvise nogle af de mulige farer, der er forbundet med disse interventioner, som de ofte praktiseres i dag, og at understøtte behovet for viden, der kan påvise virkningen af disse interventioner for at anvise metoder, der virker. Hvordan sikrer vi, at psykosociale interventioner er relevante og har en virkning i andre samfund end vort eget, og hvordan kan man udvikle relevante psykosociale interventioner, der kan adressere et komplekst problem som tortur? Artiklen vil plædere for en udviklingsorienteret tilgang til psykosociale interventioner, der gør brug af de erfaringer, der er opnået inden for udviklingsforskning.

En ekskurs om magt

I et Foucault-perspektiv ses alle sociale relationer som værende magtrelationer og som sådan dynamiske og foranderlige (Foucault 1980; Rabinow 1991). Udviklingsbistand dækker over relationer, hvor nogle giver, og andre modtager, men det er ikke en entydig relation; det kræver en form for gensidighed, hvor de forskellige sociale aktører bidrager med forskellige elementer. Magt og afhængighed går begge veje, men forholdet er ikke i balance; i stedet er der tale om et asymmetrisk magtforhold. Denne del af magtforståelsen bygger på Gramsci's hegemonibegreb og praksisbegreb, hvor struktur og aktør samt ideologi, økonomi og kultur integreres (1971). Vi og vore handlinger er på den ene side bestemt af strukturerne i vores samfund, og på den anden side er det os selv, der skaber disse strukturer ved vores handle. Nogle strukturer er imidlertid mere bæredygtige eller vedvarende end andre. Men der kan fokuseres på forandringspotentiale, aktørers ressourcer og mulighed for at forandre. Meget få er fuldstændig magtesløse eller uden muligheder, om end situationen for flere kan se sådan ud. Med dette udgangspunkt ses aktører i den internationale udvikling som subjekter, hvor også aktører i Syd² har magt og indflydelse. Alle subjekter er indskrevet i forskellige praksiskontekster eller diskursive rammer. Der tales om et politisk rum (Webster and Engberg-Pedersen 2002), hvor det gælder om at støtte de aktører, der ønsker forandring, i vort tilfælde dem, der ønsker at få stoppet tilstedeværelsen af tortur.

2 Begrebet Syd dækker her over traditionelle ulande og overgangslande på Vest-Balkan.

Psykologiens indpas i udviklingsbistanden

Udviklingsbistanden har og er til dels stadig kendetegnet ved de mange 'do'ers', der med de bedste intentioner handler først og reflektere bagefter, hvis der overhovedet er tid til refleksion. Den psykosociale intervention er over en meget kort årrække blevet et naturligt element i udviklingsbistanden, især den humanitære del, men også den mere langsigtede udviklingsbistand³, og få har sat spørgsmålstegn ved denne form for interventions berettigelse i udviklingsbistanden⁴.

Med den psykosociale intervention fulgte psykologer, psykiatere, m.fl., der er relativt nye professioner i udviklingsbistanden. I den moderne udviklingsbistands vugge, hvis vi tager Den Anden Verdenskrig som udgangspunkt, var det økonomer, der dominerede – 'traditionelle' økonomer, der kunne deres håndværk og udarbejde gode *cost-benefit*-analyser, og bankmænd (med få undtagelser mænd) med Verdensbank-institutionerne som det naturlige fikspunkt. Efter de traditionelle økonomer kom de politiske økonomer som Paul Baran (1971 (1957)), Gunnar Myrdal (1973), Samir Amin (1979) etc., men international udvikling og udviklingsbistand forblev i lang tid et domæne for økonomer. I 1980'erne kom andre fag til, og nye oprettedes, designet til at adressere behov i forhold til fænomenet udviklingsbistand. Først i de seneste 10-15 år er psykologer og psykiatere med deres faglige kompetencer kommet på banen. Dette betyder ikke, at psykologi fuldstændigt har været udeladt tidligere.

