

Hjelp til traumatiserte personer må ha samme tilnærming som ellers: først utrede, så iverksette rask intervensjon, og avslutte når tilstanden er normalisert eller stabilisert

Kriseintervensjon etter katastrofer

Få dager etter flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia publiserte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en rapport som viste manglende dokumentasjon for at psykososiale tiltak ved katastrofer har noen positiv effekt (1). Likevel satte norske myndigheter i gang flere psykososiale tiltak for dem som var rammet av katastrofen. Dette tilsynelatende paradokset griper inn i en pågående diskusjon: Hjelper terapi og støttegrupper ved katastrofer?

Tidlig psykososial intervensjon etter traumer har til hensikt å redusere psykiske følgetilstander. Man tror at det er bra å ventilere følelser og tanker om traumat på en strukturert måte under faglig ledelse. En fersk Cochrane-analyse konkluderer med at slik intervensjon ikke har effekt (2), men analysen omfatter bare studier med én sesjon med debriefing, og forfatterne understreker at de ikke kan uttale seg om bruken av debriefing i grupper, etter traumer med mange involverte eller med barn. Noen hovedgrunner til at tidligere studier har gitt så negative resultater, kan være at det har vært gitt standardisert intervensjon uavhengig av om pasientene har vært symptomfri eller svært traumatisert, og at det ikke er noen rimelig sammenheng mellom en så begrenset intervensjon og posttraumatisk stresslidelse som resultatmål (3). Selv om Cochrane-analysens konklusjon skulle være riktig, har den begrenset klinisk interesse. Klinikere vil overfor personer som har gjennomlevd store traumer, ikke tilby en enkelt intervensjon til alle, men individualisere hjelpen avhengig av symptombelastningen. Det er også verdt å minne om at en fersk metaanalyse om virkningen av psykoterapi for posttraumatisk stresslidelse, viser at dette er en av de mest effektive psykososiale intervensjoner vi har i dag (4). Enkelte norske fagfolk har advart mot kriseintervensjon og ment at det kan gjøre vondt verre (5). Det er ingen uenighet om at familie og venner utgjør viktig hjelp, men det er ikke alltid tilstrekkelig.

I en katastrofesituasjon vil alle berørte ha behov for informasjon så raskt som mulig og med jevnlig oppdatering. Informasjon er en sentral del i debriefing. For mange som er mindre traumatisert, kan det godt benyttes støttegrupper, i noen tilfeller for personer som er mer uttalt traumatisert hvis det er et naturlig fellesskap. Ved svære psykiske traumer er det ofte også nødvendig med individuelle samtaler eller samtaler begrenset til par eller familie. Ved flodbølgekatastrofen så man alle grader av traumatisering. Noen hadde vært i livsfare i lengre tid, ofte med sterke vitneopplevelser. Mange hadde begrensede muligheter for å påvirke egen situasjon, selv om flere av de overlevende hadde klart å holde hodet kaldt, viste god mestring og var heldige. Andre, som kanskje var langt unna og som tidlig fikk vite at deres pårørende hadde overlevd uten skader, kan ha klart seg uten å bli traumatisert.

I møtet med sykehusinnlagte etter flodbølgekatastrofen har vi særlig observert tre hovedreaksjoner: lettelse og glede, akutte krise-reaksjoner og sorg. Gleden kan dels være knyttet til det å ha overlevd, men også til opplevelsen av at det var egen snarrådighet og gode mestring som førte til overlevelsen. Noen beskrev dette nærmest som et adrenalinkick. Det er viktig å bekrefte og støtte slike reaksjoner og bidra til at de kan få en plass i bevisstheten, samtidig som det også er rom for fortvilelse og sorg.

Langt flere har vært overveldet av vonde følelser. Slike reaksjoner bør møtes med tilstrekkelig tid, aktiv lytting, innlevelse og bekref-

telse på at man forstår samt hjelp til å lage struktur for å forstå det som har skjedd og de påfølgende reaksjoner. Vi har lagt vekt på tett oppfølging, i utgangspunktet daglig. Et stort behov for å berette sin historie behøver ikke å innebære risiko for å utvikle posttraumatisk stresslidelse. Det kan ofte være de stille og tilstivnede som er mest psykisk traumatisert. Traumatiske opplevelser preges i første fase av sterke bilder, som kan komme som ufrivillig påtrengende tanker og følelser om hendelsen i våken tilstand eller som mareritt om natten. Fortvilelse, angst, sinne og desperasjon er vanlig, likeså unngåelsesatferd, både i form av frykt for å slippe frem minner og å vende tilbake til skadestedet.

Ingen må presses til å beskrive opplevelser som de ikke er motivert for eller ser noen mening i. Hvis det foreligger tegn på dissosiasjon, for eksempel uvirkelighetsfølelse, nummenhet, lammelser og fravær av minner, er det særlig grunn til å være oppmerksom, for dette er en av de sterkeste prediktorer for posttraumatisk stresslidelse. Vanligvis er det å gå inn i opplevelser som har vært spaltet av på en slik måte, forbundet med sterke opplevelser og angst. Dette bør bare gjøres av terapeut med solid erfaring.

Det tredje aspektet, sorgreaksjoner, gjelder særlig dem som har mistet noen i den nære familie eller vennekrets. Mange trenger å bli minnet på at sorgens mange faser tar lang tid, som oftest til sammen minst et år, men med avtakende intensitet. Som behandler må man hjelpe pasienten til å veksle mellom disse tre aspektene, samtidig som det gjøres klart for pasientene at det er viktig å finne rom for disse dimensjonene. Noen kan forbigående trenge medikamentell behandling i begrenset omfang. I en periode med overveldende følelser må man også huske på behovet for praktisk hjelp, slik som hjelp til transport, overnatting og livets daglige forpliktelser.

Ved hjelp til traumatiserte personer anbefales altså samme prinsipielle tilnærming som ved andre helsemessige utfordringer: først utrede, så iverksette rask intervensjon i henhold til diagnosen, og avslutte når tilstanden er normalisert eller stabilisert. Da vil man trolig finne at mange ikke trenger intervensjon, noen kan ha nytte av en enkelt intervensjon, mens andre trenger noe lengre kriseintervensjon.

Øivind Ekeberg

oivind.ekeberg@uus.no

Øivind Ekeberg (f. 1945) er overlege i psykiatri ved Akuttmedisinsk avdeling og leder av det psykososiale kriseteamet ved Ullevål universitetssykehus. Han er professor i medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo.

Litteratur

1. Sosial- og helsedirektoratet. Rapport om forskning knyttet til psykososiale tjenester ved katastrofer. www.shdir.no/index.db2?id=14883 (21.2.2005).
2. Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2002; 2: CD000560.
3. Ekeberg Ø, Hem E. Psychological debriefing – does it never work? Br J Psychiatry 2001; 178: 182–3.
4. Bradley R, Greene J, Russ E et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005; 162: 214–27.
5. Røssum E. Krisepsykiatri gjør vondt verre. Bergens Tidende 13.2.2001.