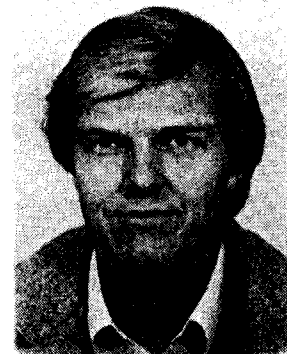


# TENDENSER

## Krisehjelpsteam

ATLE DYREGROV

*Forskningscenter for Arbeidsmiljø,  
Helse og Sikkerhet (FAHS),  
Universitetet i Bergen*



Undertegnede har gjennom de tre siste årene ledet et støtteprogram for familier som har mistet sitt barn. Dette NAVF-støttede prosjektet ved Barneklubben, Haukeland sykehus har siktet mot å utvikle hensiktsmessige metoder og rutiner i arbeid med denne familiegruppen, samtidig som de ulike problemer familiene sto overfor ble systematisk kartlagt. I prosjektarbeidet er det klarlagt at visse grupper av familier, det gjelder spesielt familier som opplevde at et barn døde som følge av ulykke eller «krybbedød» (Sudden Infant Death Syndrome = SIDS), svært ofte falt utenfor hjelpeapparatet. Samtidig synes de psykiske ettervirkningene for de gjenlevende å være særdeles sterke. I prosjektarbeidet ble det derfor lagt vekt på å nå slike familier. Psykologer vil, i likhet med sosionomer, psykiatere og psykiatriske sykepleiere, kunne utføre forebyggende arbeid som hindrer utvikling av psykososiale problemer i kriserammede grupper. I dag eksisterer det et inadekvat oppfølgings-tilbud for slike grupper, selv om det enkeltvis finnes sentra som retter seg mot spesielle risikogrupper.

### Tap av barn: Helsemessige konsekvenser

Nyere forskning har vist at plutselige dødsfall medfører større negative helsemessige konsekvenser for de nærmeste pårørende enn de forventede dødsfall (Parkes, 1972, 1975; Parkes & Weiss, 1983; Lundin, 1982). De

plutselige dødsfall medfører et større antall sykefraværsdager og representerer en betydelig helsemessig risiko (Lundin, 1982). Spesielt når foreldre mister barn synes muligheten for utvikling av «patologisk» livslang sorg stor, dersom ikke adekvat krisehjelp fra helsepersonell, eller god psykososial støtte fra omgivelsene er til stede (Cullberg, 1966; Laurell-Borulf, 1982).

Dessverre synes støtten fra omgivelsene å være begrenset ved traumatiske livshendelser, og mange opplever isolasjon og samspillsproblemer i forhold til omgivelsene. Omgivelsene vet ikke hvorledes de kan hjelpe, og i mange tilfelle har de post-traumatiske problemene som oppstår en karakter som gjør det vanskelig å råde bot med dem uten adekvat faglig hjelp.

Ved Barneklubben, Haukeland sykehus har vi utviklet en modell for oppfølging av familier som mister barn. Denne modellen kan være anvendelig ved de fleste typer ekstreme livshendelser. (Modellen er nærmere beskrevet i Dyregrov, Alsaker, Hordvik & Finne, i trykk.)

### Post traumatiske reaksjoner etter ekstreme livshendelser

Når forskningslitteraturen sammenholdes med egen klinisk erfaring, synes det åpenbart at det er klare fellestrekk ved de reaksjoner som opplevs etter ulike ekstremt stressfylte

hendelser. Slike hendelser innebærer en krisesituasjon for de fleste, med påfølgende krisereaksjoner. Slike reaksjoner er rapportert bl.a. hos voktektsofre (Scheppelle & Bart, 1983), gisselofre (Ochberg, 1978), torturofte (Allodi & Cowgill, 1982) og hos overlevende fra konsentrasjonsleire (Niederland, 1968). Innen faglitteraturen har slike ettervirkninger blitt samlet under termen *Post-Traumatic Stress Disorders* (PTSD).

PTSD er kjennetegnet ved gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen i form av bl.a. påtrengende erindringer eller mareritt om det som skjedde, eller frykt for at hendelsen vil gjenta seg. Denne «påtrengende» reaksjonen vekslers ikke sjelden med en reaksjon som karakteriseres ved manglende involvering og følelsesmessig avsondring fra den ytre verden. Reaksjonen kan ses som et forsøk på å holde borte de påtrengende erindringene. Vanlige symptomer i kjølvannet av ekstremhendelser er hyperårvåkenhet eller overdreven «startle»-respons, søvnforstyrrelser, skyldfølelse over å ha overlevd når andre ikke gjorde det, hukommelses- og konsentrasjonsproblemer og unngåelse av aktiviteter som reelt eller symbolsk vekker minner om den traumatiske hendelsen.

