



Solvig Ekblad, docent, enhetschef, Institutet för psykosocial medicin; adjungerad universitetslektor, Karolinska institutet, Stockholm (Solvig.Ekblad@ipm.ki.se)

Social återuppbyggnad kan ge bästa läkningen efter tsunamin

De bofasta i katastrofområdena måste få hjälp på sina egna villkor

II Psykiater Elsbeth Brännström har i ett korrespondensinlägg i Läkartidningen [1] skrivit om psykologiskt omhändertagande efter tsunamin i Sydostasien utifrån sin egen bakgrund och erfarenhet som flykting under andra världskriget. Hon ser en risk i att vi stämplar »stora delar av svenska folket som patienter som behöver professionellt omhändertagande«. Hon betonar vikten av att se resursen medmänniskan och det sociala stödet som den primära »medicinen« för läkning.

Ett liknande resonemang om hjälp till de bofasta i de drabbade områdena framför Derrick Silove och Anthony Zwi i en kommentar i The Lancet [2]. De ser vikten av att världssamfundet nu förmår översätta omvärldens medlidande, dvs insamlade medel, till långsiktiga psykosociala hjälpinsatser för de bofasta som drabbats av tsunamin i Sydostasien.

Det handlar inte primärt om att snabbt skicka internationella rådgivare som tar itu med individuell behandling av traumatiserade människor. Silove och Zwi poängterar att planeringen av att överföra psykologiska tekniker över kulturgränser måste föregås av granskning av de principer och fallgropar som finns i uppbyggandet av internationellt drivna psykosociala aktiviteter i efterdyningarna av katastrofer såsom tsunamin. Mer eller mindre påtvingade kortsiktiga lösningar av utomstående brukar aldrig bli långvariga, och de kan göra mer skada än gott och leda till att löften inte infrias.

En princip, enligt Silove och Zwi, är att först konsultera lokala resurspersoner (t ex personal inom psykiatri och lokala aktörer som arbetat i området under lång tid), etablera partnerskap och befrämja att lokala resurspersoner deltar i insatserna så att dessa blir kulturellt lämpligt genomförda. En annan princip är att som internationell hjälpare vara medveten om, och visa, sina begränsningar och arbeta målinriktat. Detta kan leda till resultat, trots en verklighet med oändliga behov och begränsade resurser.

Tvåvägsprocess: att lära för att kunna hjälpa drabbade

Hörnstenen i uppbyggnadsprogrammen bör vara en tvåvägsprocess: Internationella hjälpare behöver dels lära sig för att kunna hjälpa, dels ta på sig en rådgivande roll. Om detta misslyckas finns, enligt Silove och Zwi, risk för arrogans i hur den psykosociala hjälpen förmedlas. Ytterligare fallgropar finns.

I konfliktområden (t ex Aceh och Sri Lanka) kan tidigare brott mot mänskliga rättigheter bli sammanblandade med aktuella trauman från tsunamin. Känslighet för dylika konflikter är a och o vid inträde i dessa zoner. Det kan ta tid för utomstående att bygga upp förtroende med lokalsamhället. Det kan också vara förenat med personliga risker att bege sig till dessa militära zoner. Ett annat praktiskt och etiskt dilemma kan inträffa när utomstående hjälpare blir eskorterade av militär eller utestängs från politiskt känsliga områden, något

Sammanfattat

Medmänniskan och det sociala stödet bör ses som den primära »medicinen« för läkning efter tsunamin.

Brobyggande av psykologiska tekniker över kulturgränser måste föregås av en analys av principer och fallgropar i katastrofers efterdyningar.

Hörnsten i normaliseringen är en tvåvägsprocess: ett partnerskap mellan internationella hjälpare och drabbade som tillsammans identifierar människor som dels är särskilt sårbara, dels hade svår psykiatrisk störning före katastrofen. Risk finns att dessa människor försummas, överges eller utnyttjas i situationer av kaos.

En effektiv social återuppbyggnad kan vara den bästa terapin för de flesta som i en katastrof drabbats av traumatiska reaktioner.

som går stick i stäv med principen om opartiskhet i humanitärt arbete.

