



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

Stressymptomer ved hjemkomst etter tjenestegjøring i internasjonal militær operasjon; En studie av norsk militært personell etter tjenestegjøring i Afghanistan.



MED-3950 5.-årsoppgaven
Profesjonsstudiet i medisin ved UiT, Norges Arktiske Universitetet

Sindre Solberg, med.stud

MK-10

Veiledere:

Hovedveileder Sverre Hougsnes, spesialist i psykiatri og forsker, Seksjonsleder, Militær Psykiatrisk Poliklinikk, Kontoret for Psykiatri og Stressmestring, FSAN

Biveileder Helen Brandstorp, spesialist i anestesi, Phd-student og forsker, Leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet

UiT Norges Arktiske Universitet
Mai 2015
Leknes/Oslo/Tromsø

Forord

I denne oppgaven presenteres en studie av totalforekomsten av stressymptomer hos militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan, de vanligste stressymptomene ved hjemkomst og eksponering for alvorlige og traumatiske hendelser i tjenesten. I tillegg vurderes sammenheng mellom tilstedeværelse av stressymptomer etter hjemkomst og økning i alkoholforbruk. Dataene som benyttes i denne studien er en del av Afghanistanundersøkelsen 2012, gjennomført av Kontor for Psykiatri og Stressmestring, Forsvarets Sanitet.

Jeg ønsker å takke veileder Sverre Hougsnæs ved Kontor for Psykiatri og Stressmestring, Forsvarets Sanitet for tilgang til datamaterialet fra Afghanistanundersøkelsen og for meget god oppfølging og samarbeid det siste halvannet året. Hans faglige innsikt og bistand i analyseringen av tallmaterialet har vært avgjørende i prosessen. Jeg vil også takke veileder Helen Brandstorp ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, for gode bidrag og tilbakemeldinger underveis i oppgaven.

Resymè

Formål

Internasjonal forskning har de siste årene vist en klar sammenheng mellom deltagelse i internasjonale militære operasjoner og øket risiko for psykologiske helseplager etter tjeneste. Denne oppgaven vil se på totalforekomsten av stressymptomer hos personell som har tjenestegjort i Afghanistan, identifisere de vanligste stressymptomene ved hjemkomst og vurdere om personell som har vært eksponert for krigshandlinger og potensielt traumatiserende hendelser er særlig utsatt. En eventuell sammenheng mellom tilstedeværelse av stressymptomer etter hjemkomst og økning i alkoholforbruk ble også undersøkt.

Material og metode

Dataene som benyttes i denne studien er en del av Afghanistanundersøkelsen 2012 hvor formålet var å kartlegge psykisk helse hos norske veteraner som hadde tjenestegjort i Afghanistan. Spørreskjema bestod av 19 sider inkludert samtykke. Alle data ble lagret i Forsvarets helseregister. Av totalt 7155 personer som fikk tilsendt spørreskjema, returnerte 4053 personer utfylt spørreskjema.

Resultat

Av 3673 personell som besvarte undersøkelsen rapporterte 1228 respondenter (33,4 %) om ett eller flere stressymptomer over terskelverdi for klinisk betydningsfulle stressymptomer (skåre ≥ 4). 61,6% av personellet som rapporterte om ett eller flere stressymptomer med skåre ≥ 4 , rapporterte samtidig at de hadde vært eksponert for potensielt traumatiske hendelser i løpet av tjenesten. Det er en signifikant positiv sammenheng mellom økt alkoholkonsum etter hjemkomst og stressymptomer. Det største innslaget av rapporterte stressymptomer ble påvist i gruppen av veteraner som både hadde opplevd en potensielt traumatisk hendelse i Afghanistan og som øket sitt alkoholforbruk etter hjemkomst (82 %).

Diskusjon

Det er vanlig å ha stressymptomer etter hjemkomst etter deltagelse i en internasjonal militær operasjon. Om lag 1 av 3 veteraner fremstår med stressymptomer første måned etter hjemkomst. Vi har vist at det er en korrelasjon mellom potensielt traumatiske hendelser i Afghanistan, dvs opplevd en «situasjon/et øyeblikk jeg trodde jeg skulle dø», og økning i rapporterte stressymptomer etter hjemkomst. Våre funn om stressymptomer etter tjeneste i internasjonale militære operasjoner og korrelasjon mellom stressymptomer, opplevd traumatisk stress og alkoholforbruk, er i overensstemmelse med forskningen på området. Kunnskap om hyppigheten av stressymptomer etter hjemkomst kan bidra til større åpenhet om slike reaksjoner hos militært personell.

