



Forestil dig den paranoide dame fra psykiatrisk afdeling, som har anbragt stanniol over hele lejligheden for at undgå at blive ramt af dødelige stråler. Eller som stopper klude i ventilationsanlægget og taper vinduer til for at undgå giftgas.

Forestil dig selv i den samme situation. Du er blot ikke paranoid, og frygten er helt reel. For terrorister ønsker at sprede mest mulig død og ødelæggelse. Forestillingen om at være udsat for intentionel ondskab, som ikke kan registreres af sanseapparatet, er skræmmende og aktiverer ur-angsten.

Efter den 11. september har den vestlige verden fået terror ind på net-hinden. Først selvmordsangrebet rettet mod World Trade Center og siden spredningen af miltbrand, primært i USA. Her i landet er der dukket harmløst pulver op hist og pist, som har spredt frygt og igangsat det helt store apparat.

Det er almenkendt, at Osama bin Laden og hans slæng interesserer sig for biologiske våben og har adgang til ekspertisen. Måske er det al Qaida-netværket, som er på banen med miltbrand, måske andre terrornetværk, >>>

Risikoen for, at terrorister anvender masseødelæggelsesvåben, har aldrig været større end i vor tid. Terrorvåbenet er sprængfyldt med psykologi. Hvordan er vi klædt på til at håndtere dette?



▶ ▶ ▶ men også galninge, spøgefugle og pulver-freaks synes at blande sig i køret. Endvidere hævder bin Laden, at han råder over atomvåben. Det er uvist, om dette er korrekt, men det er kendt, at der er et stort marked for nukleart materiale.

Det siges, at trusselsniveauet i Danmark er lavt, og at det er usandsynligt, at vi her vil opleve mildbrand. Dette er sandsynligvis og forhåbentligt korrekt. Dog påpeger sikkerhedspolitiske forskere udi global terror, at det er en generel udviklingstendens, at terrorangreb bliver mere og mere voldsomme. Jeffrey Simon vurderer endvidere, at risikoen for anvendelse af ABC-våben (atom-, biologiske og kemiske våben) aldrig har været større end i vor tid. Det er blot et spørgsmål om tid, hørte jeg ham sige i 1999 [1]. Andre deler opfattelsen, som er blevet sørgeligt bekræftet i tiden efter 11. september [2].

Vi har lov til at håbe, men det, vi ser for tiden, er måske ikke bare et par enlige svaler. Truslen om fortsat brug af biologiske våben og andre masseødelæggelsesvåben synes at være til stede. Og ligesom selvmord kan også terror smitte.

Psykologisk vinkel

Hvorfor skrive om terror og ABC-våben i Psykolog Nyt? En ting er, at den globale trusselssituation har ændret sig, men har det noget med psykologi at gøre, og er det et felt, hvor vi psykologer har noget at bidrage med?

Hertil kan man sige, at terror i sin essens er udtryk for psykologisk krigsførelse. Alene truslen om terror kan medføre en massiv psykisk og social påvirkning af befolkningen, som vi allerede har konstateret. Terror i USA og pulver i Danmark har haft den effekt, at danskere oplever deres følelse af sikkerhed påvirket. Flere føler sig truet, forbrugsmønstre ændres, og



måske står vi på kanten af et samfundsmæssigt paradigmeskifte [3].

Her vil jeg specifikt fokusere på angreb med masseødelæggelsesvåben, og hvorledes vi i Danmark er klædt på til at håndtere dette. For mange psykologer er emnet fremmed. Det oplever jeg ikke på samme måde grundet en interesse for krise-/katastrofeområdet og beredskabsplanlægning og et tidligere job, som bl.a. handlede om den konkrete håndtering af fjendtligt angreb med ABC-våben.

Psykologer, som arbejder med kriseintervention, fordyber sig normalt ikke i årsagsfaktorer såsom bilers bremselængde, brandsikkerhed eller voldsforbryderens personlighed.

Dog kan det være relevant at forholde sig til terror med masseødelæggelsesvåben på en særskilt måde. Effek-

ten breder sig som ringe i vandet på en anden måde end ved mere afgrænselige hændelser, såsom ulykker og vold, og bringer rystelser i samfundslivet og dets institutioner. Mange psykologiske faktorer gør sig gældende under og efter et terrorangreb, ligesom der efterfølgende er et stort behov for psykologisk bistand. Den aktuelle terror-situation er således en anledning til at reflektere over, hvad psykologien kan bidrage med, samt overveje, hvilke metoder vi har eller mangler i værktøjskassen.

ABC-våben

ABC-våben kategoriseres almindeligvis som masseødelæggelsesvåben, idet intentionen med deres brug er at forårsage meget store ødelæggelser ved et enkelt angreb. Disse våbenty-



våben ikke er faldet i forkerte hænder.

Atomvåben er fordelagtige fra et militært synspunkt, idet de indeholder en koncentreret energi og kan erstatte brugen af et større antal konventionelle våben. De fleste kender A-våbens karakteristiske paddehattesky og ved, at den medfører radioaktiv forurening. Størstedelen af bombens effekt omsættes dog som en trykbølge og lys- og varmestråling. Eksplosions-temperaturen nærmer sig solens, og dét i området, som ikke fordampes, tilintetgør trykbølgen. Bomben er almindeligvis stor og uhåndterlig, men såkaldte "taktiske A-våben" og "kuffertbomber" er små og i terrorhenseende effektfulde.

Biologiske våben består af sygdomsfremkaldende midler; bl.a. miltbrand, pest, kopper, tuberkulose og botulisme, men også kogalskab og andre dyre- eller plantesygdomme. Nogle sygdomme er smitsomme, hvilket dog ikke gælder miltbrand. Sygdommene kan spredes ved hjælp af spraytanke fra køretøj eller fly, ventilationsanlæg eller vandværk. En sprøjteflyver fyldt med miltbrandsporer, som en nat med stille og klart vejr overflyver København, er nok til, at byen befolkningsmæssigt bringes på niveau med en

per kaldes "ikke-konventionelle" i modsætning til konventionelle våben, som primært har en spræng- eller brandvirkning.

Nogle ABC-våben baserer sig på højteknologi, mens andre er lavteknologiske og kan fremstilles i ethvert garagelaboratorium. Flere såkaldte "slyngelstater" har investeret store midler i at udvikle ABC-våbenprogrammer og har måske hyret nogle af de mange arbejdsløse videnskabsfolk og specialister fra det tidligere Sovjetunionen. Sovjetunionen har gennem tiden også fremstillet og lagret enorme mængder af C-våben. Det hævdes, at produktionen er ophørt, og samtidig har internationale nedrustningsaftaler medført, at mange A-våben er destrueret. Men der er ikke nogen, der tør garantere, at nogle af disse

mindre provinsby. Sammenlignet med sådanne angrebsformer – og specielt ved brug af smitsomme sygdomme – er nålestiksangrebene med miltbrand i brevform de rene nytårsløjer.

Kemiske våben: Der er flere typer, bl.a. nervegas, blistergas, kvælegas og blodgifte. Under 1. verdenskrig blev der anvendt sennepsgas, som er en blistergas, men i tiden efter har C-våben stort set ikke været brugt som følge af internationale konventioner og frygt for repressalier. Irak har anvendt nervegas i den nordlige del af landet under krigen mod Iran. I Tokyo brugte terrorsekten Aum Shinrikyo i 1995 en svag opløsning af nervegassen sarin i undergrundsbanen, mens andre typer er soman, tabun og VX. Kemiske våben kan anvendes i granater eller udlægges som spray. Rammes man direkte af gas i væskeform, kan døden indtræffe i løbet af få minutter.

Psykologiske aspekter

ABC-våbens skadelige virkning er typisk usynlig og uden lugt eller smag, og det er derfor vanskeligt at vide, om man er ramt eller ej. Der opstår specifikke somatiske symptomer, men mange symptomer er i det indledende stadium uspecifikke. Strålesyge, nervegasforgiftning og miltbrand kan i en vis udstrækning minde om influenza-udbrud eller hyperarousal; fx. med symptomer som kvalme, svimmelhed, hovedpine, brystsmertesmerter, angst, sved, tremor og generelt ubehag.

