

Áföll, áfallastreita, áfallahjálp. Sorg og sorgarstuðningur.

Hér verður gerð grein fyrir einstökum þáttum áfallahjálpar og afleiðingum áfalla. Einnig er fjallað um sorg og sorgarstuðning. Dæmi er tekið út frá nálgun fagfólks til handa skjólstæðingum sínum en einnig getur fagfólk nýtt sér þetta efni til sjálfshjálpar í erfiðum störfum.

Áfallahjálp er hugtak sem hefur verið notað í rúman áratug á Íslandi. Áfallahjálp er **skammvinn** fyrirbyggjandi íhlutun sem veitt er þeim sem **orðið hafa fyrir hættu sem ógnar lífi eða limum og þeim sem verða vitni að ofbeldi, líkamsáverkum eða dauða**. Slíkri reynslu fylgir oft **mikill ótti, hjálparleysi eða hryllingur** sem setið getur eftir í huga fólks og valdið ýmis konar viðbrögðum m.a. svokölluðum **áfallastreituviðbrögðum** (acut stress reaction). Mikilvægt er **fjölskylda og vinir styðji þann sem orðið hefur fyrir áfalli því það er yfirleitt besta áfallahjálpin**.

Hjálparleysistilfinning hefur oft djúpstæð áhrif á þá sem hafa mikla þörf fyrir að hafa stjórn á aðstæðum en það er einmitt það sem fer úr böndunum við áföll. Það sem greinir áföll frá sorg eða kreppu er að áföll eru yfirleitt skammvinnir atburðir; standa yfirleitt stutt, á meðan kreppa sem fylgir alvarlegum veikindum, skilnaði eða missi stendur lengi yfir. Í slíkum tilvikum er ekki beinlínis um ákveðinn atburð að ræða heldur tímabil sem markast af miklum breytingum í lífi einstaklingsins og því ljóst að viðtöl eða stuðningur til lengri tíma er nauðsynlegur en ekki skammvinn íhlutun eins og áfallahjálp.

Áfall hefur verið skilgreint sem sterk streituviðbrögð í kjölfar **ákveðinna óvæntra** atburða.

Þetta eru atburðir eins og **náttúruhamfarir** (jarðskjálftar, snjóflóð, óveður, flóð), **slys** (bílslys, sjóslys, flugslys, iðnaðarslys). Aðeins lítill hluti þeirra sem í slíkum áföllum lenda veikjast af sálrænum kvillum. Langvinn eftirköst eru þó líklegri, eftir **áföll af manna völdum** t.d. ofbeldi (árásir, rán, nauðgun, hermdarverk). **Pungi** áfallsins hefur einnig áhrif á hvort áfall hefur langvinn eftirköst þ.e. ef **tengslum við aðra eða öryggistilfinningu er ógnað** t.d. að sjá ættingja farast eða upplifa nánasta umhverfi ekki lengur öruggt.

Langvarandi ofurálag eins og heimilisofbeldi, kynferðislegt ofbeldi, einelti, (stríðsátök og fangabúðavist) getur valdið sams konar viðbrögðum. Sálræn vandamál í kjölfar langvinn ofurálags geta orðið mun flóknari og í slíkum tilvikum getur einstaklingur þurft á langtíma sálfræðimeðferð að halda.

Áfallahjálp er ekki meðferð því það er **ekki sjúkdómur að upplifa áfallastreituviðbrögð alveg eins og að það er ekki sjúkdómur að vera í sorg**. Fólk þarf aðstoð við að skilja líðan sína og fræðslu um hvernig best er að takast á við þessi sterku viðbrögð. Ef þörf er á meiri aðstoð en sálrænni skyndihjálp frá nánustu ættingjum og vinum er hægt að leita til fagfólks sem veitt getur einstaklingum eða hópum sérhæfðan sálrænan stuðning. Slík viðtöl miða að því að aðstoða einstaklinginn við að skoða og fá leiðsögn við að vinna úr **þeim hugsunum, tilfinningum og viðbrögðum sem sitja eftir í kjölfar atburðarins**.

Farið er í gegnum atburðinn, hann skoðaður með einstaklingnum, honum veitt fræðsla og lagt mat á áhættuþætti sem hugsanlega gætu valdið því að einstaklingurinn þurfi frekari aðstoð.

Áfallastreituviðbrögð eru ekki sjúkdómur.

