

Hjelperes psykologiske reaksjoner under og etter katastrofer^{*)}

ATLE DYREGROV

Senter for krisepsykologi

Helpers' psychological reactions during and following disasters.

Abstract. — Disasters affect not only those directly impacted by the event, but also both front-line and second-line helpers. Studies have shown disasters to have both short-term and long-term effects on the psychological well-being of rescuers and other helpers. The area is seen in historical perspective, before key studies in the area are reviewed. It describes common stressors in disaster work and outlines somatic, cognitive, emotional and behavioral reactions that can be experienced or observed while in the midst of rescue or disaster work. Based on the author's experience and research, some of the common coping strategies that are used to effectively perform at the scene are described. The most common after-reactions are presented (intrusive images and thoughts, anxiety, among others). Factors affecting the reactions of the individual worker are summarized in a model integrating both individual characteristics, stressors, appraisal of the situation, coping behavior and recovery environment. Ways to secure good personnel care are briefly described.

Hva er en katastrofe?

Medisinsk regnes en hendelse som en katastrofe når antall skadde overstiger behandlingskapasiteten til det stedlige hjelpeapparat. Sosiologisk sett betegnes en hendelse som en katastrofe når mange sosiale bånd i et lokal- eller storsamfunn brytes opp. I psykologisk forstand, og blant folk flest, vil ekstremhendelser som rammer

enkeltpersoner eller familier ses på som personlige katastrofer.

I det følgende vil katastrofer bli forstått som ekstraordinære hendelser som forårsaker store ødeleggelser og som kan resultere i døde og skadde, og i menneskelige lidelser (Cohen & Ahearn, 1980). Det skal likevel huskes på at enkelthendelser, f.eks. det at politifolk kommer til et åsted hvor et barn har begått selvmord ved hengning, og ved siden av seg har hengt dukken sin, kan medføre like sterke reaksjoner blant helperne som arbeid på et skadested med mange involverte.

Grovt sett kan vi dele inn i første-linje helpere og annen-linje helpere. *Første-linje helpere* arbeider i den akutte fasen, enten på skadested eller åsted, eller i tilknytning til dette arbeidet (på vaktentral, i helikopter o.l.). Til denne gruppen hører personell som: politi, brannvesen, ambulansepersonell og annet akuttmedisinsk personell, Sivilforsvar, Røde Kors, andre frivillige organisasjoner og frivillige som tilbyr seg å hjelpe.

Annen-linje helpere arbeider på mottakssted for skadde og omkomne og deres pårørende, og i oppfølgingsarbeidet med pårørende og etterlatte. I denne gruppen inngår sykehuspersonell ved ulike medisinske avdelinger samt det psykososiale innsatspersonell, prester, politi som deltar i identifiseringsarbeid, og andre. Den videre fremstillingen vil i hovedsak omhandle åstedsmannskaper, både fordi dette er den mest utsatte gruppen, og fordi det er denne gruppen vi har kunnskap om.

^{*)} Bygget over prøveforelesning for den filosofiske doktorgrad, selvvalgt emne, 1. juni, 1989.

Kort historikk

Det er lite kjent hvordan redningsmannskaper opplevde sine oppgaver under verdenskrigene. Glass (1959) refererer studier av britiske brannmenn som indikerer at de ble mer dysfunksjonelle over tid. Lifton (1967) nevner i sin studie av overlevende fra Hiroshima at redningspersonell viste psykologiske symptomer som følge av de påkjenninger de var utsatt for. Tilbake på 50- og 60-tallet fantes det en viss erkjennelse av at katastrofearbeid kan ha psykologisk innvirkning på hjelperne (Killian, 1956; Rayner, 1958; Berger, 1962; Latane & Wheeler, 1966).

Utover på 1970-tallet, spesielt i den siste halvdel, avspeiler litteraturen en økende interesse for hjelperne, parallelt med en økt interesse for psykologiske aspekter ved katastrofer generelt. Interessen øker parallelt i flere land, i USA som følge av to store flyulykker, i San Diego i 1978 og i Chicago i 1979, samt massakren i Jonestown, Guyana i 1978 (se Dunning og Silva, 1980), i Australia etter en togulykke i 1977 (Raphael, Singh & Bradbury, 1980), og i New Zealand etter et flycrash i 1979 (Taylor & Frazer, 1981).

På skandinavisk område avstedkom Alexander Kielland ulykken undersøkelser av frivillige og profesjonelt redningspersonell utført av psykiater Arne Sund og medarbeidere fra Kontoret for katastrofepsykiatri (Sund, Ersland & Weisæth, udatert; Ersland & Weisæth, in press). Senere er hjelpere undersøkt etter en brannkatastrofe i Sverige (Lindstrøm & Lundin, 1982), og etter ulike katastrofer i Norge (Dyregrov, Thyholt & Mitchell, 1988; Hytten & Hasle, in press).

Utover i 1980-årene har det så skjedd en nærmest eksplosiv interesse for hjelpere involvert i krise- og katastrofearbeid, noe som også har medført flere og til dels metodisk sett bedre undersøkelser.

Hjelperreaksjoner under og etter katastrofer

Forskningslitteraturen omhandler i vesentlig grad *etter*reaksjoner blant hjelperne, og i mindre grad reaksjoner under selve katastrofearbeidet.

