

Psykologisk debriefing.

ATLE DYREGROV
JEFFREY T. MITCHELL

FAHS, Universitetet i Bergen
University of Maryland Baltimore county

Critical incident stress debriefing.

Abstract. – Emergency personnel are vulnerable to stress reactions after being exposed to critical incidents and disasters. Helpers are not immune to the development of posttraumatic stress disorders (PTSD). This article describes the use of critical incident stress debriefings (CISD) to secure the maintenance of personnel's health following disastrous events. The functions, format and process of CISD are outlined. While the initial defusing of tension directly following the event does not need the presence of a mental health team or specialist, a formal CISD should be led by a mental health professional, assisted by other professionals and peer counselors. The debriefing process is outlined in some detail, and advice on how to conduct the introductory phase, the fact phase, the thought phase, the reaction phase, the symptom phase, the teaching phase, and the re-entry phase is given. Through the CISD meeting we believe the group's inner support resources are mobilized, normal recovery is accelerated, and PTSD is prevented.

I de senere år har det vært et oppsving i interessen for de virkninger ulykker og katastrofer har på personell som yter hjelp. En rekke studier av ulike grupper innsatspersonell (politi, brannmenn, ambulanspersonell og andre hjelpere) har vist at ulykkes- og katastrofearbeid kan resultere i ulike typer psykologiske ettervirkninger, det være seg ved naturkatastrofer (Berah et al, 1984; Dyregrov, Thyholdt & Mitchell, in press; Ilinitich & Titus, 1977; Laube, 1973), teknologiske eller menneskeskapte katastrofer (Duckworth, 1987; Durham, McCammond & Allison, 1985; Jones, 1982; Latane &

Wheeler, 1966; Lindström & Lundin, 1982; Mitchell, 1982; Raphael et al., 1983-84; Taylor & Frazer, 1982; Weisæth & Ersland, 1985; Wilkinson, 1983), og krig (Paul, 1985). Svært mange helpere opplever forbigående normale etterreaksjoner etter katastrofearbeid, og en mindre del plages av mer langvarige alvorlige posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD). Omfanget av de mer langsiktige psykologiske ettervirkninger av ulykker og katastrofer blir debattert og det savnes skikkelige oppfølgingsstudier.

Sterke sanseintrykk, som synet og kontakten med forvridde blodige kropp, kroppsdel, sterke lukter, rop og skrik i smerte eller frykt, vanskelige avgjørelser, opplevelse av hjelpeløshet m.m. kan medføre psykiske og kroppslige reaksjoner på stedet for hendelsen, men vanligvis kommer reaksjonene først etter at innsatsarbeidet er avsluttet. Reaksjoner som sjokk og mistro, frustrasjon og hjelpeløshet, tristhet, sinne, følelser av overveldethet m.m. er vanlige reaksjoner. De hyppigste ettervirkningene er imidlertid gjenopplevelser av hendelsen eller deler av hendelsen, og ulike former for angst. Undersøkelser har vist at redningspersonell opplever reaksjoner langs de samme dimensjoner som de mer direkte ofre, men vanligvis med mindre intensitet og kortere varighet (Wilkinson, 1983). Vår erfaring tilsier at bare en mindre del av personellet (under 10%) utvikler mer langvarige posttraumatiske stressforstyrrelser med behov for psykoterapeutisk hjelp.

For å hindre utviklingen av mer langvarige problemer og for å lette tilbakeføringen til

normalt arbeidsliv blir såkalt psykologisk debriefing benyttet. Gjennom mer enn ti år har Jeffrey T. Mitchell utviklet og videreutviklet en metode for psykologisk debriefing som er velegnet for intervensjon overfor innsatspersonell (Mitchell, 1983). I U.S.A. er nærmere 50 debriefingsteam trent opp etter denne modellen, under veiledning av J.T. Mitchell. Disse team kan tre i aksjon både etter mindre hendelser som likevel innebærer en stor følelsesmessig belastning, og dersom det skjer større ulykker eller katastrofer i en av de amerikanske stater. Også etter flere ulykker og katastrofer i Norge har psykologisk debriefing vært nyttet som en måte å håndtere både overlevende og redningspersonell. Dette har imidlertid skjedd mer ad hoc, enn etter et fast modell slik som i USA. Etter Caledonien-brannen ble samtlige av de involverte redningsmannskaper tilbudt psykologisk debriefing. Det psykiatriske innsatspersonellet som deltok i disse debriefingene fikk en relativt kort gjennomgang av de prinsipper for debriefing som skisseres i denne artikkelen. Deretter var personell som var ukjent med arbeidsmåten med som ko-ledere sammen med en som var kjent, slik at de fikk erfaringslæring før de selv tok ansvar for debriefingsmøter.

