

RÅDGIVNING OG STØTTE – kapacitetsopbygning i postkonfliktområder

Ane-Grethe Madsen

Artiklen indeholder refleksioner vedrørende rådgivning og støtte til mennesker, der har været udsat for svære traumatiske oplevelser i deres hjemland. Det kan dreje sig om borgerkrig, etnisk udrensning, tortur og andre overgreb på menneskeret-tighederne.

Strategier vedrørende den akutte fase er omtalt i artiklen for at pointere vigtigheden af at fokusere på de mentale behov allerede på dette tidspunkt. Artiklens primære fokus ligger på postkonfliktperioden.

Artiklen inkluderer afsnit, der belyser strategier ud fra litteraturen og efterrefleksioner over kapacitetsopbygning inden for sundhedsområdet i Kosovo.

Ligeledes forholder artiklen sig til det problematiske i anvendelsen af tilgange, der i særlig grad må anses for at være vestlig og den herved knyttede risiko for at være kulturelt ufølsom. I den forbindelse inddrages empowerment-strategier, bottom-up-teorier og partcipatoriske tilgange samt kritiske erfaringer med kapacitetsopbygning med manglende forståelse for lokale mestringsstrategier i Kosovo.

Artiklen afsluttes med generelle og specifikke anbefalinger baseret på forfatterens eget masterstudie i International sundhed (MIH) og læring uddraget af psykosocial kapacitetsopbygning i Kosovo.

1. Indledning

Min erfaring med støtte, rådgivning og kapacitetsopbygning har jeg erhvervet via mit arbejde som sygeplejerske, som underviser og de sidste 11 år ansat på Rehabiliterings- og Forsknings Centret for Torturofre (RCT).

I 1999 afsluttede jeg en uddannelse til counselling-lærer i postkonfliktområder. Uddannelsen foregik dels i Danmark, dels i Bosnien, og herefter har jeg været ansvarlig for kapacitetsopbygning i psykosocial counselling i Albanien, Kosovo og Thailand/Burma-grænseområdet. Programmerne blev udarbejdet i samarbejde med Rehabiliterings Centret for Torturofre i

Ane-Grethe Madsen er Master i International Sundhed (MIH) og uddannet sygeplejerske. Ansat på Rehabiliterings- og Forsknings Centret for Torturofte (RCT) og uddannet counselling lærer målrettet uddannelse af counsellors i postkonfliktområder.

Albanien (ARCT) og i Kosovo (KRCT), samt i samarbejde med den Burmesiske lægeorganisation (BMA).

Artiklen er baseret på generelle principper om folkesundhed (Public Health) ud fra litteratur og guidelines og suppleret med eksempler fra forfatterens egen praksis i Kosovo.

Erfaringerne med kapacitetsopbygning i postkonfliktområder har givet anledning til overvejelser vedrørende indsatsen, herunder bæredygtigheden af de psykosociale programmer samt overvejelser vedrørende tilgange, der anvendes.

Ud fra disse refleksioner har jeg uddraget følgende vigtige pointer, der har været styrende for indholdet i artiklen:

Vigtige pointer, som har været styrende for indholdet i artiklen:

1. I postkonfliktområder har mennesker med behov for støtte og rådgivning både problemer, der relaterer sig til de traumatiske oplevelser, men også problemer i relation til dagligdagen, familien og lokalsamfundet. Derfor udføres psykosocial støtte og rådgivning i disse områder bedst af det lokale sundhedspersonale, som har viden om lokalsamfundets sociale ressourcer, institutioner, kultur, historie og traditioner.
2. De internationale behandleres rolle skal først og fremmest være faciliterende, som sparringspartner, som supervisere og som undervisere. Deres vigtigste redskab for at tilgodese behovene er at skabe dialog.
3. De lokale behov og de lokale mestringsstrategier skal respekteres og være styrende for valg af metoder og tilgange i de psykosociale programmer.
4. Deltagelse er en forudsætning for det sundhedsfremmende arbejde, og hjælpen skal på sigt integreres i den lokale, primære sundhedssektor (Primary Health Care, PHC) for at styrke familien i lokalsamfundet (Community).
5. De psykosociale programmer skal være bæredygtige på længere sigt, og derfor skal der allerede i planlægningsfasen udarbejdes langtidstrategier, som inkluderer, hvordan indsatsen evalueres og afsluttes.

2. Behovet for psykosocial støtte og rådgivning i postkonfliktområder

WHO (2003) anerkender, at antallet af personer, der udsættes for ekstrem stress i forbindelse med konflikter, er stort, og at disse mennesker har risiko for at udvikle psykiske og sociale sundhedsproblemer. Principperne og strategierne, der her er beskrevet, er først og fremmest relateret til ressourcefattede lande (ulande), hvor befolkninger udsættes for krig eller andre katastrofer.

Traumatisk stress i postkonfliktsamfund

Når mennesker bliver tvunget til at flygte fra deres hjem i konfliktsituationer, er det ofte forbundet med mange og langvarige stresspåvirkninger: tab af familie, hjem, ejendomme, identitet, normalt liv og sikkerhed. Hertil kommer traumatiske oplevelser såsom tortur, overværelse af massakrer eller voldtægt. Denne gruppe af mennesker er i øget risiko for at pådrage sig sygdomme og dø efter den udmattende flugt fra faren.

Mange drives på flugt som følge af væbnede konflikter inden for den enkelte stat, såkaldte borgerkrige. I disse konflikter er den civile befolkning primært mål for de krigsførende parter, hvilket gør konflikterne mere omfattende og brutale end tidligere. I eks-Jugoslavien og Somalia udgjorde de civile 90% af ofrene, mod 5% civile ofre i første verdenskrig. I kølvandet på en konflikt følger ødelagte huse, fabrikker og vandforsyninger. Hertil kommer øget kriminalitet, dyrere fødevarer, mangel på lønarbejde, hvilket tilsammen gør tilværelsen vanskelig samt frem for alt uforudsigelig og usikker. (www.drc.dk).

Den væsentligste årsag til stress er traumatiske oplevelser, som har langvarige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. Nogle mennesker er ikke i stand til at håndtere oplevelserne og begynder derfor at misbruge alkohol eller andre beroligende midler for at dæmpe den svære stresspåvirkning, mens andre bliver aggressive og voldelige. Folk relaterer sig til hinanden på en mindre støttende måde, og den sociale orden og reglerne i lokalsamfundet falder fra hinanden. De traumatiserede mennesker fortsætter med at føle frygt, længe efter at de er kommet i sikkerhed.