Undersøkelsene over hjelperreaksjoner preges av at det er et relativt nytt felt. De fleste rapporter er rent deskriptive, og de er utilfredsstillende med hensyn til systematikk og bredde i undersøkelsesmetodikk. Det er i liten grad benyttet kontrollgrupper og få standardiserte instrumenter er nyttet. Rekuttering av undersøkelsespersoner har vært usystematisk med til dels stort frafall. Omtrent samtlige undersøkelser er tverrsnittsstudier foretatt ved hjelp av spørreskjema, noen ganger supplert med intervju, i varierende tidsavstand etter katastrofen. Kun et fåtall studier har benyttet longitudinelle design (Taylor & Frazer, 1982; McFarlane, 1988a, b). Disse vil bli omtalt nærmere, siden de avspeiler utviklingsgangen og varigheten ved de psykologiske ettervirkningene.

McFarlane (1988a, b) har studert psykologiske ettervirkninger blant brannfolk involvert i en villmarksbrann i Australia. Brannen forårsaket store materielle ødeleggelser, drepte 3 mennesker, skadet mange og ødela en rekke hus/gårder. De trenede, frivillige brannfolkene arbeidet i timevis under svært farefylte forhold. 20 % trodde de skulle omkomme. 469 brannfolk besvarte spørreskjema etter 4, 11 og 29 måneder (McFarlane, 1988a), og en undergruppe ble intervjuet etter 8 måneder (spesielt omhandlet i McFarlane, 1988b). 315 (67 %) svarte på skjema på alle tre tidspunkt. Bl.a. ble Impact of Event Scale (IES), utarbeidet av Horowitz og medarbeidere, og General Health Questionnaire (GHQ), utarbeidet av Goldberg, benyttet. Impact of Event Scale måler grad av påtrengende tanker og minner, samt unngåelse av det som er hendt. General Health Questionnaire er utarbeidet for å oppdage psykiatiske forstyrrelser i normalbefolkningen. Resultatene indikerte relativt langvarige og omfattende reaksjoner blant hjelperne. GHQ-skårene tilsa at henholdsvis 32 %, 27 % og 30 % av gruppen hadde psykiske vansker ved de tre tidspunktene (4, 11 og 29 måneder). Ca. halvparten (49.8 %) av utvalget som svarte på spørreskjema alle tre ganger utviste psykiske vansker på et av tidspunktene. De fleste brannfolkene med høy skåre ved 4 måneder utviklet en mer

kronisk forstyrrelse, som bl.a. viste seg ved forhøyede IES-skårer, det vil si at de opplevde påtrengende minner og forsøkte å unngå tanker og påminnere om brannen. Hele 20 % av de 315 brannfolkene utviklet først symptomer ved 11 eller 29 måneder. Disse utviste såkalte utsatte stress-forstyrrelser. Faktorer som påvirket utviklingsforløpet blir omtalt senere.

Taylor & Frazer (1981, 1982) intervjuet og benyttet bl.a. Hopkins Symptoms Check List (HSCL) overfor mannskaper som arbeidet med 257 omkomne etter en flycrash i Antarktis. De samlet inn data like etter mannskapene var ferdige med arbeidet, og etter 3 og 20 måneder. Opprinnelig deltok 180 mannskaper i undersøkelsen (79 % av mannskapene), men deltagelsesprosenten sank til 44 % etter 20 måneder. HSCL har vært benyttet i en rekke forbindelser, både i studier av normalbefolkningen og med psykiatriske pasienter, og gir mulighet for å undersøke forskjellige underfaktorer som f.eks. angst og depresjon. Initielt var det 35 % som viste høye stressnivåer på HSCL, varierende etter om de arbeidet ute ved flyvraket, med mottagelsen av de omkomne på en isstripe ved nærmeste flyplass, eller på «likhuset» i byen der de omkomne ble fløyet for identifisering (fra 31.2 % til 48.8 %). Etter 3 måneder var det ca. 20 % som opplevde høye stressnivåer uansett hvor de hadde jobbet, et nivå som også holdt seg etter 20 måneder.

Når den psykiske helse hos katastrofehjelperen blir vurdert ved tverrsnittsstudier (vanligvis ved hjelp av spørreskjema på ett tidspunkt flere måneder etter katastrofen), varierer prosentantallet med «psykiske vansker» noe: Ersland & Weisæth (in press), angir at 25 % av redningspersonell som deltok ved A. Kielland-ulykken opplevde dårlig psykisk helse etter 9 måneder. Det er noe uklart hva uttrykket «dårlig psykisk helse» innebærer. De som opplevde «dårlig psykisk helse» skårer også høyt på IES, spesielt hva angår påtrengende minner. Duckworth (1986) fant i en oppfølgingsstudie av politifolk som arbeidet ved katastrofebrannen på fotballstadion i Bradford at 15 % tilfreds-

stilte kriteriene for «psykisk distress» etter å ha utfyllt GHQ, og at hele 35 % fylte alle kriteriene i DSM III for en post-traumatisk stress forstyrrelse 1 måned etter katastrofen.

Miles, Demi & Mostyn-Aker (1984) fulgte opp redningspersonell etter at to sementbalkonger raste ned over en ballsal i et hotell i Kansas City, USA. Fire måneder etter ulykken atskilte ikke redningspersonellet seg fra en kontrollgruppe med hensyn til skårer på HSCL (58 spørsmåls versjonen). Forfatterne skriver at personellet benyttet benekting og undertrykking av reaksjoner for å kunne fortsette i sin profesjonelle rolle, og at dette forklarer at HSCL-skårene ikke var elevert. På bakgrunn av kliniske møter hevder forfatterne at redningspersonellet opplevde både emosjonelle og fysiske plager etter ulykkesarbeidet. Wilkinson (1983) sammenlignet etterreaksjonene til overlevende, tilskuere og hjelpere ved en hotellkatastrofe i USA og fant bare små forskjeller mellom gruppene, som nesten alle hadde plager etter katastrofen i den første tiden.