Hittil er det skrevet svært lite om den praktiske siden ved gjennomføring av psykologisk debriefing. Denne artikkelen skisserer en del viktige forutsetninger og sider ved slik intervensjon, og er ment å gi en viss innsikt i hvordan det arbeides på dette området. Vi anbefaler imidlertid leserne om å søke kurs eller samarbeid med andre som tidligere har gjennomført slike debriefinger før en gir seg i kast med dem på egen hånd.

Hva er en psykologisk debriefing?

En psykologisk debriefing er et gruppe-møte som organiseres for å avdempe effekten av en kritisk hendelse og motvirke eller begrense utviklingen av posttraumatiske stressforstyrrelser. Et team på 2 til 3 personer utfører debriefingen, med én leder og en eller to ko-ledere. Formatet kan imidlertid tilpasses og brukes i møte med enkeltperso-

ner som har vært utsatt for en kritisk hendelse som del av sin jobb. Debriefingsmøtet har en fast struktur som sikrer en hensiktsmessig gruppeprosess. Det er mer enn bare å samle personell for å snakke ut om en kritisk hendelse. Det format som presenteres er et resultat av mange års utprøving av ulike arbeidsmodeller i U.S.A.

En psykologisk debriefing har flere funksjoner. Gjennom gruppeprosessen blir medlemmene hjulpet til å ventilere sine inntrykk og reaksjoner, samtidig som de kan få høre gjennom andres ord at deres egne reaksjoner ikke er unike eller abnormale. Psykologisk debriefing kan minke spenning, stimulere til kognitiv reorganisering, og hjelpe å mobilisere ressurser både innen og utenfor gruppen. Strukturen på debriefingsmøtet er slik at personellet forstår at de har felles reaksjoner gjennom at de først hører hverandre berette, og deretter ved at gruppeleder understreker normaliteten i reaksjonene under det som kalles undervisningsfasen. Psykologisk debriefing forbereder personell på reaksjoner de kan oppleve på kort sikt, såvel som de får kjennskap til hvilke ressurser som er tilgjengelige skulle de trenge mer oppfølging. Debriefingsteamet kan under debriefingsmøtet foreta en grov vurdering av om det er personell som trenger spesiell oppfølging. Vår erfaring tilsier at den kanskje viktigste funksjonen ved debriefingsmøtet er å mobilisere gruppens indre solidaritet, samhold og støtte. Møtene vil, dersom de er ledet av en person som er kjent med gruppeprosess, medføre økt respekt og forståelse, og gi personellet et «sikkerhetsnett» som er viktig lenge etter debriefingen.

Den første «uttømming»

I mange organisasjoner, f.eks. innen brannvesen og politi, er det rutine at personell samler seg uformelt over en kopp kaffe etter en kritisk hendelse og snakker om hva som skjedde. Denne første «uttømming» er viktig for å starte samtale om reaksjoner og inntrykk. En uformell samling behøver ikke ledes av mentalt helsepersonell. Ledere innen etatene bør imidlertid

tilstrebe at atmosfæren ved slike samlinger er støttende, og at ingen kritiseres for hvordan de føler seg. Hvis det blir for mye kritikk av enkeltpersoner, eller humoren blir for «syk», bør «utsnakkingen» stoppes eller bringes inn i en mer konstruktiv tone. Den første uttømming skjer på et tidspunkt da mange av de involverte innsatsmannskaper er «oppgiret», opprørt eller ikke er i stand til å ta inn over seg det som har skjedd. Den fulle psykologiske virkningen av hendelsen har enda ikke meldt seg. Redningspersonell har lært å undertrykke emosjoner under en innsats, og benektning og unngåelse fortsetter ofte en tid etterpå. Det å gjennomføre en formell debriefing for tett opp til hendelsen kan derfor være kontraindisert. I den mest akutte fasen kan vi som mentalt helsepersonell bistå ledelsen for de respektive innsatsgrupper i å ta vare på sine mannskaper. Dette kan skje ved å vurdere belastning og slitasje, og ved å rådgi ledelsen underveis. Vi kan sikre en første «utsnakking», samt avtale en mer systematisk psykologisk debriefing en av de første dagene.