I den akutte fase er målet med nødhjælpsindsatsen primært at møde folks basale fysiske behov, men så snart disse fysiske behov er opfyldt, vil andre behov blive mere vigtige. Nogle af behovene kan kun blive opfyldt efter opbygning af lokalsamfundet, og når den normale dagligdag er vendt tilbage. (The Johns Hopkins University, 2000). Dette vil blive yderligere blive uddybet andetsteds i artiklen.

Risikogrupper

For at kunne iværksætte forebyggende og behandlende interventioner er det nødvendigt at identificere, hvilke grupper der er under størst fysisk og psykisk pres. Grupperne inkluderer, men er ikke begrænset til, uledsagede og forældreløse børn, enlige kvinder med børn, fysisk og psykisk handicappede, kronisk psykisk syge, enlige ældre og overlevende efter organiseret vold, tortur og seksuel vold (WHO, 2000).

Stresshåndtering

Den sociale uro og ustabilitet ødelægger de støttende sociale netværk i familierne og nedbryder håb for fremtiden. I mange ulande findes stærke relationer i familierne og i lokalsamfundene, hvor folk normalt hjælper hinanden til at håndtere stress. Men i konfliktsituationer er opbrud og kaos

hverdag i lokalsamfundet, og familier går i stykker pga. fysisk adskillelse og pga. sammenbrud af familiens funktion. (The Johns Hopkins University, 2000).

Der kan være store individuelle forskelle i stressreaktionerne, og mulighederne for at håndtere svær stress skal ses som resultatet af komplekse processer i den enkelte person, de konkrete begivenheder, personen har været udsat for, den kontekst, overgrebene foregik i, samt støttende faktorer fra omgivelserne og i lokalsamfundet (Harvey, 1996).

Tortur og voldtægt er ofte omgærdet med tavshed, hvor offeret undgår at tale om traumat. De sundhedsprofessionelle samt familien har svært ved at lytte, forstå og hjælpe offeret, hvilket forstærker udstødelsen og oplevelsen af isolation, og derfor må problemerne med traumatisering ses i en større sammenhæng og ikke blot som private problemer. Der er behov for viden, ændring af holdninger og adfærd, og her viser erfaringerne, at især når det drejer sig om ændring af holdninger, er empowermentstrategier brugbare. Dette vil blive yderligere uddybet andetsteds i artiklen.

3. Generelle principper for community mental health i nødsituationer

WHO (2003) anviser generelle principper for den psykiske sundhed i nødsituationer, som herunder beskrives kort. Behovsanalyse, integrering i den primære sundhedssektor samt langtidstrategier for psykosociale programmer vil blive yderligere uddybet andetsteds i artiklen.

Forberedelsesplaner

WHO anbefaler, at der i alle lande udarbejdes forberedelsesplaner, der kan tages i anvendelse, hvis en katastrofe eller en konflikt skulle opstå. Forebyggelse og forhindring af konflikter er en ny metode, der ikke tidligere eksisterede. Men det er naturligvis også et kontroversielt felt, da det betyder indblanding i andre regerings affærer.

Behovsanalyse

Hurtigst muligt efter konflikten eller katastrofen er brudt ud, skal der iværksættes en behovsanalyse af de lokale behov (se behovsanalyse under afsnit Rekonsolideringsfase).

Koordinering af indsatsen

Opgaverne er store for det internationale samfund, og inden for FN-regi arbejder flere FN-organisationer på at assistere flygtninge væk fra kriseramte områder, men også mange andre humanitære organisationer er indblandet i dette arbejde, og derfor er det vigtigt med samarbejde og koordinering, da man ellers risikerer at hæmme hjælpeindsatsen. Koordinering mindsker

risikoen for overlappende indsatser og øger sandsynligheden for, at forskellige organisationer kan komplementere hinanden.

Integrering af hjælpen

Alle skal have adgang til hjælpen, der skal integreres i den lokale, primære sundhedssektor (PHC), og der lægges vægt på at styrke familierne i lokalsamfundet. Ligeledes lægges der vægt på at anvende de lokale sundhedsprofessionelle, der via jobtræning, undervisning og supervision skal videreuddannes, ligesom de ansatte i den primære sundhedssektor skal støttes af specialister inden for mental sundhed.

Langtidsmål

- Styrke PHC og den generelle psykiatriske behandling.
- Styrke lokalsamfundets og familiens behandling af personer med kroniske, alvorlige psykiatriske lidelser.
- Arbejde hen imod en god, relevant, national mental sundhedslovgivning og strategi.
- Et funktionelt offentligt sundhedssystem, der fremmer og styrker den mentale sundhed.

4. Strategier for intervention

4.1 Den akutte fase

»The acute emergency phase, the period where crude mortality rate (CMR)¹ is substantially elevated because of deprivation of basic needs« (Medicins Sans Frontières, MSF, 1997)

I den akutte fase er de basale behov styrende, og det drejer sig om at opretholde liv og sikre adgang til lægehjælp, mad, vand, sanitet, husly/sikkerhed (MSF, 1997). Der er primært behov for politisk beskyttelse og humanitær hjælp, og ansvaret ligger først og fremmest hos FN-organisationen UNHCR. Ud over dette er der behov for meget hurtigt at iværksætte en epidemiologisk kortlægning af befolkningens sundhedsstatus. Systemet er med til at give kvantitative informationer baseret på daglig indsamling og analyse af udvalgte sundhedsdata. Disse sundhedsdata dækker udelukkende sygdomme eller sundhedsproblemer, der kan kontrolleres ved forebyggende eller behandlende interventioner. I denne fase er to typer af informationer nødvendige: 1) antallet af flygtninge og 2) antallet af

1 Crude Mortality Rate (CMR) Udtrykt ved antal dødsfald per 10.000 per dag. CMR er den bedste indikator for, hvor alvorlig situationen er. CMR over 1 per 10.000 indikerer den akut kritiske nødsituation.

dødsfald. Beregning af det daglige antal dødsfald er en nyttig indikator til monitorering i den akutte fase. Denne fase varer, indtil de basale behov er tilgodeset, og en betydelig andel af sundhedsproblemerne er bragt under kontrol (CMR reduceret til 1/10.000/dag eller under 1).

The Sphere Project (2000) blev lanceret i 1997 med henblik på at udvikle et sæt universelle minimumsstandarder inden for kærneområderne i humanitær nødhjælp, samt for at forbedre kvaliteten af indsatsen. De etiske fordringer er baseret på internationale humanitære love, menneskerettighedslove, lov om flygtninge og *the Code of conduct for the International Red Cross*.

