

Katastrofepsykologi

I. Psykososiale konsekvenser etter katastrofer*)

ATLE DYREGROV

NAVFs program for klinisk psykologisk forskning,
Barneklivikken, Haukeland Sykehus

Disaster psychology. I. Psychological consequences of disasters.

Abstract. — «Disaster psychology» is introduced as a term for use in psychological knowledge (theory and therapy) in the field of disaster. Emphasis is put on different aspects of the disaster situation and their consequences for psychological reactions. A review of studies concerning psychosocial effects of natural and man-made disasters in undertaken, specially focusing on how this effects children.

The review shows that disasters have serious health-effects for its survivors. The extreme stress experienced in disaster situations seems to affect nearly everyone exposed to it, and a high percentage of disaster-survivors may show short-term and long-term psychological problems.

Studies of disasterbereaved persons are few, but taken together with research from other bereaved populations the psychological toll of sudden death is heavy. Stress and its possible deleterious consequences for personnel working in disasters are also discussed.

Results from a large number of studies show that disasters have extended negative psychological effects, but methodological rigor is lacking in many of the studies. The use of control groups are rare, the specification of the stress experienced is poor, and the use of retrospective designs far exceeds the use of prospective designs. But altogether, the cumulative effect of results pointing in the same direction underlines the conclusion of serious health-effects in the wake of a disaster. Consequences for psychosocial intervention with the victims of a disaster will be discussed in a forthcoming article.

Innledning

I to artikler vil jeg rette søkelyset mot et arbeidsfelt få norske psykologer har deltatt i.

*) Artikkelen er skrevet med støtte fra NTNFs utvalg for risikoforskning.

«Katastrofepsykologi» henviser til bruk av psykologisk kunnskap (teori, empiri og terapi) i tilknytning til katastrofer. Psykiatere har lange tradisjoner innen katastrofefeltet (f.eks. innen krigspsykiatri). Det kan nevnes at Arne Sund så tidlig som i 1963 underviste i katastrofepsykiatri ved Universitetet i Oslo, hvor han senere har virket som dosent og professor i katastrofepsykiatri.

Ved Kontoret for Katastrofepsykiatri ved Gaustad Sykehus er det under professor Sunds ledelse et aktivt miljø som arbeider både klinisk og forskningsmessig på dette feltet. Katastrofepsykiatri synes fast etablert som eget fagfelt i Norge og det pågår ved Kontoret for Katastrofepsykiatri både prospektive og retrospektive studier av kriser og katastrofer (Sund, 1982).

Psykologer derimot har vært forbausende passive på dette området. Det er å håpe at artiklene vil bidra til økt kunnskap, sensitivitet og interesse også innenfor vår faggruppe.

I denne første artikkelen vil jeg beskrive de psykososiale konsekvenser av katastrofer for overlevende, for etterlatte og for personell som deltar i hjelpearbeid.

Karakteristika ved katastrofer

Vi kan skille mellom naturkatastrofer og «menneskeskapte» katastrofer (man-made disasters). *Naturkatastrofer* som jordskjelv, vulkanutbrudd, tørke og oversvømmelser har med jevne mellomrom rammet mennesker i alle verdensdeler, mens større ulykker eller menneskeskapte katastrofer av nyere dato og har sammenheng med menneskelig eller teknologisk svikt. Til den siste gruppen regnes f.eks. fly-, skips- og togulykker, eksplosjonsulykker, giftutslipp, branner og kjernekraftulykker. Samspillet mellom naturkrefter og menneskelig

teknologi er ofte årsak til katastrofer, slik at i praksis blir skillet mellom natur- og menneskeskapte katastrofer flytende.

En rekke faktorer bestemmer de psykologiske konsekvenser en katastrofe kan få. Her skal nevnes noen av de kjennetegn som er med å bestemme de psykologiske konsekvenser av en katastrofe.

En katastrofe kan være *varslet eller uvarslet*. Det er først og fremst ved naturkatastrofer at et varsel kan foreligge på forhånd. Nyere teknologi og massemedias rekkevidde muliggjør informasjon til store befolkningsgrupper ved trussel om en katastrofe. Slike varsler gir tid til fysisk og mental forberedelse og til iverksettelse av sikkerhetstiltak som kan redusere materielle ødeleggelser, motvirke sammenbrudd i slekt- og venne-nettverk og redusere antall dødsfall og skader.

Sosiologisk og sosialpsykologisk forskning har vist at de fleste mennesker vanligvis mottar varsel indirekte via andre, og de vurderer alvoret i situasjonen gjennom å iaktta hvordan andre handler, såvel som gjennom samhandling med andre. Denne forskningen har vist at det er omgivelsene mer enn innholdet i de utsendte varsler som bestemmer atferd hos katastrofetruede mennesker (Dynes & Quarantelli, 1976).

De uvarslede katastrofer gir liten eller ingen tid til *forberedelse*. De menneskeskapte katastrofer er ofte av denne type.

En katastrofe kan ha forskjellig *varighet*. Naturkatastrofer har ofte et forlenget tids spenn i forhold til menneskeskapte katastrofer. De kortvarige katastrofer kjennetegnes ofte ved at de er uvarslete og uventete, dvs. plutselige.

