

Katastrofepsykologi. II. Psykososial katastrofeintervensjon*)

ATLE DYREGROV

NAVFs program for klinisk psykologisk forskning,
Barneklubben — Haukeland sykehus

Disaster psychology. II. Psychosocial disaster-intervention.

Abstract. — In the second of two articles on disaster psychology the organization and tasks for psychosocial disaster-intervention is outlined.

The advantages of integrating psychosocial interventions into already existing disaster- and emergency plans are stressed. Personnel called upon to help in disaster situations or involved in planning the aid work to meet with such events should have better knowledge of mental health needs of the victims of a disaster.

The psychosocial intervention needed in a disaster depends upon different aspects of the situation (aspects discussed in the first article). Based on existing training manuals and clinical experience from crisis situations, types of intervention both in the impact/emergency period and on a long term basis, i.e. the postdisaster period, are described.

Disaster intervention must focus on three different groups:

1. Survivors, 2. Bereaved families, 3. Human service and disaster relief workers.

A special emphasis is placed on bereaved children, a group offered little attention in earlier reports. Several methods of intervention, prevention, and therapy for use with the three groups are touched upon.

I den første artikkelen om katastrofepsykologi ble det vist at katastrofer kan medføre betydelige negative konsekvenser for den psykiske helse hos overlevende, hos etterlatte og tildels hos personell som deltar i katastrofearbeidet. I denne artikkelen vil oppgaver og hovedlinjer i psykososial intervensjon etter katastrofer bli

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

trukket opp. Det er imidlertid ikke bare når katastrofen inntreffer at de psykososiale aspekter bør tas hensyn til, men også i planlegging forut for en eventuell katastrofe.

På bakgrunn av de store psykososiale problemer som katastroferammede mennesker står overfor, vil det være hensiktsmessig å etablere et team som kan planlegge og intervensere på den psykososiale siden ved katastrofer. Ved siden av det team som allerede befinner seg ved Kontoret for katastrofepsykiatri ved Gaustad sykehus i Oslo, bør en etter min mening ha et team plassert på Vestlandet der oljevirk-somheten representerer et katastrofepotensial. Når jeg senere i denne artikkelen refererer til teamets oppgaver, vil det være de oppgaver som nettopp slike regionale katastrofeteam kan stå for. I en annen sammenheng (Dyregrov, 1982) har jeg beskrevet de oppgaver et slikt team bør ta seg av, samt teamets sammensetning, tilknytning og ledelse.

Arbeid på det psykososiale området forut for en katastrofe

Dersom psykososiale aspekter ved katastrofer skal ivaretas bedre, må de innarbeides i eksisterende beredskaps- og katastrofeplaner. De psykososiale aspekter må integreres både i sentral og lokal katastrofeplanlegging (industri, forsvar, sivilt beredskap og sykehus). Integrasjonen må skje i samarbeid med offentlige og frivillige institusjoner som har sin plass i arbeid ved katastrofer. I den grad det er nødvendig bør psykososiale aspekter tas med i eksisterende lovgivning. Det er viktig at psykososiale tiltak og aktiviteter ikke opererer i et vakuum, men kan samordnes med andre hjelpeaktiviteter. I

samarbeid med andre organisasjoner må den rolle det psykososiale team skal spille ved en katastrofe avklares, slik at autoritets- og ansvarslinjer er klare (se Hartsough, 1988, for en diskusjon av disse aspekter).

En vesentlig del av det arbeid som de psykososiale team bør gjennomføre forut for en katastrofe vil være å arrangere kurs for grupper som er engasjert i planlegging for eller arbeid ved en katastrofe. Blant de grupper som bør gjennomgå slike kurs er:

- A. Fagfolk innen det psykiske helsevern.
- B. Medisinsk og paramedisinsk personell.
- C. Nøkkelpersoner i katastrofeutsatte næringer.
- D. Personell som utarbeider katastrofe/beredskapsplaner.

Hensikten med disse kursene bør være å øke kunnskapen om psykososiale faktorer ved ulykkes- og katastrofesituasjoner. Målet er å ta bedre vare på overlevende, pårørende og etterlatte i ulykkes- eller katastrofesituasjoner. Deltakerne på slike kurs må lære hva de kan forvente av reaksjoner i en katastrofesituasjon, hvordan de selv kan ventes å reagere, og ikke minst på hvilken måte de kan bidra i akutt og langsiktig psykososialt hjelpearbeid. I kurs for nøkkelpersoner innen industri bør det legges vekt på hvordan de best håndterer kollektive stress-situasjoner.

Intervensjon ved katastrofer

Hva slags psykososial intervensjon som foretas vil selvsagt variere med den enkelte katastrofe. Ulike karakteristika ved katastrofer (diskutert i den forutgående artikkelen, Dyregrov, 1983), vil bestemme hvor, når og mot hvilke grupper den psykososiale intervensjonen settes inn.

Den psykososiale intervensjon bør innbefatte tre grupper:

1. overlevende, 2. etterlatte og pårørende, 3. hjelpepersonell.

Hittil har mye av oppmerksomheten vært fokusert mot overlevende etter katastrofer, mens etterlatte i mindre grad har blitt tatt hånd om. Eksempelvis kan nevnes at mens overlevende etter Alexander Kielland-ulykken er interv-

juet og fulgt opp systematisk, har tilbudet om oppfølging til de etterlattes familier vært mer sporadisk. Intervensjon bør skje både umiddelbart etter katastrofen, fortrinnsvis i nær tilknytning til selve katastrofeområdet, og som langtidsintervensjon.

Det er utarbeidet systematiske treningsmanualer og håndbøker til bruk for helsepersonell i det psykososiale katastrofearbeid (Farberow & Frederick, 1978; Frederick, 1981; Tierney & Baidson, 1979; Cohen & Ahearn, 1980). Kun én av disse håndbøkene retter seg spesifikt mot større ulykker, nemlig Fredericks (1981) som omtaler flyulykker. Det vil være av stor verdi at lignende håndbøker utarbeides for norske forhold. Ved siden av disse håndbøker finnes beskrivelse av psykososiale intervensjonsprogram som har vært igangsatt etter ulykker og katastrofer, se bl.a. Grossman (1979), Tuckman (1973), Richard (1974), Zarle, Hartsough & Ottinger (1974), Kliman (1976), Heffron (1977), Raphael (1979/80), Lindy et al. (1981) og Brownstone et al. (1977).

Den videre fremstillingen bygger på de omtalte håndbøker. Det vil føre for langt å ta opp alle sider ved det psykososiale hjelpearbeidet, og fremstillingen er begrenset til katastrofeintervensjon ved større ulykker (man-made disasters). Dette er gjort fordi det er slike hendelser som er mest aktuelle i vårt land. Den følgende fremstillingen vil derfor beskrive psykososial intervensjon slik den kan utføres ved f.eks. tog-, fly-, skipsulykker, store branner, eksplosjoner og ulykker på oljeinstallasjonene på vår kontinentalsokkel.

Psykososial intervensjon umiddelbart etter en katastrofe

Det psykososiale teamet står overfor flere oppgaver i den umiddelbare katastrofesituasjonen:

I. Informasjonsmøter for katastrofepersonell.

Det må arrangeres korte informasjonsmøter for katastrofepersonell for å gjøre dem bedre rustet til å ta seg av overlevende, etterlatte og andre pårørende. Slike informasjonsmøter bør bl.a. omfatte følgende:

1. *Innføring i vanlige psykologiske reaksjoner på ekstrem stress.* Se Dyregrov, 1982, 1983.

2. *Opplæring i hvordan en møter mennesker som er utsatt for ekstrem stress (kriseintervensjonsferdigheter).* Noen av de generelle prosedyrer som hjelpepersonellet bør informeres om er (Frederick, 1977):
- A. Være rolig når du står overfor den kriserammete, dette demper angst og eventuelle panikkreaksjoner.
 - B. Forsøk å engasjere personen i en samtale dersom han/hun er i stand til å snakke. Dette åpner for følelser, som igjen kan redusere emosjonell spenning og samtidig gir det mulighet for å vurdere personens håndtering av krisen. Det siste aspektet gir verdifull informasjon også for eventuell langtidsoppfølging av de katastroferammete.
 - C. Lag en handlingsplan for hver person/familie. En handlingsplan som gir en enkel oversikt over hva som skal skje fremover, enten det er transport til sykehus eller forberedelse på identifisering av omkomne, gir kriserammete oversikt over situasjonen, og følelsen av at noe blir gjort for å hjelpe.
 - D. Overlevende bør få kontakte sine pårørende snarest slik at unødvendig angst unngås. Tidlig samtale mellom den overlevende og hans/hennes familie vil umiddelbart lette kommunikasjon og forståelse familiemedlemmene imellom.
 - E. Gi råd og veiledning til overlevende og pårørende. Personer i krise kan trenge hjelp til å utføre selv de enkleste oppgaver i den umiddelbare tid etter krisehendelsen.
 - F. Det bør unngås ryktespedning. Rykter sprer seg raskt i katastrofesituasjoner. Dette nødvendiggjør klar informasjon uten at en overvelder de katastroferammete.
Mangel på direkte svar eller parering av spørsmål fra katastroferammete øker usikkerhet og angst. Etterlatte må gis hurtig beskjed om dødsfall. Pårørende som er usikre på om deres familiemedlemmer er omkommet, bør få fortløpende informasjon fra hjelpepersonell.
 - G. Understøtte de katastroferammets egenaktivitet. Mennesker som gjør noe kon-

struktivt i situasjonen vil få dempet sin angst og redusert sin risiko for utvikling av langtidsproblemer.

Se også Sund (1976) for beskrivelse av hensiktsmessige måter å møte kriserammete mennesker på.

3. *Beskrivelse av atferd som tilsier at personen (familien) bør henvises til det psykososiale team.* Farberow & Frederick (1978) fremhever bl.a. følgende forhold som bør medføre henvisning til teamet:
- Personen er ute av stand til å gi sitt eget navn eller navn på folk han lever sammen med.
 - Personen er ute av stand til å si hvilken dato det er, og hvor han er.
 - Personen kan ikke huske hendelser som har funnet sted de siste 24 timer.
 - Personen klager over at hukommelsen svikter.
 - Personen er apatisk og ute av stand til å bevege seg.
 - Personen er inkontinent eller selvdestruktiv.
 - Personen bruker store mengder alkohol eller medikamenter.
 - Personen gjentar visse ritualer om igjen og om igjen.
 - Personen hallusinerer, f.eks. hører stemmer eller ser syner.
 - Personen klager over at hans kropp føles uvirkelig og at han er redd for å bli gal.
 - Personen er redd for å skade seg selv eller andre.
 - Personen snakker ekstremt mye (orddiaré).
 - Personen er svært opptatt av en spesiell tanke eller idé eller vedkommende tror at noe eller noen er ute for å ta ham eller hans familie.
 - Personen viser ekstremt lite emosjoner og virker fullstendig tilbaketrukket.
 - Personen er ekstremt emosjonell og viser upassende emosjonelle reaksjoner.
- Se også Singh og Raphael (1981) og Lindy et al. (1981) for en diskusjon av risikofaktorer som bør lede til kontakt med teamet.

Hjelpepersonellet bør få informasjon om det hjelpetilbud som blir satt i gang etter at det umiddelbare katastrofearbeidet er over, når overlevende og etterlatte returnerer til sine hjemsteder.

II. Intervensjonsoppgaver i den akutte katastrofesituasjonen.

Det psykososiale team bør organisere og koordinere det psykososiale katastrofearbeid slik at alle berørte sikres emosjonell støtte og hjelp. Dette inkluderer hjelpearbeid blant tilreisende pårørende og etterlatte. Ved å la hver familie få en stabil støtteperson unngås fragmentering av den psykososiale hjelp og støtte. Denne tidlige kontakt har til hensikt å gi overlevende og etterlatte muligheter til å bearbeide de følelser og det sjokk de står overfor. Kontinuitet i kontakt ved en støtteperson reduserer også angst og sikrer helhetlig informasjon til familiene. Meget tidlig bør støttepersonen gjennomføre et *informasjonssamlende intervju* med familiene. Gjennom dette intervjuet kan det psykososiale team få informasjon om hvilke familier og overlevende som er spesielt utsatt og som hurtig bør få oppfølgingskontakt fra teamet. Bakgrunnsdata som bør samles inn ved dette intervjuet er:

- Informasjon om alder, ekteskapelig status, utdanning, antall barn, adresse m.m.
- eventuelle symptomer (se Dyregrov 1982, 1983)
- tap og opplevd stress som følge av katastrofen
- mental status forut for katastrofen
- den støtte personen/familien kan påkalle fra andre
- persepsjon og vurdering av hendelsen.

Hovedmålet med intervjuet er å få en vurdering av personens/familiens totale situasjon slik at relevante hjelpetiltak kan igangsettes (Cohen & Ahearn, 1980).

Gjennom tidlig emosjonell støtte og hjelp kan senere problemer forebygges, og mange av de etterlatte kan få assistanse til å begynne det naturlige sorgarbeid. Støttepersonen må bl.a.

forventes å kunne snakke om angst for fremtiden, engstelse for å se den døde, uro over identifikasjonsprosedyren, fiendtlighet mot de «ansvarlige», og uro og engstelse over de praktiske problemer som vil melde seg, f.eks. begravelsesspørsmål, økonomiske spørsmål osv. Støttepersonene bør konferere med det psykososiale hovedteamet for å løse praktiske spørsmål og få hjelp til spesielt vanskelige problem. Beroligende midler bør ikke benyttes i denne fasen, unntatt når de er klart indisert ved overveldende angst. Anti-depressiva bør kun benyttes når det er helt nødvendig (se Raphael, 1977).

Det psykososiale team bør delta i *utformingen av de omgivelser som tilbys etterlatte, pårørende og overlevende*. I Boston erfarte de etter en flyulykke at etterlatte ønsket å være der ting skjedde, slik at de måtte sette opp et eget område på sykehuset for denne gruppen. Innenfor dette området hadde de også spesielle rom for personer som brøt helt sammen. Slike forhold bør innarbeides i de eksisterende katastrofeplaner, slik at ikke pårørende og etterlatte blir til hinder for det pågående katastrofearbeid (G. I. Krell — samtale 1981).

En viktig oppgave for støttepersonene er *deltakelse under identifisering av omkomne*. Ved å la familiene ha en person de kjenner med seg i denne stressfylte situasjonen, kan det tilsynelatende upersonlige og ufølsomme ved prosedyren gjøres mindre påtrengende. Det samme gjelder andre «offisielle» gjøremål de må gjennom, som f.eks. utfylling av skjema. Etter flykatastrofen i Boston ble den store påkjenning identifikasjonsprosessen var for de etterlatte fremhevet. Det skyldtes at de omkomne var ugjenkjennelige. Identifikasjonen ble ordnet slik at de som var lettest identifiserbare ble identifisert først, mens de som var vanskelig å identifisere ble holdt igjen til sist. Dette skapte store problemer for enkelte familier, for etter som tiden gikk og deres familiemedlemmer enda ikke var funnet, fikk de fantasier om at de ikke hadde vært med ulykkesflyet. Jo lengre det gikk før de omkomne ble identifisert, desto større problemer fikk de etterlattes familier. Flere av de etterlatte benektet også at det var deres familiemedlem de sto overfor ved identifikasjonen, selv om det var helt klart at det var det. I denne vanskelige

prosessen var det svært viktig med stabilitet i kontakt mellom pårørende og hjelpepersonell. I Boston skiftet kun to personer om å se til hver familie i løpet av et døgn.

Det viste seg også ved flyulykken i Boston at de eksisterende katastrofeplaner rettet seg mot overlevende, og da det ikke fantes overlevende måtte arbeidet konsentreres om etterlatte. Dette var imidlertid det arbeid katastrofepersonellet var minst forberedt på, noe som medførte mye improvisasjon. Krell (1980) har anbefalt at så mange familiemedlemmer som mulig deltar i identifikasjonsprosessen, slik at alle blir forsikret om at vedkommende er død. Dette hindrer senere fantasier om at vedkommende *ikke* er død. Hershiser & Quarantelli (1976) har gitt en verdifull oppsummering av aspekter som bør ivretas ved identifikasjon og håndtering av omkomne.

Det psykososiale team og deres medhjelpere bør spre informasjon blant pårørende og overlevende om hva de kan forvente av følelser og tanker i tiden etter at de vender tilbake til hjemstedet (antisipatorisk rådgivning). I Boston ga de grunnleggende informasjon om sorg, og de oppfordret familiene til å søke rådgivning på hjemstedet. Der småbarnsfamilier rammes, må de voksne få informasjon om hvordan en best kan *samtale med barn* om det som har skjedd. Det er vår erfaring at mange foreldre opplever det som meget vanskelig å samtale med barn om dødsfall (Raundalen & Dyregrov, 1983). Foreldre (voksne) må fortelles at barna trenger enkel og ærlig informasjon tilpasset det alders- og forståelsesnivå de er på. Mangel på informasjon gir oftest grobunn for fantasier. Barn under 3—5 år har problemer med å forstå dødens endelighet. De vil først og fremst oppleve atskillelsen fra mor/far eller andre nærtstående personer som vanskelig. Eldre barn over 6 år vil ha utviklet dødsbegreper som støtter dem i deres forståelse av det som har skjedd (Raundalen, Finne & Dyregrov, 1981).

Det bør legges vekt på hurtig gjenforening med gjenlevende foreldre. Foreldre må forberedes på og få råd om hvordan de best kan takle likefremme ofte «vonde» spørsmål fra barnet.

Både overlevende og etterlatte kan samles i grupper for å samtale om det som har skjedd. Det psykososiale teamet står ansvarlig for slike gruppesesjoner. I samtalegrupper kan ulike aspekter ved det de har vært utsatt for tas opp og diskuteres. Egne grupper for berørte barn er mulig når praktiske forhold tilsier det. For overlevende kan det være farer de har stått overfor, hva de gjorde og ikke gjorde, tap de har lidd osv. som tas opp. Slike grupper kan etablere solidaritet, motvirke sosial isolasjon og er en god kilde til emosjonell og praktisk støtte. Arne Sund (samtale 1982) opplyser at denne arbeidsform var velegnet til bruk blant overlevende umiddelbart etter Alexander Kieland-ulykken. Flere av gruppens medlemmer ønsket ikke å bryte opp fra gruppen, fordi de opplevde gruppeprosessen som meget positiv. Blaufarb og Levine (1978) har nyttet slike grupper ved intervensjon etter jordskjelv.

De psykososiale team-medlemmer må kunne være fleksible og tre inn i mange roller ved katastrofen. De må kunne bidra til å skaffe overlevende og etterlatte tilgang til telefon, mat, overnattingsmuligheter, legehjelp, osv. En av de viktigste oppgaver blir å forsøke å engasjere overlevende og etterlatte i konstruktiv aktivitet, samt strukturere de prosedyrer de må igjennom. Dette forebygger senere emosjonelle plager (se Dyregrov 1982).

For å *forhindre emosjonell utbrenning hos katastrofepersonell*, må det bygges inn støtte og muligheter for hjelp for de som deltar i katastrofearbeidet. Det psykososiale teamet må observere og få informasjon om problemer som melder seg blant støttepersonellet. Ved å holde møter hvor reaksjoner på det vanskelige arbeidet tas opp og diskuteres, såkalte debriefingsmøter, unngår en somatiske og psykiske problemer blant hjelperne. Dersom noen av katastrofepersonellet viser symptomer på utbrenning, kan personen midlertidig tas ut av katastrofearbeidet og få samtaler med medlemmer av det psykososiale team. Katastrofepersonellet må få tilbud om gruppemøter og oppfølgingssamtaler i tiden etter katastrofen. Dersom noen av dem merker plager som traumatiske drømmer, søvnproblemer eller andre emosjonelle reaksjoner, må det psykososiale team bidra med terapeutisk hjelp.

Under det umiddelbare katastrofearbeidet må det psykososiale team begynne planlegging og koordinering av langtidsomsorg for pårørende, etterlatte og overlevende. Mange etterlatte trenger langtidsstøtte, og overlevende kan kreve omfattende rehabilitering etter katastrofen. Langtidsoppfølging innebærer at det psykososiale team kobler inn lokale hjelpetilak der de selv ikke kan stå for langtidsoppfølging.

Langtidsintervensjon etter katastrofer

De psykososiale sekveler etter en katastrofe kan strekke seg over år. Dersom overlevende, pårørende og etterlatte følges opp i tiden etter katastrofen, kan en hindre utvikling av psykologiske problemer.

Blant de oppgaver det psykososiale teamet må arbeide med i den langsiktige oppfølgingen er:

1. *Opplæring av hjelpepersonell.*

Ved de fleste katastrofer vil det være nødvendig å trene opp medarbeidere som kan delta i langtidsintervensjon. Slik trening kan begrenses dersom en allerede forut for en katastrofe har trent opp mentalt helsepersonell til slike oppgaver. I de treningsmanualene som tidligere er nevnt foreligger forslag til opplegg for slik opptrening. Noen av de retningslinjer som er foreslått er følgende:

De som skal stå for langtidsintervensjon bør hovedsakelig rekrutteres fra det eksisterende psykiske hjelpeapparat. Ved meget store ulykker eller katastrofer kan det være aktuelt å trene opp paraprofesjonelle. (Se Farberow & Frederick, 1978, for en oversikt over de egenskaper slikt hjelpepersonell bør ha.)

Avhengig av eksisterende ferdigheter hos de som skal delta i langtidsintervensjon, vil opplæringen variere mellom to til fem dager. Programmet for opplæring bør være fleksibelt og tilpasset de karakteristika som kjennetegner den aktuelle katastrofen. Det meste av treningen bør foregå i smågrupper (4—5 medlemmer), hvor hver gruppe har en eller flere ledere.

Kursets innhold bør bestå av følgende:

1. En diskusjon av de personlige katastrofeopplevelser som deltakerne har hatt. En

slik diskusjon klargjør egne følelser og behov, og den innflytelse katastrofen har hatt på den enkeltes liv.

2. Informasjon om katastrofen fra de ulike organisasjoner som har deltatt i katastrofearbeidet. Hjelpemidler som kart, skisser, reportasjer, filmer og videomateriale fra katastrofen bør være tilgjengelig for de som skal læres opp, slik at de får en realistisk og grundig innføring om katastrofen.
3. Deltakerne trenger informasjon om ulike faser ved en katastrofe, og om de reaksjoner og den atferd en ser hos mennesker forut for, under og etter en katastrofe. De bør kjenne til problemer som melder seg hos barn på ulike alderstrinn. Her må det psykososiale team ha ferdige treningsmanualer, lydbånd og video-opptak med personer som har vært utsatt for katastrofer og personer som har deltatt i hjelpearbeidet, slik at kursdeltakerne får en best mulig forståelse for hva de går til.
4. Deltakerne i oppfølgingsarbeidet må få definert sin rolle. Hvilket ansvar har de, hvem skal de rapportere til, og hva forventer de å måtte gjøre i dette arbeidet? Vanlige misforståelser og misoppfattelser må avklares, og målsettingen med oppfølgingen klargjøres.
5. Hjelpepersonellet må få gjennomgått/oppfrisket nøkkelbegreper ved hjelpeprosessen, og de må få opplæring i rådgivning av mennesker som har opplevd ekstreme stress-situasjoner. Dette innebærer en gjennomgåelse av krisebegreper og krise-intervensjonsprinsipper, og deltakerne må gis et perspektiv hvor de betrakter de katastroferammete som en gruppe av normale personer som temporært har fått sitt liv avbrutt og omsnudd ved ekstremt stress. De kriserammets reaksjoner må sees som normalreaksjoner på ekstremt stress, mer enn uttrykk for vedvarende psykopatologi. Samtidig må det fremheves at det er fare for at krisereaksjonene kan gå over til å bli mer permanent psykopatologi. Fleksibilitet ved rolleutforming må understrekes og inntrenes hos hjelperne, slik at de blir i stand til å arbeide i en rekke for dem uvante situasjoner under skiftende betingelser.

- Oppfølgingspersonellet må selv aktivt ta kontakt med de katastroferammede, de kan ikke vente til de blir henvist pga. psykiske problemer. Arbeidet vil i liten grad skje tilbaketrukket på et kontor, men hjemme hos de berørte selv. De problemer slike utradisjonelle roller skaper finnes diskutert i Dyregrov & Ingebretsen, 1982.
6. De som skal intervensere må få en detaljert oversikt over eksisterende ressurser og hjelpetilbud på de katastroferammedes hjemsted. Disse forhold tas lettest vare på når hjelpere fra lokalmiljøet trekkes inn.
 7. Deltakerne i oppfølgingsarbeidet må få praktisk trening i å identifisere og evaluere de problemer som oppstår i familiene. De må kunne evaluere de ressurser som finnes på hjemstedet, og kjenne til metoder for å mobilisere personens (familiens) sosiale nettverk.
 8. Hjelpepersonellet må få innblikk i de emosjonelle problemer som kan være forbundet med de store emosjonelle påkjenninger en utsettes for i katastrofearbeid. I langtidsarbeidet må de-briefing foretas regelmessig, helst gjennom en ukentlig samling. Ved en slik samling kan helperne utveksle erfaringer og diskutere de følelser og påkjenninger arbeidet har skapt hos dem. Ved å lære å håndtere stress-situasjoner, og gjenkjenne tegn på utbrenning hos seg selv, kan utvikling av såkalt «burnout» forebygges eller dempes (Dyregrov, Finne & Raundalen, 1982).

Det psykososiale team bør forut for en katastrofe ha klar oppgaver som treningsgrupper må rollespille. Slikt rollespill bør nyttes til å gi spesifikk kunnskap om sorgprosesser og stressrelaterede symptomer.

II. Intervensjonsarbeid.

I *langtidsintervensjonen* vil en rekke behandlingsalternativer kunne benyttes overfor personer som har utviklet psykiske problemer. Gruppeterapi, familierapi, hypnose og avspenningstrening osv., vil med fordel kunne benyttes i denne perioden. Horowitz-gruppen (Horowitz, 1974; Horowitz, 1976; Horowitz et al., 1980) har utviklet korttidsterapeutiske

opplegg med spesiell vekt på terapi for stressrelaterede problemer. Deres arbeider er høyst relevante for dette området.

Også for personer som *ikke* har utviklet psykiske symptomer vil det være nødvendig med rådgivning og oppfølging. Noen av de områder som trengs å bearbeides, skal jeg nevne her:

I de første dagene og ukene etter katastrofen trenger de etterlatte og overlevende mulighet for å gi uttrykk for frykt, angst og usikkerhet, og veiledning i å møte hverdagen igjen. Mange overlevende har fått svekket sin selvaktelse og selvtillit, og trenger støtte for å unngå håpløshet, depresjon og isolasjon. De trenger hjelp til å organisere tankene etter det som har skjedd for å sette hendelsene i perspektiv. Gjennom samarbeid med en «hjelper» kan de bygge opp sin selvtillit, få en realistisk oppfatning av deres egen rolle i hendelsen, og hjelpes til å gjenoppta daglige aktiviteter.

Etter som ukene går vil mange av de etterlatte klarere gi uttrykk for sin sorg. Hjelperen som har kontakt med familien kan på en varsom måte åpne opp for følelser og hjelpe til og bearbeide disse. Samtidig kan støttepersonen fortelle familiemedlemmene at de følelser og de problemer de opplever er normale reaksjoner på en ekstrem situasjon. Familien må også gis mulighet til å samtale om de reaksjoner de har møtt hos venner, familie og arbeidskolleger. I mange tilfeller er det ikke bare ektefeller og barn som trenger støttesamtaler, men også foreldre til omkomne. Singh & Raphaël (1981) fant at mødre til voksne barn fikk flere og mer alvorlige psykiske problemer enn enker og fedre til omkomne. Kronisk depresjon var meget utbredt i gruppen av mødre. Forfatterne antar at dette kan skyldes det forhold at en ektefelle kan erstattes, men det kan ikke et «barn».

I kontakt med de katastroferammede er det relevant å ta opp både sinne, frustrasjon, angst, depresjon og problemer i forhold til fremtiden. Ved siden av det psykoterapeutiske arbeid på disse områder trenger familiemedlemmene råd om hvordan de kan opprettholde sitt sosiale nettverk, og hvordan de kan møte slektingers og venners reaksjoner (Dyregrov & Ingebretsen, 1982).

Etter et dødsfall er andres reaksjoner ofte

vanskelig å håndtere. De etterlatte kan støte på utbredte fordømmer samt normer for «riktig atferd», og de kan ha problemer med å regulere kontakten til andre og de kan oppleve direkte ondskapsfulle bemerkninger/handlinger (Dyregrov & Ingebretsen, 1982).

Overlevende og etterlatte vil ofte føle stor nytte av å gå igjennom ulykkesdagen i detalj. Dette gir mulighet for en tankemessig bearbeiding av det som skjedde, samtidig som de får mulighet til å uttrykke de følelser hendelsene skapte. De fleste overlevende plages av tanker og bilder fra ulykken, og gjennom den detaljerte gjennomgåelsen av ulykkesdagen kan en fremme tankemessig bearbeiding og mestring av hendelsene. Overlevende vil da kunne få et mer hensiktsmessig grep om det som skjedde, noe som i sin tur minker repetisjon av de uønskete tankene. Gjennom å bearbeide det som skjedde kan overlevende og etterlatte redefinere meningen med det inntrufne.

Mange etterlatte har behov for å bearbeide det sinne, den frustrasjon og den hjelpeløshet de opplever. Sinnet kan være knyttet til en følelse av å være forlatt og retter seg ofte direkte mot de personer eller selskaper som de holder ansvarlig for tapet. I noen tilfeller retter sinnet seg direkte mot den som døde. De etterlatte trenger å gjennomgå forholdet til den omkomne, hvordan savnet føles og hvordan deres siste møte forløp. Se Ingebretsen (1981) for en bredere fremstilling av de oppgaver sørgende står overfor.

For mange overlevende vil bearbeiding av skyldfølelse stå sentralt. Mange har følt umiddelbar lettelse over at det ikke var dem som døde. Etterlatte kan føle skyld over ting de har sagt eller gjort i tiden like før dødsfallet.

Overlevende og etterlatte vil oppleve angst og depresjon i forhold til fremtiden og hva den vil bringe. Etterlatte vil stå uten den støtte de har hatt fra den omkomne. Både overlevende og etterlatte står overfor problemer når de skal gjenoppta sitt sosiale liv og arbeid. For overlevende ved industriulykker kan det være vanskelig å vende tilbake til samme type arbeid som tidligere fordi de har fått betinget angst til arbeidsplassen eller arbeidstypen.

Som tidligere nevnt har mye av det katastrofe-intervenerende arbeid rettet seg mot overlev-

ende og mindre har vært utført i forhold til etterlatte. Innenfor gruppen av etterlatte har spesielt barn blitt tatt lite hånd om. Barn har også behov for støtte og informasjon. Overfor barn er det spesielt viktig å få vite hvilke forklaringer de er blitt presentert for. Barn utsettes ofte for feilaktig og uhensiktsmessig informasjon etter en katastrofe (Baren, 1976). Samtaler og støtte til barn må følge andre retningslinjer enn for voksne. Avhengig av barns alder og forståelsesnivå vil ulike former for leketerapi, gruppeterapi og familierapi være anvendelig. Fra egen klinisk erfaring er det vårt inntrykk at barn gjennom fortellinger og fantasier kan komme frem med sine innerste tanker om død og sykdom. I motsetning til tidligere antakelser mener vi også det er mulig å snakke forholdsvis direkte med barn om døden (Raundalen & Dyregrov, 1983). Barn står overfor sine egne spesielle problemer i forhold til det som har skjedd. Ofte vil de oppleve at omgang med venner på hjemstedet, i skolen eller barnehagen kan medføre spørsmål og erthing de er lite forberedt på. Gjennom rollespill og samtale kan barna forberedes på slike situasjoner. I møte med katastrofepersonell i Boston (reise høst 1981) opplevde jeg at det ble spesielt påpekt hvor viktig det er å få barn til å snakke om de problemer de møtte etter en katastrofe. Vår kunnskap om barns reaksjoner på naturkatastrofer er forholdsvis omfattende, men vår kunnskap om barns reaksjoner på foreldres død ved traumatiske ulykker er sparsom. Dette er spesielt beklagelig for norske forhold, fordi ulykker f.eks. på skip og oljeinstallasjoner ofte medfører tap av småbarnsfedre.

Avsluttende kommentarer

I denne artikkelen er det pekt på en rekke av de psykososiale oppgaver som er nødvendig å ivareta etter en katastrofe. Ved siden av arbeid med opplæring og rådgivning til nøkkelpersonell innen katastrofeutsatte næringer, katastrofepersonell og psykisk hjelpepersonell, må et intervensjonsteam mobiliseres ved en aktuell katastrofe. Ved å oppprioritere det psykososiale hjelpearbeid etter en katastrofe kan en forebygge utvikling av psykiske lidelser. Hos den store gruppen som ikke utvikler ved-

varende psykiske lidelser vil en kunne redusere antall mildere nevrotiske forstyrrelser. Ved å etablere regionale team som kan planlegge, organisere og utføre psykososialt arbeid ved en katastrofe, unngår en at omsorg for etterlatte, overlevende og pårørende blir sporadisk og uorganisert.

Referanser

- Baren, J. B. Crisis intervention: The ice cream parlor disaster. I Parad, H. J., Resnik, H. L. P. & Parad, L. G. *Emergency and disaster management*. Bowie, Charles Press Publ., 1976.
- Blaufarb, H. & Levine, J. Crisis intervention in an earthquake. *Social Work*, 1972, 17 (16), 19.
- Brownstone, J., Penick, E. C., Larcen, S. W., Powell, B. J. & Nord, A. F. Disaster-relief training and mental health. *Hospital and Community Psychiatry*, 1977, 28 (1), 30-32.
- Cohen, R. E. & Ahearn, F. L. *Handbook for mental health care of disaster victims*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1980.
- ✓ Dyregrov, A. *Psykososial katastrofeintervensjon*. Rapport om psykososiale konsekvenser etter katastrofe. En oversikt over nødvendig psykososialt arbeid forut for, under og etter en katastrofe. Bergen, mai 1982.
- ✓ Dyregrov, A. Katastrofepsykologi. I. Psykososiale konsekvenser etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983, 20, (3), 136-145.
- Dyregrov, A., Finne, P. H. & Raundalen, M. Burnoutsyndromet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1982, 102 (14), 786-788.
- ✓ Dyregrov, A. & Ingebretsen, R. Krisintervensjon — Teoretisk fundament og praktisk virkelighet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1982, 20, (12), 583-594.
- Farberow, N. L. & Frederick, C. J. Training manual for human service workers in major disasters. *DHEW Publication No. (ADM) 79-538*, Washington, 1978.
- Frederick, C. J. Crisis intervention and emergency mental health. I Johnson, W. R. (Ed.). N.Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1977.
- Frederick, C. J. Aircraft accidents: Emergency mental health problems. *DHHS Publication No. (ADM) 81-956*, Rockville, 1981.
- Grossman, L. Train crash: social work and disaster services. *Sosial Work*, 1973, 18, 38-44.
- Hartsough, D. M. Planning for disaster: A new community outreach program for mental health centers. *Journal of Community Psychology*, 1982, 10, 255-264.
- Heffron, E. F. Project outreach: Crisis intervention following natural disaster. *Journal of Community Psychology*, 1977, 5, 103-111.
- Hershiser, M. R. & Quarantelli, E. L. The handling of the dead in a disaster. *Omega*, 1976, 7, 195-208.
- Horowitz, M. Stress response syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 31, 768-81.
- Horowitz, M. *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson, 1976.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N. & Alvares, W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 85-92.
- Ingebretsen, R. Sorg — som almenmenneskelig erfaring — teoretisk, klinisk og forskningsmessig utfordring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Supplement nr. 1, 1981, 18, 43-47.
- Kliman, A. S. The Corning flood project: Psychological first aid following a natural disaster. I Parad, H. J., Resnick, H. L. P. & Parad, L. G. *Emergency and disaster management*. Bowie: Charles Press Publication, 1976.
- Krell, G. I. *Psychosocial intervention with disaster victims*. Paper presented at the first National Symposium on Psychosocial factors in emergency medicine. Los Angeles, March 20, 21 & 22, 1980.
- Lindy, J. D., Grace, M. C. & Green, B. L. Survivors: Outreach to a reluctant population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1981, 51 (3), 468-78.
- Raphael, B. The Granville train disaster. Psychological needs and their management. *The Medical Journal of Australia*, 1977, 1, 303-305.
- Raphael, B. A primary prevention action programme: Psychiatric involvement following a major rail disaster. *Omega*, 1979-80, 10, 211-25.
- Raundalen, M. & Dyregrov, A. Psykologisk intervensjon i familier med alvorlig syke barn. Del II. Terapeutiske virkemidler. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983, 20, (2), 22-30.
- Raundalen, M., Finne, P. & Dyregrov, A. Barn og døden. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1981, 18, Supplement nr. 1, 21-29.
- Richard, W. C. Crisis intervention services following natural disaster: The Pennsylvania recovery project. *Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 211-19.
- Singh, B. & Raphael, B. Postdisaster morbidity of the bereaved. A possible role for the preventive psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 1981, 169, 203-212.
- Sund, A. *Psykologi og stress. Under kriser, katastrofer og krig*. Oslo: Universitetsforlaget, 1976.
- Tierney, K. J. & Baisden, B. Crisis intervention programs for disaster victims: A source book and manual for smaller communities. *DHEW Publication No. 79-675*. Washington, 1979.
- Tuckman, A. J. Disaster and mental health intervention. *Community Mental Health Journal*, 1973, 9, 151-57.
- Zarle, T. H., Hartsough, D. M. & Ottinger, D. R. Tornado recovery: The development of a professional-paraprofessional response to a disaster. *Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 311-21.

Postadresse:

Atle Dyregrov
Barneklubben
Haukeland sykehus
Postboks 1
5016 Haukeland sykehus.
Tlf. (05) 29 80 60.