Dette har resulteret i en defineret og standardisering af den mest effektive strategi til at kontrollere antallet af dødsfald. (Sphere Project, 2000). Herudfra er der udarbejdet en liste over interventioner, der ideelt skal igangsættes simultant. Denne liste inkluderer, at der hurtigst muligt iværksættes en 1) behovsanalyse, der sikrer, at der opsamles kvantitative data/epidemiologi og kvalitative og deskriptive data, oplysninger vedrørende sundhedsstatus, traumeoplevelser og de lokale eksisterende ressourcer 2) mæslingeimmunisering, 3) adgang til vand/sanitet 4) mad/ernæring 5) husly/sikkerhed 6) adgang til PHC 7) kontrol af smitsomme sygdomme og epidemier 8) public health kortlægningssystem 9) kortlægning af lokale menneskelige ressourcer og kapacitetsopbygning og sidst, men ikke mindst 10) koordinering af indsatsen. Ud over disse interventioner igangsættes forskellige psykosociale interventioner.

Psykosocial støtte og rådgivning i den akutte fase

WHO (2003) anbefaler, at interventionerne fokuserer på at støtte og re-etablere mulighederne for at praktisere religiøse, åndelige, og kulturelle aktiviteter. Ved at etablere muligheder for at sørge og praktisere religiøse ritualer styrkes de traditionelle måder til at håndtere sorg og usikkerhed, og samtidig er ceremonierne og ritualerne med til at skabe orden i den uforudsigelige og kaotiske tilværelse. Nogle kulturer på Balkan har tradition for historiefortælling via sange, musik eller dans. Disse kendte udtryksformer kan være mindre smertefulde og lettere at anvende i svære stresssituationer end at skulle verbalisere smerten direkte. (Madsen, 2002).

Det er vigtigt at inkludere de mest sårbare grupper i de aktiviteter, der iværksættes, især børneaktiviteter, leg, fodbold og etablering af skoler samt undervisning. Unge og voksne skal involveres i konkrete og meningsfulde fællesaktiviteter for eksempel undervisning af børnene, opførelse af huse og organisering af mad mv.

Der udøves »psykologisk førstehjælp«

1. Empatisk information om normale stressreaktioner, psykoedukation og kriseintervention til alle i lokalsamfundet.

2. Sikre behandling af akutte psykiske klager, samt at essentiel psychotropic (psykofarmaka) medicin er til rådighed.
3. Sikre at der etableres rammer, hvori familierne kan støtte hinanden socialt.
4. Sikre beskyttelse mod yderligere overgreb.
5. Iværksætte træning og supervision af sundheds- og communityarbejdere.

4.2 Rekonsolideringsfasen (postkonflikt)

»Basic needs are again at a level comparable to that before the emergency, or the surrounding population« (MSF)

Monitoreringen fortsætter med henblik på at indikere ændringer i sundhedsstatus (CMR), og der igangsættes nu flere tiltag, der relaterer sig til den mentale sundhed, samt udføres behovsanalyser, der relaterer sig til de mentale behov. Her følger forslag til behovsanalyse inspireret af MSF (1997).

BEHOVSANALYSE

I. Kvantitative data

Relevante epidemiologiske data indhentes vedrørende antal i risikogruppe, antal, der har behov for hjælp, og data vedrørende sundhed, sygelighed og dødelighed.

II. Kvalitative og deskriptive data

Mennesker, der har været udsat for svære traumatiske oplevelser, har ofte behov for støtte og rådgivning til at håndtere svær stress. For at lære, hvordan folk hjælper hinanden i kriser og stresssituationer, må de internationale organisationers hjælpearbejdere indsamle data vedrørende:

- Sociokulturelle forhold, historie, baggrunden for konflikten, samt hvilke erfaringer befolkningen har med krig, flugt, flygtninge, repatriering eller som internt fordrevne.
- Lokale samfundsstrukturer og nærmere definition af et community før og nu.
- Lokal opfattelse af traume, stress, sygdom og mestringsstrategier.
- Sundhedsproblemer, der relaterer sig til tortur, organiseret vold eller andre traumatiske oplevelser.
- Psykologiske symptomer på traumatisering (PTSD) og psykosociale problemer.
- De sårbare gruppers behov.

EKSEMPEL PÅ DESKRIPTIVE DATA FRA KOSOVO

Kosovo er beliggende i den sydlige region af det tidligere Jugoslavien med 2 millioner indbyggere, hvoraf 90% er albanere, der taler samme sprog. De resterende 10% inkluderer serbere, montenegrinere, tyrkere, kroater og romanere. Økonomien er baseret på landbrug og er rig på naturressourcer. Kosovo har den højeste befolkningstilvækst i Europa, og livet i landsbyerne er traditionelt. Der er tradition for storfamilier som en konsekvens af høj dødelighed på grund af sygdomme og blodfejder. (Malcolm, 1998).

Regionen er et FN-protectorat, hvis status endnu er uafklaret. WHO har en både rådgivende og implementerende rolle i Kosovo.

EKSEMPEL FRA KOSOVO PÅ LOKALE MESTRINGSSTRATEGIER

I Kosovo er der tradition for at verbalisere problemer. Dette fandt oprindeligt sted i den traditionelle Oda, hvor storfamilien havde traditioner for at hjælpe og støtte familiemedlemmerne, dog primært de mandlige familiemedlemmer. Metoden bliver sammenlignet med gruppe-counselling. Religiøse mennesker søger hjælp hos hodhjaen og imamerne, som også udfører individuel counselling. Der eksisterer professionelle grædekoner, som tilkaldes efter dødsfald for at hjælpe folk til at udtrykke deres sorg. Historiefortælling via sange, musik og dans er en vigtig tradition, der blev anvendt i den akutte periode under krigen til at håndtere stress. Den kollektive traumatisering som mestringsstrategi i Kosovo inkluderer en stor del af befolkningen, og reaktionerne ses af albanerne som forståelige og normale. Minoritetsgrupperne er ikke inkluderet, og ofrene for tortur og seksuel vold ses som ofre for individuelle overgreb og er heller ikke inkluderet i det kollektive traume som mestringsstrategi. Derfor må særlige tilgange etableres for at øge opmærksomheden og støtten til disse grupper. Drama og teater er metoder, der involverer begge køn og er især brugbare når det drejer sig om ændring af holdninger og adfærd. Eksempelvis har nationalteatret i Kosovo opført adskillige teaterstykker, der omhandler brud på menneskerettigheder. Teatret opsatte et stykke om et kvindeligt voldtægtsoffer og fortæller historien om, hvordan hun og hendes mand fik hjælp og støtte af en sygeplejerske til at klare deres problemer. Teatret turnerede rundt i landet til de lokale medborgerhuse i landsbyerne og gav her anledning til mange diskussioner og efterfølgende ændringer af holdninger overfor problemet. Næsten alle er politisk engageret og optaget af regionens usikre politiske fremtid, hvilket fungerer som en nødvendig mestringsstrategi i bestræbelserne på at få indflydelse på løsning af de politiske problemer (Madsen, 2002).