Áfallastreituviðbrögð eru **eðlileg líkamleg, hugræn og tilfinningaleg viðbrögð heilbrigðs fólks við áföllum**. Þau eru m.a að endurupplifa atburðinn aftur og aftur, forðast (hliðrun) allt sem minnt getur á atburðinn, svefntruflanir, martraðir, einangrunartilhneiging, sektarkennd, sjálfsásakanir, reiði, pirringur og kvíði, jafnvel ofsakvíði.

Styrkur áfallastreituviðbragða fer eftir eðli og upplifun atburðarins. Sá sem upplifir sjálfan sig í **bráðri lífshættu** við sjóslys er líklegri til að finna fyrir **sterkari viðbrögðum** en sá sem upplifir sig ekki í lífshættu. Eins er líklegt að streituviðbrögð verði sterkari hjá þeim sem verða vitni að því að **ættingi** verður fyrir alvarlegu slysi heldur en ef það er einhver sem hann **þekkir ekki**.

Áfallastreituviðbrögð; eðlileg viðbrögð eða langvinnur vandi.

Aukin áhersla er á heilbrigðisfræðslu í samfélaginu. Í henni felst m.a. að hvetja einstaklinginn til að bera ábyrgð á sinni eigin heilsu með því t.d. að lifa heilsusamlegu lífi, þekkja áhættuþætti sjúkdóma og grípa inn í sem fyrst ef merki eru um heilsufarsvanda s.s. hár blóðþrýstingur, blóðfita eða blóðsykur. Í áfallahjálpi er á sama hátt lögð áhersla á að einstaklingar læri að þekkja áfallastreituviðbrögð og andlega vanlíðan og hvatt til að leita aðstoðar ef líðan versnar eða lagast ekki. Þannig getur einstaklingurinn sjálfur tekið ábyrgð á að **fyrirbyggja að eðlileg (áfalla)streituviðbrögð við alvarlegum atburðum þróist yfir í sjúkdómseinkenni** samanber að há blóðfita eða hár blóðþrýstingur geti leitt til hjartaáfalls eða heilablóðfalls.

Einstaklingur sem finnur mánuðum saman, fyrir sterkum áfallastreituviðbrögðum s.s. kvíða, dofa, endurupplifunum eða mjög sterkum viðbrögðum við áreitum sem minna á atburðinn þarf að leita sér sálfræðimeðferðar. Sjúkdómar sem þróast geta í kjölfar áfalla eru t.d. áfallastreituröskun (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, 9-15%), kvíði, þunglyndi og/eða áfengis- eða vímuefnasjúkdómur.

Áfallahjálpi samanstendur gróflega af 6 þáttum:

1. Sálræn skyndihjálpi
2. Upplýsingar og fræðsla
3. Viðrun
4. Úrvinnsla: tilfinningaleg úrvinnsla einstaklinga eða hópa, undir stjórn fagaðila.
5. Virkjun stuðningskerfis, þolenda áfalla.
6. Mat á áhættuþáttum og eftirfylgd.

1. Sálræn skyndihjálp og sálrænn stuðningur

Fyrstu viðbrögð eftir alvarlegan atburð eru oft doði, tómleiki óraunveruleikatilfinning, brenglað tímaskyn, kvíði og spennan. Þá er **sálræn skyndihjálp** (psychological first aid) sú hjálp sem viðkomandi þarf fyrst og fremst á að halda. Best er ef hún er veitt af þeim sem eru í nánasta umhverfi s.s. fjölskyldu og vinum. Segja má að í grófum dráttum sé sálræn skyndihjálp fyrsta og mikilvægasta hjálpin fyrir þann sem hefur komist í hvers konar alvarlegt tilfinningalegt uppnám s.s. eftir að hafa lent í lífsháska, fengið skelfilega frétt eða upplifað missi. Sálræn skyndihjálp er því mikilvæg í margs konar aðstæðum.

Í kjölfar áfalla er mikilvægt að vera **hjá og með** einstaklingnum. Leggja þarf áherslu á ástandið hér og nú. Sumir geta orðið svo dofnir að þeir vita ekki hvað þeir vilja. Þá getur verið nauðsynlegt að hjálpa fólki við að klára ákveðin verk t.d. hringja í ættingja eða útvega það sem einstaklingurinn þarf á að halda. Þó er mjög mikilvægt að veita viðkomandi frekar **aðstoð við að finna sínar lausnir** t.d. “Hvað skiptir þig mestu máli núna? Við hvern finnst þér best að tala ef þér líður illa? Hver getur verið hjá þér? Hvað hefur dugað þér best?”.

Segðu að þú munir vera hjá viðkomandi og vera til taks eða fáir annan til þess að aðstoða við að uppfylla andlegar, líkamlegar og félagslegar þarfir fyrsta kastið. Markmiðið er að styðja einstaklinginn til sjálfshjálpar.