Berah, Jones & Valent (1984) undersøkte reaksjonene blant medlemmene av et psykososialt hjelpeteam som i fire uker arbeidet med de rammede fra samme villmarksbrann som McFarlane studerte. De 19 medlemmene fylte ut et spørreskjema 1 måned etter avsluttet arbeid. Teammedlemmene opplevde atskillig stress i tiden etterpå, med tretthet, søvnforstyrrelser, angst, sinne og andre reaksjoner. Ni av de 19 ble syk under arbeidet (forkjølelse eller influensa), fem var involvert i bilulykker, tre opplevde hjemmeulykker, og åtte endret sine spise-, røke- eller drikkevaner, uten at retningen på denne endringen er spesifisert. Forfatterne peker på at om teammedlemmene ikke hadde arbeidet i par, snakket med hverandre og hatt faste debriefings-møter så ville stressvirkningene vært enda sterkere. Dette, vel og merke, i en gruppe som hadde relativt langvarig arbeidserfaring med psykologiske traumer.

Vi har begrenset kunnskap om hvordan det psykologiske innsatspersonell opplever å ta i mot katastroferammedes beretninger og sterke emosjonelle reaksjoner. Berah,

Jones & Valents (1984) studie, sammen med rapporter som omtaler hvordan psykoterapi og annet arbeid med traumatiserte eller sørgende mennesker kan medføre vansker for terapeut eller helsepersonell (Danieli, 1984, 1988; Fulton, 1987; Vachon, 1987; Bustos, 1988), tilsier at dette området må utforskes nærmere.

Når de undersøkelser som er referert sammenholdes med andre rapporter og undersøkelser utført i ulike verdenshjørner (se bl.a. Raphael, Sing & Bradbury, 1980; Lindstrøm & Lundin, 1982; Schuchter & Zisook, 1984; Jones, 1985; McCammon et al., 1988; Dyregrov, Thyholdt og Mitchell, 1988), synes det klart at hjelpere opplever til dels sterke psykologiske etterreaksjoner i tiden etter katastrofearbeid.

Reaksjoner på et åsted

Det er vanskelig å forestille seg hva det vil si å arbeide på et katastrofested. Spesielt fordi de fleste av oss vil bevare vår illusjon av usårbarhet (at noe slikt ikke vil skje her, at dette bare vil skje med andre) og vi holder slike hendelser på avstand (Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

På bakgrunn av samtaler med katastrofepersonell i inn- og utland, samt skriftlige rapporter fra katastrofearbeid har jeg sammenfattet en del viktige stressorer som hjelpere opplever i katastrofesituasjoner: Til og begynne med hersker *usikkerhet*, uvisshet og ikke så lite kaos i organiseringen av arbeidet. Arbeidet kan variere mellom perioder med sterkt *tidspress*, og lange perioder med *ventetid*. Arbeidet vil ofte skje med en til dels svært *påtrengende presse* tett innpå, og *nysgjerrige tilskuere* og eventuelt opprørte pårørende kan innebære ekstra stress. Hjelperne kan oppleve at mennesker dør uten at de kan gjøre noe, at de må treffe beslutninger som får konsekvenser for andres liv og helse, de kan ufrivillig komme til å trække på legemsdeler, og de utsettes for *sterke inntrykk* i alle sanser. Katastrofale hendelser har ofte et stort *omfang*, arbeidet kan vare relativt *lenge* og har stor *intensitet*, samtidig som *utstyret kan være mangelfullt*. Fare for

eget liv er ikke uvanlig. I de fleste katastrofer oppstår *samarbeids-, kommando-, koordinerings-, og ledelsesproblemer*, og *visse situasjoner* innebærer at en dras mellom rollen som hjelper og hensynet til egen families sikkerhet og behov. Antall stressorer vil variere med den rolle eller funksjon hjelperen har under arbeidet, og type katastrofe det dreier seg om.

På et åsted eller et katastrofested kan hjelpere oppleve ulike reaksjoner. *Tabell 1A* viser *kroppslige og kognitive reaksjoner* som er observert i åstedsarbeid.

Tabell 1A: Reaksjoner på et åsted

Somatiske:	Kognitive:
kvalme	uvirkelighet
urolig mage	forvirring
skjelvinger	senket oppmerksomhet
svettetokter	hukommelsesproblemer
frysebyger	dårlig konsentrasjon
hurtig puls	rigiditet i tankeevnen
muskelverk	redusert tankekapasitet
ukoordinert bevegelse	

Kroppslige reaksjoner varierer fra skjelvinger til hurtig puls, mens det på det tanke-messige område kan skje endringer i tanke-messig fleksibilitet og oppmerksomhetsevne. Reaksjonene varierer selvfølgelig fra katastrofe til katastrofe, og med grad av eksponering for stressorer. *Tabell 1B* viser *emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner* slik de er beskrevet i ulike rapporter og studier (se Mitchell & Bray, 1989).

Tabell 1B. Reaksjoner på et åsted

Emosjonelle:	Atferdsmessige:
overveldelse	overaktivitet
hjelpeløshet	underaktivitet
frykt	tilbaketrekking
sinne	overdreven humor
tristhet	uvanlig aktivitet

Uten å kunne gi en grundig fremstilling av de enkelte reaksjonstyper, vil noen reaksjoner bli omtalt nærmere, illustrert ved sitater fra hjelpere involvert ved ulike katastrofer.