III. Traumeoplevelser

EKSEMPEL FRA KOSOVO VEDRØRENDE MENTALE SUNDHEDSBEHOV:

Krigen i Kosovo har haft indflydelse på næsten hele befolkningen især relateret til den psykiske sundhed. Undersøgelser udført i Kosovo af Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i 1999 og 2000 viste, at 25% af kosovoalbanere over 15 år rapporterede symptomer svarende til Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD). En endnu større del af befolkningen er traumatiseret, og ifølge CDC undersøgelsen har omkring 80% været udsat for fire eller flere traumatiske oplevelser, og omkring 50% har været udsat for tortur eller andre overgreb. Dette inkluderer også den store gruppe af kvinder, som blev voldtaget under krigen af fjenden. Mange af disse kvinder er blevet afvist af deres ægtefæller, deres familier og af deres lokalsamfund, og i nogle tilfælde har det ført til, at kvinderne har begået selvmord.

De sociale konsekvenser er store og viser sig som øgede problemer i familierne, hvor skilsmisser er blevet mere almindelige, volden i hjemmene er steget, og der ses stigende kriminalitet, stofmisbrugsproblemer og prostitution. Mange børn lider under følgerne af traumatisering. CDC-undersøgelsen konstaterer, at folk i øget risiko for mentale sundhedsproblemer er personer over 65 år, personer, som tidligere har lidt af psykiatiske sygdomme eller andre kroniske sygdomstilstande, og de internt fordrevne personer, der bor i afsides liggende landområder i Kosovo. En anden gruppe i øget risiko er de kvinder, som blev voldtaget under krigen (Cordozo, 2000).

Mere end 90% af den albanske befolkning blev tvunget til at flygte, og mere end 100.000 serbere måtte forlade deres hjem (OSCE, 2000). Behovet for støtte var stort, og der blev startet et Rehabiliterings Center for Torturofre (KRCT) i Prishtina med satellitcentre integreret i de Familie Medicinske Centre (FMC) i hele regionen til behandling og støtte både fysisk, psykisk og socialt.

IV. Eksisterende ressourcer

Analyse af det eksisterende lokale sundhedsvæsen, sundhedsklinikker og hospitaler i lokalsamfundet samt analyse af, hvordan den mentale pleje af psykisk syge varetages.

Ud over det etablerede sundhedstilbud undersøges også, hvilke initiativer der er relateret til lokalsamfundet, det sociale område f.eks. misbrugsarbejde, selvhjælpsgrupper, kvindegrupper etc.

EKSEMPEL FRA KOSOVO PÅ KVINDEGRUPPERS ARBEJDE

Kosova Womens Network (KWN) består af lokale kvindegrupper, hvor mange af dem har over 10 års erfaring i arbejdet med lokalsamfundsudvikling. De arbejder målrettet med sårbare grupper og har bl.a. etableret forskellige kurser i psykologisk støtte. Det sociale arbejde relaterer sig til kvinder udsat for vold, forebyggelse af prostitution samt støtte til, at kvinder får uddannelser. Alle minoritetsgrupper er inkluderet i programmerne.

KWN etablerede støtte for kvinderne i flygtningelejrene for at forebygge udviklingen af stressreaktionerne. I støtten indgik traditionel albansk dans, musik og sang, som var en brugbar mestringsstrategi for mange af de kosovoalbanske kvinder under den svære stresspåvirkning. Det var vigtigt at rumme kvindernes smertelige tavshed, og ikke presse dem til at tale om oplevelser, de ikke var parate til, og med risiko for udstødelse af fællesskabet.

De stærke traditioner for sang og dans i Kosovo er en del af kulturen, og igennem sangene fortælles historier. Fortælling gennem sang har været en traditionel måde at fortælle historier på gennem århundreder. Fortællingerne afspejler den aktuelle situation, temaer vedrørende krigen, soldaterne og forandringer. (Madsen, 2002).

V. Lokale sundhedsprofessionelle:

Analyse af, hvilke sundhedsprofessionelle grupper (Sygeplejersker, læger, psykologer, community health workers) der findes i området, samt deres uddannelsesmæssige baggrund.

EKSEMPEL FRA KOSOVO VEDRØRENDE LOKALE SUNDHEDS-PROFESSIONELLE

Det eksisterende sundhedsvæsen før krigen var domineret af centraliseret, institutionel og specialiseret behandling, som slet ikke dækkede behovet især ikke for de 64% af befolkningen bosat i landlige omgivelser. I relation til konfliktens optrapning blev det gradvist vanskeligere for kosovoalbanere at få adgang til uddannelsesinstitutioner, dels fordi det albanske sprog ikke var tilladt i skolerne, dels fordi albanske sundhedsprofessionelle uddannelsesinstitutioner blev lukket. I omkring 10 år foregik uddannelsen af sundhedsprofessionelle i et spontant selvorganiseret parallelt system i private hjem. De havde således ikke adgang til opdateret uddannelse eller materiale, og derfor er der et meget stort behov for uddannelse i Kosovo for sundhedsprofessionelle på alle niveauer. Eksempelvis var der kun 4 kliniske psykologer, en børne-ungdoms-psykiater og 26 voksenpsykiatere, de fleste uddannet i Albanien, som i 50 år frem til 1990 var fuldstændig isoleret fra resten af verden og generelt modstandere af

psykologi. Kosovo-albanske neuropsykiatere uddannet i Albanien er stærkt orienteret i retning af biomedicinsk behandling.

Strategier for mental sundhed i Kosovo

En ny mental sundhedsstrategi har siden marts 2002 været under implementering i Kosovo. Denne strategi er udarbejdet af WHO i samarbejde med lokale eksperter og sundhedsministeriet i Kosovo.

Den er community-baseret og familiefokuseret. Hovedaktørerne er lægerne fra Familiecentre (FMC), sygeplejersker, socialarbejdere, community-arbejdere og forbrugerne. Der er mange initiativer i gang, der støtter op om, at personalet trænes i at overgå til Primary Health Care (PHC), og efteruddannelse af de sundhedsprofessionelle prioriteres højt.

Tilgangen tager udgangspunkt i forebyggelse på alle niveauer: individuelt og på familieniveau, men med primært fokus på lokalsamfundet.

EKSEMPLER PÅ METODER TIL AT INDSAMLE KVALITATIVE DATA

Semi-strukturerede interviews, observationer, spørgeskemaer, partecipatoriske metoder (PLA/PRA) og FokusGruppeDiskussion (FGD), er alle metoder til at indsamle kvalitative data.

EKSEMPEL FRA KOSOVO MED ANVENDELSE AF FGD

FGD er en velegnet metode til at få oplysninger om folks holdninger, meninger samt lokale mestringsstrategier. Metoden er velegnet i forbindelse med opsamling af kvalitative og deskriptive data til behovsanalyse, samt i planlægningen af kapacitetsopbygning (INFDC, 1993).