Þegar frá líður þarf viðkomandi að fá tækifæri til að tala um reynslu sína og þær hugsanir sem henni fylgja. Í því felst að sýna umhyggju með því að **hlusta á allt** sem einstaklingurinn segir og **leyfa** einstaklingnum **að tala án þess að beita þrýstingi**. “Hvað gerðist? Hvernig leið þér?” Að hlusta er ekki það sama og að heyra. **Virk hlustun** gefur til kynna skilning, stuðning og viðurkenningu. Skapa þarf öruggt umhverfi, sýna hluttekningu, hlýju, áhuga og viðhalda raunsærri von.

2. Upplýsingar og fræðsla.

Næst mikilvægast á eftir sálrænni skyndihjálpi er að veita þolendum áfalla **upplýsingar** um það sem gerðist og annað er snertir atburðinn svo viðkomandi þurfi ekki að frétta um slíkt af sögusögnum eða í fjölmiðlum, þar sem ekki er alltaf rétt með farið.

Einnig er mikilvægt er að þolendur áfalla fái fræðslu um við hverju má búast andlega, líkamlega og félagslega eftir erfiðan atburð og hvert þeir geti leitað eftir aðstoð ef líðanin er það erfið að stuðningur fjölskyldu og vina nægir ekki. Fræðsla af þessu tagi er líka hluti af viðrun (sjá 4.) og úrvinnslu (hóp/einstaklingsviðtal, sjá 5.).

Mikilvægt er að þeir sem hafa mannaforráð t.d. yfirmenn og ábyrgðarmenn stofnana, kynni sér í hverju slík fræðsla þarf að vera fólgin miðað við þarfir hópsins. Yfirmaður eða ábyrgðarmaður stofnunar oft best til þess fallinn veita slíkar upplýsingar.

Ef flugóhapp yrði væri e.t.v. ekki þörf á að fá áfallahjálparsérfræðinga strax á staðinn heldur væri eðlilegra að flugrekandi veitti fórnarlömbum og ættingjum þeirra upplýsingar um slysið og allt sem snertir það. Í sumum tilfellum sæi flugrekandi einnig um koma fyrrgreindri fræðslu á framfæri og upplýsa um hvert fólk geti leitað, ef vandamál koma upp eða leysast ekki. Þeim mun alvarlegra sem atvikið er þeim mun minni þörf er fyrir sérhæfða aðstoð. Hún er mikilvægari þegar atburður er liðinn og fólk hefur fengið sálrænan skyndihjálp og upplýsingar.

Á síðustu áratugum hefur komið fram sérhæfðari nálgun við þolendur áfalla : **Viðrun, tilfinningaleg úrvinnsla, mat á áhættuþáttum og eftirfylgd.** Viðrun og tilfinningaleg úrvinnsla eru hópfundir þar sem markmiðið er að ýta undir öryggi og sjálfsstjórn með því að “segja söguna” og fá viðurkenningu á tilfinningum eins og reiði, ótta eða líðan eins og sorg eða ræða t.d. um fyrirgefningu. Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO, 2003) leggur áherslu á að þrýsta ekki á tjáningu tilfinninga á hópfundum og ekki eigi halda þá eina sér án frekara mats eða eftirfylgdar heldur leggja áherslu á sálræna skyndihjálp / andlegan stuðning og aðgang að eftirfylgd / tilvísanir í úrræði.

3. Viðrun (Defusing)

Viðrun er veitt af sérþjálfuðum einstaklingum (björgunarsveitamönnum, Rauða kross liðum) eða fagaðilum (heilbrigðisstarfsmönnum, prestum). Þetta eru óformlegir hópfundir sem haldnir eru innan 24 klukkustunda frá áfalli (stundum síðar). Markmið fundanna er að ýta undir jafningjastuðning. Rætt er um leiðir til að takast á við vanda eða vanlíðan svo hópurinn geti tekist á við starf sitt eða líf að nýju.

4. Tilfinningaleg úrvinnsla (Debriefing) – sérhæfður stuðningur fagfólks.

Slík úrvinnsla fer oftast fram á formlegum hópfundum sem hafa ákveðna uppbyggingu og eru haldnir undir stjórn fagaðila sem hlotið hefur til þess sérstaka þjálfun.

Lykilatriði er að hópurinn sé einsleitur t.d. ekki fjölskyldur og björgunarmenn saman.