Blant pårørende etter fatale ulykker og plutselige dødsfall ses de samme reaksjoner, spesielt dersom de pårørende selv har vært vitne til, eller til stede ved hendelsen. Overlevende og etterlatte etter natur- og menneskeskapte katastrofer opplever senfølger som i mange tilfelle er av en slik styrke at de må ses på som uttrykk for PTSD (se Dyregrov, 1983 a). I de seneste år er det også blitt klart at ulike grupper *hjelpepersonell* kan utvikle posttraumatiske stressproblemer etter arbeid i ulykkes- og katastrofesituasjoner (se Dyregrov, 1983 b, 1984 for en bredere fremstilling av dette).

Samlet ser vi at mennesker som opplever ekstremt stress, enten i form av *dagliglivets* «katastrofer» (voldtekt, ran, dødsfall, etc.) eller i form av større ulykker og katastrofer (flyulykker, skred, flom, etc.) ofte strir med betydelige ettervirkninger. Vi vet at dette innebærer større sykefravær, større forbruk av helseressurser, arbeidsudyktighet m.m. Som et apropos kan nevnes at en ikke ubetydelig del av de overlevende etter Alexander Kielland-

ulykken har vært arbeidsudyktig i kortere eller lengre perioder. Samtidig, og viktigere for den enkelte, medfører slike ekstremhendelser en betydelig redusert livskvalitet i form av frykt, angst, depresjon, redusert selvtillit, isolasjon, etc. Hva er så mulig å gjøre for å forebygge de negative helsemessige konsekvensene av slike hendelser?

#### Krisehjelp

Med den kunnskap vi har om de psykososiale ettervirkninger av ekstreme livshendelser, er det viktig å utvikle velegnede oppfølgings-tilbud for å forebygge mer permanente helseproblemer. Det er vesentlig at krisehjelpen kan etableres nært opp til den aktuelle hendelsen. Selv om det er både etiske, metodiske og praktiske problemer knyttet til en systematisk evaluering av slik krisehjelp, tilsier egen og andres erfaring at tidlig hjelp gir svært gode resultater. Derimot synes posttraumatiske problemer som har fått tid til å feste seg, å være atskillig mer resistente mot forandring. Den tid som da må investeres i terapeutisk arbeid er langt mer omfattende enn det som er nødvendig ved akutt krisehjelp.

Det er viktig å ha in mente at mennesker som fremviser posttraumatiske stressreaksjoner i utgangspunktet er «normale» mennesker som opplever ekstremt stress. Dette innebærer at mer tradisjonelle psykologiske eller psykiatriske tilnæringsmåter er lite anvendelige, for ikke å si direkte skadelige (se for eksempel Conen & Ahearn, 1980). I stedet for å fokusere på personens forhistorie med den enkeltes svakheter, begrensninger og uløste konflikter, vil en i akutt krisehjelp legge vekt på den nåværende situasjon, på personens (familiens) mestringsevne, og på de aktuelle ressurser og styrke. Noen av de prinsipper som kommer til anvendelse i slik krisehjelp er diskutert annetsteds (Dyregrov & Ingebretsen, 1982). Fra utenlandsk faglitteratur er det også kjent at når man skal etablere kontakt med, eller strekke seg ut mot normale mennesker som har opplevd en ekstremt stressfylt hendelse, er det uheldig om hjelpetiltakene har sin basis i psykiatriske institusjoner (Heffron, 1977; Cohen & Ahearn, 1980). Dette kan virke stigmati-

serende og medføre vansker med kontakt-etablering, all den stund de kriserammede ikke føler seg «syke».

I vårt arbeid i Barneklubben, Haukeland sykehus har vi utarbeidet måter å etablere kontakt på som sikrer at så godt som alle tar i mot tilbudet vårt. Psykologene har i høy grad arbeidet ut fra en «outreach» modell, der kontaktetablering har skjedd på psykologenes initiativ. Om psykologen var identifisert med en psykiatrisk institusjon, ville dette etter undertegnede mening ha vanskeliggjort slik kontakt. I tillegg til sin kontakt med familiene, har psykologen tatt initiativ til støttegrupper for kriserammede som har vært i tilsvarende situasjon, noe som har vært til uvurderlig hjelp for mange. Den lærdom vi har samlet, vil utvilsomt være meget verdifull dersom krisehjelpstilbudet utvides til andre traumatiserte grupper.