Der blev afholdt en FDG, hvor deltagerne bestod af: psykiatere, læger, psykologer, socialrådgivere, og de emner, der blev diskuteret, var: traumatisering, stigmatisering og mestringsstrategier.

Traume er en kollektiv begivenhed i hele Kosovo, som betyder, at alle mennesker taler åbent om deres traumatiske oplevelser. Hver anden person i alle familier er traumatiseret og deler deres oplevelser med andre familiedlemmer og med medlemmer af lokalsamfundet. Stigmatisering i relation til traumatiske krigsoplevelser er meget lav, men i relation til psykisk sygdom er opfattelsen helt forskellig fra den kollektive traumatisering. I Kosovo er psykisk sygdom svært stigmatiserende, og det er forbundet med skam at tage sig af psykisk syge mennesker. Traumereaktionerne betragtes derimod som normale, og PTSD-diagnosen er ikke stemplende. Tværtimod knytter de fælles krigsoplevelser kosovoalbanerne sammen og hjælper dem til at håndtere de traumatiske oplevelser. Derimod har krigsoplevelserne en meget negativ virkning på familierne og lokalsamfundene. Det viser sig som konflikter og øget vold, som er problemer, der er meget svære at acceptere og håndtere og øger lidelserne. Derfor er der behov for at

inddrage familieaspektet og tilgange, der relaterer til lokalsamfundet i counsellingtræningen. (Madsen, 2002).

5. Støtte og rådgivning i postkonfliktområder

For at kunne støtte og rådgive mennesker i postkonfliktområder er det en nødvendig forudsætning at have grundigt kendskab til den lokale kontekst. Det har flere fordele, at lokale hjælpere/sundhedspersonale påtager sig de direkte støttende og rådgivende opgaver. Først og fremmest fordi de kender den lokale kontekst, dens institutioner, kultur, historie og traditioner. Viden om lokalsamfundets sociale ressourcer og netværk er nødvendig i bestræbelserne på at hjælpe individer, der både har problemer, der relaterer sig til traumatiske oplevelser, men også problemer i relation til dagligdagen, familien og lokalsamfundet.

En anden vigtig årsag til, at det er lokale folk, der skal varetage de psykosocialt støttende opgaver, er, at de ikke rejser væk fra området, som hjælpeorganisationerne gør, når deres bevillinger ophører.

De internationale hjælpere rolle er primært at undervise, vejlede og supervisere, og dialogen er deres vigtigste redskab i udførelsen af disse opgaver.

Erfaringer fra postkonfliktområder viser, at det er vanskeligt at hjælpe en person med individuel psykosocial counselling, hvis personen mangler et støttende netværk, eller personen er udsat for diskrimination og stigmatisering pga. af manglende forståelse for traumereaktioner og manglende anerkendelse fra lokalsamfundet. Dette er årsagen til, at individuel støtte og rådgivning ikke kan stå alene, men må kombineres med støtte fra familien, etablering af grupper, der modvirker oplevelsen af at være alene om det hændte samt bevidsthedsskabende kampagner i lokalsamfundet og undervisning af relevante personer i lokalsamfundet. Emnerne kan eksempelvis være information om normale stressreaktioner, tortur og massevoldtgæfter samt information om, hvordan man hjælper med at håndtere problemerne.

Det overordnede mål for implementering af psykologisk støttende foranstaltninger i postkonfliktområder er at integrere enkeltpersoner og familier i samfundet, bringe mennesker sammen omkring fælles problemer, øge opmærksomheden om psykologiske problemer og gendanne netværk samt øge mestingsstrategierne. Alle aktiviteter, der iværksættes, skal relatere til hverdagens realiteter og de prioriteter, som samfundet har identificeret. For at undgå stigmatisering og isolation skal individuelle tilgange være undtagelsen, da sådanne tilgange kun responderer behovet for de få.

5.1 Psykosocial counselling

Counselling forstås som en enkel model, som er brugbar i relation til individ, familie, gruppe og lokalsamfund i postkonfliktområder. I counselling er der plads til at tale om de problemer, personen har størst behov for at tale om. Det vil sige, at der både kan være plads til at tale om almindelige dagligdags vanskeligheder og mulighed for at tale om de mere smertefulde oplevelser, der relaterer sig til fortiden (Veer, 1998).

Formålet med den individuelle tilgang til counselling

1. At bidrage til heling og lindring af de smertefulde oplevelser, som torturoverlevende eller andre ofre for vold har været udsat for.
2. At reetablere og udvikle de nødvendige færdigheder til at klare nuværende og fremtidige situationer (empowerment).
3. At genopdage egne muligheder og ressourcer i netværket for dermed at blive i stand til at klare nuværende krav og stress (empowerment).

Lytte og rumme

I counselling er der mulighed for, at personen kan fortælle sin historie til en person, der lytter empatisk og giver ham/hende mulighed for at udtrykke følelser og tanker. Counselloren lytter til personens bekymringer og støtter ham/hende, når han/hun føler sig hjælpeløs og desperat (Veer, 1998).

Metoder og tilgange til counselling

Der kan anvendes forskellige metoder og tilgange til counselling alt efter personens behov, counsellorens forudsætninger og den lokale kontekst. (Veer, 1998). Counselloren ses som katalysator, der arbejder ud fra princippet om hjælp til selvhjælp. Derfor søges der at anvende metoder, som er ressourceafklarende, afdækker personens handlemuligheder og støtter ham/hende i at træffe valg. I nogle situationer indgår direkte rådgivning og hjælp til at udføre praktiske ting for eller sammen med personen. Det er vigtigt at stimulere klienten til at bruge de lokale ressourcer i de sociale netværk. På grund af de mange, ofte samtidige problemer og oplevelsen af indre kaos, vil hjælp til strukturering og prioritering af problemer ofte være en del af counsellingen.

Psykoedukation kan indgå som en undervisningsmetode, hvor målet er at øge viden om de helbredsmæssige konsekvenser og traumatiske stressreaktioner relateret til traumatiske hændelser.

Mange lider under angst og stresssymptomer fra kroppen og har derfor ofte behov for kompetencer til at håndtere reaktionerne fra kroppen. Derfor indgår afslapningsøvelser m.h.p. at reducere de værste symptomer og give personen redskaber til at tage kontrol (WHO, 1996).