Þessir fundir eru ekki haldnir fyrr en atburði er lokið t.d. hamfarir, leit björgunarmanna eða nokkrum dögum síðar (í fyrsta lagi eftir 72 klst.). Ástæðan er sú að fyrst eftir atburð finna flestir fyrir doða og öðrum sálrænum varnarháttum sem nauðsynlegir eru meðan einstaklingurinn er að átta sig á atburðinum. Fagmaður þarf að meta hvort einstaklingar eru færir að taka þátt í slíkum fundum.

Markmiðið með úrvinnslu er að veita tækifæri fyrir úrvinnslu tilfinninga (psychological debriefing) með því að deila hugsunum og tilfinningum gagnvart sama atburði og fá fræðslu um eðlileg viðbrögð við áföllum. Einnig geta á fundinum komið fram mikilvægar upplýsingar frá fagaðila eða öðrum í hópnum varðandi atburðinn eða leiðir til að takast á við hann. Hlutverk fagaðila er að tryggja andlegt öryggi t.d. kunna að bregðast við ef einhver sýnir sterk viðbrögð sem gætu truflað aðra og leggja mat á áhættuþætti innan hóps. Þess vegna er

boðið upp á eftirfylgd með öðrum hópfundi eða einkasamtali eftir fundinn og boðið aðgengi að fagaðila.

Töluvert hefur verið skrifað í fagtímarit um gildi funda af þessu tagi. Flestar þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á gildi hópfunda fylgja þó ekki þessari forskrift og hefur rannsóknargildi þeirra verið dregið í efa (Dyregrov, 1998). Í dag er lögð áhersla á að ekki beri að hafa úrvinnslufundi í eitt skipti (one session debriefing) (WHO, 2003) án þess að bjóða upp á neitt fleira, þó slíkt sé stundað víða, (Bisson og Kitchiner, 2003) enda gengur það gegn markmiðum fundanna sem eru að fagmaður leggi mat á hverjir hugsanlega eiga erfitt uppdráttar og þörf einstaklinga fyrir frekari hjálp. Varast skal að halda hópfundi, fundanna vegna eða hvetja til tjáningu tilfinninga því mikilvægt er að virða sálrænar varnir einstaklinga.

Dæmi um atburð og úrvinnslu: Maður sem lent hefur í alvarlegu bílslysi þar sem hann var einn og fastur í bílnum illa slasaður. Í viðtali er líklegt að fram komi að hugsunin sem situr eftir er; að hann hefði getað dáið og sterkur ótti (tilfinning) við bensínlykt (hætta á að kviknaði í bílnum). Löngu eftir slysið getur hans **búist** við að finna fyrir þessum sömu sterku viðbrögðum ef hann finnur bensínlykt eða sér eitthvað sem minnir hann á slysið t.d. sjúkrabíl. Þá fari allt viðbragðakerfið af stað aftur og hann finni fyrir líkamlegum áfallastreituviðbrögðum s.s. þyngslum fyrir brjósti, örum hjartslætti, ógleði og skjálfta. **Líkaminn/heilinn “man” að þessi skynjun (lykt, sýn, bragð, hljóð, snerting, staða) þýðir hætta.** Hann gæti því forðast (avoidance – hliðrun) í framtíðinni að vera í aðstæðum sem minna á slysið – t.d. aka fram hjá slysstaðnum. Allt eru þetta **eðlileg** áfallastreituviðbrögð, líkamleg, hugræn og tilfinningaleg. Í úrvinnsluviðtalinu fær maðurinn aðstoð við að átta sig á samhenginu á milli viðbragða sinna og upplifunar í slysinu sjálfu. Að það sé ekki alltaf samband á milli vitrænnar hugsunar og tilfinningalegrar upplifunar t.d. að vera hræddur við bensínlykt/sjúkrabíl. Síðan fær hann leiðsögn um hvað best er að gera til að takast á við þessi viðbrögð þannig að hann geti sem best lifað sínu lífi áfram. Flestum tekst það án mikillar hjálpar.

5. Virkjun stuðningskerfis polenda áfalla.

Stuðningur nánustu aðstandenda, vina og vinnufélaga er mikilvægastur fyrir polenda áfalls. Nauðsynlegt er líka að nýta þau stuðningskerfi sem viðkomandi hefur nýtt sér áður t.d. samtök (AA), sérfræðinga (prestar, sálfræðingar, læknar) eða stofnanir (heilsugæsla, geðdeildir) frekar en að taka áfallið úr samhengi og sinna því í nýjum farvegi. Þetta á sérstaklega við um börn. Því er best að foreldrar kennarar eða aðrir sem sinna barninu að jafnaði fylgist með barninu og hvetji það til tjáningar í orði, leik eða starfi.

6. Mat á áhættuþáttum - eftirfylgd.

Áfallastreituviðbrögð **geta** þróast yfir í sjúkdómseinkenni sem er þó mjög sjaldgæft. **Segja má að eftirfylgd sé mikilvægasti þáttur áfallahjálpar því markmið áfallahjálpar er að finna þá sem eiga erfitt uppdráttar og líklegir**

eru til að eiga við langvinna erfiðleika að stríða. Eftirfylgd með tilliti til mats á þörf fyrir frekari meðferð er oftast í höndum heilbrigðisstarfsmanna eða presta.

Eins og áður sagði er mikilvægt að átta sig á áhættuþáttum einstaklinga eða hópa. Þetta á t.d. við um þá sem verða vitni að dauðsfalli sérstaklega ef það er einhver nákominn (fleiri dauðsföll meiri áhætta), einstaklingar sem hafa lítinn eða engan félagslegan stuðning, eru undir miklu álagi í lífinu sjálfu í kreppu (sorg, atvinnumissir, skilnaður, sjúkdómur), hafa lent í alvarlegum áföllum áður eða missa heimili sín í atburðinum. Nýlegar rannsóknir benda einnig til þess að alvarlegir lífsviðburðir eða erfiðleikar í kjölfar áfalla eru sterkur áhættuþáttur fyrir langvinnan vanda (Adams og Boscarino, 2006).

Ef ennþá eru merki um sterk streituviðbrögð nokkrum mánuðum eftir áfallið t.d. endurupplifun, martraðir, svefnleysi, depurð, félagsfærni, mjög skert geta til að takast á við daglegt líf, er nauðsynlegt að vísa viðkomandi í viðtalsmeðferð til fagaðila og/eða til læknis í lyfjameðferð. **Þá er ekki lengur um áfallahjálpar að ræða heldur meðferð.**

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (2005) ráðleggur að **eftirfylgd** í kjölfar samfélagslegra hamfara sé í boði innan heilsugæslunnar og í **a.m.k. tvö ár**. Lagt er til að heilbrigðisstarfsmenn með sérþekkingu í áfalla- og geðheilbrigðisfræðum skipuleggi þjálfun og stuðning við heilsugæsluna til að sinna sálrænum stuðningi í kjölfar hamfara.

Áfallahjálpar er ekki sorgarstuðningur.

Það að missa einhvern sér nákominn hefur þau áhrif að einstaklingurinn fer í gegnum **sorgarferli**. **Hann er í sorg**. Talað er um að sorg geti verið upplifuð við margs konar missi en þá er frekar talað um **kreppu**; missi tækifæra, atvinnu, barnið sem aldrei fæddist eða missir heilbrigða barnsins.

Í kjölfar missis þarf einstaklingurinn að fara í gegn um **sorgarvinnu** þ.e. leyfa sér að fara inn í og upplifa sársaukann auk annarra viðbragða sem fylgja missinum og **takast á við þau**.

Flestar kenningar um sorgina fjalla um sterk viðbrögð sem eru þó ólík áfallstreituviðbrögðum. Fyrst upplifir einstaklingurinn áfallið, vantrúna og afneitunina. **“Þetta getur ekki verið satt.”** Hér felst sorgarvinnan í því að **viðurkenna raunveruleika missisins** því annars er á engu að byggja. Síðan kemur tímabil sem er **uppfyllt af tilfinningalegum viðbrögðum** s.s. grát og reiði. Þá kemur tímabil **aðlögunar að breyttu lífi** og loks að **beina tilfinningum sínum á nýjar brautir** án þess að vera stöðugt að hugsa um missinn.

Mörgum finnst sársaukinn í upphafi sorgarinnar óyfírstíganlegur og halda jafnvel að sérfræðiþjónusta áfallahjálpar sé svarið. Af framangreindu er ljóst að um annars konar ferli er að ræða. Sorgin er eðlilegt viðbragð við missi og m.a. með aðstoð sálgæslu presta eða sálrænni skyndihjálpar t.d. umhyggju og hlustun þeirra sem eru í kringum syrgjandann kemst hann í gegnum þennan sársauka á nokkrum mánuðum þó **sorgin yfir missinum fylgi honum alla ævi**.

Mikilvægt er þó að muna að leyfa sér að syrgja látinn ástvin og gefa sér tíma til þess því oft er erfiðasti tími sorgarinnar fyrstu tvö árin.

Sorgarstuðningur fagfólks.