Før den store afkolonisering fandt sted i Afrika, hændte det også, at kolonimagter introducerede psykiatrien til at tage sig af problemer, som individer fra kolonimagten kunne have. Frantz Fanon (1973) arbejdede eksempelvis i Algeriet, hvor han brugte sin viden til at påvise psykiske effekter af koloniseringen. Efterfølgende har enkelte psykologer og psykiatere været brugt i internationale organisationer som fagfolk i for eksempel Den

-
- 3 Inden for udviklingsbistanden, der taler man primært om humanitær bistand og udviklingsbistand, hvor den humanitære bistand skal tage sig af de umiddelbare effekter af 'natur'-katastrofer, hvoraf mange er menneskeskabte, og (borger-)krige. Den humanitære bistand er kortvarig og skal afhjælpe de værste konsekvenser af de bistandskrævende hændelser, mens udviklingsbistand er den langsigtede planlagte intervention, hvor der sigtes på langsigtede vedvarende effekter og fordrer en vis stabilitet. Det er tænkt, at den humanitære og udviklingsbistanden skal ligge på et kontinuum, men det er ikke tilfældet. Rationaler bag de forskellige interventioner er så forskellige, således at de facto sker der ofte det, at den humanitære bistand stopper, før forudsætningerne for at give udviklingsbistand er til stede, hvorved konflikter genopstår. Administrativt har det danske udenrigsministerium fulgt en pragmatisk løsning med en overgangsbistandsfase, hvor man forsøger at adressere behov i den post-humanitære fase.
 - 4 Det spørgsmålstegn kan man også sætte ved mange andre interventionsformer og udviklingsbistanden som sådan. Det burde man faktisk gøre med jævne mellemrum for at sikre sig at interventionerne opfylder deres eksplicitte formål.

Internationale Arbejdsorganisation (ILO) og Verdenssundhedsorganisationen (WHO).

Generelt er der meget lidt skrevet materiale vedr. psykologi og psykiatri i en ulandskontekst. Der er tilsyneladende begyndt at blive publiceret noget, oftest relaterende til væbnede konflikter eller til menneskerettighedsovergreb. Psykologi og psykologiske problemstillinger er ikke set som centrale i ulandene, hvad der afspejler sig i, at der er meget få uddannede psykologer og psykiatere og muligheder for at uddanne sig hertil i ulandene, og det, de beskæftiger sig med efter endt uddannelse, er oftest snævert klinisk arbejde involverende de bedrestillede befolkningsgrupper og ikke bredere psykosociale interventioner, der kan have relevans for en større befolkningsgruppe⁵.

Psykologien som fag udgør en diskursiv ramme med dets eget diskursive fællesskab(er), der har fået en stadig større rolle i vort eget samfund, hvor psykologer tager sig af en voksende del af menneskers lidelser, som ikke blev behandlet tidligere, eller som blev klaret på anden vis. Ved oplevelser af biluheld, bankrøverier, fyringer er det i dag oftest praksis og ses ligefrem som en ret, at der tilbydes professionel hjælp (se for eksempel Furedi 2003)⁶. Med den forståelse in mente er det derfor ikke overraskende, at stadig flere aktører inden for udviklingsbistanden i dag tager det for givet, at der må være mange potentielle behandlingskrævende personer, hvor en krig har fundet eller finder sted. Med diagnoser udviklet i vort samfund kendetegnet ved relativ stabilitet og forudsigelighed er der i postkonfliktsamfund stor risiko for, at mange bliver diagnosticeret som behandlingskrævende på et forkert grundlag (se blandt andet Summerfield 2000: 232), og at der alene fokuseres på behandling og ikke på, hvorfor nogle tilsyneladende er mere robuste end andre og ikke behøver behandling, fordi de måske er bedre i stand til at mestre deres oplevelser. Der er meget lidt viden omkring det sidste.

Der forefindes studier, der viser en korrelation mellem det at have en traumatisk oplevelse og udvikling af psykologiske og sociale dysfunktioner (Louis Loutan et al., 1999; Derric Silove et al., 1997), men der er ingen studier, der viser klare årsagssammenhænge. Vi ved tilsyneladende kun meget lidt om, hvad der er de direkte og indirekte konsekvenser af krig og voldelige konflikter set i forhold til mental sundhed (Toole 2002).

5 Blandt undtagelser er blandt andet traumaforskning udført sammen med Gaza Community Mental Health Programme (se blandt andet Kanninen, Punamaki, and Qouta 2002) og fra Uganda (Se Musisi et al. 2000).