Mange hjelpere opplever *uvirkelighet* mens ulykkesarbeidet pågår (Lindstrøm & Lundin, 1983). Denne hensiktsmessige reaksjon tillater at emosjonelle reaksjoner holdes på avstand, og at oppmerksomhet og energi kan konsentreres om arbeidsoppgavene. Uvirkeligheten øker dersom den hendelse hjelperen har mentalt forberedt seg på å møte avviker fra den reelle situasjonen. F.eks. var det få av de første redningsmannskapene som kom til Måbødalen som visste at det var barn involvert, deres forventninger var en buss med pensjonister.

Dersom hjelperne står overfor mange døde og skadede, eller massive materielle ødeleggelser kan *overveldelse* og motløshet oppleves. Slike reaksjoner er spesielt fremtredende dersom en kjenner noen av de rammede, eller det er barn involvert.

«Når jeg fikk vite at det var så mange barn med i ulykken virket alt så umulig. Jeg ble helt «tom» i kroppen.»

Når følelsesmessige reaksjoner opptrer under selve arbeidet, skyldes dette oftest at spesielle sider ved arbeidet blir overveldende. Å finne sko som passer til egne barn, dukker, bilde av en familie, eller annet som forteller at de rammede er mennesker som en selv, kan føre til sterk identifisering og emosjonelle reaksjoner på et åsted, noen ganger så sterke at hjelperen blir midlertidig funksjonsudyktig. Materielle effekter har stor symbolverdi i slike situasjoner:

«Materielle ting som livvester, poteter, teddybjørner og kassetspillere gjorde det så levende. Det minnet oss om at det var mennesker som du og jeg, og enda mer, at det var som om det var ens egne barn.»

Situasjoner som involverer barn utløser lettere umiddelbare emosjonelle reaksjoner enn situasjoner med utelukkende voksne (Dyregrov & Mitchell, 1989).

Hjelpeløshet oppleves dersom hjelperen enten har mangelfullt utstyr til å utføre sin jobb, eller de opplever at det ikke er mer de kan gjøre. Hjelpere fungerer best når de har kontroll og er aktive, og blir ekstra frustrerte når de kjenner seg hjelpeløse.

«Jeg kjente maktesløshet over at vi kom så sent tilstede og over utstyrsangel.»

Det er også kjent at hjelpere under innsatsarbeid kan oppleve endret persepsjon med tunnellsyn, hørselsendringer, og *reduisert tankekapasitet* (Mitchell & Bray, 1989; Ersland & Weisæth, in press). Dette er sannsynligvis en følge av de stressorer og den høye sansemessige stimulering de utsettes for.

Kroppslige reaksjoner i form av kvalme, brekninger, skjelvinger, hjertebank, og uvelsfølelse er rapportert (Mitchell & Bray, 1989). Rastløshet følger gjerne den kroppslige aktivering (jfr. Ersland & Weisæth, in press).

Enkelte katastrofesituasjoner innebærer at hjelperne må arbeide i risikofylte og farlige situasjoner, noe som medfører *frykt* (Durham, McCammon & Allison, 1985). I en mindre undersøkelse vi utførte blant Røde Kors mannskaper som arbeidet med rasulykken i Vassdalen fant vi f.eks. at hele 91 % fryktet et nytt ras mens arbeidet pågikk (Dyregrov, Mitchell & Thyholdt, 1988). Frykt for utstyrssvikt (røykdykkerapparat, stiger osv.) gjør seg også gjeldende. Dette til tross, så utfører hjelperne hasardiøst heroiske handlinger, kanskje fordi redusert fareopplevelse kan opptre, slik Holen, Sund & Weisæth (1983) har beskrevet for overlevende ved katastrofer.

Ledere for innsatsen utsettes for *ansvarstress*, hvor beslutninger som fattes kan ha konsekvenser for liv og død. Det kan være vanskelig å treffe avgjørelser, og lederne kan frykte for å feile. Senere års pressedekning har medført at denne frykten har øket. Den usikkerhet som ledere må operere under sammenfattes best gjennom et sitat fra en leder som sa:

«Jeg visste ikke om jeg tok liv eller reddet liv.»

Det har vist seg at erfaring og trening reduserer muligheten for at tanker på egen funksjon skal hindre utføringen av oppgaver (Weisæth, 1984).

Sinne, irritasjon og konflikter er ikke uvanlige å se blant hjelpere (Mitchell &

Bray, 1989; Ersland & Weisæth, in press; Dyregrov, Thyholdt & Mitchell, 1988). På det organisatoriske plan er det velkjent at det oppstår konflikter, ledelses- og samarbeidsproblemer mellom ulike innsatsgrupper. Sinnet kan også rettes mot overlevende, pårørende, eller publikum som vanskeliggjør arbeidet eller stiller urimelige krav. Ikke sjelden er pressen skyteskive, ofte med rette. De kan nevnes at 90 % av en gruppe lokale redningsmannskaper i Måbødalen som deltok i psykologiske debriefingsmøter mente at pressen opptrådte klanderverdig (upublisert materiale).

Selv om katastrofesituasjoner kan medføre reaksjoner *under* selve katastrofearbeidet, er likevel det vanligste at hjelperne utfører katastrofearbeidet uten nevneverdige problemer, men at reaksjonene melder seg etter at arbeidet er avsluttet.

Hvilke mekanismer hjelper hjelperen i åstedsarbeid?

Dette er et til dels uutforsket felt. På basis av samtaler med og spørreskjema fylt ut av mannskaper involvert i katastrofer har jeg forsøkt å identifisere mestrings-strategier som hjelper hjelperne til å utføre arbeidet (se ellers Dyregrov & Mitchell, 1989; Taylor & Frazer, 1982; McCammon et al., 1988).