Stuðningur við aðstandendur látinna er mjög mikilvægur þáttur og getur haft úrslitaáhrif á hvernig aðstandendur ganga inn í sorgarferlið. Mikilvægt er í slíkum tilvikum að leggja áherslu á nærgætni í fasi og tali. Ekki láta einstakling vera einan nema hann óski sérstaklega eftir því. Gott er að ráðleggja viðkomandi að fá einhvern sem hann treystir vel til að koma og vera hjá honum. Ekki er endilega mikilvægt að segja mikið, heldur að **vera með** fólki og láta vita að einhver sé því til halds og trausts “ég mun fylgjast með því hvort ykkur vanhagar um eitthvað, vinsamlegast látið mig vita ef svo er.” **Besta ráðið til að veita stuðning er að SPYRJA: “Hvað viljið þið ? Hvað hentar ?”**

Gefa þarf tíma til að ákveða hvort fjölskyldumeðlimir vilji sjá hinn látna. Ef andlitið er mjög illa farið þarf að ræða það við einhvern úr fjölskyldunni m.t.t. þess hvort betra er að sleppa því að sjá hinn látna eða hvort fjölskyldan treystir sér til að halda í eða sjá hendi látins ástvinar. Hvetja ætti aðstandendur til þess sjá eða snerta hinn látna því það getur hjálpað til að takast á við framhaldið -sorgina. “Mikilvægast er að geyma í huga sér minninguna um hann eins og hann var en flestir sjá eftir því að hafa ekki séð (látinn) ástvin sinn.” Ef fólk er tregt til, má láta vita af því að yfirleitt er hægt að fá að sjá hinn látna aftur fyrir kistulagningu og hægt að óska eftir því við útfararstofuna. Fara skal þó varlega í að tala um athafnir svo fljótt því það getur virkað ónægætið og kuldalegt.

Sumir aðstandendur látinna nota afneitun sem eru ómeðvituð eðlileg sálræn varnarviðbrögð ætluð til að verja sig þeim mikla sársauka sem fylgir því að viðurkenna að ástvinur sé í raun látinn. Í slíkum tilvikum þarf að gefa fólki meiri tíma og bjóða því jafnvel að koma aftur til að sjá hinn látna. Ef um skyndidauða er að ræða og dauðsfall af slysförum þarf að fylgja ákveðnum reglum vegna réttarkrufningar. Læknir eða lögregla óskar eftir leyfi aðstandenda fyrir krufningu en það getur verið mjög óviðeigandi ef fólk er nýbúið að fá fréttina og ekki búið að átta sig á raunveruleikanum t.d. með því að sjá hinn látna. Ef flytja þarf líkið til krufningar betra að tryggja að ættingjar sem vilja sjá hinn látna geri það sem fyrst.

Sálrænn stuðningur borgar sig.

Sálræn skyndihjálpar er andleg og líkamleg aðhlyning þess sem komist hefur í tilfinningalegt uppnám. **Slíka hjálpar eiga nánast allir að geta veitt og mikilvægt að ættingjar eða vinir sinni því hlutverki. Sálræn skyndihjálpar er mikilvægasti hluti áfallahjálpar en á einnig við þegar um er að ræða fréttir um slysa, dauðsfall eða alvarlegan sjúkdóm. Slíkar aðstæður valda miklu tilfinningalegu uppnámi.**

Sálræn skyndihjálpar er hluti af þeirri þjónustu sem heilbrigðisstarfsmenn veita þ.m.t. hjúkrunarfræðingar og prestar. Það er þó ekki venjan að starfsmennirnir segi “nú er ég að veita þér sálræna skyndihjálpar” (sem margir kalla

líka áfallahjálpi) og því halda margir að þeir séu ekki að fá neina slíka aðstoð þó það sé tilfellið.

Margir halda að áfallahjálpi sé ný töfrahjálpi sem leysi alla frá þjáningu og vanlíðan. Svo er ekki. Manneskjan hefur alla tíð leitast við að veita náunga sínum sálrænan, mannlegan stuðning. Heilbrigðisstarfsmenn og prestar hafa líka ætíð sinnt þessu hlutverki. Áfallahjálpi er fjölþætt og er fyrst og fremst leið til að aðstoða einstaklinginn til sjálfshjálp. Einn mikilvægasti þátturinn er eftirfylgd og mat á áhættu einstaklinga á að þróa með sér langvinn vandamál. Með eftirfylgd fagfólks er hægt að grípa inn í þróun mála fyrr en ella og draga úr þjáningum einstaklinga og fjölskyldna. Þannig er líka hægt að draga úr kostnaði þjóðfélagsins vegna líkamlegra og sálrænna vandamála sem þróast geta í kjölfar áfalla.

Sorg, kreppa eða áfall; hvers konar stuðning þarf?