6 Nogle ser psykologiens og psykiatriens udbredelse i sammenhæng med en sygdomsgørelse af lidelse. Som i George Orwells »Fagre ny verden«, må vi ikke være kede af det, så skal vi have piller eller i terapi. Og når folk oplever forhåbentligt unormale hændelser, som for eksempelvis krig, har det nogle naturlige effekter, men de behøver ikke at blive syge af det for at sige det populært.

Alligevel iværksættes interventioner med metoder, hvis virkninger der er rejst tvivl om også i vore egne samfund. Dette sker derpå i samfund med en anderledes kultur, religion, samfundsopbygning, historie, m.m., hvilket burde få alarmklokkerne til at ringe med den megen litteratur, der påpeger det problematiske ved ureflekteret at overføre diagnoser og behandlingsformer fra en kultur til en anden. Mange ulande har måttet leve med bedredende økonomer, der kom med deres anvisninger, som det oftest ikke engang var muligt at applicere i økonomernes egne lande. Skal ulande og overgangslande nu oveni trækkes med psykologer og andre psykosociale fagfolk?

Kritik af psykosocial intervention

Når anvendelse af psykologi og forskellige psykologiske metoder i ulande bliver kritiseret, kaldes det af visse kritikere en vestlig disciplin, der er bestemt til at tage sig af problemer i Vest – problemer, som traditionelle mekanismer ikke kan tage sig af mere. Det er en populær dikotomi, modstillingen mellem Vest og Syd, de industrialiserede lande og ulande. Der er imidlertid ikke en, men mange kontesterede teorier og tilgange til psykologien i Vest, ligesom der ikke findes en uniform tilgang til psykologien eller traditionelle lokale praksiser i Syd eller ulandene. Faktisk er de få psykologer, der findes i ulande, oftest uddannet i Vest og nogle gange adopterende såkaldte vestlige metoder, i en til tider endnu mere rigid form, end den praktiseres i Vest. Som for eksempel når jeg oplever en afrikansk kollega udtale sig nedladende om ‘vestlig counselling’ stillet over for den i vedkommendes forståelse bedre og mere relevante traditionelle ‘afrikanske counselling’ (uden at definere, hvad vedkommende mener med vestlig counselling, eller afrikansk for den sags skyld). Næsten i samme åndedræt går kollegaen i gang med at bruge diagnosen Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), fordi det er en diagnose, der er beskrevet i modsætning til lokalt baserede diagnoser⁷. At bruge og modstille kategorierne som Vest og Syd eller europæisk og afrikansk er problematiske og svære at bruge ud over i specifikke politiske diskurser, hvor de kan have en stor betydning.

Det kan ikke ses som værende kritisabelt i sig selv, at noget er fra ‘Vesten’. Vi har en forpligtelse til at bruge de metoder, der virker, og i den sammenhæng bør vi låne og lære af hinanden, hvor metoderne end kommer fra. Mange af de metoder, der bruges i udviklingsbistanden og nødhjælpen, er udviklet i og kommer fra Vesten. Det kritisable i at bruge disse ligger derimod i, hvis virkningerne af de anvendte metoder er udokumenterede i forhold til den forventede effekt af brugen af disse. Da

7 For en gennemgang og kritik af PTSD se blandt andet Summerfield (2001).

hjælper det kun lidt, at man forsøger at tilpasse disse metoder til de lokale kulturelle forhold, når man ikke ved om de virker i første omgang. Som for en hammer bliver alt søm, bliver alle mennesker i postkonfliktsamfund til potentielle behandlingskrævende ofre for trauma og påkalder sig derved krisepsykologens interesse. Men ikke alle har brug for behandling. Det kan af mange årsager være dybt problematisk at antage det, og jeg vil alene beskæftige mig med de overordnede, herunder etiske betragtninger, og ikke de faglige problemstillinger, der ligger i at behandle en klient, der er diagnosticeret på forkert grundlag og måske ikke havde brug for behandling. Summerfield (2000) ser desuden dette som en kritisabel individualisering af sociale problemer. Han påpeger det politisk problematiske i, at når der alene fokuseres på individuel eller evt. familiebehandling, hvor årsagerne til personernes tilstand skal søges i sociale forhold, gøres et socialt problem til et individuelt problem (p. 233). Hvis vi individualiserer sociale problemer i psykosocial intervention i for eks. ulande, kan man med god ret sige, at vi er en del af problemet, hvis det forhindrer, at de sociale årsager til problemer adresseres.