Når bruker vi en psykologisk debriefing?

Selv om en første utsnakking kan brukes etter mange forskjellige hendelser, bør en formell psykologisk debriefing bare brukes ved hendelser som har gjort et dypt inntrykk på innsatsstyrkene eller hjelperne. Ved storulykker og katastrofer hvor mange menneskelig har gått tapt vil selvfølgelig psykologisk debriefing være nødvendig. Men også mindre hendelser kan ha den samme emosjonelle gjennomslagskraft, selv om den ikke medfører mange dødsfall eller materiell ødeleggelse. Psykologisk debriefing kan være til hjelp for personell etter at en kollega blir alvorlig skadet eller omkommer i tjeneste, etter at en kollega begår selvmord, etter langvarige redningsoperasjoner med et negativt resultat, i hendelser der barn er involvert på en dramatisk måte, eller andre hendelser som medfører sterke emosjonelle påkjenninger for innsatspersonell eller helpere.

Ved å trene ledere, verneombud og helsetjeneste i hvilke stress-signaler de bør se etter, kan de avgjøre når en bør kalle inn til en psykologisk debriefing.

Hvem skal gjennomføre en psykologisk debriefing?

Selv om det vanligvis ikke er behov for profesjonell assistanse i den første utsnakking, vil vi anbefale å bruke mentalt helsepersonell til ledelse av psykologiske debriefingsmøter. Den viktigste grunnen til dette er de sterke emosjonelle reaksjoner som kan få utløp under gruppeprosessen. Uten klinisk kunnskap og erfaring i å håndtere gruppeprosess, kan et psykologisk debriefingsmøte utvikle seg til en negativ hendelse for det involverte personell, og i verste fall gjøre vondt verre. En utrent leder kan lett bli overveldet av intensiteten i det emosjonelle materialet som kommer frem under møtet. Basert på vår erfaring vil vi anbefale en samarbeidsavtale mellom mentalt hjelpepersonell spesielt trent i psykologisk debriefing, og de enkelte etater. I U.S.A. kreves det at debriefingsmøtet ledes av mentalt helsepersonell, selv om ko-medlemmer i debriefingsteamet kan ha mindre formell bakgrunn. Det mentale helsepersonell som deltar i psykologiske debriefingsmøter bør ha: trening og erfaring i gruppedynamikk og gruppeinteraksjon, kjennskap til posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD), generell stresskunnskap, trening i kriseintervensjon, og kunnskap om reaksjoner hos personell etter en kritisk hendelse.

I U. S. A. er kollegarådgivere fra utrykningsetatene med hell benyttet som teammedlemmer. Disse har da fungert som et bindeledd mellom mentalt helsepersonell og etaten. De blir «ører og øyne» inn i organisasjonen og har fått spesiell opplæring i å vurdere når debriefingsteamet bør tre i aksjon. Dette er en modell vi har begynt å introdusere bl.a. i forhold til politiet (se Dyregrov & Matthiesen, 1987). Vi arbeider også med å utvikle systematiske opplæringstilbud av personell med sikte på mobilisering av kollegastøtte etter kritiske hendelser, etter mønstre bl.a. av det som FBI har lagt opp til (U.S. Department of Justice). Ved valg av kollegarådgivere som kan inngå i debriefings-team bør man legge vekt på å rekruttere personer som har tillit og respekt innen organisasjonen, og som forstår betydningen av konfi-

densialitet. Det bør være personer som er sensitive for andre menneskers reaksjoner og behov, og de må gis relativt grundig kjennskap til normale reaksjoner etter kritiske hendelser. Ved å trene dem i psykologiske debriefingsprosedyrer kan de være til hjelp både i å sette opp møter, og som kolledere av teamet under møtene.