Áfallahjálpi eins og hún er skilgreind er ekki hvers kyns hjálpi við hvers kyns vanda. Sá sem er í kreppu vegna skilnaðar, atvinnuleysis, fjárhagsörðugleika eða sjúkdóma þ.m.t. geðrænna vandamála þarf á miklu fjölþættari og annars konar aðstoð að halda en áfallahjálpin veitir.

Einstaklingar í sorg geta þurft á sorgarstuðningi að halda en það er ekki áfallahjálpi. Hins vegar getur einstaklingur bæði þurft á sorgarstuðningi og áfallahjálpi að halda t.d. ökumaður sem lendir í bílslysi og ættingi eða vinur í bíl hans deyr. Prestar sjá þá stundum um hvorutveggja. Mikilvægt er að vanmeta ekki getu einstaklinga til að jafna sig og nýta hjálpi ættingja eða vina. Jafnmikilvægt er þó að leita sér hjálp ef líðan breytist ekki eða einstaklingur er ekki enn farinn að takast á við daglegt líf mörgum mánuðum eftir áfall.

Ef um langvinna vanlíðan er að ræða sem truflar daglegt lífi lengur en 4-6 vikur er ráðlegt að leita aðstoðar heimilislæknis eða geðheilbrigðisstarfsmanna. Hugræn athyglismeðferð (HAM) og sálræn meðferð með EMDR (Eye movement desensitisation and reprocessing) eru þær nálganir sem mælt er með í dag. Lyfjameðferð getur einnig verið nauðsynleg en er ekki talin æskileg sem fyrsti kostur (Treatment recommendation: American Journal of Psychiatry, 2004; National Institute of Clinical Excellence UK, 2005).

Hvert á að vísa þeim sem leita ráðgjafar?

- Þeim sem hafa misst ástvin, er vísað á sálgæslu presta eða djákna.
- Þeir sem ekki vilja tala við prest en þurfa aðstoð við sorgarvinnu er vísað til Fjölskyldumiðstöðvar kirkjunnar, sérfræðinga á stofum (geðlækna, sálfræðinga, félagsráðgjafa, geðhjúkrunarfræðinga), heilsugæslu eða bráðþjónustu geðdeilda ef málið getur ekki beðið. Oft er þó um að ræða að viðkomandi þarf að fá aðeins að létta á sér með því að fá að tala, **áður en gefnar eru slíkar tilvísanir**. Það er mörgum mikil huggun að fá **hlustun**, koma hugsunum sínum í orð, að fá að vita að það sé eðlilegt að finna mikinn sársauka í sorginni og það taki tíma að komast yfir erfiðasta hjalla sorgarinnar.

- Þeir sem eru í lífs- eða þroskareppu t.d. vegna sjúkdómsgreiningar eða fjölskylduvandamála er hægt að vísa á heilsugæslu, sérfræðinga á stofum eða þjónustumiðstöðvar félagsþjónustunnar.
- Ef um bráð vandamál er að ræða t.d. alvarlegt svefnleysi, mikil depurð eða geðlægd er best að vísa til læknis á heilsugæslu eða bráðþjónustu geðdeilda.

Gera má ráð fyrir því að ákveðnir einstaklingar séu í meiri hættu en aðrir á að þróa með sér langvinnan vanda í kjölfar áfalls t.d. þeir sem hafa lítinn félagslegan stuðning, hafa sögu um andlega vanlíðan, viðkvæmir einstaklingar eða þeir eru í lífs- eða þroskareppu t.d. sorg. Mikilvægt er fyrir fagfólk að fylgja þessum einstaklingum eftir. Þjóða ætti áfallahjálpar fyrrgreindum hópi ef eftirfarandi á við:

- Þeir sem, koma að slysi, sérstaklega ef þeir aðstoða á slysstað, koma að sjálfsvígi eða sjálfsvígstilraun.
- Þeir sem "valda" slysi, upplifa sig hafa verið í hættu t.d. bjargast úr alvarlegu slysi, sérstaklega ef einhver annar deyr.
- Þeir sem er ógnað, hótad eða beittir ofbeldi t.d. í ráni.

Mikilvægast er að **hvetja fjölskyldu og vini til að styðja þann sem orðið hefur fyrir áfalli því það er yfirleitt besta áfallahjálpin.**

Heimildir og gagnlegar upplýsingar

Adams R.E., og Boscarino J.A. (2005). Predictors of PTSD and Delayed PTSD After Disaster: The Impact of Exposure and Psychosocial Resources. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 194(7) bls 485.