5.2 *Community mental health*

I 1978 under WHO's Alma Ata-konference blev det slået fast, at deltagelse af lokalbefolkningen er en nødvendig forudsætning for sundhedsfremmende arbejde. Til den medicinske tilgang til sundhed, der relaterer sig til fysiske og mentale konditioner hos individuelle personer, blev tilføjet to andre faktorer:

1. Mennesker lever i og indgår i et lokalt samfund, der har stor betydning for og påvirker den individuelle sundhed. Dette er en erkendelse af, at mennesker ikke kun er individer, men også en del af en familie, der tilhører et lokalsamfund, som har indflydelse på, hvordan sundhedsinterventioner² planlægges og implementeres, hvilket er tæt forbundet med den holistiske forståelse.
2. Mennesker har behov for at have kontrol over egen krop samt have viden om de valgmuligheder, der er vedrørende sundhed. Dette for at styrke det enkelte menneskes muligheder for selvbestemmelse og autonomi (empowerment). (Green, 1999).

Empowerment handler om valg, men før individer og lokalsamfund kan vælge, er der behov for at identificere problemerne ud fra deres synspunkt, identificere handlemuligheder og dernæst beslutte, hvad de ønsker. (RCT, strategi, 1999).

Deltagelse er redskabet til at sikre empowerment, hvor modtagerne bliver aktivt involveret i beslutningsprocessen vedrørende sundhed. For at arbejdet kan blive en succes må sundhedspersonalet være lyttende, opmærksomme og respektere de sociokulturelle vilkår, som findes i lokalsamfundet.

Målet er, at nødhjælpsprogrammer skal kobles op på og tilpasses den lokale primære sundhedstjeneste, fordi denne tilgang sikrer, at modtagerne har adgang til sundhedsinterventionerne og bliver involveret i beslutningsprocesserne.

Community-begrebet har forskellig betydning fra kultur til kultur. For eksempel har kastesystemet stadig stor betydning i landområder i Indien, og det opdeler landsbysamfundet, så de urørlige er ekskluderet fra fuld deltagelse i landsbyens affærer. I andre samfund er kvinder udelukket fra beslutningstagninger, eller staten har delegeret kontrol til lokale repræsentanter, hvilket kan føre til ulige magtfordeling, som begrænser deltagelsen af landsbyens beboere og af landsbyens lokale sundhedsarbejdere, selvom det er dem, der oftest bliver konfronteret med sundhedsproblemerne (Hardon, 1998).

2 Sundhedsinterventioner består af: Forebyggelse og kontrol af sygdomme, sundhedsforebyggelse og psykoekudation, mentale sundhedsprogrammer, immuniseringsprogrammer, kontrol af miljø og sanitet.

Lokalsamfundets institutioner kan enten fremme eller hindre den følelsesmæssige heling efter overgreb. Efter en voldtægt bliver offerets medlemskab af lokalsamfundet bekræftet, hendes helbredelse bliver faciliteret af opmærksomhed og støtte. På den anden side, hvis voldtægten stempler og forårsager udstødelse, vil lokalsamfundet forværre hendes traume. Voldtægts ofre er blandt de mest sårbare, og der er risiko for deres psykiske helbred. (Harvey, 1991).

I community-baserede tilgange antages det, at nogle mennesker har behov for mere hjælp end andre, og det er vigtigt at sikre, at de, der falder uden for community-tilgangen, bliver identificeret og henvist til andre støttende foranstaltninger.

Hvad er community-deltagelse?

»Community-deltagelse er en social proces, hvor specifikke grupper med samme behov i et defineret geografisk område aktivt tilstræber identifikation af deres behov, og der tages beslutninger samt etableres strategier til at imødekomme disse behov« (Rifkin et al. 1988).

Der bliver ofte differentieret mellem community-orienterede, community-baserede og community-kontrollerede programmer, hvor niveauerne reflekterer graden af community-deltagelse. Ifølge Rifkin er der to basale tilgange med forskellige muligheder for deltagelse:

- *The top-down*, medicinsk eller sundhedsplanlægnings tilgange, i hvilken community-deltagelse er set ud fra, at folk udfører opgaver defineret af de professionelle, og reflekterer fortrinsvist den community-orienterede tilgang.
- *The bottom-up*, community-udviklings-tilgange, hvori forbedringer af sundhed ses som essensen af, at folk i lokalsamfundet har taget kontrol over og ansvar for en bedre levestandard. Denne tilgang reflekterer fortrinsvist den community-kontrollerede tilgang.

EKSEMPEL FRA KOSOVO MED ANBEFALINGER TIL AT INKLUDERE SÅRBARE GRUPPER I LOKALSAMFUNDET

- *Undervisning af sundhedsarbejdere og lærere, så de bliver i stand til at identificere, hvem der har behov for støtte, samt ved, hvordan de skal handle i forhold til ofrene.*
- *Sundhedsarbejderne skal medvirke til at dokumentere, at hændelserne har fundet sted m.h.p. retsforfølgelse.*
- *Opmærksomhedskampagner i lokalsamfundet f.eks. via tv, radio eller aviser.*
- *Målrettet viden til meningsdannerne f.eks. politikere, lokale ledere og religiøse ledere.*
- *Inddrage institutioner, der arbejder med lov og menneskerettigheder, så de kan tage problemet op.*

Rehabiliteringscentret i Kosovo vil udvikle ideerne og etablere et nationalt seminar med sundhedsministeriet (MOH) og WHO for sammen at udvikle en strategiplan på området.

6. Kapacitetsopbygning i postkonfliktområder:

Rifkin (2001) beskriver i sin bog *Partners in Planning, Information, Participation and Empowerment*, hvorfor mange tiltag med overføring af teknologier fra rige til fattige lande er mislykkedes. Programplanlægning blev set som et job for professionelle, fordi de var eksperterne, der vidste hvilken viden og information der var behov for. Det har vist sig, at denne forståelse af udvikling ikke var effektiv, og der er masser af eksempler på, at den overførte information blev ignoreret eller afvist af modtagerne, fordi den ikke var brugbar.

Paolo Freires ideer om voksenpædagogik i undervisningen anbefaler alternative problemorienterede tilgange i undervisningen med henblik på at forbedre situationen. I den alternative tilgang bliver de lærende behandlet som aktive deltagere og subjekter i læringsprocessen. Freire argumenterer for, at det er gennem dialogen mellem underviser og de lærende, at der udvikles kompetencer til at kunne beslutte samt løse problemer (Freire, 1996; Rifkin, 2001).

Refleksioner vedrørende kapacitetsopbygning i Kosovo

Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre i Danmark (RCT) har i 2½ år samarbejdet med Kosovo Rehabilitation Centre for Torture Victims om psykosocial og medicinsk rehabilitering af torturofre, krigstraumeofre og tilbagevendte til Kosovo. En vigtig komponent i projektet gennem det sidste år var træning af psykosociale counsellors, som blev evalueret positivt af både underviser og deltagere.