I Norge har det vært en utvikling i retning av at man oppretter krisesentra for hver enkelt kriserammert gruppe, f.eks. egne sentra for mishandlede kvinner, voldtektsofre, etc. Etter undertegnede vurdering er dette en uheldig utvikling som innebærer særomsorgstiltak der fellestiltak er mulig å opprette. Tidligere har jeg redegjort for de mange fellestrekk som finnes i reaksjonsmønstrene, noe som også avspeiles i de terapeutiske metoder som er utviklet for å hjelpe ved slike hendelser. Dersom vi ønsker at kunnskap om reaksjoner og intervensjonsmetoder (inkludert evaluering av arbeidet) skal utføres på en systematisk måte, bør vi opprette krisesentra som kan yte service til mennesker som opplever *ulike typer* krisehendelser. I tillegg til den faglige utvikling dette vil innebære, vil det sannsynligvis være kostnadsbesparende sammenlignet med etablering av krisesentra for hver enkelt gruppe. Slik situasjonen er i dag, vil de minste og svakeste gruppene neppe få noe tilbud, da det ikke er sannsynlig at de får etablert egne krisesentra (Her tenkes det bl.a. på etterlatte etter traumatiske dødsfall). Men hvorledes kan de krisehjelp best organiseres, og hvilke grupper bør få tilbud om hjelp?

#### **Opprettelsen av kriseteam**

Jeg har tidligere foreslått opprettet *team* som

kan stå for øyeblikkelig hjelp til krise- og katastroferammede mennesker (Dyregrov, 1982, 1983 c). Ved større sykehus, eventuelt i annen regi, kan opprettelsen av regionale team være et tiltak for å utvikle og samordne kunnskap. Et slikt team vil ha som *primær oppgave* å gi et tilbud til enkeltpersoner og familier.

*De aktuelle grupper* tilbudet bør omfatte er:

- a) Gjenlevende etter dødsulykker. Spesielt viktig blir familier som har mistet barn, og familier der småbarnsforeldre omkommer.
- b) Foreldre som mister barn ved «krybbedød» (SIDS).
- c) Etterlatte etter andre plutselige, uventede dødsfall.
- d) Ulykkesrammede familier hvor ulykken ikke endte i dødsfall. Krisehjelp til pasient og pårørende.
- e) Voldtektsofre (evt. deres familie).
- f) Ransofre (inkludert bankran).
- g) Gisselofre.
- e) Flyktninger som har opplevd ekstreme hendelser (inkludert tortur).

*Den primære målsetning* ved teamets arbeid bør være å forebygge helseproblemer, samtidig som de aktuelle grupper sikres best mulig omsorg i kontakt med offentlige og private institusjoner (helsevesen, rettsvesen, politi, etc.), nærmiljø og familie. Dette fordrer arbeid på ulike plan, blant annet:

- a) undervisning om krise og katastrofereaksjoner, krisehjelp og andre relaterte tema for ulike grupper helsepersonell, politi, retts- og brannvesen.
- b) utvikling av håndbøker til bruk i arbeid for krise- og katastroferammede mennesker.
- c) foredrag, faglige artikler, og artikler for uke- og dagspresse for å øke forståelsen blant leg og lærd om menneskelige reaksjoner i tilknytning til kriser og katastrofer. Dette er et aspekt som er tillagt stor vekt i vårt støtteprogram for familier som mister sitt barn. Faglige artikler, populærvitenskapelige innlegg, foredrag og bruk av videoinnspilte intervju er blitt benyttet, i de fleste tilfeller med svært god tilbakemelding fra «brukerne».

d) en funksjon som ressurscenter hvor helsevesen, politi, brannvesen og frivillige hjelpeorganisasjoner kan henvende seg for å få råd, litteratur etc. Samtidig kan teamet være henvisningsinstans for de samme grupper.

En sekundær, men viktig målsetning er systematisk informasjonssamling (forskning) parallelt med det praktisk kliniske arbeidet. Dette innebærer kartlegging av problemområder, samtidig som det muliggjør systematisk evaluering av hjelpetilbudet. Samarbeid mellom regionale team om forsknings- og utviklingsoppgaver vil med fordel kunne nyttes for å etablere en bedre kunnskapsbase.

Blant de problemstillinger og oppgaver som er viktig å belyse er:

1. Hvilke problemer står kriserammede overfor, hvilke mestringsmekanismer anvendes, og hvilken form for hjelp er mest hensiktsmessig for de enkelte grupper. Her vil både retrospektive og prospektive metoder kunne anvendes.
2. Videreføring av arbeid med å kartlegge og forstå helsepersonells og annet personells (politi, brannvesen) egne reaksjoner i arbeid med traumatiske mennesker, samt undervisning og tiltak som sikter på å hindre «utbrenning» blant helpere (se Dyregrov, Finne & Raundalen, 1982; Dyregrov, 1983 b, 1984).