Erfaringer fra Psykosocial intervention på Balkan

Det, der virkelig satte gang i psykologers indtræden på den humanitære scene, var konflikten på Balkan, der blev et bekvemt feltlaboratorium for vestlige psykosociale forskere og praktikere. I det tidligere Jugoslavien var der således i 1995 187 psykosociale projekter administreret af 117 organisationer (Agger and Mimica 1996). Var der virkelig behov for alle disse mange projekter? Var der virkelig et stort behov for den massive assistance fra udenlandske psykologer og psykiatere? Det var der tilsyneladende, fordi de lokale, professionelle behandlere var handlingslammede som følge af det store behov (Agger 1995:126). Det kunne imidlertid også skyldes det store indtog af udenlandske eksperter, der fuldstændigt tog initiativet fra de lokale⁸.

Ligesom det tidligere Jugoslavien oplevede Kosovo et stort antal psykosociale projekter og *fly-by-night operators*, der kom og holdt nogle korte kurser. Andre blev lidt længere og fik data til en artikel eller to. Kosovo blev overrendt af NGOer og såkaldte eksperter, der kom og faldt deres viden. Når befolkningen mod forventning kun i mindre grad udtrykte behov for psykosocial behandling, blev det forklaret med, at det skyldtes, at det var tabu, fordi kosovarerne måtte have behov for det (Pupavac, 2002). Det er lidt paradoksalt, fordi der op til krigen i 1999 blev fokuseret på det europæiske i Kosovo, det kulturelle fællesskab med befolkningen i

8 Det var ifølge Pupavac (2002) tilfældet i Kosovo.

Kosovo, hvorfor der efter krigen naturligvis, ifølge de eksterne udviklingsaktører (donorer, internationale organisationer og udenlandske NGO'er), måtte være et massivt behov for psykosocial assistance⁹. Nu drejer det sig ikke om Rwanda eller et andet afrikansk postkonfliktsamfund, men Kosovo, der havde haft et europæisk sundheds- og undervisningssystem, om end det under Milosovic var blevet kraftigt forfordelt i forhold til serberne i Kosovo og i resten af det tidligere Jugoslavien¹⁰. Når det europæiske Kosovo er så forskelligt fra 'Vesten', hvordan er det så ikke i lande uden for Europa og Nordamerika, hvor kulturen og det sociale sundhedsvæsen er endnu mere forskelligt fra vores end i Kosovo?

Der kan være mange grunde til, at der måske var et mindre behov for psykosocial assistance end antaget. En af disse kunne hænge sammen med, at en stor del af befolkningen (den Kosovo-albanske del) så borgerkrigen som en befrielseskrig, som de (delvis) havde vundet. De havde bragt et offer, og det havde ikke været forgæves. Det kan ikke forventes, at alle krige har de samme effekter i forhold til den mentale sundhedstilstand hos individer og (etniske) grupper. Men udviklingsbistands-organisationer og psykosociale eksperter har en interesse i at påpege et behov, som måske ikke er der, ved at spille på den store usikkerhed, der findes inden for det psykosociale område. Det kan godt være, at folk ikke selv mener, at de har behov her og nu, men da får de at vide, at der er mulighed for, at symptomer og dysfunktioner kan komme senere, at disse kan overføres mellem generationer, osv. Den manglende viden inden for det psykosociale område gøres derpå til et vægtigt argument for psykosocial intervention. Det bliver svaret på deres problemer, hvad enten kosovarerne mener, at de har behov for det eller ej.

Ikke overraskende kollapsede de fleste projektstrukturer næsten lige så hurtigt, som de var kommet op, hvorfor de ansvarlige kosovarer og WHO, der administrerer Kosovos sundhedssystem, snart fik nok af udenlandske NGOers psykosociale projekter, som de mente ofte gjorde mere skade end gavn¹¹, da de var kortsigtede og ofte bundet op på en enkelt metode, der skulle udgøre mirakelløsningen på problemerne og ikke så kompleksiteten i problemstillingerne.

9 Pupavac (2002) mener sarkastisk at kunne observere, at det mest var dem, der kom udefra, der fik behov for hjælp. Kosovaren så i højere grad sig selv som deltager i en uafhængighedskrig.