En katastrofe kan ramme et *større geografisk område*, noe som ofte er tilfellet ved naturkatastrofer, eller de kan ramme et *velavgrenset, lite område eller farkost*, som ved mange «man-made disasters». Naturkatastrofene vil ofte medføre store materielle ødeleggelser, mens materielle ødeleggelser er mer begrensede ved menneskeskapte katastrofer. Ved større ulykker kan antall skadete og tapte menneskeliv bli høyt, mens gode sikringstiltak ved naturkatastrofer kan begrense de menneskelige tap og skader.

Ved mange naturkatastrofer vil også de *sosiale ødeleggelser* være store fordi katastrofen rammer hele samfunn. Ved slike katastrofer kan sosiale nettverk rives opp, personers arbeidstilknytning kuttes av, og samfunnsinstitusjoner på ulike nivå kan settes ut av spill for kortere eller lengre perioder. Visse industriulykker kan ha samme karakter, men de fleste større ulykker (menneskeskapte katastrofer) rammer tilfeldig sammensatte grupper av mennesker som ikke utgjør noe varig sosialt system. Sosiologisk forskning har gitt viktige bidrag til å forstå de sosiale konsekvenser av en katastrofe. Det er fremhevet at de eksisterende sosiale nettverk har kunnet virke som buffer mot negative psykologiske virkninger av katastrofen.

Det er også fremhevet at samhold i et samfunn kan styrkes etter en naturkatastrofe, og at det kan skje en demokratisering av det sosiale liv i kjølvannet av en katastrofe. Det er spesielt gruppen rundt Drabek og Quarantelli som har utført denne forskningen (Drabek et al., 1975; Drabek & Key, 1976; Quarantelli & Dynes, 1973, 1977). Denne gruppens fremstilling av positive sosiale virkninger av en katastrofe er meget omstridt. Bl.a. har Erikson (1976) pekt på hvordan en oversvømmelse medførte at hele det katastroferammete samfunnet gikk i midlertidig oppløsning.

Vi må forvente at de karakteristika ved katastrofer som er nevnt vil være medbestemmende for de sosiale konsekvenser den vil ha. Det er også slik at den sosiologiske forskningen har fokusert på naturkatastrofer, mens de sosiale konsekvenser av menneskeskapte katastrofer er lite systematisk undersøkt. Ved større ulykker vil ofte etterlatte og katastroferammete være bosatt over store geografiske områder, slik at katastrofen ikke rammer etablerte sosiale system.

Katastrofeatferd

I en katastrofesituasjon er det sjelden at det bryter ut panikk. Dette er imidlertid en myte som er nokså utbredt i befolkningen og som understøttes av media. Når panikk inntrer, er det vanligvis situasjoner hvor mennesker er innesperret og det er kamp om å nå

trygge områder (f.eks. ved brann). Vanligvis vil katastrofeberørte personer ikke utvise irrasjonell atferd, ulogiske handlinger eller mangel på hensyntagen til andre. Dynes & Quarantelli (1976) hevder at katastroferammede reagerer aktivt: de vender seg først til slektninger, arbeidskolleger og andre kjente for hjelp, og først når de har brukt opp disse ressurser, søker de assistanse fra formelle hjelpeorganisasjoner. Drabek og Quarantelli-gruppen har bidratt til å bryte ned vanlige stereotypier om hvordan folk reagerer på katastrofer (se også Wenger et al., 1975, for en diskusjon av myter knyttet til katastrofer).

Gjennom en norsk undersøkelse har Weisæth (1978, 1981) bekreftet at katastroferammets atferd er realistisk og relevant, med få tilløp til panikk. En rekke av de katastroferammede utviste spontant lederskap.

Atferd under en katastrofe kan beskrives langs en tidsakse:

Den første fasen er *previrkningsfasen*.

Ved naturkatastrofer er dette den fasen hvor det foreligger en trussel og mulig varsel om en forestående katastrofe. Katastrofetruetes atferd er som tidligere nevnt avhengig av en vurdering av informasjon fra det nære sosiale nettverk. Mange større ulykker (og en del naturkatastrofer) har ingen previrkningsfase med trussel og varsel om hendelsen.

I *virkningsfasen* vil frykt, forvirring og desorientering oppleves av de fleste, og det kan observeres apati eller sjokk. Vanligvis vil atferd være hensiktsmessig og sikre katastroferammets sikkerhet. Like etter katastrofen vil ofte uskadete katastroferammede være aktiv i

Den siste fasen er *ettervirkningsfasen*. Den kan ledsages av en rekke psykologiske problemer som vil bli beskrevet i det følgende.

Den skisserte inndelingen er én blant flere som er anvendt for å beskrive reaksjoner og atferd langs en tidsakse. Sund (1976) har i sin bok «Psykiatri og stress under kriser, katastrofer og krig» gitt mer detaljerte beskrivelser. Han deler inn i: Forvarsel, varslingsperiode, katastrofeperiode, reaksjonsfase, reparasjons- og tilpasningsfase og den posttraumatiske fase. Han har også (Sund, 1978) integrert psykiatrisk kliniske aspekter i det fysiologiske stress-

og adaptasjonssyndromet og delt reaksjonene etter katastrofen i fire faser:

- 1) Sjokkfasen med akutte stress/krise/katastrofereaksjoner. Varigheten er fra timer til dager.
- 2) Motsjokket og reaksjonsfasen. Varighet fra 1 til 6 uker.
- 3) Reparasjonsfasen med varighet fra 1 til 6 måneder.
- 4) Den posttraumatiske fase. Varighet fra ca. 1/2 år og utover med uspesifikk avslutning.

I fase 2, og 3 finnes det subakutte traumatisk utløste angstsyndrom som den typiske reaksjon. Muligheten er her til stede både for hensiktsmessig adaptasjon eller utvikling av en traumatisk nevrose.

Psykologiske konsekvenser etter katastrofer.

Blant naturkatastrofer har oversvømmelser vært grundig studert. Spesielt har en katastrofe ved Buffalo Creek i USA i 1972 gitt opphav til en rekke studier (Rangell, 1976; Titchener, Kapp og Winget, 1976; Newman, 1976; Erikson, 1976; Lifton & Olson, 1976; Gleser, Green & Winget, 1981). Denne ulykken ble forårsaket av store regnmengder som førte til at en kunstig demning brøt sammen, og vannet strømmet ned i Buffalo Creek. Gleser, Green & Wingets (1981) undersøkelse fra Buffalo Creek, som er en av de mest omfattende studier på området, illustrerer de problemer katastroferammede rapporterer i andre undersøkelser, og gis derfor bred omtale her.

Ved Gleser et al.s undersøkelse ble det benyttet klinisk-psykiatriske intervju, klinisk/psykiatrisk vurdering (Psychiatric Evaluation Form) og ulike selvrapporterings-instrumenter på ulike tidspunkt etter katastrofen. Gleser og medarbeidere nyttet data fra to uavhengige undersøkelser over den samme populasjonen. De sammenlignet også de katastroferammede med grupper av psykiatriske pasienter, bl.a. polikliniske pasienter ved en psykiatrisk avdeling.

Resultatene fra undersøkelsen viste at de katastroferammede personer hadde en klart svekket (impaired) psykisk helse. En viss grad av svekkelse ble observert hos 80 % av alle voksne. De katastroferammede viste en psyko-

logisk gjennomsnittsprøfil som samsvarte med den som polikliniske psykiatriske pasienter viste. Ved siden av angst var det depresjon, somatiske plager, fortvilelse, apati og sosial isolasjon som var de mest fremtredende problemer i tiden etter katastrofen.

Over $\frac{3}{4}$ av de som deltok i undersøkelsen hadde søvnproblemer mer enn to år etter katastrofen. De hadde problemer både med å sovne, forbli i søvn, og få nok søvn. Svært mange var plaget av mareritt. M.h.t. psykosomatiske problemer, fant Gleser, Green & Winget en viss økning i antall magesår og en dramatisk økning i hypertensjon (høyt blodtrykk).

Også Logue & Hansen (1980) fant en økning i forekomst av hypertensjon etter en katastrofe, men i begge studier er det metodiske feilkilder.

I undersøkelsen forsøkte Gleser og medarbeidere å kvantifisere de tap og påkjenninger som den enkelte hadde lidd. Det viste seg at overlevende som led traumatiske tap av familiemedlemmer, slektninger eller venner utviste mer alvorlige psykiske plager enn de som bare led materielle tap. De som såvidt unnlapp oversvømmelsen fikk flere psykologiske problemer enn de som forlot området i god tid før vannet nådde dem. Den grad av psykisk belastning som den ene ektefellen led, influerte på den andre ektefellen. Menn som aktivt hjalp andre, eller som tidlig kunne begynne å rydde opp og reparere sine hjem var mindre emosjonelt plaget året etter katastrofen enn de som ikke deltok i slik aktivitet.

Gleser og medarbeidere viser at det er en konsistent trend mot reduksjon i symptomatologi over tid. Likevel blir det anslått at $\frac{1}{3}$ av mennene og 28 % av kvinnene hadde betydelige psykiske problemer så sent som 4–5 år etter katastrofen.

Andre undersøkelser over oversvømmelser bekrefter Gleser og medarbeideres undersøkelse. Bennet (1970) viste høyere dødelighetsrate, hyppigere legebesøk og sykehushenvisninger i en gruppe mennesker som fikk sitt hjem oversvømmet i forhold til katastroferammete som ikke fikk hjemmet oversvømmet. Logue, Hansen & Struening (1979, 1981) har også vist at oversvømmelsesofre opplever en høy grad av psykisk distress etter oversvømmelsen. Ca.

80 % av oversvømmelsesgruppen opplevde emosjonelt ubehag i mer enn 6 måneder etter oversvømmelsen, mot ca. 50 % i gruppen som unngikk oversvømmelse, men som bodde i det katastroferammete området. Opplevd stress strekker seg til flere år etter katastrofen (Logue et al., 1981). Janerich et al. (1981) har nylig rapportert en økning i forekomst av leukemi, lymfom og spontanabort i et område rammet av en oversvømmelseskatastrofe.

Undersøkelser fra andre typer naturkatastrofer (syklon, orkan, tornado og storm) bekrefter inntrykket av at slike hendelser medfører akutte og langsiktige stressreaksjoner. Både kasusstudier (Crawshaw, 1963; Grant, McNamara & Bailey, 1975; Hargreaves et al., 1979), og mer systematiske studier (Parker, 1975, 1977; Milne, 1977a; Panick, Powell & Sieck, 1976; Moore, 1958; Patrick & Patrick, 1981) har vist stor økning i psykologiske problemer som engstelse, spenning, irritabilitet, søvnproblemer osv. etter katastrofer.

Ved jordskjelv og vulkanutbrudd følger problemene i hovedsak samme mønster som ved andre naturkatastrofer.

Fra større ulykker eller man-made disasters foreligger det forholdsvis få systematiske studier over de psykososiale konsekvenser for de katastroferammete. Langt de fleste av disse studier er fokusert på overlevende etter slike ulykker, mens bare noen få har undersøkt familier som har lidd tap av familiemedlemmer ved katastrofen.

Cobb & Lindemann (1943) fant at nærmere 50 % av overlevende som ble hospitalisert etter en brann led av emosjonelle problemer 8 dager etter brannen. Det vanligste var sorgreaksjoner etter tap av nærtstående personer, men det ble også observert psykoser og fobisk angst.

Weisæth (1978, 1981) har beskrevet sekveler hos overlevende etter katastrofebrannen i Jotunfabrikken i Sandefjord i 1976. Han fant at en del av de 125 overlevende led av psykiske problemer de to første årene etter katastrofen. Oslo-gruppen ved Malt, Sund & Weisæth (1978) har også beskrevet generelle psykiske aspekter ved brannskader hos voksne.

Tundin (1982) har i en prospektiv undersøkelse fulgt 18 etterlatte etter en brannkatastrofe. For 8 av de etterlatte var sorgen av

«patologisk» karakter med uttalte symptom (mest angstpregede problemer). Lundin tilbakefører problemene til den manglende mulighet for psykologisk forberedelse de plutselige og uventede dødsfall gir.

Lindy et al. (1981) har beskrevet et støtteprogram rettet mot overlevende etter en storbrann i et spisested. I dette arbeidet kvantifiserte de den enkeltes tap, livstrussel og opplevde subjektive stress og fant alle 3 faktorer positivt forbundet med en svekkelse av den psykiske helse. Dessverre inneholder rapporten få kvantitative data, og ingen oppfølgingsdata.

Andre ulykker er også studert. Henderson & Bostock (1977) har beskrevet atferd hos 7 menn som overlevde en skipsulykke og som først ble reddet 13 dager etter ulykken. 5 menn utviklet psykiatriske lidelser for første gang i sitt liv. Det var først og fremst søvnproblemer, angst, irritabilitet og depresjon som meldte seg. Lignende problemer er rapportert av Leopold & Dillon (1963), 3 til 4 år etter en skips eksplosjon. Leopold & Dillon bemerker at ulykkens natur er mer vesentlig for de post-traumatiske psykologiske problemer enn den personlighet de overlevende utviste forut for ulykken.

En grundig kartlegging av konsekvenser av en ulykke er Bromets (Bromet, 1980; Bromet & Dunn, 1981) studie over kjernekrakthellet på Three Miles Island i 1979. Her ble ingen mennesker drept, men trusselen om en katastrofe var overhengende. Resultatene fra denne velkontrollerte undersøkelsen viste at mødre til førskolebarn i kjernekraktområdet opplevde flere episoder av angst og depresjon i året etter ulykken enn en kontrollgruppe. For arbeiderne ved kjernekrakverket var det små forskjeller fra en kontrollgruppe. Flere oppfølgingsstudier er på gang etter denne «ulykken» (APA Monitor, April 1982).

Singh & Raphael (1981) har i motsetning til de fleste andre undersøkelser etter ulykker konsentrert sin interesse om familier som opplevde tap av et nærtstående familiemedlem. Ved en togulykke i Australia omkom 83 mennesker, og Singh & Raphael intervjuet omtrent halvparten av de etterlatte (enker og enkemenn) og 1/3 av de foreldre hvis barn ble drept i ulykken (det dreier seg helst om «voksne

barn»). De fant en trend mot at etterlatte ektefeller greide seg bedre enn etterlatte foreldre, at enkemenn greide seg bedre enn enker, og at de med et støttende sosialt nettverk greide seg bedre enn de uten et slikt nettverk. De som så sine døde etter ulykken greide seg bedre enn de som ikke gjorde det, og det var en tendens til at de som fikk sorgrådgivning greide seg bedre enn de som ikke fikk slik intervensjon. En uttalt mangel ved de fleste undersøkelsene, det være seg av natur- eller menneskeskapte katastrofer, er mangel på spesifisering av om de undersøkte personer har lidd tap av nærtstående familiemedlemmer ved katastrofen. Dette gjør det nødvendig å se på psykiske og somatiske konsekvenser ved tap av nærtstående familiemedlemmer generelt.

Uten å ta området opp i full bredde her, kan det oppsummeres slik: Det foreligger en klar økning av somatiske og psykiske symptomer i tiden etter tap av nærtstående familiemedlem, og for enkemenn er det vist en økt dødsrisiko. (For en oversikt, se Clayton 1974, Bowlby 1980.)

En rekke forhold er med å beskytte mot eller øke sjansene for sykdomsutvikling. For en grundig oversikt over disse faktorer henvises leseren til Bowlby (1980). Det plutselige dødsfall, som ved katastrofer, hevdes å skape større emosjonelle forstyrrelser, med lengre vedvarende sorgreaksjoner enn det antisperte dødsfall. Plutselige dødsfall medfører oftere patologiske reaksjoner enn antisperte dødsfall (Parkes, 1970). I en ny undersøkelse (Lundin, 1982) presenteres resultater som tyder på at den registrerte sykkelighet, og de patologiske sorgreaksjonene etter tap først og fremst finnes i gruppen av etterlatte som har opplevd plutselige dødsfall.

Barns reaksjoner på katastrofer

Gleser, Green & Winget (1981) fant færre symptomer blant barn enn voksne, og en tendens til at grad av psykopatologi økte med barnas alder. Barn av foreldre som selv hadde store problemer, viste størst svekkelse av den psykiske helsen. Newman (1976) som under-

sokte 24 barn fant at barn som ble påvirket av katastrofen, hadde en tendens til å utvikle angst, frykt, rastløshet, hengig og en mer narm.

Milne (1977) klon hadde 10 ble innnetet. Med unntak ble rapportert frekvensen av fant at jo desto mindre dårligst med l nerte til 12 barn i familien Powell & 5 av foreldre som mer til

Bloch, 33 barn etter en ca. 13 år var relser etter mindre forstyrrelser regressive atfer en generell i samt fobike forstyrret var i nedslagssom å merke seg a nærtstående f av alvorlig fo skolebarn var førskolebarn.

Dette sams deres underso Milne (1977b).

Barns reaks staes i et fam reres gjennom vil ofte beste og deres evn tilstede hos synes også, s

søkte 224 barn etter Buffalo Creek-katastrofen fant at barna laget sine egne teorier om katastrofen, ikke bare på basis av egne reaksjoner, men på grunnlag av de reaksjoner de observerte hos foreldre og andre voksne. Vanlige reaksjoner blant barna var angst for atskillelse, frykt, rastløshet, sinneanfall, irritabilitet, avhengig og krevende atferd og søvnproblemer m.m.

Milne (1977b) studerte hvilken effekt en sykklon hadde på barn. Informasjon om barna ble innhentet via et spørreskjema til foreldrene. Med unntak av frykt for regn og vind, som ble rapportert for mer enn $\frac{1}{4}$ av barna, var frekvensen av atferdsforstyrrelser lav. Milne fant at jo eldre barna var ved undersøkelsen, desto mindre problemer utviste de. Det gikk dårligst med barn i familier som ikke returnerte til katastrofeområdet, og bedre med barn i familier som forble i området. Panick, Powell & Sieck (1976) rapporterer at ca. $\frac{1}{4}$ av foreldre etter en sykklon opplever sine barn som mer irritable og vanskelige.

Bloch, Silber & Perry (1956) undersøkte barn etter en tornadokatastrofe. De fant at ca. 13 % viste alvorlige emosjonelle forstyrrelser etter katastrofen, og ca. 17 % viste mindre emosjonelle forstyrrelser. De typiske forstyrrelsene var økning i avhengighetsatferd, regressiv atferd og mareritt. I tillegg fant de en generell irritabilitet og sensitivitet for støy, samt fobiske symptomer. Mest emosjonelt forstyrret var de barna som hadde befunnet seg i nedslagssonen for tornadoen. Det er verdt å merke seg at 11 av de 12 barna som mistet nærtstående familiemedlemmer kom i gruppen av alvorlig forstyrrete barn. De fant også at skolebarn var mer emosjonelt forstyrret enn førskolebarn.

Dette samsvarer med Gleser og medarbeideres undersøkelser (1981), men ikke med hva Milne (1977b) fant.

Barns reaksjoner på en katastrofe må forstås i et familieperspektiv. Virkeligheten filteres gjennom foreldrene, og barns reaksjoner vil ofte bestemmes av foreldrenes reaksjoner og deres evne til å støtte, forklare og være tilstede hos barnet. Men, barns problemer synes også, som for voksne, i stor grad å ha

direkte sammenheng med de hendelsene de iakttar og opplever. De gjenopplever katastrofen i drømme, og plages av mareritt. Situasjoner eller stimuli som minner dem om katastrofen, fører til angst og fobiske reaksjoner. Ved naturkatastrofer betinges redsel og angst til regn, vannansamlinger, torden eller sterk vind. Søvnproblemer synes spesielt å være uttalt blant barn som har opplevd katastrofer. For en eksemplifisering av dette, se Gleser og medarbeidere (1981) og Newman (1976).

I katastrofeundersøkelsene er ikke barns psykiske problemer etter tap av foreldre undersøkt. Dersom vi vender oss til den kunnskap vi har om barns reaksjoner på voksnes død generelt gir det oss et bilde av de problem barn står overfor.

Barns reaksjoner på tap er for en stor del bestemt av dets alder. Barn under ca. 5 år viser relativt lite sorg, noe som reflekterer barnets manglende evne til fullt ut å forstå at døden er endelig og universiell, og i hvilken grad tapet vil innvirke på dets liv. Barnet vil først og fremst reagere på atskillelse fra betydningsfulle andre. De følelser og den atferd barna viser er rudimenter av voksens sorg. Fordi førskolebarn ofte viser det vi kaller magisk tankegang, kan de sette foreldrenes forsvinning i sammenheng med noe de selv har gjort eller tenkt, slik at de kan føle skyld over det som har hendt.

Eldre barn reagerer på dødsfall på en annen måte som mer ligner voksnes sorgreaksjoner. De er opptatt av minnene om den som er død, og har en tendens til å gjenkalle de gode trekkene hos avdøde. Barnets daglige rutiner blir ofte brutt opp ved dødsfall, og barnet kan bli uventet irritabel og rastløs. For en god oversikt over dette området henvises leseren til Bowlby (1982), og til rekken av kasusstudier som finnes. (Mahler, 1961; Wolfenstein, 1966, 1969; Lopez & Kliman, 1979; Lampl-De Groot, 1976; Barnes, 1964).

På grunnlag av mer systematiske undersøkelser (se f.eks. Birchnell, 1980; Crook & Eliot, 1980; Bendiksen & Fulton, 1975) må vi si at det ikke er mulig å trekke sikre konklusjoner om den betydning dødsfall hos foreldre har for senere psykiske problemer hos barna.

Psykiske reaksjoner hos katastrofepersonell

Hjelpepersonell som arbeider i katastrofeområdet opplever sterkt emosjonelt stress og trauma. De eksponeres for død, forvridde kropp, fortvilte pårørende, rop og skrik, og ofte opplever de trussel mot eget liv. I tillegg utsettes de for et stort og ofte langvarig arbeidspress. Katastrofepersonell vil vanligvis skyve all annen yrkes- og familieaktivitet i bakgrunnen, mens katastrofearbeidet pågår. Selv etter at det umiddelbare katastrofearbeidet er over, vil mange fortsette å gi hjelp til de katastroferammete ved siden av sine regulære jobber. Resultatet av dette arbeidspresset kan bli det som kalles *utbrenningssyndromet*. Dette er en tilstand av utmattelse, irritabilitet og tretthet som markert vil minke personens effektivitet og kapasitet til å hjelpe. De som rammes av utbrenning vil vanligvis ikke selv legge merke til tilstanden, men omgivelsene vil observere den. Vanligvis melder utbrenningssymptomer seg hos personer som over lengre tid har vært utsatt for stress i arbeidssituasjonen, men Mitchell (1981) omtaler det ~~hå~~ ~~kan~~ ~~kalles~~ ~~for~~ ~~hurtig~~ ~~innsettende~~ ~~utbrenning~~.

Dette er en form for utbrenning som utvikles når folk eksponeres for overveldende stress over kortere tidsperioder. Eksempel vil være det stress brannfolk, paramedisinsk personell og katastrofehjelpere utsettes for. De karakteristiske symptomer i en katastrofesituasjon vil være depresjon med gråteperioder, migræne, tilbaketrekning fra andre, og lav irritasjonstærskel. Annetsteds har jeg redegjort for utbrenningssyndromet slik det arter seg hos sykehuspersonell (se Dyregrov, Finne & Raundalen, 1982). Sund (1977) omtaler denne emosjonelle reaksjonsform hos redningsmannskaper som det sekundære katastrofesyndromet.

Katastrofepersonell som arbeider i nær kontakt med overlevende og etterlatte vil være spesielt utsatt for utbrenning. Den lidelse og sorg de kommer i kontakt med, og de sterke bånd de kan knytte til de katastroferammete, gjør at de selv kan oppleve sorgreaksjoner. Konsekvensen av det stressfylte arbeidet i nær kontakt med lidende familier kan bli utmattelse og utbrenning.

Det er ikke utført systematiske studier over hyppigheten av slike utbrenningstilstander hos

katastrofepersonell. Fenomenet er likevel nevnt i flere rapporter (Frederick, 1977; Krell, 1978; Raphael, Singh & Bradbury, 1980; Cohen & Ahearn, 1980; Hartmann & Allison, 1981).

Under samtaler jeg har hatt med hjelpepersonell som deltok i katastrofearbeidet etter en flyulykke i Boston i 1973, kom det frem at nesten samtlige hadde hatt angst for å fly siden den gang. Flere av dem hadde ikke vært oppe i fly siden ulykken skjedde. De fleste av dem som var til stede fortalte om bilder fra katastrofearbeidet som stadig dukket opp i tankene deres. Disse bildene var spesielt knyttet til sterkt forbrente omkomne fra den gang. De fortalte også om noen medlemmer av det profesjonelle team på den psyko-sosiale siden ikke greide å tilpasse seg det høye stressnivået de måtte arbeide under. I visse tilfeller skjedde det faktisk en rolle-reversering slik at de etterlatte familiene måtte ta vare på hjelpepersonellet.

På dette området trengs det undersøkelser for å kartlegge de kortsiktige og langsiktige psykologiske konsekvenser det har å delta i slikt katastrofearbeid.