Såfremt det er kendt, at der har fundet et ABC-angreb sted, vil de fleste reagere med frygt og ovennævnte arousal-reaktioner, skønt flertallet slet ikke er ramt. I dagspressen blev det i oktober refereret, at en ålborgensisk buschauffør, som fandt mistænkeligt pulver i bussen, senere på dagen følte sig syg; et typisk eksempel på dette.

Terrorangreb med masseødelæggelsesvåben minder derfor ikke ret meget



▶ ▶ ▶ om andre kendte situationer. Terror er ikke bare en katastrofe. Det er krig. En krig uden traditionelle strategier, regler eller klare angrebsmål. Hensigten er ødelæggelse – i fysisk, social og psykologisk forstand. Når der anvendes ABC-våben, behøver de konkrete ødelæggelser og dødsfald ikke at være omfattende for at bringe et samfund ud af ligevægt. Borgerne og myndighederne bidrager helt af sig selv med resten af arbejdet gennem deres omfattende frygt og rådvildhed.

Det er denne potentielle mulighed for at være udsat for noget usynligt og diffust ondt, der er skræmmende og aktiverer urangsten. Ved katastrofer og brug af konventionelle terrorvåben har man i det mindste vished for, om man er skadet. Det har man ikke ved ABC-våben og netop denne uvished gør disse våben så psykologisk magtfulde. De lukrerer så at sige på urangsten i os.

Reaktioner

Kombinationen af intentionel ondskab, uforberedthed, et usynligt våben og manglende vished om, hvorvidt man selv er skadet, kan igangsætte stærke følelser og handlinger; rationelle såvel som irrationelle.

Fra forskningen kender vi til psykologiske reaktioner ved katastrofer, men datamaterialet vedrørende terrorangreb med masseødelæggelsevåben er beskedent. Det forventes, at der vil opstå frygt, angst, somatiseringstendens og en tilstand, som er præget

af autonom arousal [4]. På trods af mediernes hyppige fokusering på panik, er det et yderst sjældent fænomen, men en usynlig og diffus skadevolder øger risikoen [5].

Det kan forventes, at mange vil op-søge sundhedsvæsenet. Ved sarin-angrebet i Tokyo døde 12 personer. Dog var 5510 personer i kontakt med sundhedsvæsenet. Heraf havde 17 kraftige skader, 1370 havde milde til moderate skader, mens ca. 4000 havde ingen eller milde skader. Tilsvarende så man i Israel under Golfkrigen ved det første irakiske missilangreb, hvor man frygtede brug af B- eller C-våben, at 40 % af befolkningen i angrebsområdet oplevede åndenød, tremor, svedudbrud og emotionelle reaktioner [4].

I sundhedsvæsenet

I psykologisk og somatisk henseende har ofrene brug for, at redningsberedskabet og sundhedsvæsenet fungerer professionelt og effektivt. Mange vil opleve, at de har behov for hjælp; nogle af disse har et reelt behandlingsbehov, andre ikke. Imidlertid er det nødvendigt, at personalet forholder sig sensitivt over for alle personer, der oplever en akut dødstrussel. Sygemiljøet bør medvirke til at skabe en følelse af sikkerhed og modvirke den rådvildhed og hjælpeløshed, som terrorhandlingen har induceret. Sker der modsat det, at ofrene får en opfattelse af, at de er nødt til at kæmpe om få og begrænsede ressourcer, øges følelsen af afmagt og håbløshed. Følelserne

Kontakt

Artiklen ligger i forlængelse af en tidligere artikel fra Keld Molin, nemlig "Når nøden er størst", Psykolog Nyt 12/2000. Ønsker læsere at kontakte forfatteren om de beskrevne emner, kan det ske på keld.molin@mail.dk



Psykologer, som arbejder med kriseintervention, fordyber sig normalt ikke i årsagsfaktorer såsom bilers bremselængde, brandsikkerhed eller voldsforbryderens personlighed.

kan blive omsat i vrede og frustration, hvilket øger risikoen for optøjer og panik.

