Selvmondsforebygging - også i FN-styrkene?

Ved Siri Thoresen og Lars Mehlum

Norge har i snart 50 år deltatt i FNs internasjonale militære fredsskapende arbeid. I 1998 har Norge to store enheter i utenlandstjeneste. Den norske bataljonen NORBATT i UNIFIL (United Nations Interim Force In Lebanon) feiret 20-årsjubileum i år. I det tidligere Jugoslavia bidrar Norge med en bataljon og et kompani i Bosnia-Hercegovina, som en del av SFOR-styrkene (NATOs Stabilization Force), og en tropp i Makedonia (UNPREDEP). I tillegg deltar Norge i FNs observatørkorps.

Foto: FRM

Hvert år tjenestegjør ca 1500 norske menn og kvinner i disse styrkene. Majoriteten av soldatene (90-95%) er sivile. De fleste får permisjon fra jobb eller skole for å tjenestegjøre 6 måneder, et år eller mer. I Norge finnes det i dag mer enn 40.000 veteraner fra FN- eller NATO-tjeneste.

Både i Norge og andre land har det de siste årene blitt en økt oppmerksomhet rundt de belastninger FN-soldater utsettes for. Det er reist

spørsmål om hvilke konsekvenser belastningene kan ha for den enkeltes psykiske helse på lang sikt.

Noen studier har vist en økt risiko for selvmord og ulykker blant krigsveteraner (Hendin & Polliger Haas, 1991; Eitinger & Strøm, 1973). Impulsiv risikoatferd som reaksjon på krigstraumer ble beskrevet som klinisk fenomen allerede etter 1. verdenskrig (Herman, 1992), og det er funnet økt selvmordsrisiko hos Vietnamveteraner med diagnosen post-traumatisk stressforstyrrelse (Bullman & Kang, 1994).

FN-tjeneste gir andre typer utfordringer og belastninger enn tradisjonell krig. FN-soldaten skal ikke sloss mot en fiende. FN-styrkene skal ha en nøytral posisjon som en buffer mellom fiendtlige parter, og de militære oppgavene går først og fremst ut på observasjon og rapportering, vakthold og mekling. Under sin tjeneste kan FN-soldaten oppleve å bli utsatt for militære ydmykelser eller verbal trakassering, grenseutprøvinger eller maktdemonstrasjoner fra de krigførende parter. Han kan også bli utsatt for farlige situasjoner, eller bli vitne til overgrep mot sivile, uten å kunne reagere tilbake. Men FN-soldaten forventes å kunne kontrollere sine aggressive impulser og fluktreaksjoner når han blir truet. Ofte er atferden som forventes av FN-soldater en ganske annen, og mer tilbakeholden, enn den soldaten har lært i sin militære grunnutrustning. De reaksjoner dette kan skape hos den enkelte, er blitt betegnet som FN-soldat-syndromet (Weisæth, 1990).

En rekke studier har vist en økt forekomst av posttraumatisk stressforstyrrelse blant veteraner fra FN-operasjoner (Aarhaug et al, 1993; Litz et al, 1997; Ward, 1997; Mehlum & Weisæth, 1998; Bache & Hommelgaard, 1994; Stuart & Halverson, 1997). Det er foreløpig få studier som har undersøkt dødelighet blant veteraner i årene etter tjeneste. Blant amerikanske soldater etter Gulfkrigen ble det funnet en økt dødelighet av

ulykker, men ikke av sykdom (Campion, 1996). Blant svenske FN-veteraner ble det vist en økt tendens til å bli involvert i ulykker blant de veteraner som hadde vært utsatt for direkte krigshandlinger (Kettner, 1972). I Norge er det foretatt en stor undersøkelse som kartlegger FN-personellens erfaringer, i tillegg til en analyse av dødelighet (Aarhaug et al, 1993).

Erfaringer og reaksjoner blant FN-veteraner

UNIFIL-undersøkelsen (Aarhaug et al, 1993) viste at de fleste som hadde tjenestegjort i Libanon, betraktet FN-tjenesten som en positiv og lærerik erfaring. De fleste mente FN-tjenesten hadde bidratt til at de hadde fått høyere stress-toleranse og økt forståelse for konflikten i Midt-Østen. Samtidig hadde en stor andel av personellet vært involvert i dramatiske hendelser som å bli truet med våpen, bli utsatt for beskytning, vært vitne til overgrep mot sivilbefolkningen, eller vært i andre vanskelige eller farlige situasjoner. En del av de spurte rapporterte post-traumatiske stressreaksjoner, som skvettenhet, søvnvansker, mareritt, skyldfølelse og gjenopplevelser av hendelser fra tjenesten.

Dødelighet blant norske FN-veteraner

UNIFIL-studien undersøkte dødeligheten i årene etter tjeneste. I perioden 1978-1991 deltok 15.931 nordmenn i UNIFIL i Libanon. Figuren nedenfor viser dødsfallene i gruppen i denne perioden (observerte dødsfall), fordelt som naturlig død, selvmord, og annen voldsom død (ICD 8 og 9). Det forventede antall dødsfall er beregnet ut fra dødelighet i den norske befolkning, kontrollert for antall personer, alder, kjønn og tidsperiode (Aarhaug et al, 1993).

Fig: Død av forskjellige årsaker hos personell som deltok i UNIFIL i perioden 1978-1991. Observerte og forventede dødsfall.

Foto: FRM

Totalt ble det observert 172 dødsfall, som er lavere enn forventet. Antall naturlige dødsfall er lavere enn forventet, og dette har høyst sannsynlig sammenheng med at FN-personell er selektert på basis av god fysisk helse. Imidlertid er antallet selvmord og andre voldsomme dødsfall høyere enn forventet. Disse resultatene kan tyde på en potensiell sammenheng mellom deltakelse i internasjonale militære operasjoner og økt dødelighet ved ulykker og selvmord. Resultatene har medført økt satsning på selvmordsforebygging i Forsvarets internasjonale operasjoner.

Forebygging av selvmord blant FN-veteraner

Det er utformet en strategi for selvmordsforebygging for Forsvarets internasjonale operasjoner. Modellen er basert på norsk og utenlandsk forskning, og på Forsvarets generelle selvmordsforebyggende virksomhet, som igjen er en del av den nasjonale handlingsplanen mot selvmord. For internasjonale operasjoner deles intervensjonene inn i tiltak før, under og etter tjeneste. Før tjeneste legges det vekt på seleksjon av personell og opplæring. Under tjeneste i utlandet fokuseres det på å etablere et godt sosialt miljø som inkluderer alle, og å forbedre håndteringen av individuelle kriser og stressbelastning. Ved dimisjon gis alt personell informasjon om støttetiltak som er etablert for dimittert FN-personell. Støttetiltakene består av en systematisk oppfølging av risikogrupper etter dimisjon, konsultasjon hos Stressmestringsteamet for internasjonale operasjoner, "Grønn Linje" (krisetelefon), og støttegrupper i FN-veteranforeningene.

Et systematisk oppfølgingstilbud

I 1995 ble det igangsatt et oppfølgingstilbud ved hjemmeavdelingen for FN- og NATO-operasjoner, og i 1996 ble Stressmestringsteamet for internasjonale operasjoner etablert. Enheten driver undervisning, opplæring, veiledning, konsultasjon og forskning relatert til Norges internasjonale fredsoperasjoner.

Oppfølgingstilbudet retter seg først og fremst mot de to gruppene som ble identifisert som risikogrupper i UNIFIL-undersøkelsen (Aarhaug et al, 1993); personell utsatt for trau-

matisk stressbelastning og personell hjemsendt før avsluttet tjeneste. Oppfølgingen er utformet forskjellig for å tilpasses behovene i de to gruppene.

Enkelte har i FN/NATO-tjeneste blitt utsatt for livstruende situasjoner (som å bli beskyttet på patrulje), groteske inntrykk (som å håndtere lemlestedde lik etter granatangrep), eller de kan ha tatt avgjørelser som har ført til skade på eget personell. Militære ledere har ansvar for å rapportere om alvorlige hendelser ved dimisjon, slik at personell utsatt for traumatisk belastning blir fulgt opp. Både erfaring og forskning tyder på at eventuelle psykiske reaksjoner, som mareritt, gjenopplevelser eller skvettenhet, gjerne viser seg først noe tid etter dimisjon. Personen kontaktes derfor 2-3 måneder etter avsluttet tjeneste, og hendelsen(e) og eventuelle reaksjoner bearbeides.

Personell som blir hjemsendt før avsluttet tjeneste kan oppfatte repatrieringen som ydmykende og krenkende. Repatrieringen kan innebære tapsopplevelser på mange områder; sosial utstøtning, tap av selvaktelse, forventninger om fordømmelse ved hjemkomst til familie og venner, og ofte økonomiske problemer.

Den repatrierte følges til Norge, og ved ankomst til hjemmeavdelingen gjennomgår han en samtale med psykiatrisk sykepleier. En viktig oppgave er å sikre at personen forholder seg konstruktivt og realistisk til situasjonen, f.eks. ved å ringe hjem og informere familien. Ikke sjelden avdekkes selvmordstanker i denne samtalen, og det gjøres individuelle avtaler om oppfølging. Unntaksvis er det nødvendig å koble inn lokalt hjelpeapparat på soldatens hjemsted.

Personell som har tjenestegjort i tidligere år kan henvende seg til, eller bli henvist til Stressmestringsteamet for internasjonale operasjoner for konsultasjon. Stressmestringsteamet driver ikke langsiktig behandling, men gir kortvarige tilbud til veteraner. Dersom det er aktuelt med behandling, samarbeider vi med sivil helsevesen.

Noen kliniske erfaringer

De fleste veteraner fra FN- eller NATO-tjeneste er mennesker med stor erfaringsrikdom, som det er interessant å snakke med. De fleste har, eller har hatt, et høyt funksjonsnivå, og har mestret til dels svært utfordrende situasjoner. Noen plages sterkt av opplevelser fra tjenesten. I vår kontakt med veteraner har vi fått stor respekt for den innsatsen de har gjort i krigsområder. Vår erfaring er at mange soldater kan være opptatt av å mestre utfordringer, reflektere over erfaringer, eller fortelle om egne reaksjoner slik at andre kan lære av det. Vi har funnet det lite gunstig å møte veteranene med en utpreget diagnostisk innstilling. Uten innsikt i denne problematikken kan det være lett å feiltolke betingede fryktreaksjoner som paranoide forestillinger, eller gjenopplevelser som hallusinasjoner. Noen ganger kan historier fra FN/NATO-tjenesten høres fantastiske ut, og det har vært nyttig for oss enkelte ganger å kunne få hendelser bekreftet fra hjemmeavdelingen. Ikke sjelden opplever hjelpsøkende veteraner at leger og psykologer i det sivile hjelpeapparatet fokuserer sterkt på deres barndom, oppvekst og tidligere liv. Dette kan være uheldig.

Foto: FRM

Selv om personen har opplevelser fra barndom og oppvekst som er viktige å bearbeide, kan genuin interesse for den aktuelle belastningen i tjenesten være et utgangspunkt for en allianse.

Når det gjelder vurdering av risiko for død, er det viktig å være oppmerksom på overhyppigheten av dødsulykker som er funnet blant FN-veteraner. I tillegg til å vurdere selvmordsrisiko ut fra depressive eller tilbaketrukkende reaksjonsformer, kan det derfor være nyttig også å spørre om livstruende virksomhet, som farlig bilkjøring eller uforsiktig omgang med våpen. Noen veteraner kan være mer plaget av utadrettede reaksjoner, som irritabilitet, aggresjon, uro, rastløshet eller atferdsendringer. Slike reaksjoner kan være uttrykk for depresjon. Enkelte veteraner som ikke vil bekrefte at de har selvmordstanker, kan oppleve likegyldighet i forhold til om de overlever eller dør.

Det er foreløpig usikkert hvordan vi skal tolke overhyppigheten av selvmord og andre voldsomme dødsfall blant FN-veteraner. Det er igangsatt en undersøkelse som vil forsøke å kartlegge eventuelle sammenhenger mellom deltakelse i internasjonale fredsoperasjoner og prosesser som kan lede til død, gjennom retrospektiv analyse av dødsfall. Forhåpentligvis vil resultatene fra denne undersøkelsen bidra til mer målrettet forebygging både av selvmord og av dødsulykker.

Stressmestringsteamet samarbeider med behandlere i hjelpeapparatet, og kan kontaktes for litteratur, informasjon eller råd vedrørende klienter med erfaring fra FN/NATO-tjeneste. De som er interessert i å lese mer om FN/NATO-tjeneste, kan benytte Internett-adressen: <http://www.mil.no/fn-nato>.

forts. fra side 7

Veien videre

Den norske Handlingsplan mot selvmord er i god gjenge. Universitetssentrene og SSFF er også godt i gang med sitt arbeid, slik vi har forsøkt å gi et glimt av i denne artikkelen. Vi kan imidlertid ikke slå oss til ro med vårt nåværende kunnskapsnivå og med dagens modeller og metoder. Vi trenger stadig fornyelse gjennom forskning, utviklingsarbeid og erfaring opparbeidet gjennom de tallrike forebyggingstiltakene som er i gang, men i tiden fremover trenger vi også å ta vare på de ressursene og den kompetansen som nå er opparbeidet gjennom Handlingsplan mot selvmord. Offentlige handlingsplaner er vel og bra og gir et viktig incitament til å komme i gang med nye tiltak, men altfor ofte har det dessverre vist seg at slike handlingsplaner ikke blir fulgt opp. Det må ikke skje denne gangen. Vi trenger en kontinuerlig selvmordsforebyggende innsats. Selvmordsproblemet er ikke som tuberkulosen eller HIV-epidemien - at det i noen grad tilhører en avgrenset epoke i vår historie. Selvmord er like gammelt som menneskeheten. Men problemet skifter gradvis karakter og kan arte seg noe ulikt fra generasjon til generasjon. Derfor må vi stadig holde øynene åpne for hva som utløser og øker selvmordsatferden i befolkningen - blant annet gjennom forskning - og vi må

Litteratur:

Aarhaug P, Weisæth L, Mehlum L, Larsen S. (1993). *The UNIFIL study 1991-1992. Report - part I. Results and recommendations.* Oslo, HQ Defense Command Norway. The Joint Medical Service, 1993.

Bache M, Hommelgaard B. *Danske FN-soldater: Oplevelser og stressreaktioner.* Forsvarets Center for Lederskab, september, 1994.

Bullman TA, Kang HK. *Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans.* Journal of Nervous and Mental Disease 1994; 1: 604-610.

Campion EW. *Disease and suspicion after the Persian Gulf war.* The New England Journal of Medicine 1996; 14: 1525-1527.

Eitinger L, Strøm A. *Mortality and morbidity after excessive stress. A follow-up investigation of Norwegian concentration camp survivors.* Humanities Press, New York, 1973.

Hendin H, Polliger Haas A. *Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans.* American Journal of Psychiatry 1991; 148: 586-591.

Herman J L. *Trauma and recovery.* Harper Collins, NY, 1992.

Kettner B. *Combat strain and subsequent mental health.* Acta Psych. Scand, 1972; Supplement 230: 1-112.

Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. *Post-traumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for US military personnel.* American Journal of Psychiatry 1997; 154(2):178-84.

Mehlum L, Weisæth L. (1998). *Predictors of post-traumatic stress reactions in Norwegian UN peacekeepers seven years after service.* Submitted to Journal of Traumatic Stress, april 1998.

Stuart JA, Halverson RR. *The psychological status of US army soldiers during recent military operations.* Military Medicine 1997; 162 (11): 737-74.

Ward W. (1997). *"Psychiatric morbidity in Australian veterans of the United Nations peace-keeping force in Somalia."* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997; 31: 184-93.

Weisæth L. *Stress of UN military peace-keeping.* WSMIC Newsletter 1990; 2(2): 15-18.

Siri Thoresen er spesialpsykolog i Stressmestringsteamet for internasjonale operasjoner, som er et fagteam knyttet til Norges FN- og NATO-styrker. Hun driver et forskningsprosjekt vedrørende selvmord og dødsulykker blant veteraner fra internasjonal militærtjeneste.

ha en beredskap for å motvirke disse tendensene. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ønsker å spille en aktiv rolle i denne beredskapen.

Lars Mehlum er overlege dr med og leder av Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging. Han har bred klinisk erfaring og har gjennomført flere forskningsprosjekter på det suicidologiske krisepsykiatriske fagområdet.

Litteratur

Alveberg L, Andersen LK, Jægtvik T. *"To historier om livsvilje": elevhefte.* Arendal: Media Service, 1998. 11 s.

Jore J-R. *To historier om livsvilje.* Arendal: Media Service, 1997. 51 min. (Video).

Mehlum L. (Red). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis.* Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1998.

Schjelderup G. *Akerprosjektet: Behandling og oppfølging av mennesker i selvmordskrise.* Nytt i

Suicidologi. Fra forskning til forebygging 1998; 1: 21-22.

Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Skriftserie 4-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.

Ystgaard M, Haukø W. *Å forstå og forklare selvmord.* Oslo: Statens helsetilsyn/ Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, 1998. 67s (Statens helsetilsyn; IK-2613).

Ystgaard M, Skumsnes A. *Kunnskapsformidling i handlingsplanens regi.* Nytt i suicidologi. Fra forskning til forebygging 1998; 2: 13-15.