En tredje viktig arbeidsoppgave for teamet vil være katastroferelatert virksomhet. Dette innebærer at teamet gjennom sitt daglige arbeid med «minikatastrofer» opparbeider erfaring som kan komme til nytte ved større ulykker og katastrofer. Teamet kan trekkes inn som ressursgruppe ved oppdatering av katastrofeplaner, og i planleggingen av den psykososiale krisehjelp som er nødvendig dersom slike situasjoner skulle inntreffe.

#### Faglig sammensetning

Mitt forslag til faglig sammensetning av slike team er at det må bestå av psykolog, sosiolog og psykiater. Det kan stilles spørsmål om nødvendigheten av å ha psykiater på hel-

tid, ut fra hensynet til ressursutnyttelse. Her er det vesentlig å ha for øye at målgruppene for slike tiltak er normale mennesker som utsettes for ekstreme hendelser. Dette tilsier at psykiater på deltid eller tilknyttet teamet på konsulentbasis kan være mest hensiktsmessig, i de tilfelle mer psykiatrisk ekspertise er påkrevet. En juridisk konsulent vil også være hensiktsmessig å ha tilknyttet på konsulentbasis.

#### Konklusjon

Psykologer bør arbeide aktivt for opprettelse av egnede krisehjelpstilbud til grupper av mennesker som i dag får et mangelfullt tilbud fra helsevesenet. Dette er grupper vi vet har en økt risiko for utvikling av psykososiale problemer i kjølvannet av de traumatiske hendelser de har opplevd. Med den kunnskap vi i dag har om kriseintervensjon og betydningen av tidlig hjelp, må vi ta vårt faglige ansvar alvorlig og arbeide for at vår kunnskap kan benyttes på dette området.

#### Referanser

- Allodi, F. & Cowgill, G. Ethical and psychiatric aspects of torture: A Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1982, 27, 98-102.
- Gullberg, J. Reaksjoner inför perinatal barnadöd (i): Psykiska följder hos kvinnan. *Lakartidningen*, 1966, 63, 3980-3986.
- Dyregrov, A. *Psykososial katastrofeintervensjon. Rapport om psykososiale konsekvenser etter katastrofer*. Bergen, 1982.
- Dyregrov, A. Katastrofepsykologi I. Psykososiale konsekvenser etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983 (a), 20, 136-145.
- Dyregrov, A. Stress-reaksjoner hos helpere. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983 (b), 20, 674-679.
- Dyregrov, A. Katastrofepsykologi II. Psykososial katastrofeintervensjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983 (c), 20, 195-202.
- Dyregrov, A. Redningspersonells reaksjoner etter katastrofer. *Impuls*, 1984, 38, 6-15.
- Dyregrov, A., Alsaker, T., Hordvik, E. & Finne, P. H. Modell for støtte til familier som mister et barn. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* (i trykk).
- Dyregrov, A., Finne, P. H. & Raundalen, M. «Burnout»-syndromet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1982, 102, 786-788.
- Dyregrov, A. & Ingebretsen, R. Kriseintervensjon — teoretisk fundament og praktisk virkelighet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1982, 12, 583-594.

- Heffron, E. F. Project outreach: Crisis intervention following natural disaster. *Journal of Community Psychology*, 1977, 5, 103-111.
- Lundin, T. *Sorg og sorgreaktioner. En studie av vuxnas reaktioner efter plötsliga och uväntade dödsfall*. Uppsala; Uppsala Universitet, 1982.
- Niederland, W. G. Clinical observations on the survivor syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 313-316.
- Ochberg, F. M. The victim of terrorism. *The Practitioner*, 1978, 220, 293-302.
- Parkes, C. M. *Bereavement. Studies of grief in adult life*. New York: International University Press, 1972.
- Parkes, C.M. Unexpected and untimely bereavement: A statistical study of young Boston widows. I B. Schoenberg, I. Gerber, A. Winer, A. H. Kutscher, D. Peretz & A. C. Carr (Eds.) *Bereavement: Its psychosocial aspects*. New York: Columbia University Press, 1975.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S. *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books, 1983.
- Laurell-Borulf, Y. *Kriselösning i långtidsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 1982.
- Scheppele, K. L. & Bart, P. B. Through woman's eyes: defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues*, 1983, 39, 63-81.

*Postadresse:*

Atle Dyregrov  
Forskningscenter for Arbeidsmiljø, Helse og Sikkerhet (FAHS)  
Hans Tanks gate 11  
5000 Bergen.  
Tlf. 05/21 25 84.