Betydelsen av att få känna sig skyddad och säker

Det är en självklarhet att de som arbetar med psykosocialt omhändertagande i drabbade områden behöver ekonomiska resurser. Bakom tävlan om givarnas penningpåsar finns dock ofta kortsiktiga, toppstyrda »fixarprojekt«, vilket kan skapa risk för rivalitet istället för samarbete mellan hjälparorganisationerna. Snabba och enkla kartläggningar av behov riskerar att betona individens sårbarhet istället för att se kollektiva lösningar och resurser i form av olika lokala lösningar.

Det finns en växande konsensus om att psykosociala program bör genomföras på flera nivåer. Hur interventioner vid psykologiska trauman och sorg bör genomföras är dock det område där det finns minst konsensus, enligt Silove och Zwi. Eftersom det finns en liten grupp som är sårbara för psykiatriska kroniska tillstånd, anser Silove och Zwi att det inte finns plats för generella satsningar vad gäller psykologisk debriefing – en strategi som varken är kostnadseffektiv eller logistiskt lämplig.

Siloves och Zwis kritik får stöd i en granskning av litteraturen kring debriefing som WHO gjort [3], och i den konsta-

teras att debriefing har lite evidens av att vara effektiv och att metoden kan vara skadlig om den används utan åtskillnad. WHO har föreslagit åtta principer och strategier för människor som exponeras för extrem stress [4].

Istället förespråkar de betoning på kulturellt lämpliga sociala strategier, en partnerskapskultur mellan hjälpare och drabbade med målsättning att ge skydd till dem som är sårbara, återförening familjemedlemmar så långt det är möjligt, skapa meningsfulla roller och livsuppehåll, bemöta de bofasta med rättvisa samt återskapa institutioner och samhällsservice som befrämjar samhällelig sammanhållning och känsla av ordning och struktur.

Kunskapen visar att känslan av att ha skydd och säkerhet samt få omvårdnad har en kraftfull effekt för att reducera akuta traumatiska symtom. Silove och Zwi drar därmed slutsatsen att en effektiv social återuppbyggnad kan vara den bästa terapin för de flesta som i en katastrof drabbats av traumatiska reaktioner. Dock behöver den lilla gruppen av särskilt sårbara individer uppmärksammas, och Silove och Zwi har i samband med analys av andra katastrofer funnit att lokalsamhället (familj och lokala ledare) och ansvariga organisationer (humanitära organisationer och polisen) har förmåga att identifiera dessa människor.

Risk för psykosocial tidvattenvåg utan följeffekt

Förutom denna potentiellt utsatta grupp behöver också de människor som före katastrofen har svår psykiatrisk störning (psykoser, svåra förstämningssymtom, hjärnskador och komplicerad epilepsi) identifieras. Dessa människor riskerar att bli försummade, övergivna eller utnyttjade i situationer av kaos. Socialt angelägna behov bland dessa sårbara personer

bör därför komma i fokus, inte orsakerna till deras sårbarhet (trauma, sorg etc) eller deras specifika psykiatriska diagnoser. Silove och Zwi beräknar att 1 procent av de 5 miljoner som är drabbade av tsunamin, dvs cirka 50 000 människor, är i akut behov av psykiatrisk vård.

Silove och Zwi konstaterar avslutningsvis att om vi som internationella hjälpare rusar in i och ut ur ett katastrofområde »kommer vi att skapa en psykosocial tidvattenvåg som lämnar lite bakom sig i dess byk«. Jag håller med dem om att det tar tid att återuppbygga hållbara system. Men om vi är självkritiska, reflekterar vems villkor som är i fokus och, i enlighet med WHO:s riktlinjer [3], integrerar traumafokuserad vård med primärvården vars personal bör ha även psykiatrisk och psykosocial kompetens – då har vi möjlighet att lyckas. Ett sådant synsätt förutsätter att vården på såväl kort som lång sikt är tillgänglig för alla, att samverkan sker mellan aktörer och att drabbade stöds i att så långt som möjligt bli delaktiga i ett meningsskapande sammanhang.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Brännström E. Psykologiskt omhändertagande efter tsunamin. *Läkartidningen* 2005;102:251.
2. Silove D, Zwi AB. Translating compassion into psychosocial aid after the tsunami. *Lancet* 2005;365:269-71.
3. van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bull World Health Organ* 2005;83:71-6.
4. Mental health in emergencies: psychological and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva: World Health Organization; 2003. http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf