

Fra praksis

Stressreaksjoner hos hjelpere

Kongressrapport: «Stress factors in emergency medical services and critical care medicine».

Baltimore, U.S.A., 25—27. mars, 1983^{*)}

ATLE DYREGROV

Barneklubben, Haukeland Sykehus

Stress reactions of personell working in crises.

Abstract. — Personell working in crises and disaster-related areas can be seen upon as the «hidden victims» of work-related stress disorders.

In recent years it has become increasingly more known that helping personnel face a host of psychological and psychophysiological symptoms in the wake of the helping efforts. In this report the common reactions in survivors and helpers are outlined, with focus both on short-term and long-term consequences of disasters. The outline is based on a Conference in Baltimore, 1983, on Stress factors in emergency medical services and critical care medicine».

The stress-responses of helpers are described and various efforts to reduce the long-term effects are outlined. Foremost, among these, are debriefing sessions for helping personnel after stressful rescue-operations and disasters. Psychologists will be able to help, counsel, prevent and help with disaster-related stress disorders in helpers, but they, themselves, must face the possibility of experiencing the same reactions as the people they are going to help.

I de senere år har det blitt klarlagt at personell som arbeider i krise-/katastroferelatert virksomhet kan oppleve betydelige stress-symptomer og problemer som følge av de ekstreme påkjenninger de utsettes for i arbeidet. (Graham, 1981; Mitchell, 1982 a, b, 1983; Wilkinson, 1983). Dette er kommet spesielt frem i lyset etter større katastrofer (flyulykker, store branner) og mest ekstrem er beretningen om at det etter den store flyulykken i San Diego i 1978 var flere selvmord blant hjelpeperso-

nellet. Det er imidlertid ikke nødvendig med en massiv overbelastning av den enkeltes følelsesmessige kapasitet for at en skal utvikle problemer, også arbeid i mer begrensede ulykkes-situasjoner medfører en sterk stress-belastning for personell som arbeider på dette området. Sykehuspersonell, spesielt personell tilknyttet akutt- og intensiv-avdelinger, vil ofte oppleve emosjonell utbrenning og stress-relaterte vansker (Dyregrov, Finne og Raundalen, 1982).

I det følgende skal jeg rapportere inntrykk fra en konferanse som rettet seg spesifikt mot det stress som kan oppleves hos hjelpere i krise- og katastroferelatert arbeid. Fremstillingen gir ikke noe utfyllende bilde av den forskning og litteratur som finnes på området, men er ment som en første innføring i dette problemområdet.

Reaksjoner på ekstremt stress:

I konferansen jeg omtaler, fokuserte man ikke utelukkende på de belastninger helsepersonell utsettes for, men også på den stress-belastning som brannmannskaper, politi- og paramedisinsk personell kan oppleve i sin arbeidssituasjon. Den første presentasjonen jeg vil vie god plass til, gjelder en overlevendes beretning om sine reaksjoner under og etter en katastrofesituasjon. Fra mine mange samtaler med personell som har deltatt i katastrofe-arbeid (flyulykker, krigssituasjoner m.m.), og fra egen erfaring, har jeg lært at hjelpere ofte utviser de samme reaksjoner som de som direkte blir eksponert for en katastrofe eller traume. Mot denne bakgrunn blir Grady Brays beretning viktig for alle oss som direkte eller

indirekte blir eksponert for.

En overlevende: «Survivor-stress»
Grady Bray (1)

Grady Bray hotell-brannen, mere 100 mennesker døde i brannen, var innesperret i en spesie midle de inntrykk illustrerer også bakgrunn, er respons-syndrom

Bray beretter var ikke så mye te: —

Skrikene fra flammer, skrik sammen med h utrette noe. H som var kald, rasjonell atferd

I beretningen er side: —

F.eks. kjent han så røk sive ikke var varm, som var i kor håndklær og la håndkle til og gikk ut i korridor som gikk r i den tunge, sv veien måtte ha som lå på gulv over ham, og er kommet brannen. Han seg til vinduet som det var m mord i disse h nesker har spil ikke vinduene redselen bygge gynte gradvis

^{*)} Kongressrapporten er skrevet med støtte av NTNFs utvalg for risikoforskning.

indirekte blir eksponert for kriser og katastrofer.

En overlevendes beretning —

«Survivor-stress»

Grady Bray (Psykolog).

Grady Bray opplevde å overleve den store hotell-brannen i Las Vegas i 1980. Av de nærmere 100 menneskene som omkom i denne brannen døde de fleste i etasjene 18-22, og Bray var innesperret i etasje 20. Som psykolog sto han i en spesiell situasjon til å fortolke og formidle de inntrykk han fikk under brannen. Han illustrerer også det forhold at ingen, uansett bakgrunn, er immune mot å utvikle stressrespons-syndromer etter ekstremt stress.

Bray beretter at det fryktelige ved opplevelsen var ikke så mye hva han så, men hva han *hørte*: —

Skrikene fra mennesker som ble omringet av flammer, skrik som gradvis døde hen, koblet sammen med hjelpeløshet fordi han ikke kunne utrette noe. Hele tiden var det én del av han som var kald, rolig og profesjonell, preget av rasjonell atferd.

I beretningen som følger ser en at de rasjonelle og mer irrasjonelle tankene lever side om side: —

F.eks. kjente han på døren på rommet da han så røk sive inn under dørsprekken. Da den ikke var varm, antok han at det var kald røk som var i korridoren utenfor. Han væt et håndklær og la det til døren nede, væt et håndkle til og holdt det for munnen da han gikk ut i korridoren. Han søkte bort mot trappen som gikk nedover, fant det umulig å puste i den tunge, svarte røken og søkte tilbake. På veien måtte han krype over døde mennesker som lå på gulvet. Han opplevde at andre krøp over ham, og disse inntrykkene brente seg inn og er kommet tilbake på visse tidspunkt etter brannen. Han tok seg tilbake til rommet, kom seg til vinduet og fikk åpnet den lille sprekken som det var mulig å åpne. De er redde for selvmord i disse hotellene i Las Vegas, hvor mennesker har spilt seg fra alt de eier; derfor kan ikke vinduene åpnes. Han fortalte at han kjente redselen bygge seg opp inne i seg, og han begynte gradvis å innse at han kom til å dø der

han var. — Den rasjonelle delen av ham tenkte også at dette kunne skyldes mangel på oksygen, og at han måtte gjøre noe med det. Han tenkte også tanken at «døden er virkelig ikke så skremmende likevel.» Følelsen han opplevde var at døden var myk, og følelsen var forførende, og han fryktet ikke døden slik han trodde han ville. Det han tenkte i denne stunden var at han skulle skrive et brev til barna, hvor han skulle si at de ikke skulle være redde for å dø. Den neste tanken som slo ham var at dette var vanvittig. Han *måtte* skaffe seg mer oksygen. Han tok tak i en stol på gulvet for å knuse vinduet med den, men stolene var skrudd fast til gulvet. Likevel følte han at han fikk krefter som aldri før, og han greide å rykke stolen løs, og få knust vinduet slik at han kunne få mer luft. Til å begynne med var dette problematisk, fordi det var varm røk utenfor, og kald røk inne i rommet. Da han hadde hengt ut av vinduet en stund, merket han at noe traff ham i hodet, men han tenkte ikke mer på det før han merket at han ble våt i ansiktet. Glass-skår fra etasjen over hadde rammet ham i hodet, og han begynte å tenke at «jeg kommer til å overleve brannen, men kommer til å bli i hjel».

Han beskriver så en slags nummenhet, som for ham er vanskelig å forklare. Det er som sjokket blir *for* overveldende. Dette er et kjent fenomen fra kriselitteraturen — at i en ekstrem krise er det ikke de sterke følelsene som dominerer, men mer en form for nummenhet.

Etter hvert ble han opptatt av hva som skjedde i rommene rundt ham. Bl.a. var det i siderommet en eldre mann som ga munn-til-munn behandling til konen sin, som helt åpenbart var død.

En kvinne i et naboværelse hoppet ut, og Bray forteller at hun hoppet ikke med bena først for å overleve, men med hodet først. — Han sier at det er første gang han har kunnet forstå hvordan et menneske kan beslutte seg til å hive seg ut i en slik situasjon. For henne ble det en *for* stor påkjønning å vente på å bli brent i hjel, og hun valgte å gjøre slutt på det selv. Hun kunne ikke leve med usikkerheten, og Bray undres på om vi ikke alle har en instinktiv frykt for brann. Vi forestiller oss at det

kommer til å bli smertefullt, skje sakte, og for denne ble det umulig å håndtere presset.

Som alle gode amerikanere, skrudde Grady Bray på T.V., og om de ikke på noen annen måte ble varslet fra hotellet sin side om det som skjedde — så virket T.V'en. Der ble det sagt at brannen i de 3 første etasjene var utgå av kontroll, men likevel ba de folk holde seg på plass. Da han hørte at brannen var utenfor kontroll, spurte han seg selv: «Skal jeg bli her eller forsøke å gå ut igjen?» Han hadde forsøkt å gå ut igjen, ville han sannsynligvis omkommet, fordi nødutgangene ble blokkert og måtte brytes opp senere. Da fant man mengde døde ved dørene. Det var absurd, følte han, at T.V'en slo over fra nyhets-sending til tegnefilm. Han mente også at den direkte sendingen av brannen burde vært holdt tilbake eller hatt en annen karakter.

Etter en stund avtok skrik og rop; og det ble meget stille.

Etter ca. 4 timer ble han og andre bragt ut av bygningen, og da møtte de døden over alt. I gangene, i trappene, alle steder var det døde mennesker — så mange at det virket svært overveldende.

Han har følgende forslag, som han mener er viktig å gjennomføre etter en katastrofe for å ta vare på overlevende (etterforskning): —

Redusere antall personer som har kontakt med den overlevende eller den etterlattes familie.

Orienterer pasienten, eller den overlevende, i tid og rom. —

Å bli fortalt at du nå er i rom 5C ved det sykehuset, og at du har vært der i 10 eller 15 minutter, gir en følelse av kontroll, og motvirker hjelpeløshet.

Hver person/familie må få en person de kan snakke med og som det er mulig å ventilere følelser omkring det de har opplevd med.

Konsistens i informasjon blir sterkt undertrykket. Ulik informasjon, fra forskjellige mennesker, vil av et menneske som nettopp har opplevd en ekstrem stress-hendelse, lett oppfattes som informasjon som er i konflikt, med usikkerhet og engstelse som resultat.

Bray mener at det har tatt ham ett år å gjenarbeide det som skjedde. Han sier at vi vanligvis grovt undervurderer den tid vi trenger for å gjenetablere en form for likevekt.

Av de problemer han opplevde i året etter brannen nevner han:

- søvnvanskeligheter
- appetittproblemer
- total mangel på evne til å ta avgjørelser (spesielt i de første månedene etter brannen)
- panikk-følelse på et fly, fordi han opplevde frykt for brann (ved å anvende avslappingstrening forsvant spenningen)
- forholdet til andre mennesker endret seg, samvær med andre fikk større betydning enn før. Han følte også sterkt behov for å redusere annet stress i livet.

Han tilskriver det forhold at han kom igjen om hendelsen uten alvorlige senfølger til den terapi han gjennomgikk i 3 måneder etter brannen. I den første uken etter hendelsen følte han et overveldende behov for å snakke om det som skjedde, til og med med tilfeldige mennesker han støtte på på gaten. Etter hvert fikk han i terapien gjennomarbeidet det som hendte, og behovet for å samtale med andre om hendelsen avtok.

Han opplever at han har forandret livet sitt på mange måter etter brannen. Han setter mer pris på livet og han har begynt å gjøre ting som han alltid tidligere har utsatt, ting som han ønsket å gjøre, bl.a. å begynne og fly. Disse endringene i holdninger og livsoppfatning, preger overlevende, etterlatte og til en viss grad hjelpere.

«Critical Incidence-stress»

Jeffrey Mitchell (Psykolog).

Jeffrey Mitchell definerer kritisk hendelsesstress som: Enhver hendelse som overbelaster en persons mestringsrepertoar. Dette innebærer at personen blir totalt overveldet, og utsettes for en type hurtigvirkende stress som raskt fører til dysfunksjoner.

Vanligvis vil enhver redningsoperasjon som tar tid å utføre, og som resulterer i et dødsfall, føre til denne type stress.

Selv om større katastrofer nesten alltid medfører problemer, vil også mer begrensninger med tragiske og katastrofer kunne føre til at hjelperne i tiden etterpå. Mitchell dødsfall som traumatisk og hjelpere.

Det er ikke bare de som som kan utvikle stress-syndromet, men også de som deltar i selve hendelsen. De umiddelbare konsekvenser er:

1. Psykologiske symptomer

- angst (kan jeg håre)
- frykt
- irritabilitet
- depresjon (ofte på grunn av når hjelpe-personell har skjedd)
- tap av emosjonell kontakt
- opphisselse som går i bølger (innebærer de mer informasjon oppleveres som om hjernen bryr seg, at de er «
- fastholdning av visse tanker om og om igjen (som en har sett)
- oppmerksomhets-fokusering (er med å føre til stress)
- Ifølge Mitchell er det 50 prosent mer ulykker
- fantasier (ved Air Force mange av hjelperne seg et intakt fly under
- tankeforstyrrelser (vakkert ring), sen tenkning
- hukommelsesforstyrrelser (også spesielt det som heter hypermnesia)
- identifikasjon med offeret (en får tegn som vises i familien, f.eks. det å se bilde av familie

2) Somatiske symptomer:

- ekstrem tretthet
- skjelvinger

Selv om større katastrofer (f.eks. flyulykker) nesten alltid medfører problemer også hos hjelperne, vil også mer begrensede ulykkesituasjoner med tragiske og plutselige dødsfall kunne føre til at hjelperne opplever problemer i tiden etterpå. Mitchell nevnte spesielt barns dødsfall som traumatisk for både pårørende og hjelperne.

Det er ikke bare de som er direkte involvert som kan utvikle stress-symptomer etter en slik hendelse, men også de som er tilskuer til hendelsen. De umiddelbare symptomene er følgende: —

1. *Psykologiske symptomer:*

- angst (kan jeg håndtere dette?)
- frykt
- irritabilitet
- depresjon (ofte på et tidlig tidspunkt når hjelpe-personellet opplever at dødsfall har skjedd)
- tap av emosjonell kontroll
- opphisselse som går over til apati. Noen ganger innebærer dette at en ikke ønsker mer informasjon. Dette kan av andre oppleves som om hjelpe-personellet ikke bryr seg, at de er «kalde»
- fastholdning av visse stimuli (f.eks. gjenta om og om igjen noen av de tingene en har sett)
- oppmerksomhets-fokus innsnevres. Dette er med å føre til større ulykkesrisiko. Ifølge Mitchell er hjelpe-personell ca. 50 prosent mer ulykkesutsatt enn andre)
- fantasier (ved Air Florida-ulykken mente mange av hjelperne at det måtte befinne seg et intakt fly under isen)
- tankeforstyrrelser (vesentlig som forvirring), sen tenkning
- hukommelsesforstyrrelser; amnesi, men også spesielt detaljrik hukommelse (hypermnesia)
- identifikasjon med ofrene (spesielt når en får tegn som viser at ofrene har en familie, f.eks. det å åpne lommeboken å se bilde av familien).

2) *Somatiske symptomer:*

- ekstrem tretthet
- skjelvinger

- hodepine
- kramper/urinering
- svetting (som kan skifte med frysninger, d.v.s. sjokk-reaksjoner)
- forstyrret hørsel (hjelpepersonell opplever at lyd høres ut som det siles gjennom et stort skjell som holdes inntil øret (Mitchell, 1982b)).

Dedikert personell, uansett evne, profesjonalisme og mot, er sårbare for akutt stress i denne type hjelpearbeid. Alle som eksponeres for brente, forkullede og lemlestedede kroppsdeler o.s.v. vil oppleve en intens emosjonell påkjenning som svært ofte medfører akutte reaksjoner og langtidsreaksjoner. Kun ved å erkjenne dette og sette i gang tiltak som tar vare på menneskene etter slikt arbeid, vil vi unngå at hjelperne selv brytes ned.

«Critical incidence-stress debriefings»

Jeffrey Mitchell (Psykolog)

I et annet foredrag ved konferansen diskuterte Jeffrey Mitchell hvordan personell kan ivaretaes etter at de har vært utsatt for såkalt «critical incidence-stress».

Ved å samle hjelperne til «debriefings-samtaler» kan en fokusere på hjelpernes egen situasjon. Med utgangspunkt i sin egen erfaring fra debriefings-sesjoner med brannfolk, politifolk, paramedisinsk personell og personell som har arbeidet i katastrofer, ga Mitchell en oversikt over hva en slik debriefing bør inneholde (Mitchell, 1983): —

1) *Introduksjonsfasen:*

Dette er en fakta-fase, hvor fokus er på hvem som er tilstede, hva de gjorde i ulykkes- eller katastrofesituasjonen, hvor de var, og litt om hva hendelsen gikk ut på. Den som skal lede debriefingen må på forhånd ha skaffet seg all tilgjengelig informasjon om ulykken. Dette innebærer å se på videoopptak, slides, T.V.-utdrag o. lign. for å skaffe seg best mulig forståelse for det som skjedde ulykkesdagen.

2) *Følelsesfasen:*

Denne kommer vanligvis automatisk når deltagerne begynner å snakke om hva deres oppgave var i ulykkes-situasjonen. I denne

fasen er det viktig at de kan få ventilert hva de opplevde. Etter hvert som de hører hverandre snakke, får de følelsen av at de ikke står alene om det de opplevde.

Spørsmål som anvendes i denne fasen er:

- hvordan følte du selv det som skjedde?
- Fortell meg litt om den følelsen.
- hvordan påvirket dette deg umiddelbart mens arbeidet pågikk?
- hvilke symptomer opplevde du, og hva har du opplevd i ukene etter ulykken?
- Hvordan føler du deg nå?

Vanligvis er det ikke problematisk å få deltagerne til å snakke om hvordan de opplever dette, og noen ganger er problemet å roe det hele ned og mestre de sterke følelsene som kan komme til uttrykk. Dette innebærer at gruppene ikke bør være for store. 7 er en god størrelse, men det er også mulig å arbeide med grupper på 15-20 mennesker, men da bør det være en co-terapeut tilstede. P.g.a. de sterke følelser som er involvert bør det være en psykolog/psykiater som leder gruppen.

3) *Læringsfasen:*

For deltagerne er det nødvendig at de forstår at de mange, uvanlige følelser og tanker er normale og ikke ensbetydende med at de blir gal eller mister kontrollen.

Denne normalisering av reaksjoner skjer delvis gjennom at de i samtale opplever at alle har hatt lignende opplevelser, men det er også nødvendig at gruppeleder gjennomgår sine erfaringer og trekker inn undersøkelser som understreker at det er normalt å vise en rekke forskjellige reaksjoner etter slike kriser eller katastrofer. Dersom redningspersonellet ikke får anledning til en slik læring, vil de ofte tilskrive sine symptomer til personlig tilkortkomning.

4) *Gjeninntredningsfasen:*

Hva skal skje nå? Ofte er det lurt at deltagerne legger en plan for hvordan de skal følge opp det som skjedde i ulykkes-situasjonen. Tiltak som kan redusere sjansene for slike ulykker, eller en annen form for involvering, f.eks. i forhold til overlevende og etterlatte, gir følelsen av at en bidrar med noe positivt.

5) *Oppfølgingsfase:*

Dette innebærer at en er villig til å komme tilbake og ha flere møter med personell, evt. følge opp enkelte av deltagerne mer spesielt p.g.a. de problemer som dukker opp. Mitchell skiller mellom to typer debriefings-sesjoner:

- a) *den uformelle debriefing* — den skjer ofte like etter en slik hendelse når en kommer sammen og kan begynne og snakke om det som har skjedd,
- b) *den formelle oppfølging*, hvis faser er skissert. Noen ganger kan telefon-oppfølging være tilstrekkelig, hvor en henvender seg til den som har vært utsatt for det ekstreme stress, og tilby seg å snakke med dem. Dette innebærer imidlertid at psykologen/psykiateren som følger opp er kjent med redningspersonellet på forhånd.

Mitchell hevder at den beste oppfølging skjer 24-48 timer etter at ulykkes-/katastrofearbeidet er over. Han har imidlertid også gjennomført slik debriefing hele 1 år etter en større ulykke. Slik debriefing reduserer korttids- og langtidsreaksjoner hos hjelpepersonellet og hindrer at de trekker seg fra slikt arbeid for alltid.

Konklusjon:

Gjennom denne kongress-rapporten har jeg pekt på de problemer som kan melde seg hos personell som arbeider i krise- og katastroferelatert virksomhet. Psykologer som deltar i slikt arbeid, vil selvfølgelig være utsatt for reaksjoner i lik grad med andre, men når det er sagt vil vår bakgrunn gjøre oss vel egnet til å tre inn som rådgivere og hjelpere i forhold til annet personell som er involvert i ekstremt stressfylt arbeid. Selv har jeg gjennom undervisning og kurs forberedt personell på arbeid i større og mindre katastrofesituasjoner, og uten å kunne tilby en klar evaluering av den effekt slik innføring og trening har hatt, er det mitt inntrykk at det gjør personell bedre rustet til å møte psykososiale sider ved krise- og katastroferelatert arbeid. Personell innenfor sykehus, brannvesen, politi, ambulanse-transport og frivillig hjelpevirksomhet (Røde Kors, Norsk

Folkhjelp m.m.), vil i grad oppleve symptomer og sterke stress-påkjenninger i sitt arbeid. Psykologer bør om de reaksjoner som kan oppstå i større grad enn før og avhjelpe slike problem

Referanser

- Dyregrov, A.: Finne P. H. nout-syndromet. *Tidsskrift for Psykologforening*, 1982, 102, (14), 78
- Graham, N. K.: Done in, fed *Emergency Medical Services*
- Mitchell, J. T. (a) *Recovery* 1982, (Fall), 7-10.
- Mitchell, J. T. (b) The psych Florida 90 disaster on fire-officer personell. *Proceeding Assembly on Emergency M Maryland*. June 13-17, 1982
- partment of Transportation
- Mitchell, J. T.: When disaster incident stress debriefing *Emergency Medical Services*, 1982
- Wilkinson, C. B.: *Aftermath of the Hyatt Regency Hotel of Psychiatry*, 1983, 14

Postadresse:

Atle Dyregrov
Barneklivnikken
5016 Haukeland sykehus