RCT har afsluttet tre ugekurser i psykosocial counselling fra 2002-2003. Kurserne var baseret på en behovsanalyse, der bl.a. inkluderede analyse af lokale mestringsstrategier, lokal forståelse af psykosocial counselling og en analyse af undervisningsbehovet.

Metoderne og tilgangen i undervisningen byggede på dialog, interaktive metoder og tog udgangspunkt i deltagerens behov og konkrete problemstillinger fra deres praksis. Mange praktiske øvelser indgik i undervisningen for at udvikle praktiske færdigheder i kommunikation og mestringsstrategier. Kurserne blev meget positivt modtaget og med stor aktiv deltagelse, men det har vist sig, at vores input ikke har været tilstrækkeligt i forhold til det store uddannelsesmæssige behov.

Lokale faglige eksperter (KRCT og Dr. Ferid Agani/MOH) beskriver tiden under og efter krigen som værende karakteriseret ved besøg af mange forskellige programmer alle med psykosociale komponenter. På grund af

mangel på ressourcer og begrænset tidsramme for gennemførelsen af programmerne faldt antallet af NGO'er hurtigt og er på nuværende tidspunkt nede på to; Rehabiliterings Centret for Torturofre i Kosovo (KRCT) og Center for Stress Management and Education (CSME).

Traume-counselling

I de senere år har traumbegrebet domineret diskussionerne vedrørende psykosocial heling efter krigsoplevelser og vold. Mange af de internationale eksperter fokuserede på traume og PTSD-diagnosen. Denne tilgang gav anledning til refleksioner over forskellige risici forbundet med at fokusere på traumat herunder de vestlige antagelser om, at det hjælper at bringe følelser op til overfladen, verbalisere smerten samtidig med, at man ignorerer, at der findes lokale måder at hjælpe på ved hjælp af lokale traditioner. Der er risiko for at individualisere frem for at se problemerne i den kollektive sociale kontekst, samt at den medicinske term trauma hæmmer ansvarligheden, hvilket fremmer »offerrollen« og hæmmer empowerment-processerne.

Den kvalitative behovsanalyse i Kosovo viste, at følgerne af krig, tortur og andre menneskerettighedskrænkelser er mere komplekse og omfattende, end hvad der indgår i diagnosekriterierne i ICD-10 eller DSM-IV. Diagnosen PTSD, som beskriver den angstfyldte og følelseslabile tilstand med en lang række symptomer, som mennesker kan blive domineret af efter chokoplevelser, kommer ofte til at indtage en meget central plads. PTSD kom både i Bosnien og Kosovo til at virke som en magisk etikette, og megen undervisning fra internationale eksperter kom til at handle om PTSD. Det er i denne sammenhæng, at vi skal betragte den senere tids kritik af den vestlige eksport af traumeteori, hvor de internationale eksperter er blevet kritiseret for at ankomme med værktøjskasser, hvoraf PTSD diagnosen var det mest populære. (Clark, 2002).

7. Perspektivering og anbefalinger for kapacitetsopbygning

Problemerne, som relaterer sig til befolkninger i lokalsamfund, er ofte komplekse og kræver flere indsatser på en gang. Derfor må sundhed forstås bredt i et holistisk perspektiv. Det er således ikke nok med psykologisk støtte, idet der ofte i postkonfliktsamfund er massive sociale problemer især arbejdsløshed eller andre problemer, der relaterer sig til brudte netværk og stigmatiserende holdninger, der yderligere forstærker oplevelsen af isolation hos udsatte grupper.

Programmer, der har flere sideløbende indsatser sammen med kapacitetsopbygning, vil derfor være mere brugbare i forhold til behovene, for eksempel at der iværksættes indkomstskabende aktiviteter (IGA), at der

etableres systemer til dokumentation af tortur og udføres oplysningskam-pagner i lokalsamfundene med særlig vægt på de sårbare grupper.

I postkonfliktområder præsenterer mennesker med behov for støtte og rådgivning både problemer der relaterer sig til de traumatiske oplevelser, men også problemer, der vedrører dagligdagen, problemer i familien og i lokalsamfundet. Derfor udføres psykosocial støtte og rådgivning i disse områder bedst af det lokale sundhedspersonale, som har viden om lokal-samfundets sociale ressourcer, institutioner, kultur, historie og traditioner.

Akut nødhjælp

The Sphere Project blev lanceret med henblik på at udvikle universelle mi-nimumsstandarder inden for områderne af humanitær nødhjælp. De basale behov er styrende i den akutte fase, hvor det drejer sig om at opretholde liv og sikre adgang til lægehjælp, mad, vand, sanitet og sikkerhed. Den psykosociale indsats udøves primært i form af psykologisk førstehjælp. Der iværksættes behovsanalyse for at kortlægge sundhedsstatus, identifi-cere problemer, behov og mestringsstrategier, men især for at identificere lokale eksperter med henblik på fremtidigt samarbejde. Behovsanalysen må inkludere analyse af behovet for kapacitetsopbygning.

Lokale behov og mestringsstrategier:

De lokale behov og de lokale mestringsstrategier skal respekteres og være styrende for valg af metoder og tilgange i de psykosociale programmer. Inden for sundhedsområdet har kritikken gået på, at de lokale mestrings-strategier ikke blev anerkendt af de internationale eksperter, hvor mange blev kritiseret for at ankomme med deres værktøjskasse, hvoraf PTSD var det mest populære.

Bæredygtighed i psykosociale programmer

Ofte er det internationale NGO'er, der i samarbejde med lokale NGO'er varetager kapacitetsopbygningen i postkonfliktområder. Målet må på læn-gere sigt være, at den ny viden implementeres lokalt i den offentlige sund-hedssektor. Hermed gives mulighed for, at alle, der har behov for hjælp og støtte på det psykosociale område, har adgang til den.

For at sikre bæredygtighed må endemålet for kapacitetsopbygning inkludere uddannelse af lokale lærere på diverse offentlige uddannelses-institutioner. Viden om tortur, traume og rehabilitering må implementeres i de sundhedsprofessionelles curricula, således at de som minimum bliver i stand til at identificere klienter, der har behov for hjælp og støtte, samt vide, hvor de kan henvise til hjælp og støtte ved behov.

Erfaringerne viser, at det tager tid at opbygge kapaciteter på psykososo-ciale områder, og mange indsatser på dette område har slet ikke taget højde for den tidsmæssige faktor i planlægningen af psykosociale programmer. Derfor anbefales det, at der allerede i planlægningsfasen udarbejdes en

langtidsstrategi. Planlægningen skal ske i tæt samarbejde med de lokale eksperter.

De internationale folks rolle skal først og fremmest være faciliterende, som sparringspartner, som supervisere og som undervisere. Deres vigtigste redskab for at tilgodese behovene er dialogen.