På hvilket tidspunkt skal en psykologisk debriefing holdes?

Grunnet forhold som tidligere er nevnt bør den psykologiske debriefing ikke arrangeres for tett opp til hendelsen. Neste dag, eller en av de første dagene etter hendelsen, anbefales som en rimelig tid for et slikt møte. Det er imidlertid ingen tidsbegrensning for når et slikt møte kan holdes, og noen ganger kan det gå forholdsvis lang tid før man innen etaten blir klar over at en hendelse har hatt en spesiell innvirkning på mannskapene som var involvert. Etter som tiden går uten intervensjon kan symptomer lettere bli fasttømret og vanskeligere å bearbeide, og effekten av en debriefing vil reduseres. Når en avholder et psykologisk debriefingsmøte lenge etter en hendelse, kan det være nyttig først å forsøke og bringe hendelsen klarere i minnet ved å nytte audiovisuelt materiell, eller andre virkemidler som påminner om hendelsen.

Møtets omgivelser

Møtet bør holdes i et rom hvor gruppen kan sitte rundt et bord, og avbrytelser kan begrenses til et minimum. Erfaring viser at møtene ofte varer i flere timer, og deltagerne anbefales å tømme blæren før møtet starter. Mennesker uten tilknytning til hendelsen skal ikke tillates å være til stede. De som bare var helt perifert involvert behøver ikke delta, unntatt når de kan spille en viktig rolle som støttepersoner. Dersom noen er tilstede for undervisnings- eller læringsformål bør dette godkjennes av gruppen på forhånd.

Debriefingsprosessen

De psykologiske debriefingsmøter inneholder vanligvis tre deler. Den første del tillater ventilerings av inntrykk og reaksjoner

hos personell, samt en vurdering av intensiteten i reaksjonene blant de involverte. Den andre delen fokuserer på en mer detaljert diskusjon av reaksjonsmåter og symptomer, hvor det fra teamleders side gis støtte og forsikringer. I den tredje og siste del av møtet til ressurser bli mobilisert, informasjon gitt, og avgjørelser vedrørende videre oppfølging tatt.

Det generelle format for gjennomføring av et psykologisk debriefingsmøte er:

Introduksjonsfasen:

Under introduksjonsfasen presenterer teamleder seg selv og team-medlemmene og målet med den psykologiske debriefingen. Samtidig blir det gitt en kort beskrivelse av hva som kommer til å skje. For å mobilisere deltagerens motivasjon for aktiv deltagelse gis det eksempler på når psykologisk debriefing har blitt benyttet tidligere og hvordan slike møter kan forebygge langtidsvirkninger etter kritiske hendelser.

En viktig del av introduksjonsfasen består i å presentere noen grunnregler som gjelder for møtet. Blant disse er:

- * Deltagerne behøver ikke si annet enn sitt navn, stilling og hvordan de kom i kontakt med situasjonen. Ingen skal tvinges til å utlevere sine inntrykk og reaksjoner, men det fremholdes at slik samtale og diskusjon hjelper for å avdempe virkningen av det som har skjedd.
- * Ingen personer utenfor møtet skal kunne lese eller høre om hva som skjedde under debriefingen. Ingen noterer, og lydbåndopptak er ikke tillatt uten godkjennelse. Pressen skal holdes utenfor møtet unntatt dersom de ønsker å være tilstede for egen del, og deltagerne tillater dette.
- * Møtet er ikke en teknisk debriefing. Analyse av hva som gikk galt eller diskusjon av de strategiske sidene ved en redningsoperasjon bør unngås. Møtet skal legge vekt på deltagerens inntrykk og reaksjoner, og diskusjoner om de tekniske aspektene bør tas opp i et annet egnet forum.

- * Deltagerne kan snakke om egne inntrykk og reaksjoner, men ikke om andres. De kan fritt dele med andre hvordan *de* opplevde hendelsen, men må avstå fra å fortelle hva de har hørt eller tenkt om andres reaksjoner.
- * Innledningsvis er det nyttig å påpeke at det kan føles smertefullt å samtale om hendelsene de har vært igjennom, og at noen synes det kjennes verre *under* møtet enn før det startet. Erfaringsmessig vil det likevel hjelpe dem på lang sikt, og hindre at det oppstår alvorlige problemer.
- * Av hensyn til gruppeprosessen bør det ikke være pauser, og dersom noen må forlate møtet underveis må de bes om å gå stille ut og komme tilbake hvis mulig.

Etter at disse grunnreglene er redegjort for kan deltagerne komme med spørsmål, før hver deltager introduserer seg selv med navn og rolle under hendelsen. Ved å spørre hvordan den enkelte ble involvert i hendelsen, er møtet i gang.

Faktafasen:

Under faktafasen gjenskapes det som skjedde gjennom deltagerens detaljerte fortellinger. Hvordan ble de involvert i hendelsen? Hvordan var tidssekvensen sett fra deres perspektiv? Om debriefingen omhandler en hendelse som ligger et stykke tilbake i tid, er det på dette tidspunkt det kan være nyttig å bruke audiovisuelt materiell for å gjenskape mer av situasjonen.

Tankefasen:

Tidlig i debriefingen fokuseres det på avgjørelser og tankeprosesser: Hva var din første tanke når du kom på åstedet eller ble involvert i hendelsen? Hva var din rolle under innsatsen? Hva gjorde du? Hvorfor gjorde du som du gjorde? Det siste spørsmålet kan noen ganger klare opp i unødige bebreidelser.

Et eksempel er brannsjefen som ga sine menn ordre om ikke å gå ut i vannet etter at et fly krasjet på en bro og sank

i en elv i Washington for en del år tilbake. Under debriefingen ga han som grunn for denne ordren at han kjente lukten av jetbensin, og at han under en tidligere hendelse opplevde at to av hans mannskaper døde etter å ha aspirert jetbensin. Han ville ikke at dette skulle gjenta seg. De mange anklager som var rettet mot brannsjefen for å ha gitt denne ordren fortok seg raskt når manskapene forsto at beslutningen var fattet for å verne om dem.

I tankefasen går en inn på hva en hørte, luktet, så, tok på og gjorde under innsatsen. Spørsmål omkring tanker og inntrykk vil svært ofte føre til at det gis «følelssvar» og tankefasen går derfor lett over i reaksjonsfasen.

Reaksjonsfasen:

Når personell begynner å fortelle om bakgrunnen for sine ordrer og handlinger, vil de ofte snakke om den frykt og hjelpeløshet som de har opplevd:

«Jeg var så redd for å gjøre feil.»

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

«Jeg måtte rope at de skulle holde seg hvor de var; at vi ville redde dem, men jeg visste inne i meg at det ikke var sant»

«Jeg var så ensom; jeg måtte fatte alle avgjørelser selv».

Det er en svært sterk opplevelse å ha «Guds makt i et menneskes hender»; det er et tungt ansvar å ha makt til å influere på liv og død slik det kan oppleves når beslutninger må tas. Det ansvarsstress som oppleves kan påvirke evnen til å fatte beslutninger, og tanken på konsekvensene av avgjørelsene kan virke inn på håndteringen av den kritiske hendelse. Den innvirkning høyt stress kan ha på persepsjon, tanke, emosjon, adferd og gruppeprosess er bredere diskutert i Dyregrov (1987).

Spørsmål som «Hva var det verste med det som skjedde for deg?», «Hvordan reagerte du på hendelsen?», «Har du noengang opplevd noe i ditt liv som har

medført at du ble så opprørt eller så frustrert som dette?» og «Hvordan reagerte du da dette hendte?» gir deltagerne mulighet til å svare på og kommentere sine reaksjoner. De følelser som kommer til overflaten må selvfølgelig aksepteres og anerkjennes av debriefingsledelsen. Når samtalen veksler, de fleste deltar, og reaksjoner og inntrykk blir meddelt, kan det være lite behov for teamleder å gripe inn i prosessen. Debriefingsleder må sikre at alle får en mulighet til å delta om de ønsker, og at det intervereres dersom grunnreglene brytes eller gruppeprosessen begynner å bli destruktiv. Debriefingsleder har også i oppgave å sørge for at mannskapenes reaksjoner både under, like etter, og frem til debriefingstidspunktet blir tatt opp og kommentert.

Om noen bryter sammen og gråter eller klart gir uttrykk for at de har det vanskelig, mobiliseres i første rekke vedkommendes arbeidskolleger som støtte ved å signalisere til dem at de skal legge en arm rundt vedkommende, eller ved å oppmuntre til verbal sympati og støtte o.s.v. Det er viktig å mobilisere gruppens egne støttende ressurser i stedet for å gi denne støtten selv, og bare i sjeldne tilfeller bør medlemmer av debriefingsteamet selv gi denne støtten. Debriefingsmøtet vil være en modell for hvordan deltagerne kan samtale om slike hendelser, og hvordan de kan støtte hverandre. Noen ganger når en deltager forlater gruppen fordi reaksjonene blir svært sterke, kan ko-medlemmene av debriefingsteamet følge med ut, gi støtte og hjelp, og eventuelt avtale individuell oppfølging.

Under reaksjonsfasen snakker deltagerne om deres sinne, frykt og angst, følelser av selvbebreidelse, frustrasjon, hjelpeløshet og andre reaksjoner. Det er gjennom denne prosessen at deltagerne opplever at deres egne reaksjoner er lik andres, og at deres følelser og tanker er normale og deles av andre. De erfarer også, mange for første gang, at det er mulig å sette ord på slike inntrykk, og at det hjelper til å bearbeide det de har vært igjennom.

Det er ikke uvanlig at følelser som daterer seg tilbake til arbeidsrelaterte eller person-

lige hendelser som skjedde lang tid tilbake, dukker opp igjen i den aktuelle debriefing. Dette gjelder særlig hendelser som ikke er kognitivt eller emosjonelt bearbeidet da de skjedde. Denne reaktivering av tidligere traumatiske minner er selvfølgelig noe som er felles for kriserammede generelt. Under debriefingen etter Caledonienbrannen var det flere av redningsmannskapene som snakket om smertefulle minner fra en togulykke som lå flere år tilbake i tiden. I slike tilfeller bør en bidra til å skille reaksjonene på den nåværende hendelse fra tidligere hendelser, og eventuelt gi råd om hvordan den tidligere hendelsen kan bearbeides.

Deltagerne i debriefingsteamet bør observere om noen av de tilstedeværende ser ut til å lide sterkt, er spesielt stille, eller viser symptomer av mer ekstrem natur. Ved avslutning av møtet kan en nærme seg disse personer individuelt, og forhøre seg om hvordan det er med dem, og eventuelt sørge for tillegghjelp og kontakt med noen i teamet hvis det er ønsket eller nødvendig.

Symptomfasen:

Under symptomfasen blir reaksjonene som har blitt diskutert gjort mer spesifikke. De blir spurt om å beskrive *symptomer* som de opplevde på stedet (emosjonelle, kognitive og somatiske), når hendelsen var over, de følgende dager og nå. Hvilke uvanlige ting opplever de nå? Hva er forskjellen fra vanlig? Var det vanskelig å returnere til vanlig arbeid? I hvilken grad forstår de hjemme hva de har vært igjennom? Har denne hendelsen også skaket opp familien? Noen ganger er det hjemkomsten til familien som blir opplevd som vanskeligst, på grunn av den kontrasten som ofte oppstår:

Eks. «Jeg greide ikke å forholde meg til min kones spørsmål om hva vi skulle gjøre i week-enden. Det var en slik kontrast til hva jeg nettopp hadde vært igjennom at jeg eksploderte i sinne (reaksjon etter katastrofe-arbeid).

Andre forteller om irritabilitet i forhold til barna og et sterkt behov for å være med

arbeidskamerater. Målet med denne fasen er å understreke normaliteten i reaksjoner, samtidig som deltagerne kan se at deres symptomer endrer seg over tid. Debriefingsleder kan gjøre oppmerksom på viktigheten av å samtale om hendelsen hjemme, slik at familien forstår reaksjonsmønstrene. Skriftlig informasjon om normalreaksjoner er hensiktsmessig å gi deltagerne (og deres familier), ikke minst fordi det kan skape forståelse i familien, og medvirke til å mobilisere familiestøtte.

Undervisningsfasen:

Formålet med denne fasen er todelt:

1) Teamleder kan vise hvordan reaksjonene som de tilstedeværende har presentert er uttrykk for normale reaksjoner på en ekstrem situasjon. Dette gjøres ved å påpeke likheten i reaksjoner rundt bordet, ved å knytte reaksjonene til erfaring fra tidligere debriefingsmøter, og ved å fortelle om hva som er funnet i undersøkelser omkring reaksjoner blant innsatspersonell.

2) Personell får kjennskap til reaksjoner som de muligens kan komme til å oppleve i tiden som kommer. Man må legge vekt på å beskrive hvor normalt og naturlig det er å oppleve forskjellige reaksjoner og symptomer etter en slik kritisk hendelse som de har vært igjennom, og at dette ikke betyr at de er i ferd med å miste kontrollen og bli «gal».

Ved beskrivelsen av forventede reaksjoner legges det vekt på å fremheve at de nødvendigvis ikke behøver å reagere på en slik måte, men at dette er vanlige reaksjoner etter en kritisk hendelse slik mange har erfart dem. Vår erfaring tilsier at det kan være nyttig å gi en forholdsvis detaljert beskrivelse av de ettervirkninger som knytter seg til påtrengende bilder og gjenopplevelser av hendelsen, og de angstreaksjoner som kan komme. Ved å gi deltagerne kunnskap om hva de kan forvente seg på disse områder, er de bedre rustet til å mestre disse reaksjonene om de skulle dukke opp. Dette er selvfølgelig et prinsipp som brukes innen kriseintervensjon (antesipatorisk rådgivning), her brukt i en annen kontekst, men for samme formål.

Vanligvis gir vi råd om hvordan personell kan støtte hverandre etter en slik hendelse. Spesielt fremheves det at ingenting er verre enn å oppleve mangel på forståelse fra kolleger.

Eks. For noen år tilbake ble det gjennomført en debriefing med en gruppe politifolk som ble beskyttet med maskinpistol, og som i selvforsvar måtte skyte tilbake, og såret gjerningsmannen. Politifolkene var i ytterste livsfare. Mer enn seks måneder etter hendelsen stod en av deltagerne frem på et møte og sa at debriefingen var til god hjelp, men han hadde møtt kolleger som senere hadde gitt uttrykk for at de så på ham som en pyse fordi han fremdeles hadde problemer i etterkant av det han hadde opplevd. Dette smertet mer enn noe annet i forbindelse med den kritiske hendelsen.

Mobilisering av kollegastøtte er særdeles viktig etter kritiske situasjoner, og er et område hvor psykologer bør kunne bidra med hensiktsmessige modeller.

Avhengig av hvor mye materiale som har vært diskutert i de tidligere fasene vil undervisningsfasen ta fra ca. 20 til 45 min.

Tilbakeføringsfasen:

Tilbakeføringsfasen nyttes til å svare på spørsmål og informere deltagerne om hvem de kan ta kontakt med dersom de trenger tilleggsoppfølging. De blir anbefalt å ta kontakt dersom de skulle oppleve:

- a) at symptomer ikke avtar i løpet av den første måneden,
- eller
- b) at symptomene øker over tid,
- eller
- c) at en er ute av stand til å fungere adekvat i ens arbeid eller familieliv.

For en del innsatsgrupper synes det viktig å følge opp debriefingen på en konkret måte. Dersom for eksempel hendelsen involverer en kollegas død, kan de beslutte at de ønsker å vise sin respekt overfor de etterlatte, eller er det en ulykke som skyldes teknisk eller menneskelig svikt, kan de arbeide for å

bedre de forebyggende tiltak på området. At gruppen aktivt viderefører det engasjement som har oppstått etter hendelsen, kan motvirke den hjelpeløshet de opplevde under selve innsatsen.

Det er også viktig på dette tidspunkt å vurdere om det er behov for oppfølgingsdebriefing, og eventuelt gjøre avtale om et oppfølgingsmøte. En slik debriefing kan utføres med hele gruppen eller deler av gruppen, og blir brukt når det er noen forhold som trengs å bli bearbeidet mer i dybden, eller hendelsen har vært svært ekstrem. Gruppen må få klar beskjed om hvordan de kan komme i kontakt med teammedlemmene (kontakttelefoner og adresser), og de må gjøres oppmerksom på andre oppfølgingsressurser.

Konklusjon

Psykologisk debriefing har som mål å aksellerere normaliseringsprosessen hos personell som opplever normale etterreaksjoner på unormale hendelser. Den har også som mål å hindre utviklingen av posttraumatiske stressforstyrrelser blant hjelpere. Vi vil fremheve at den modell vi har presentert selvfølgelig ikke er den eneste måten å gjennomføre en debriefing på, men den baserer seg på en relativt systematisk utprøving av ulike tilnæringsmetoder til gruppevis hjelp til innsattpersonell. Det er å håpe at klinisk psykologisk forskning kan bidra til å utvikle debriefingsmetodene videre, og at virkningen av slike møter kan evalueres.

Referanser

- Berah, E. F., Jones, H. J. & Valent, P. The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1984, 18, 354-358.
- Duckworth, D. H. Professional helpers in disaster situations. *Bereavement Care*, 1987, 6, 26-29.
- Durham, T. W., McCammond S. L. and Allison, E. J. «The psychological impact of disaster on rescue personnel.» *Annals of Emergency Medicine*, 1985, 14, 664-668.
- Dyregrov, A. Avgjørelser og atferd i kritiske situasjoner. I L. E. Aarø, & J. Holbek (Red.) «Forskning og samfunnsutvikling». Trondheim, Tapir forlag, 1987.
- Dyregrov, A. & Matthiesen, S. B. *Kritiske situasjoner i politiarbeid*. Politibladet, nr. 2, 1987.
- Dyregrov, A., Thyholdt, R. & Mitchell, J. T. *Rescue worker's emotional reactions following a disaster*. Trykkes i S. E. Engelman, (Ed.) *On the inside of illness*. Irvington Publishers, Inc.
- Ilinitch, R. C. & Titus, M. P. Caretakers as victims: The Big Thompson flood, 1976. Abstracts of master's theses. *Smith College of Studies in Social Work*, 1977, 48, 67-68.
- Jones, D. R. «Secondary disaster victims: The emotional effects of recovering and identifying human remains.» *American Journal of Psychiatry*, 1982, 142, 4-12.
- Laube, J. Psychological reactions of nurses in disaster. *Nursing Research*, 1973, 22, 343-347.
- Latane, B. & Wheeler, L. Emotionality and reactions to disaster. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1966, suppl. 1, 95-102.
- Lindström, B. and Lundin, T. «Yrkesmessig eksponering for katastrof.» *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 1982, Suppl. 6, 1-44.
- Miles, M. S., Demi, A. S. and Mostyn-Aker, P. «Rescue workers' reactions following the Hyatt hotel disaster.» *Death Education*, 1984, 8, 315-331.
- Mitchell, J. The psychological impact of the Air Florida 90 disaster on fire-rescue, paramedic and police officer personnel. I R. A. Cowley: *Mass casualties. A lesson learned approach. Accidents, civil unrest, natural disasters, terrorism*. US Dept. Transportation (DOT) publication No. HS 806302. Government printing office, 1982.
- Mitchell, J. When disaster strikes . . . The critical Incident Stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 1983, 8, 36-39.
- Paul, E. A. Wounded healers: A summary of the Vietnam nurse veteran project. *Military Medicine*, 1985, 150, 571-576.
- Raphael, B., Singh, B., Bradbury, L., & Lambert, F. Who helps the helpers? The effect of a disaster on the rescue workers. *Omega*, 1983-84, 14, 9-20.
- Taylor, A. W. and Frazer, A. G. The stress of post-disaster body handling and victim identification work. *Journal of Human Stress*, 1982, 8, 4-12.
- Weisæth, L. & Ersland, S. Redningspersonell: Stressreaksjoner under innsats og psykiske følger. I N. Rettestøl & L. Weisæth. *Katastrofer og kriser*. Oslo, Universitetsforlaget, 1985.
- Wilkinson, C. B. «Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel skywalks.» *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140, 1135-1139.

Postadresse:

Atle Dyregrov
Hans Tanks gt. 11
5000 Bergen.
Tlf. (05) 319216.