Medierende variabler

Flere faktorer påvirker den enkeltes adaptasjon til en krisesituasjon. Selv om en katastrofesituasjon innebærer så ekstremt stress at det medfører en krisereaksjon hos de fleste, vil kort- og langtidspioner variere fra person til person. Både individuelle og kontekstuelle forhold vil kunne moderere eller aksentuere en krisereaksjon. For en fyldigere diskusjon av person- og sosiale nettverksfaktorer som kan modifisere/øke en persons reaksjon på en krise/stress-situasjon henvises til Dyregrov & Ingebretsen (1982), Sund (1976) og Jenkins (1979).

Her skal noen faktorer nevnes summarisk:

1. Tidligere gjennomlevde kriser, og håndtering av disse.
2. Det øvrige «livsstress» personen er utsatt for.
3. Den sosiale støtte personen kan motta og gjøre seg nytte av.

1. Tidligere
2. Livsstress
3. Sosiale
4. Håndtering

Katastrofepersonell som arbeider i katastrofeområdet opplever sterkt emosjonelt stress og trauma. De eksponeres for død, forvridde kropp, fortvilte pårørende, rop og skrik, og ofte opplever de trussel mot eget liv. I tillegg utsettes de for et stort og ofte langvarig arbeidspress. Katastrofepersonell vil vanligvis skyve all annen yrkes- og familieaktivitet i bakgrunnen, mens katastrofearbeidet pågår. Selv etter at det umiddelbare katastrofearbeidet er over, vil mange fortsette å gi hjelp til de katastroferammete ved siden av sine regulære jobber. Resultatet av dette arbeidspresset kan bli det som kalles *utbrenningssyndromet*. Dette er en tilstand av utmattelse, irritabilitet og tretthet som markert vil minke personens effektivitet og kapasitet til å hjelpe. De som rammes av utbrenning vil vanligvis ikke selv legge merke til tilstanden, men omgivelsene vil observere den. Vanligvis melder utbrenningssymptomer seg hos personer som over lengre tid har vært utsatt for stress i arbeidssituasjonen, men Mitchell (1981) omtaler det ~~hå~~ ~~kan~~ ~~kalles~~ ~~for~~ ~~hurtig~~ ~~innsettende~~ ~~utbrenning~~. Dette er en form for utbrenning som utvikles når folk eksponeres for overveldende stress over kortere tidsperioder. Eksempel vil være det stress brannfolk, paramedisinsk personell og katastrofehjelpere utsettes for. De karakteristiske symptomer i en katastrofesituasjon vil være depresjon med gråteperioder, migræne, tilbaketrekning fra andre, og lav irritasjonstærskel. Annetsteds har jeg redegjort for utbrenningssyndromet slik det arter seg hos sykehuspersonell (se Dyregrov, Finne & Raundalen, 1982). Sund (1977) omtaler denne emosjonelle reaksjonsform hos redningsmannskaper som det sekundære katastrofesyndromet. Katastrofepersonell som arbeider i nær kontakt med overlevende og etterlatte vil være spesielt utsatt for utbrenning. Den lidelse og sorg de kommer i kontakt med, og de sterke bånd de kan knytte til de katastroferammete, gjør at de selv kan oppleve sorgreaksjoner. Konsekvensen av det stressfylte arbeidet i nær kontakt med lidende familier kan bli utmattelse og utbrenning. Det er ikke utført systematiske studier over hyppigheten av slike utbrenningstilstander hos katastrofepersonell. Fenomenet er likevel nevnt i flere rapporter (Frederick, 1977; Krell, 1978; Raphael, Singh & Bradbury, 1980; Cohen & Ahearn, 1980; Hartmann & Allison, 1981). Under samtaler jeg har hatt med hjelpepersonell som deltok i katastrofearbeidet etter en flyulykke i Boston i 1973, kom det frem at nesten samtlige hadde hatt angst for å fly siden den gang. Flere av dem hadde ikke vært oppe i fly siden ulykken skjedde. De fleste av dem som var til stede fortalte om bilder fra katastrofearbeidet som stadig dukket opp i tankene deres. Disse bildene var spesielt knyttet til sterkt forbrente omkomne fra den gang. De fortalte også om noen medlemmer av det profesjonelle team på den psyko-sosiale siden ikke greide å tilpasse seg det høye stressnivået de måtte arbeide under. I visse tilfeller skjedde det faktisk en rolle-reversering slik at de etterlatte familiene måtte ta vare på hjelpepersonellet. På dette området trengs det undersøkelser for å kartlegge de kortsiktige og langsiktige psykologiske konsekvenser det har å delta i slikt katastrofearbeid.