Den forberedelsen som skjer forut for en katastrofe og under utrykning bidrar til hensiktsmessig håndtering på et åsted. Underveis til åstedet gjennomgår mannskaper hva de kan stå overfor og hva som skal gjøres, ofte supplert av en indre *mental forberedelse* som skjer før ankomst til katastrofestedet. *Uvirkelighetsopplevelsen* holder følelser på avstand og hindrer at de forstyrrer innsatsen. Dette er en automatisk mekanisme som ledesages av mer bevisste strategier for å skape avstand.

Disse består i bevisst *undertrykking* av reaksjoner og *distansering* og *dehumanisering* av situasjonen dersom den er virkelig ille. Ved katastrofer med mange lemleste omkomne, slik som f.eks. ved flyulykker, skapes det distanse ved å tenke på kroppsdelene som grønnsaker, kjøttbiter o.l. (Taylor & Frazer, 1981, 1982; Dyregrov & Mitchell,

1989). Også *humor* tjener til å skape avstand, samtidig som den er spenningsdempende, energimobiliserende og bidrar til gruppesamhold (Jones, 1985; Thorson, 1985). Når overlevende, pårørende eller andre utenforstående er til stede, er humor vanskelig å nytte.

Hjelpere kan også skjerme seg fra deler av katastrofen. Ved *regulering av eksponering* kan de hindre at de opplever ekstra belastning. En hjelper med lederansvar unngikk bevisst å se de mange omkomne før han var ferdig med sitt arbeid, fordi han visste dette ville forstyrre han i arbeidet.

Kanskje den viktigste og mest benyttede strategien er *aktivitet for å hindre refleksjon*. Selv om ikke alle hjelpere tenker bevisst på dette når de setter seg i aktivitet, er det tydelig at det å ha oppgaver å utføre kan hindre dem i å tenke på de menneskelige konsekvensene hendelen har (Hershiser & Quarantelli, 1976; Taylor & Frazer, 1981; Dyregrov & Mitchell, 1989):

«Jeg hadde ikke tid til å tenke over det jeg så, jeg var mest opptatt av å gjøre jobben min. Tankene kom først etterpå.»

Likeledes synes det å være viktig for hjelperne å se et *formål* med det de gjør (McCammon et al., 1988). Arbeidet må utføres for noen (etterlatte, pårørende) eller av en annen grunn, f.eks. for å skjerme andre. Dette blir viktig selv der alle er omkommet:

«Jeg gjorde jobben for de etterlatte.»

Selv-forsterkende kommentarer motiverer og bidrar til at arbeidsoppgavene kan utføres (McCammon et al., 1988). Dette kan bestå i å repetere for seg selv den kunnskap en har fra spesifikke kurs, eller mer generell «pep talk» i form av «Dette klarer jeg bra», «Dette er jeg godt trent for.»

Til sist skal nevnes *kontakt med andre* eller *gruppestøtte*. Dette er en lite utnyttet, men svært viktig ressurs i katastrofeområder (Jones, 1985). Hjelperne kan finne stor støtte i hverandre, og flere hjelpere kan berette hvilken betydning det hadde å motta oppmuntring fra andre eller søke samvær med andre under arbeidet.

Etterreaksjoner

Hjelpere opplever *vansker med å returnere til ordinært arbeid* etter katastrofeinnsats. Det synes å ta tid å sjalte om til daglige gjøremål fra intenst meningsfylt og høyaktivt arbeid. Denne overgangen gjelder både retur til normal arbeidssituasjon og til vanlig familieliv. Mangelfull forståelse vil for begge områders vedkommende kunne forverre overgangen. Tenk f.eks. på hvordan det vil være å bli møtt hjemme med spørsmål om: «Hva skal vi ha til middag i morgen?», da du kommer fra et katastrofested. Eller som en av hjelperne i Måbødalen fikk servert: «Hvorfor kunne du ikke ha valgt et annet yrke, så hadde du sluppet å oppleve slikt.»

Påtrengende minner og tanker synes å være den vanligste reaksjon etter katastrofearbeid (Taylor & Frazer, 1981, 1982; Wilkinson, 1983; Durham, McCammon & Allison, 1985; Dyregrov, Thyholdt & Mitchell, 1988). Minner fester seg gjennom alle sanser, med synssansen som den mest dominerende. Noen eksempler på inntrykk som brenner seg fast i ens minne er:

«Det var så lette, så forferdelig lette bærer»

«Følelsen av et dødt barns krøllede hode i mine hender»

«Vi hadde med to omkomne barn i ambulansen og på den ene båren stakk det fram en gul sokk. Jeg ser gule sokker overalt».

Slike minner kan opptre umeldt, eller de igangsettes av ytre stimuli som direkte, indirekte eller symbolsk minner om det som har skjedd. I sin tur synes minnene å bidra til søvnforstyrrelser og konsentrasjonsproblemer.

Angst er en annen vanlig etterreaksjon. Den trygghetsfølelse de fleste av oss lever med i hverdagen, som så ofte rives ned hos kriserammede (se Dyregrov & Matthiesen, 1987), svekkes også hos katastrofehjelpere. Mange blir mer utrygge i deres daglige tilværelse og forventer at noe skal skje med deres nærmeste eller dem selv (Taylor & Frazer, 1981; Duckworth, 1986; Dyregrov, Thyholdt & Mitchell, 1988). Uro for familien gir seg

utslag i ønske om å være nært sine kjære. Den økende angsten har konsekvenser for familien, kanskje spesielt barn, som utsettes for strengere disiplin, og til dels overbeskyttelse (se Dyregrov & Mitchell, 1989).

«Jeg maser vel enda mer på mine barn om å være forsiktig i trafikken og ellers.»