10 Dette var ikke tilfældet i Bosnien, der var både rigere og mere udviklet end Kosovo, men det var tilsyneladende de samme tendenser, der gjorde sig gældende der.

11 Dette bygger på samtaler mellem RCT og WHO i Kosova samt de relevante fagfolk i Kosovos administration. Vedrørende manglende forudsætninger, forståelse og forberedelse se også Peter Elsass (2001).

Evidensbaseret psykosocial intervention som en løsning

I det ovenstående har jeg argumenteret for, at den psykosociale intervention foregik på et ufuldstændigt grundlag, hvor der er usikkerhed omkring metoder og disses virkning. Fra et sundhedsfagligt perspektiv angives det ofte, at løsningen på den manglende viden, om metoderne virker, ligger i en fokus på evidensbaserede metoder, dvs. gennemprøvede og validerede metoder (Toole 2002; Olsen 2003)¹². Disse metoder skal kunne bruges til at tage rationelle beslutninger, når psykosociale interventioner skal planlægges. Derved minimeres muligheden for at gøre tingene værre og gentage tidligere programmets fejltagelse i den ensidige fokusering på kliniske og hospitalsbaserede interventioner, der har kendetegnet mange af de hidtidige interventioner.

Men er en evidensbaseret psykosocial intervention løsningen? Her må svaret blive, at det kan det være, men det har lange udsigter og er langt fra uproblematisk. Evidensbaserede undersøgelser giver ofte ikke-klare anvisninger og er mere anvendelige i forhold til specifikke behandlingsformer end generelle, mentale sundhedstilbud (Cooper 2003). Desuden kan det betyde en tilbagevenden til, at det, der kan tælles, tælles (Rangachari 1997), hvorved man går glip af kompleksiteten i menneskers kontekst, hvor det i en psykosocial sammenhæng er svært at isolere relevante prædiktorer. Imidlertid er det muligt, men det er en stor opgave, der kræver velvillighed af og samarbejde mellem implementerende organisationer, donorer og forskere, og at erfaringerne bliver indarbejdet i fremtidig praksis (Banatvala and Zwi 2000). Hidtidige erfaringer på området, hvor større nødhjælpsorganisationer har forsøgt at udarbejde standarder på baggrund af evidensbaseret sundhedsinterventioner i en humanitær kontekst, har vist sig at være upragmatiske og ufleksible, og standarden promoverede mere ansvarlighed i forhold til en effektiv anvendelse af ressourcerne (Griekspoor and Collins 2001) end effekten på målgrupperne. For Robertson et al. (2002) fra Læger Uden Grænser kan det ligefrem være uetisk at se på humanitær intervention alene i kvantitative termer uden at kigge på alle forhold, der spiller ind. De argumenter for, at udgangspunktet for søgningen efter evidens skal udbredes fra alene at fokusere på omkostningsbevidsthed til også at inkludere solidaritet, retfærdighed, give vidnesbyrd, og respondere på folks lidelser (Ibid.).

Fokuset på den evidensbaserede tilgang lider af den samme etnocentriske svaghed som psykosocial intervention generelt, hvorved der er en tendens til at glemme at se på metoder, der kan være relevante i andre

12 Cochrane-databasen er et eksempel på en database, der opsamler evidensbaserede medicinske behandlingsmetoder.

samfund end vort eget, og når de en sjælden gang gennemføres, er de ofte bundne af de undersøgelser, der er gennemført i Vest med de begrænsninger, som det indebærer¹³.

RCTs psykosociale arbejde i Syd med udgangspunkt i Kosova

RCT har været en af de mange organisationer med et projekt i Kosovo, som vi har haft sammen med en lokal organisation, Kosova Rehabilitation Centre for Torture Victims (KRCT), der har stået for implementeringen af projektet med faglig og organisatorisk støtte fra RCT. Projektet havde til opgave at adressere de psykosociale behov hos torturoverleverne. Efter at have faciliteret etableringen af KRCT bad Det Internationale Rehabiliteringsråd for Torturofre (IRCT) sammen med Udenrigsministeriet RCT om i første omgang at iværksætte et etårigt projektsamarbejde med KRCT. Ud fra et udviklingsperspektiv er det ikke uden problemer med et så kort samarbejde. Man kan ikke få opbygget organisatorisk og faglig kapacitet på et år, idet bare det at få tillid til hinanden, kende hinandens styrker, svagheder, behov og ressourcer tager tid, og er en forudsætning for at få et frugtbart samarbejde op at stå. KRCT har fra starten arbejdet på at få integreret den psykosociale behandling i det allerede eksisterende offentlige sundhedssystem, og derved koncentrere sig om specielle sager samt fortællervirksomhed med det formål at forhindre, at tortur vil blive anvendt igen. Projektet blev forlænget i yderligere 20 måneder og sluttede i september 2003. KRCT har været i stand til at fortsætte arbejdet efter ophøret af projektet med RCT. Der er imidlertid fortsat et fagligt samarbejde med RCT.

En psykosocial indsats skal altid ses i en kontekst og planlægges i forhold til denne. I forhold til RCTs arbejde med tortur og organiseret vold, som har sociale og politiske årsager og ikke naturlige eller medicinske, er det fra et udviklingsperspektiv ikke nok alene at have en snæver psykosocial indsats, der omhandler en rehabilitering af individer. For at sikre bæredygtighed må den psykosociale indsats nødvendigvis relatere sig til kapacitetsopbygning inden for rehabilitering hos lokale organisationer eller institutioner og meningsfuldt adressere årsagerne til, at tortur finder sted. Det vil sige, at arbejdet med rehabilitering af for eksempel torturoverleverne for en organisation kædes sammen med aktivt menneskerettighedsarbejde brugende de redskaber, som dette felt tilbyder. Det betyder ikke, at men-

13 Se for eksempel Punamäki et al. (2002) etc. For interessante undtagelser se Shari Eppel (2002) og Tina Sideris (2003).

neskerettighedsarbejdet er mere vigtigt end den psykosociale indsats, men de hænger sammen^{14 15}.

Mens inddragelsen af staten ser ud til at være en opnåelig mulighed i Kosovo, er det sjældent en realistisk mulighed inden for en overskuelig fremtid for mange ulande. Derfor har flere af RCTs samarbejdspartnere valgt en fællesskabstilgang eller lokalsamfundstilgang, der går ud over det individuelle perspektiv¹⁶. Her tages fællesskabet eller lokalsamfundet som udgangspunkt og drejer sig om at få fællesskabet til at heles og give dets medlemmer redskaber til at udnytte deres ressourcer i arbejdet imod de strukturer, der forårsager tortur og organiseret vold. Her forsøges det at få processerne rehabilitering, *empowerment* og udvikling til at hænge sammen. Denne tilgang er meget interessant, og vi vil komme til at høre meget mere om den fremover. RCTs erfaringer viser, at denne tilgang kan være effektiv, men det skal ikke forglemmes, at også denne tilgang har forskellige faldgruber, som man skal tage vare på, når fællesskabstilgangen bruges i psykosociale interventioner¹⁷. I lokalsamfundstilgangen kan der identificeres andre former for interventioner, som er mere relevante, og hvor der tages udgangspunkt i 'traditionelle' institutioner i stedet for de moderne¹⁸, som vi kender hjemmefra.

For en udviklingsorienteret psykosocial intervention

Psykosocial intervention er ikke uproblematisk, og det kan ses som en ny form for kolonialisme, hvis ikke vi tænker os godt om, når vi planlægger og implementerer denne form for intervention. Vi må i højere grad vide, hvad der (ikke) virker under hvilke forhold. I den forbindelse er vi nødt til at fokusere mere på kontekst og kultur allerede i planlægningsfasen, og vi

14 Dette er også tilfældet i FN's Konvention mod Tortur fra 1984.

15 Interessant er det i den forbindelse, at for eks. menneskerettighedsorganisationer i Indien og Sri Lanka er gået den anden vej, hvor de har erkendt nødvendigheden af rehabilitering af torturoverlevende. De finder det uetisk alene at bruge mennesker i et retligt perspektiv, hvor man måske er heldig at få dem rehabiliteret juridisk, men uden at kunne give dem den nødvendige psykosociale rehabilitering.

16 Se eksempelvis RCTs samarbejde med ODHAG i Guatemala, der bygger på en lokalsamfundstilgang (Berliner, Hauch Fenger, Kjærulf 2003).