Birmes ofl. (2001). Peritraumatic dissociation, acute stress, and early posttraumatic stress disorder in victims of general crime. *Canadian Journal of Psychiatry* 46 (7) , 649-651

Bisson I.J. og Kitchiner N.J. (2003). Early spsychosocial and pharmacological interventions after traumatic events. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Helth services*, 41(10).

Bragi Skúlason, (1992) Von; bók um viðbrögð við missi. Hörpuútgáfan, Akranesi.

Caine R.M. og Ter-Bagdasarian L. (2003). Early indentification and management of critical incident stress. *Critical Care Nurse*, 23(1).

Classen ofl. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry* 155 (5) , 620-624

Dyregrov, A.(1998) Psychological debriefing An effective method? *Traumatology*, 4(2), Article 1. <http://www.fsu.edu~trauma/>

Etkin, A., Pittenger, C., Polan, J. og Kandel, E.R. (2005). Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 17:145-158

[Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM, Karayan I, Najarian LM, Pynoos R., \(2006, des.\)](#) A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster. *Am J Psychiatry*. 2005 Dec; 162(12):2302-8.

Guðfinnur P. Sigurfinnsson og Kristján Tómasson (2001). Um greiningu og meðferð áfallastreitu. *Laeknabladid.is*. Slóð:
<http://laeknabladidvefur.eplica.is/2001/4/raedigreinar//nr/842/>

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1995). Tillögur um heildarskipulag áfallahjálpar í heilbrigðisþjónustunni, menntun heilbrigðisstarfsmanna, þátttöku sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva og tengsl við neyðaráætlanir Almanna- ríkisins. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Kirkjuping (2004). Þingsályktunartillaga um skipulag viðbragðsáætlunar kirkjunnar vegna stórslysa. *Kirkjan.is* Slóð:
<http://www.kirkjan.is/kirkjuthing/?gerdir/2004/mal15>

Landlæknisembættið (2000). Starfshópur Landlæknisembættisins um fræðslu varðandi áfallahjálpar: Yfirlit yfir störf starfshópsins. Reykjavík: Landlæknisembættið.

Margrét Blöndal (2005). Áfallastreita og áfallahjálpar. Samantekt fyrir vinnuþing http://almanavarnir.is/displayer.asp?cat_id=181

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (2003). Mental Health in Emergencies. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Genf.
Mental health in emergencies: mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. World Health Organization guidelines.
<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/8656.pdf>
http://almanavarnir.is/displayer.asp?cat_id=181

Norris ofl. (2001). Sex Differences in Symptoms of Posttraumatic Stress: Does Culture Play a Role? *Journal of Traumatic Stress* 14 (1) , 7-28

Oster N.S, Doyle C.J, (2000). Critical incident stress and challenges for the emergency workplace. *Emergency Medicine Clinics of North Amerika*, 18 (2)

Rudolf Adolfsson og Borghildur Einarsdóttir (1999). Sálræn eftirköst áfalla; upplýsingar og leiðbeiningar fyrir þolendur áfalla og þeirra nánustu. Landlæknisembættið og Miðstöð áfallahjálpar Landspítala Fossvogi.

Sálræn skyndihjálpar og mannlegur stuðningur. (1997). Uffe Kirk. Rauði Kross Íslands.

Sigurður Guðmundsson og Vilborg Ingólfssdóttir (2005). Staða áfallahjálpar á Íslandi. *Morgunblaðið* 14. febrúar 2005.

Vieweg, W.V., ofl., (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *AJM* 119(5).

Pfifferling, J.H og Gilley, K. MS (2000). Overcoming Compassion Fatigue; When practicing medicine feels more like labor than a labor of love, take steps to heal the healer. *American Academy of family physician*.

<http://www.aafp.org/fpm/20000400/39over.html>

WHO (2003). Mental health in emergencies . Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization article*. (2005)

<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/MHArticleinBulletinofWHO.pdf>

Özaltin ofl. (2004). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Turkish journal of psychiatry*. 15(1). Bls. 16-25.

Sjá einnig leiðbeiningar um PTSD (áfallaröskun) frá *National Institute for Clinical Excellence* (2005) Slóð: <http://www.nice.org.uk>

Treatment Recommendations, Acute Stress Disorder and Post Traumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, Nov. 2004; Health Module

Aðrar gagnlegar slóðir

<http://www.trauma-pages.com/>

<http://www.ncptsd.org/>

Greinar og annað efni á vef almannavarnardeildar ríkislögreglustjórans http://almannavarnir.is/displayer.asp?cat_id=181

- Áfallahjálpar í skipulagi almannavarna, janúar 2003.