Tristhet og sorg er til stede hos en del (Miles, Demi & Mostyn-Aker, 1984). Gråt kan komme spontant, spesielt ved hjemkomsten fra katastrofearbeidet. De første nettene opplever mange *søvnforstyrrelser* fordi tanker og minner fra arbeidet dukker opp (Taylor & Frazer, 1982). Tankene og minnene medvirker til redusert arbeidskapasitet fordi de medfører *konsentrasjonsvansker*. Uten en skikkelig bearbeiding av hendelsen kan en risikere at hendelsen påvirker informasjonsbehandlingskapasitet og funksjonsevne i senere krisesituasjoner. Bearbeidelsen av hendelsen innebærer et tankemesig arbeid som sammen med de fysiske anstrengelsene antas å være medvirkende til *tretthetsfølelsen* mange opplever etter katastrofearbeid (Wilkinson, 1983).

Rastløshet og uro, og sinne og irritabilitet, er også vanlige og normale reaksjoner (Duckworth, 1986). Retningen sinnet tar varierer, men vanligvis rettes det mot de som holdes ansvarlig for ulykken, mot pressen, eller mot samarbeidspartnere. Dessverre er det heller ikke uvanlig at sinnet tas ut mot de hjemme (Duckworth, 1986).

I kjølvannet av katastrofearbeid vil det melde seg spørsmål av typen: «Kunne jeg/vi ha gjort mer?», «Kunne vi ha gjort noe annerledes?», «Kunne vi ha forberedt oss bedre, reagert raskere?», osv. Derfor er det ikke uvanlig med *selvransakelse, selvbebreidelse og skyldfølelse*. Ikke sjelden er det i ettertid lett å se at situasjonen skulle vært håndtert annerledes, eller at visse avgjørelser var feilaktige og til dels katastrofale (jfr. tragedien på fotballstadium i Sheffield).

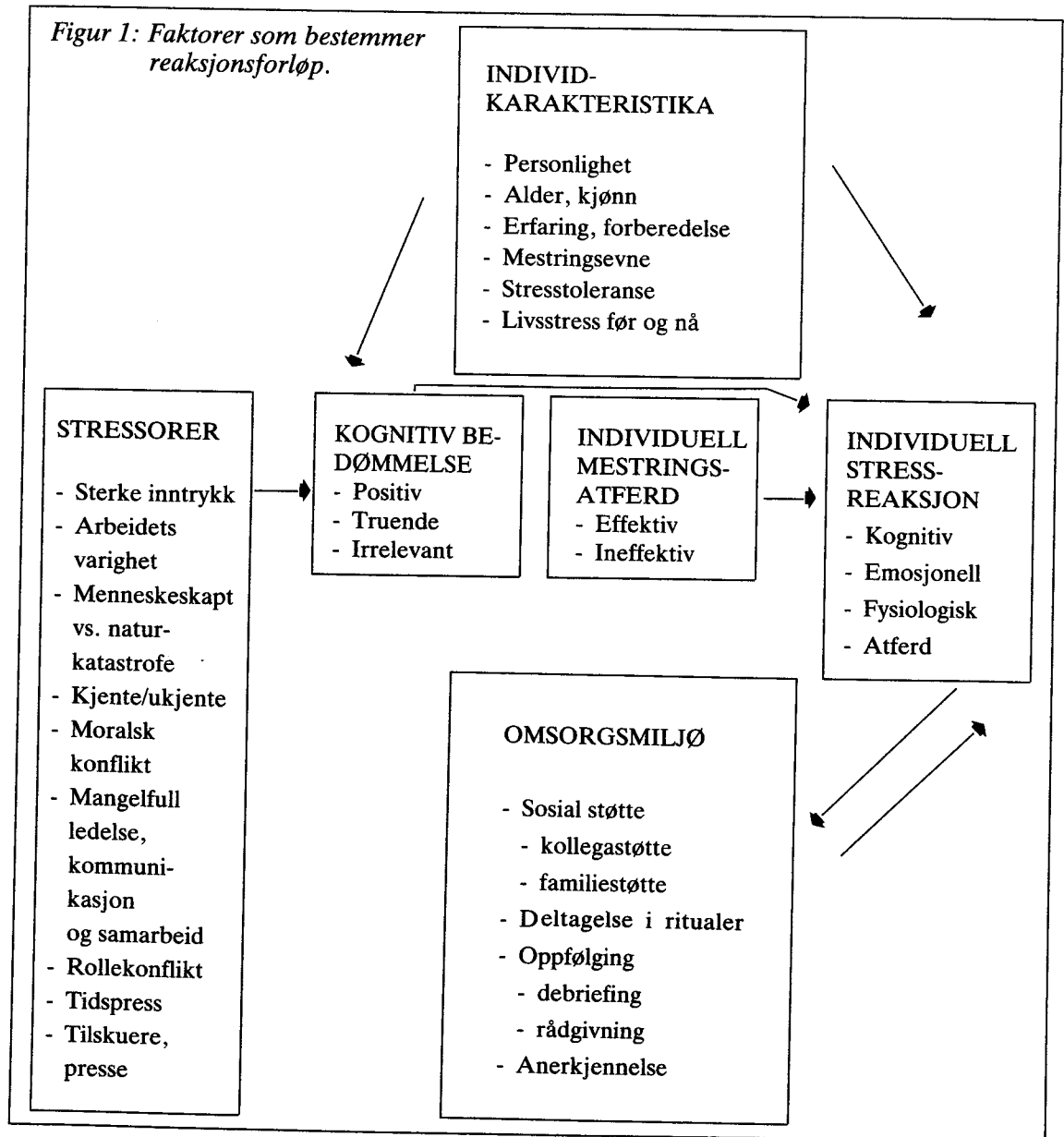
Blant etterreaksjonene skal til slutt *endringer i verdier* nevnes. Sammen med hjelpenes opplevelse av styrket samhold i gruppen, og opplevelsen av at de mestret situasjonen bedre enn de trodde og kan kjenne

seg sterkere og mer forberedt til å takle senere krise- og katastrofesituasjoner, innebærer endringen i verdier en positiv endring. Mange hjelpere opplever at livet får en annen og dypere mening. I samtaler forteller katastrofepersonell at de skjønner hvor kort avstanden er mellom liv og død, slik at de setter mer pris på sine kjære enn tidligere. De legger også mer vekt på nære menneskelige forhold enn materielle ting.