Rednings- og sundhedspersonale oplever den selv samme angst og frygt som resten af befolkningen, især hvis deres egen familie er i farezonen. En psykisk overvældelse kan derfor få væsentlig betydning for organiseringen og behandlingen af masseskader. Problemet kan forstærkes af, at personalet ikke er rutineret

i denne særlige behandlingsform og ikke har den nødvendige uddannelse og træning [6]. Reelt kan de tillige selv være truet, i og med at B- eller C-våbenet importeres til sygehuset i form af forurenede ofre. Her er eneste mulighed at bevæge sig rundt i sikkerhedsudstyr a la rumdragter, hvilket er uvant, stressende og trættende.

Arbejdsbetingelserne er selvsagt krævende og særdeles belastende. Selv om ABC-våbenets art er ukendt, skal personalet i diagnosticeringen skelne mellem symptomer på hyperarousal og forgiftning/infektion og samtidig forholde sig sensitivt. Blandt ofrene kan der opstå uro og en konkurrencepræget situation, hvor nogle måske vil forsøge at tiltvinge sig adgang til sygehuset, inden de er renset. Patientstrømmen kan hellere ikke som vanligt styres via ambulancer, da det kan forventes, at 80 % er selvhenvendende [7].

Psykiske efterreaktioner

Angreb med masseødelæggelsesvåben er således et voldsomt anslag mod enkeltindivider og samfund. Forskningen er begrænset, men det tyder på, at de psykiske eftervirkninger er massive. Efter konventionelle terrorangreb ses en høj rate af posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) med en prævalens fra 31 % til over 40 %. Ved brug af ABC-våben forventes det, at påvirkningsgraden er endnu større [8].

Ved sarin-angrebet i Tokyo blev det anslået, at ca. 60 % led af PTSD [9]. I årene efter det radioaktive udslip på Tremileøen oplevede beboerne signifikant højere grad af emotionel stress, psykosomatiske symptomer, angst og fremmedgjorthed [10].

Hertil må man på sigt regne med reaktioner relateret til konkrete individuelle og samfundsmæssige ændringer: sorg, angst, demoralisering, manglende oplevelse af kontrol, frygt for senere sygdomsudbrud og påvirkning af fostre [8].

Visse ABC-våben kan desuden rent farmakologisk medføre psykiske skader. B-våben kan bl.a. forårsage delirium, depression, irritabilitet og manglende energiniveau. Nervegas kan medføre depression, angst, søvnforstyrrelser, reduceret koncentrations- og hukommelsesevne samt andre tilstande, der kan afsløres ved neuropsykologisk testning [4].

Viden og metoder

Terroristers brug af masseødelæggelsesvåben stiller selvsagt store udfordringer til samfundet og alle de professionelle hjælpere – også til psykologien, psykiatrien og amternes psykosociale beredskab.

Den psykologiske del af beredskabet, bl.a. amternes psykosociale beredskab, står ikke i første række ved et terrorangreb. På den anden side er en af de mest alvorlige fejl i den samlede beredskabsplanlægning, at de psykologiske konsekvenser af et terrorangreb ikke prioriteres tilstrækkeligt højt [11].

For rednings- og sundhedspersonale er det på mange måder krævende at håndtere ABC-masseskader. Endvidere er der en alvorlig risiko for, at de i udførelsen af deres job forårsager sekundær traumatisering, således at belastningstilstanden hos ofre og dem selv forværres [2]. Derfor bør den psykologiske viden være et integreret element i det samlede beredskab, hvor planlægning og øvelser med psykologisk realisme er af afgørende vigtighed.





▶ ▶ ▶ Ser vi på den mere psykologiske del af beredskabet, er det klart, at der vil være et stort behov for kriseintervention og bistand hos ofre, pårørende, professionelle hjælpere m.v. Psykologer har rutine i at intervenere over for traumatiserede individer, grupper, familier og måske arbejdspladser. Ved masseskader, hvor måske tusinder er psykisk påvirket – direkte og vikarierende – og hvor samfundslivets normale organisation og stabilitet er slået ud af kurs, bliver man nødt til at tænke kreativt og i andre metoder.

Man kommer ikke langt med individ- og gruppeinterventionsmetoder alene. Det er således relevant at forholde sig til, hvad man kan gøre for at understøtte bearbejdningen hos en traumatiseret befolkning. I denne sammenhæng skal man nok ikke lade sig binde af en for snæver forståelse af intervention. Måske skal psykologen, frem for at være terapeut, i højere grad påtage sig rollen som konsulent og rådgiver over for myndigheder, in-

stitutioner og medier. Et aspekt, der her kan fokuseres på, er information; information om hændelsen, psykiske reaktioner og stress management. Nogle forestiller sig, at man kan etablere egentlige “befolkningsuddannelser” [12]. Tv-mediet kan anvendes i denne sammenhæng. Internettet giver også mange muligheder. Efter diskoteksbranden i Göteborg var der mange unge, som på en speciel hjemmeside benyttede sig af muligheden for at dele deres tanker og følelser. I andre lande er det endvidere almindeligt at etablere en telefonisk “help-line”.

Ellers må det primært være metoder, som retter sig mod grupper og storgrupper, vi skal se på. Psykoeducation, pårørendegrupper og kurser som “psykiske reaktioner ved x-sygdom” eller “hvordan leve med y-sygdom” er i de senere år blevet almindelige. Elementer fra sådanne koncepter kan måske anvendes. Organisationen ICISF har beskrevet adskillige meto-

der. En af de senest beskrevne er “Crisis Management Briefing”, som henvender sig til storgrupper ved masseskader [13].

Temaet “terrorangreb med masseødelæggelsesvåben og psykologi” er (heldigvis) ukendt for de fleste. Men temaet er blevet aktuelt og der er mange aspekter, som er af psykologisk karakter. Temaet har mange flere facetter, end der beskrives her. Nogle af artiklens problemstillinger er normalt ikke i fagpsykologiens fokus, men hensigten er at lægge op til overvejelser om, hvad psykologer og psykologien kan bidrage med

Mangelfuldt beredskab

Den vestlige verden står over for en ny trussel og udfordring i forbindelse med terror og brug af masseødelæggelsesvåben. Terror, dens konsekvenser og afhjælpningen af den er sprængfyldt med psykologi. En ting er, hvad psykologstanden selv kan bi-



drage med. Noget andet er myndighedernes planlægning af, hvorledes en konkret situation skal håndteres.

De psykologiske konsekvenser af terrorangreb prioriteres almindeligvis ikke tilstrækkeligt højt. Det er også beredskabsplanlægningens iboende problem, at man skal forholde sig til det usandsynlige, men alligevel ikke utænkelige. Der er sjældent et her-og-nu krav, og samtidig er planlægningen psykologisk udfordrende. For ud over at besidde den relevante viden skal man være i stand til at mobilisere både indlevelse og fantasi. Fantasien rækker måske til indkøb af kemikaliedragter, vacciner og laboratorieudstyr. Det er straks mere abstrakt at forholde sig til ofres individuelle og sociale reaktioner, psykisk påvirkning af sundhedspersonale m.m.

Hvem har ansvaret for, at der kan iværksættes en organiseret og kompetent indsats i tilfælde af terrorangreb i Danmark? Ja, ansvaret for det somatiske sygehusberedskab er i lig-

hed med det psykosociale katastrofeberedskab uddelegeret til amterne, mens redningsberedskabet både er statsligt og kommunalt. Som nævnt udspiller de psykologiske konsekvenser af terrorangreb sig i det samlede beredskab og landet som helhed, men hvor er ansvaret for dette såkaldte "psykologiske terrorberedskab" placeret?

Det beredskab, som tydeligvis rummer psykologiske ressourcer og ekspertise, er det psykosociale beredskab, der har sit primære ståsted i psykiatrien. Måske er der nogle politikere og embedsmænd, som vil pege på, at det er dette beredskab, som er det "psykologiske terrorberedskab". Problemet er blot, at terrorsituationen og dens specielle psykologiske konsekvenser ikke er indeholdt i det kommissorium, som sundhedsministeren gav amterne i 1992, og derfor heller ikke er en del af amternes planlægningsgrundlag [14]. Det andet problem er, at det psykosociale beredskab i forvejen er ressourcemæssigt svagt funderet og præget af et svingende fagligt niveau [15].

Situationen er derfor, at det er uklart, hvem der har ansvaret for at forholde sig til terrorens specielle psykologiske konsekvenser, og såfremt ansvaret søges placeret i amternes psykosociale beredskab, at der her ikke aktuelt forefindes tilstrækkelige ressourcer – hverken i form af kapacitet eller specialviden. I erkendelsen af, at det samlede beredskab ikke er gearret til at håndtere terror, bevilgede regeringen i efteråret 100 mio. kr. til styrkelse af det rednings- og sundhedsmæssige beredskab. Som konklusion kan der derfor ikke siges andet, end at det på samme måde må være regeringen, som bør være garant for, at terrorberedskabet i Danmark ikke fortsat skal lide af en alvorlig psykologisk slagside.

Keld Molin er psykolog ved psykiatrisk afdeling, Kolding Sygehus, og tidligere uddannet ABC-officer i Beredskabskorpset

Referencer:

1. Simon, J.D. (1999): *Nuclear, biological & chemical terrorism: Understanding the threat & designing responses*. ICISF, Inc.: Fifth world congress. On stress, trauma & coping in the emergency services professions, Baltimore, USA.
2. Richards, C.F., Burstein, J.L., Waeckerle, J.F. & Hutson, H.R. (1999): Emergency Physicians and Biological Terrorism. *Annals of Emergency Medicine*, vol. 34, No. 2.
3. Jyllands-Posten 24/10-2001.
4. DiGiovanni, C. (1999): Domestic terrorism with chemical or biological agents: Psychiatric aspects. *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, No. 10.
5. Holloway, H.C., Norwood, A.E., Fullerton, C.S., Engel, C.C. & Ursano, R.J. (1997): The Threat of biological weapons. Prophylaxis and mitigation of psychosocial and social consequences. *JAMA*, vol. 278, No. 5.
6. Pesik, N. & Keim, M. & Sampson, T.R. (1999): Do US Emergency Medicine Residency Programs Provide Adequate Training for Bioterrorism? *Annals of Emergency Medicine*, vol. 34, No. 2.
7. Treat, K.N., Williams, J.M., Furbee, P.M., Manley, W.G., Russell, F.K. & Stamper, C.D. (2001): Hospital preparedness for weapons of mass destruction incidents: An initial assessment. *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 38, No. 5.
8. Institute of Medicine & National Research Council (1999): *Chemical and Biological Terrorism. Research and Development to Improve Civilian Medical Response*. Washington, D.C.: National Academy Press.
9. Ohbu, S. et al. (1997): Sarin poisoning on Tokyo subway. *Southern Medical Journal*, vol. 90, No. 6.
10. Smith, E.M., North, C.S. & Price, P.C. (1988): Response to technological accidents. I: Lystad, M. (ed.): *Mental health response to mass emergencies*. New York: Brunner/Mazel.
11. Simon, J.D. (1999): Nuclear, biological, and chemical terrorism: Understanding the threat and designing responses. *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 1, No. 2.
12. Dougherty, J. (2001): U.S. ill-prepared for major attacks. Public needs education to deal with, bio, chem, nuclear assault. *WorldNetDaily*, 11. oktober.
13. Everly, G.S. (2000): Crisis management briefings (CMB): Large group crisis intervention in response to terrorism, disasters, and violence. *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 2, No. 1.
14. Sundhedsministeren (1992): *Orientering om kriseterapeutisk bistand ved større fredstidsulykker*. Sundhedsministeriets brev til samtlige amtsråd, 19. maj.
15. Molin, K. (2000): Når nøden er størst. *Psykolog Nyt*, 12.