17 At være en del af et fællesskab kan være et gode, men det kan også være et onde, idet det også kan være til at fastholde individer i sammenhænge, der kan være medvirkende til, at tortur forekommer og accepteres, samt de kan være med til at fastholde klasse-mæssige, etniske og kønsmæssige magtrelationer. Der ligger også en fare ved at fokusere på det lokale, hvorved ens aktiviteter ikke får andet end en kortsigtet isoleret effekt i lokal samfundet (Mohan and Stokke 2000) og derved ikke berører grundlæggende strukturer, der producerer, i det her tilfælde, tortur og organiseret vold.

18 Det kan eksempelvis dreje sig om genbegravelser, som i Zimbabwe (Eppel 2002).

må samarbejde med lokale partnere, som bør have den afgørende indflydelse på gennemførelsen af den konkrete psykosociale aktivitet. Populært sagt, det er dem, der skal sidde ved rattet. Heri ligger der ofte en række kompromisser, idet vi, i dette tilfælde RCT, ikke altid får det hele, som vi ønsker det. Til gengæld er chancen – alt andet lige – større for, at arbejdet vil kunne fungere, efter at vi har trukket os ud. Dette krav om partneren i Syd ved rattet kan ikke altid opfyldes, når det drejer sig om humanitære interventioner, fordi de oftest kræver hurtig handling, hvorfor det er svært at gøre de nødvendige forberedelser. Men også her burde det være på sin plads at kræve, at der forefindes et minimum af dokumentation for relevansen og virkningen af en sådan indsats. Den mangler tilsyneladende i dag. Vi må sikre os, at vi ikke gør mere skade end gavn, og vi må sikre os, at vi ikke bliver opfattet som det nye infanteri i en nykolonisering, hvor nye felter koloniseres eller gamle genkoloniseres. Desuden må vi sikre os, at arbejdet med evidens i højere grad tager sit udgangspunkt i ulandsammenhænge i stedet for alene i vore egne.

Psykosocial intervention kan i en udviklingsammenhæng ikke ses isoleret, men skal ses i en større politisk sammenhæng, hvor vi end er i verden. Når man arbejder med et emne som tortur, drejer det sig om magt og politik, og vi skal være opmærksomme på, at der ikke findes nemme tekniske eller faglige løsninger på et problem som tortur. Her kan tilgange til psykosocial intervention og udviklingsbistand have fælles tankegods, der kan bygges videre på. Inden for begge former for interventioner kan der tages udgangspunkt i ressourcer hos dem, som man ønsker at bistå; de har med andre ord indlejret et forandringspotential. Det er ikke stakkels hjælpeløse ofre, der ikke kan noget uden vores hjælp, men aktive mennesker og grupper af mennesker, der besidder ressourcer og potentialer, og sammen arbejder vi for at udnytte det politiske rum, således at magtforholdene gøres mindre asymmetriske, og de værste menneskelige handlinger udryddes.

LITTERATUR

- AGGER, I. & MIMICA, J. (1996): Psychological Assistance to Victims of War in Bosnia-Herzegovina and Croatia: an Evaluation. Bruxelles: EHCO, The European Commission.
- AGGER, I. (1995): *Theory and Practice of Psycho-Social Projects under War Conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. Zagreb: ECHO/ECTF.
- AMIN, S. (1979): *Den ulige udvikling: studier af samfundsformationer i kapitalismens periferi*. København: Aurora.
- ARCEL, L.T., PUPOVIC, S., KUCUKALIC, A. & BRAVO-MEHMEDBASIC, A. (eds.) (2003): *Treatment of Torture and Trauma Survivors in a Post-War Society*. Sarajevo: Association for Rehabilitation of Torture Victims – Centre for Torture Victims (CTV Sarajevo).
- BANATVALA, N. & ZWI, A.B. (2000): Public Health and Humanitarian Interventions: Developing the Evidence Base. *British Medical Journal* 321:101-5.

- BARAN, P.A. (1971) (1957): *Utvæklingsens politiska ekonomi (The Political Economy of Growth)*, Tema Teori 3. Stockholm: Zenit – Rabén & Sjögren.
- BERLINER, P., HAUCH FENGER, P., & KJÆRULF, F. (2003): »Rehabilitering og Community-psykologi«. *Den Ny verden* Vol. 36 nr. 1, September.
- Cooper, Brian. 2003. Evidence-Based Mental Health Policy: A Critical Appraisal. *British Journal of Psychiatry* (183):105-13.
- ELSASS, P. (2001): Learning in chaos: psychosocial interventions against state organised violence. *Psyke og logos* 22 (1):352-65.
- EPPEL, S. (2002): Reburial Ceremonies for Health and Healing after State Terror in Zimbabwe. *The Lancet* 360:869-70.
- FANON, F. (1968). *Fordømte her på jorden*. Danmark: Rhodos.
- FOUCAULT, M. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings, 1972-1977*. Edited by C. Gordon. New York: Harvester Wheatsheaf.
- FUREDI, F. (2003): *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. London & New York: Routledge.
- GRAMSCI, A. (1971): *Selections from the Prison Notebooks of Antonio Gramsci*. London: Lawrence & Wishart.
- GRIEKSPoor, A. & COLLINS, S. (2001): Raising Standards in Emergency Relief: How Useful are Sphere Minimum Standards for Humanitarian Assistance? *British Medical Journal* (323):740-2.
- KANNINEN, K., PUNAMAKI, R.-L. & QOUTA, S. (2002): The relation of appraisal, coping efforts, and acuteness of trauma of PTSD symptoms among former political prisoners. *Journal of traumatic stress* 15 (3):245-53.
- LOUTAN, L., BOLLINI, P., PAMPALLONA, S., BIERENS DE HAAN, D. & GARRIAZZO, F. (1999): Impact of trauma and torture on asylum-seekers. *European Journal of Public Health*, 9:93-96.
- MOHAN, G. & STOKKE, K. (2000): Participatory Development and Empowerment: The Dangers of Localism. *Third World Quarterly* 21 (2):247-68.
- MUSISI, S., KINYANDA, E., LIEBLING, H. & MAYENGO-KIZIRI, R. (2000): Post-traumatic torture disorders in Uganda: a three-year retrospective study of patient records at a specialized treatment centre in Kampala, Uganda. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 10 (3):81-7.
- MYRDAL, G. (1973): *Ulighed og Underudvikling*. København: Mellemfolkeligt Samvirke.
- OLSEN, B. (2003): Mot en kunnskapsbasert nødhjelp. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 123 (18):2613-4.
- PUNAMÄKI, R.-L., KANNINEN, K., QOUTA, S. & EL-SARRAJ, E. (2002): The role of psychological defences in moderating between trauma and post-traumatic symptoms among Palestinian men. *International Journal of Psychology* 37 (5):286-96.
- PUPAVAC, V. (2002). Therapeutising Refugees, Pathologising Populations: International Psycho-Social Programmes in Kosovo. In *UNHCR-New Issues in Refugee Research*. Geneva.
- RABINOW, P. (Ed.) (1991): *The Foucault Reader – An Introduction to Foucault's Thought*. First published in New York, 1984, Pantheon Books. ed. London: Penguin Books.
- RANGACHARI, P.K. (1997): Evidence-Based Medicine: Old French Wine with a New Canadian Label. *Journal of the Royal Society of Medicine* 90:280-4.
- ROBERTSON, D.W., BEDELL, R., LAVERY, J.V. & UPSHUR, R. (2002): What Kind of Evidence do We Need to Justify Humanitarian Medical Aid? *The Lancet* 360:330-3.

- SIDERIS, T. (2003): War, gender and culture: Mozambican women refugees. *Social Science and Medicine* 56 (4):713-24.
- SILOVE, D., SINNERBRINK, I., FIELD, A., MANICAVASAGAR, V. & STEEL, Z. (1997): Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*. 170, 351-357.
- SUMMERFIELD, D. (2000): War and Mental Health: a Brief Overview. *British Medical Journal* 321:232-5.
- SUMMERFIELD, D. (2001): The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of Psychiatric Category. *British Medical Journal* 322:95-8.
- TOOLE, M. (2002): Improving Psychosocial Survival in Complex Emergencies. *The Lancet* 360:869.
- WEBSTER, N. & ENGBERG-PEDERSEN, L. (eds.) (2002): *In the Name of the Poor: Contesting Political Space for Poverty Reduction*. London – New York: Zeb Books.