For at sikre bæredygtighed i kapacitetsopbygningen skal der i planlægningsfasen udarbejdes strategier for, hvordan projektet afsluttes (exit-strategier) samt planlægges opfølgingskurser, så der er afsat ressourcer til formålet.

Mange counsellors arbejder alene, mængden af sager er stor, og indholdet i counsellingen påvirker de personer, der arbejder som counsellors, hvilket medfører, at risikoen for at udvikle sekundær traumatisering eller udrændthed stor. Den lokale organisation må medvirke aktivt til, at dette ikke sker, og derfor må der:

- I projektplanlægningen inkluderes supervision af uddannede counsellors og andre forebyggende foranstaltninger, der vedrører arbejdsforhold, care for caregivers m.m.
- Inkluderes strategier vedrørende uddannelse af lokale supervisere, der kan støtte counsellors i deres arbejde.

Evaluering af kapacitetsopbygningen

For at udvikle nye metoder m.m. i kapacitetsopbygningen og vurdere, om interventionen er relevant i forhold til behovet, er det nødvendigt at evaluere indsatsen. Sammen med lokale professionelle bør der allerede fra planlægningsfasen udarbejdes redskaber og indikatorer til at evaluere træningen og virkningen på målgruppen.

8. Efterskrift

Behovsanalysen i forbindelse med masterstudiet i Kosovo påpegede vigtigheden af at udvide tilgangene til også at være familie-, gruppe- og community-baseret, og disse tilgange vægter empowerment-strategier og metoder, der fremmer deltagelse. Dette viste sig særligt nødvendigt i bestræbelserne på at undgå stigmatisering og isolation af de særligt sårbare i risikogrupperne.

Mange internationale eksperter i Kosovo fokuserede på traume og PTSD-diagnosen. I denne tilgang er der risiko for at individualisere frem for at se problemerne i den kollektive sociale kontekst. Behovsanalysen i Kosovo viste, at følgerne efter krig og tortur er mere komplekse og omfattende end, hvad der indgår i diagnose-kriterierne for PTSD.

Behovsanalysen bygger på eksisterende data fra epidemiologiske undersøgelser og egne interviews/fokusgruppediskussioner med sundhedsprofessionelle og klienter i Kosovo. Hermed blev det muligt at identificere

problemer, behov og mestringsstrategier, og disse informationer var en vigtig forudsætning som underviser i en fremmed kontekst.

Behovet for støtte, rådgivning og kapacitetsopbygning er stort, ressourcerne er få, og der er få uddannede folk til at varetage opgaverne i postkonfliktområderne. Dette er også tilfældet i Kosovo, og derfor blev det besluttet at inddrage lokale sundhedsprofessionelle fra KRCT som medundervisere i counselling-træningen.

Erfaringerne fra Kosovo viser, at det tager tid at opbygge kapacitet og skabe bæredygtighed på det psykosociale område. Den tid var desværre ikke inkluderet i projektet, idet den danske støtte til Kosovo ophørte oktober 2003.

Det er mit håb, at RCT fortsat får mulighed for at støtte KRCT i deres arbejde med kapacitetsopbygning i Kosovo. Målgruppen for kapacitetsopbygning er i første omgang sygeplejersker, der arbejder i psykiatrien og på familiecentrene. Ved at uddanne sygeplejersker til at udføre counselling styrkes implementeringen i den offentlige sundhedssektor, bæredygtigheden, og der sikres adgang til støtte og rådgivning for et større antal mennesker med behov.

LITTERATURLISTE

- ARCEL L. (1998): *War violence, Trauma and the Coping Process. Armed conflict in Europe and survivor responses*. IRCT, Copenhagen.
- CLARK, H. (2002): *Kosova work in progress: Closing the cycle of violence*. Centre for study of forgiveness and reconciliation, Coventry University.
- CORDOZO, B.L. & AGANI F. et.al. (2000): *Mental Health, social functioning and attitudes of Kosovo Albanians, following the war in Kosovo*. www.jama.com
- ELSASS, P. (1995): *Tortur Overleveren*. Gyldendal.
- FREIRE, P. (1996): *Pedagogy of the oppressed*. London: Penguin.
- GREEN, A. (1999): *Health planning in developing countries*. The policy context: Primary Health Care and Health Sector Reform. Oxford University Press.
- HARDON, A. et. al. (1998): *Applied Health Research manual. Anthropology of Health and Health Care*.
- HARVEY, M.R. (1996): An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of traumatic stress*, Vol. 9, No 1. Page 3-23.
- HARVEY, M.R. et al. (1991): *The Rape Victim*. Clinical and Community Interventions. Sage Publications.
- INFDC, (1993): *Methods for Social Research in Disease. A Manual for the use of Focus Groups*. Boston, MA, USA.
- The Johns Hopkins University (1999): *Public Health Guide for Emergencies*.
- MADSEN, A. (2002): *Towards development of a culturally sensitive training in counselling provided by international humanitarian organisations. The example of training health professionals in counselling traumatised people in Kosova*. Masters thesis in International health (MIH). University of Copenhagen.
- MALCOLM, N. (1998): *A short history*, p. 332-333. MacMillan Publishers Ltd. Oxford.
- Medicins Sans Frontieres (MSF) (1997): *Refugee Health and approach to emergency situations*. MacMillan Education Ltd. Oxford.

- OSCE (2000): *Report and documentation of torture and organised violence in Kosovo*. www.osce.org/kosovo/documents/hr/part/ch/4.html
- PAPADOPULOS, R. (2000): *A matter of shades: Trauma and psychosocial work in Kosova*. Psychosocial Notes book. IOM.
- RIFKIN, S.B. et.al. (2001): *Partners in planning. Information, Participation and Empowerment*. MacMillan education LTD. London and Oxford.
- The Sphere Project (2000): *Sphere Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Oxfam GB.
- VEER, G. (1998): *Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma*. John Wiley
- VEER, G. (2003): *Training counsellors in areas of armed conflict within a community approach*. Pharos.
- WEINE, S. et.al. (2002): *Guidelines for International Training in Mental Health and Psychosocial Interventions for Trauma Exposed Populations in Clinical and Community Settings*.
- WHO (2002): *Kosovo and mental health action*. Priorities for mental health in the Balkan crisis. www.whomsa.org/it/text3/02_kosovo.html
- WHO (2003): *Mental Health in Emergencies*. Mental and Social aspects of Health of Populations exposed to extreme stressors. Geneva.
- WHO (1996): *Mental health of refugees*. Geneva.
- WHO (2000): *Declaration of Cooperation*. Mental Health of Refugees, Displaced and Populations affected by Conflict and Post-conflict Situations. Geneva.