De kroniske «katastrofesyndromet» (se K reaksjonene se mer som er ne legg sees tap i

et er likevel nevnt (1977; Krell, 1978; 1980; Cohen & Allison, 1981). Vært med hjelpearbeidet etter katastrofen, kom det frem at angst for å fly hadde ikke vært de fleste av dem som dukket opp i forbindelse med katastrofen. Enkelte av dem som var på den sosiale siden av katastrofen, i disse tilfellene, var det slik at de var på hjelpe-

arbeidet undersøkelser og langsiktige studier har å delta i

ettersom adaptasjon til en katastrofe er stress og at de fleste, etter katastrofen, har en vanskelig situasjon og at de fleste har en vanskelig situasjon og at de fleste har en vanskelig situasjon

ettersom adaptasjon til en katastrofe er stress og at de fleste, etter katastrofen, har en vanskelig situasjon

ettersom adaptasjon til en katastrofe er stress og at de fleste, etter katastrofen, har en vanskelig situasjon

4. Tidligere psykiske plager (Prekatastrofe-personlighet).
5. Personens persepsjon av hendelsen, og den mening som tilskrives katastrofen.
6. For etterlatte: Forholdet til den omkomne.

Konklusjon

Mange av de undersøkelser som foreligger over katastrofers psykologiske konsekvenser er metodisk sett utilfredsstillende. En rekke undersøkelser har et kasuistisk preg som gir få holdepunkter for å vurdere utbredelsen av psykologiske problemer i gruppen av katastroferammede mennesker. Katastrofers natur vanskeliggjør velkontrollerte studier, og man må for en stor del basere seg på retrospektive designs. Til tross for at undersøkelsene enkeltvis kan ha en rekke mangler, vil den kumulative virkning av funn som går i samme retning gjøre det mulig å trekke konklusjoner om psykologiske konsekvenser av katastrofer. Både velkontrollerte og mer kasuistisk pregede undersøkelser har vist at en stor del av de mennesker som berøres av katastrofer, det være seg som overlevende, etterlatte eller som hjelpepersonell, vil oppleve emosjonelle problemer i katastrofens kjølvann. Problemene er vist å kunne vedvare over flere år. I noen undersøkelser er det rapportert at problemene først meldte seg lang tid etter katastrofen. Selv om de psykiske problemer kan strekke seg over år, vil likevel de fleste personer vende tilbake til «normal» psykologisk status over tid.

Psykosier og fullstendig sammenbrudd sees sjelden etter katastrofer, mens problemer av nevrotisk karakter er hyppige. I den akutte fasen etter katastrofen er det ofte påtrengende bilder fra katastrofen som melder seg, dessuten katastroferelaterte drømmer, dårlig konsentrasjonsevne, søvnforstyrrelser, angst, depresjon, sinne og fobi. Fobiske reaksjoner utløses vanligvis av stimuli som er assosiert (betinget) til katastrofen.

De kroniske langtidsreaksjoner er blitt kalt «katastrofesyndromet» eller «overlevelsessyndromet» (se Kuranji, 1969). Ved de kroniske reaksjonene sees en fortsettelse av de problemer som er nevnt under den akutte fasen, i tillegg sees tap av energi, tilnærvende trau-

matiske drømmer og tanker relatert til katastrofen, isolering fra andre mennesker og psykisk «nummenhet». Disse langtidsreaksjonene vil kunne innordnes under det Horowitz og medarbeidere har kalt «stress-response syndromes» (Horowitz, 1974, 1976; Horowitz & Solomon, 1978; Horowitz et al., 1980; Krupnick & Horowitz, 1981). De psykologiske reaksjonene på katastrofer har klare fellestrekk med reaksjoner observert etter andre stressfylte livssituasjoner, og leseren henvises til Horowitz-gruppens interessante rapporter.

På bakgrunn av de refererte undersøkelsene synes det åpenbart at det er et behov for psykososial assistanse ved en katastrofe. Organisering av/og oppgaver i slik «intervensjon» beskrives i en senere artikkel.

Referanser

- Barnes, M. J. Reactions to the death of a mother. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1964, 19, 334-57.
- Bendixen, R. & Fulton, R. Death and the child: An anterospective test of the childhood bereavement and later behavior disorder hypothesis. *Omega*, 1975, 6, 45-59.
- Bennet, G. Bristol Floods 1968. Controlled survey of effects on health of local community disaster. *British Medical Journal*, 1970, 3, 454-58.
- Birchall, J. Women whose mothers died in childhood: an outcome study. *Psychological Medicine*, 1980, 10, 699-713.
- Bloch, D. A.; Silber, E. & Perry, S. E. Some factors in the emotional reaction of children to disaster. *American Journal of Psychiatry*, 1956, 113, 416-22.
- Bromet, E. *Three Mile Island: Mental health findings*. Western Psychiatric Institute and clinic, University of Pittsburgh, Pennsylvania, October 1980.
- Bromet, E. & Dunn, L. Mental health of mothers nine months after the Three Mile Island accident. *The Urban & Social Change Review*, 1981, 14, (2), 12-15.
- Bowlby, J. *Attachment and loss. Volume III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic books, 1980.
- Clayton, P. J. Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30, 747-750.
- Cobb, S. & Lindemann, E. Neuropsychiatric observations during the Coconut Grove Fire. *Annals of Surgery*, 1943, 117, 814-824.
- Cohen, R. E. & Ahearn, F. L. *Handbook for mental health care of disaster victims*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
- Crawshaw, R. Reactions to a disaster. *Archives of General Psychiatry*, 1963, 9, 157-62.
- Crook, T. & Eliot, J. Parental death during childhood and adult depression: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1980, 87, 252-59.