Hvilke faktorer bestemmer etterreaksjonene?

Det finnes foreløpig bare sparsomt med forskning som identifiserer hvilke stressorer og hvilke sider ved hjelperen som best forutsetter hvem som utvikler psykologiske langtidsproblemer. I figur 1 har jeg gitt en tentativ oversikt over ulike faktorer som antas å være med å bestemme de psykologiske reaksjonene.

Figur 1: Faktorer som bestemmer reaksjonsforløp.



Pilene indikerer noen påvirkningsretninger. Sannsynligvis er samspillet mer komplisert og interaktivt enn her skissert. Uten å gå i detalj kan det antas at den enkeltes reaksjon er et resultat av samspillet mellom flere faktorer. Av *individkarakteristika* eller demografiske variabler har flere undersøkelser pekt på at ung alder er forbundet med sterkere reaksjoner (Taylor & Frazer, 1982; Jones, 1985), men dette er ikke understøttet i McFarlanes undersøkelse (1988a). Det kan tenkes at det er erfaring mer enn alder som er den viktige dimensjonen, slik Weisæth (1984) har vist for overlevende etter en katastrofebrann. McFarlane (1988a) fant at tidligere negative livshendelser (som tap av kjær person, skilsmisse o.l.) forutsa vedvarende problemer. Tidligere psykiske problemer vil ifølge McFarlane (1988a) bare ha betydning dersom opplevelsene under katastrofen er spesielt ekstreme. De ulike *stressbelastninger* eller *stressorer* en utsettes for, som grad av eksposisjon, det være seg av sterke inntrykk som å se andre dø, kontakt med omkomne osv. eller type arbeid en settes til å utføre, synes også å være viktige dimensjoner. Høy eksposisjon, i form av varighet på innsats og type arbeid, medfører sterkere og mer langvarige etter-reaksjoner (Jones, 1985; Ersland & Weisæth, in press; Taylor & Frazer, 1982; McFarlane, 1988a). Den *fortolkning* som skjer av situasjonen, spesielt med henblikk på fare for egen person eller familie antas også å ha betydning, likeså den *mestringsatferd* som nyttes på kort og lang sikt. F.eks. fant McFarlane (1988a, b) at unngåelse av å tenke på hendelsen er forbundet med mer langvarige ettervirkninger. Det *omsorgsmiljø* som finnes rundt hjelperen under og etter katastrofen, inkludert den oppfølging som skjer, vil også ha betydning for integrering og bearbeidelse av katastrofe-erfaringene på sikt.

Det er samstemmighet i de rapporter som foreligger at samtale om og deling av inntrykk og reaksjoner er til mest hjelp etter katastrofearbeid (Taylor & Frazer, 1982; Miles, Demi & Mostyn-Aker, 1984; Ersland & Weisæth, in press). Dersom hendelsen

ikke konfronteres og samtales om, er sjansene større for at ettervirkningene får et mer langvarig forløp.

Det er viktig å videreutvikle et adekvat oppfølgingstilbud for helpere etter katastrofearbeid. Nyere rapporter tyder på at det også er nødvendig å vie helperens familie mer interesse (Hildebrand, 1986). Sentralt, men på ingen måte tilstrekkelig i oppfølgingen står psykologiske debriefingsmøter (se Mitchell, 1983; Dyregrov & Mitchell, 1988; Dyregrov, 1989). I tillegg må mobilisering av kollegastøtte og familiestøtte vektlegges, samt adekvat individuell oppfølging når det er nødvendig. Intervensjonsmetoder overfor helpere er utførlig beskrevet i Hartsough & Myers (1985); Dunning (1988); Mitchell & Bray (1989).

Vi trenger mer presis kunnskap om samspillet mellom de egenskaper og erfaringer hjelperen bringer med seg til innsatsarbeidet, og de stressbelastninger han/hun utsettes for under arbeidet. Det er også nødvendig å øke vår kunnskap om de mestringsstrategier som nyttes under og etter katastrofearbeid, og om omsorgsmiljøet som møter helperne etter innsatsen. Likeledes savnes evalueringsforskning m.h.t. effekten av ulike intervensjonstiltak, og forskning som kan lede til forbedring av de intervensjonsmetoder som nå er i bruk.

Referanser

- Berah, E. F., Jones, H. J. & Valent, P. (1984). The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18, 354-358.
- Berger, S. M. (1962). Conditioning through vicarious instigation. *Psychological Review*, 69, 450-466.
- Bustos, E. (1988). Dealing with the unbearable. Reactions of therapists and therapeutic institutions working with survivors of torture. First draft. To be published in the book *«Psychology and Torture»*, edited by Peter Suedfeld.
- Cohen, R. E. & Ahearn, F. L. (1980). *Handbook for mental health care of disaster victims*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 23-42.

- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable. Psychoterapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. I J. P. Wilson, Z. Harel & Kahana, B. (Rds.): *Human adaption to extreme stress*. New York: Plenum press. Ss. 219-238.
- Duckworth, D. H. (1986). Psychological problems arising from disaster work. *Stress Medicine*, 2, 315-323.
- Dunning, C. (1988). Intervention strategies for emergency workers. I Lystad (Ed.), *Mental health response to mass emergencies*. New York: Brunner/Mazel. Ss. 284-307.
- Dunning, C. & Silva, M. (1980). Disaster-induced trauma in rescue workers. *Victimology: An International Journal*, 5, 287-297.
- Durham, T. W., McCammon, S. L. & Allison, E. J. (1985). The psychological impact of a disaster on rescue personnel. *Annals of Emergency Medicine*, 14, 664-668.
- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25-30.
- Dyregrov, A., & Mitchell, J. T. (1989). Psychological effects of working with traumatized children. Artikkel innlevert til Journal of Traumatic Stress.
- Dyregrov, A. & Matthiesen, S. B. (1987). Anxiety and vulnerability in parents following the death of an infant. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 16-25.
- Dyregrov, A. & Mitchell, J. T. (1988). Psykologisk debriefing. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 25, 217-224.
- Dyregrov, A., Thyholdt, R. & Mitchell, J. T. (1988). Rescue workers' emotional reactions following a disaster. In S. R. Engelman (Ed.), *On the inside of illness*. Irvington publishers.
- Ersland, S. & Weisæth, L. Stress experienced by the rescuers during and following an off-shore oil rig disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, in press.
- Fulton, R. (1987). The many faces of grief. *Death Studies*, 11, 243-256.
- Glass, A. J. (1969). Psychological aspects of disaster. *Journal of the American Medical Association*, 171, 222-225.
- Hartsough, D. M. & Myers, D. G. (1985). *Disaster work and mental health: prevention and control of stress among workers*. DHHS Publication No. (ADM) 85600571. Rockville, Md., U.S. Department of Health and Human Services.
- Hershiser, M. R. & Quarantelli, E. L. (1976). The handling of the dead in a disaster. *Omega*, 7, 195-208.
- Hildebrand, J. F. (1986). Mutual help for spouses whose partners are employed in stressful occupations. *Journal of Specialists in Group Work*, 11, 80-84.
- Holen, A., Sund, A. & Weisæth, L. (1983). Survivors of the North sea oil rig disaster. Foredrag ved symposium i katastrofepsykiatri, Utstein Kloster.
- Hyttén, K. & Hasle, A. Smoke divers: A study of stress and coping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, in press.
- Janoff-Bulman, R. & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
- Jones, D. R. (1985). Secondary disaster victims: the emotional effects of recovering and identifying human remains. *American Journal of Psychiatry*, 142, 303-307.
- Killian, L. M. (1956). *An introduction to methodological problems of field studies in disasters*. Washington: National Academy of Science.
- Latane, B. & Wheeler, L. (1966). Emotionality and reactions to disaster. *Journal of Experimental and Social Psychology, supplement 1*, 95-102.
- Lifton, R. J. (1967). *Death in life*. New York: Random House.
- Lindstrøm, B. & Lundin, T. (1982). Yrkesmessig exponering for katastrofe. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, suppl. 6*, 1-44.
- McCammon, S., Durham, T. W., Allison Jr., E. J. & Williamson, J. E. (1988). Emergency workers' cognitive appraisal and coping with traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 353-372.
- McFarlane, A. C. (1988a). The longitudinal course of posttraumatic morbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- McFarlane, A. C. (1988b). The eatiology of post-traumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, 152, 116-121.
- Miles, M. S., Demi, A. S. & Mostyn-Aker, P. (1984). Rescue workers' reactions following the Hyatt hotel disaster. *Death Education*, 8, 315-331.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes . . . The Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J. & Bray, G. (1989). *Emergency Services Stress*. Baltimore, Chevron Publishing Company.
- Raphael, B., Singh, B. & Bradbury, L. (1980). Disaster - the helper's perspective. *Medical Journal of Australia*, 2, 445-447.
- Rayner, J. F. (1958). How do nurses behave in disaster? *Nursing Outlook*, 6, 572-576.
- Schuchter, S. R. & Zisook, S. (1984). Psychological reactions to the PSA crash. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, 293-301.
- Sund, A., Ersland, S. & Weisæth, L. Alexander L. Kielland-katastrofen. Redningspersonellet's erfaringer. En foreløpig forskningsrapport. Kontoret for katastrofepsykiatri. Udatert.
- Taylor, A. J. W. & Frazer, A. G. (1981). Psychological sequelae of operation overdue following the DC10 air crash in Antarctica. *Victoria University of Publications in Psychology*. No. 27, Department of Psychology, Victoria University of Wellington, New Zealand.
- Taylor, A. J. W. & Frazer, A. G. (1982). The stress of post disaster body handling and victim identification work. *Journal of Human Stress*, 8, 4-12.
- Thorson, J. A. (1985). A funny thing happened on the way to the morgue: Some thoughts on humor and death, and a taxonomy of the humor associated with death. *Death Studies*, 9, 201-216.
- Vachon, M. L. S. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Weisæth, L. (1984). *Stress reactions to an industrial*

disaster. Oslo; Division of Disaster Psychiatry, Institute for Psychiatry, Gaustad & The Psychiatric Institute, Vinderen, University of Oslo & The Joint Norwegian Armed Forces Medical Services.

Wilkinson, C. B. (1983). Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency hotel skywalks. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1134-1139.

Postadresse:

Atle Dyregrov
Senter for krisepsykologi
Fabrikkgaten 5
5037 Solheimsvik.