Innhold

Forord	2
Resymè	3
Definisjoner	5
Figur 1: Oversikt norsk deltagelse i internasjonale militære operasjoner siden 1988.....	5
Introduksjon	6
Materiale, metode	7
Tabell 1: Noen karakteristika ved utvalget (n=3673).....	7
Arbeidsprosessen.....	8
Variabler.....	8
Statistikk.....	9
Resultater.....	9
Diagram 1. De vanligste stressymptomene ved hjemkomst (PTSS-10).....	10
Tabell 2: Stressymptomer første måned etter hjemkomst	10
Tabell 3: Forholdet mellom stressymptomer og økt alkoholforbruk (og % av de som økte alkoholforbruket)	11
Tabell 4: Forholdet mellom stressymptomer og kombinert øket alkoholforbruk/høyt eksponert (N og % av de som både økte alkoholforbruket og var høyt eksponert.)	11
Fysiologiske aspekter på stress	12
Figur 1: Selye`s GAS-modell publisert British Medical Journal 1950.	13
Alarmreaksjonen.....	13
Motstandsreaksjonen	14
Utmattelsesstadiet.....	14
Diskusjon.....	14
Betydningen av funnene.....	15
Styrker og svakheter.....	17
Referanser.....	18

Definisjoner

Veteran: Personell som på vegne av den norske stat har deltatt i en militær operasjon¹

Internasjonale operasjoner: Med internasjonale operasjoner menes enhver operasjon i utlandet som krever bruk av militære styrker, og som er godkjent av norske myndigheter.²

Internasjonale operasjoner kan for personellet innebære deltakelse i følgende³:

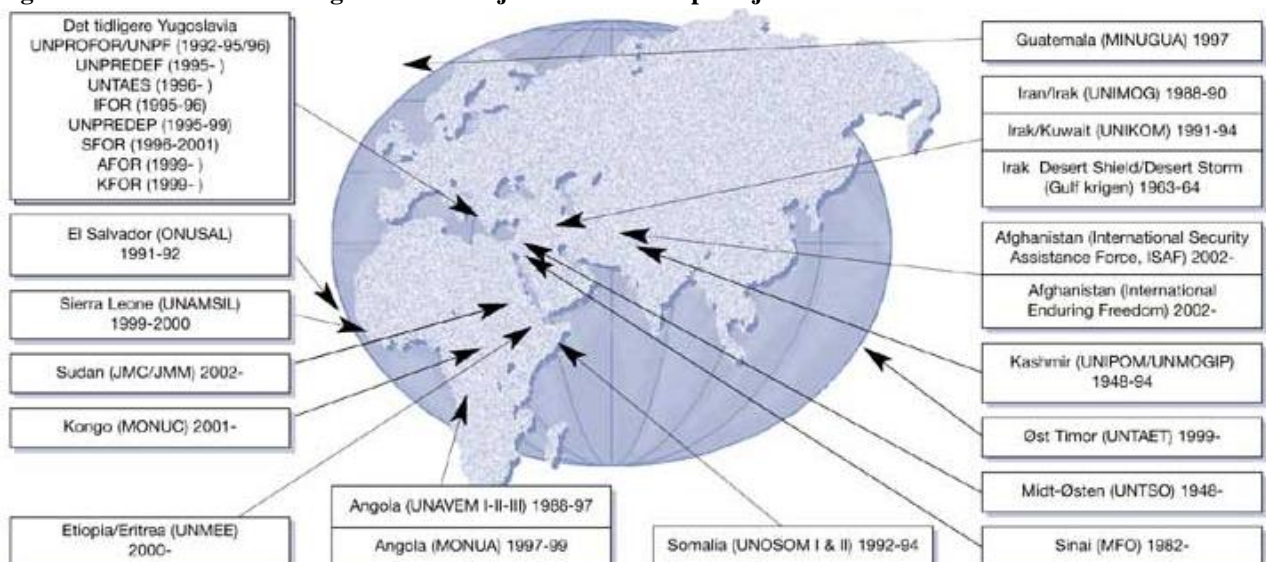
Fredsopprettende operasjoner: Operasjoner knyttet til pågående militære konflikter og som har som siktemål å gjenopprette fred og stabilitet, og omfatter både Arikkel 5-operasjoner og ikke-artikkel 5-operasjoner. Eksempler er den militære kampanjen NATO gjennomførte i det tidligere Jugoslavia i 1999 og de USA-ledete militære operasjonene i Afghanistan.

Fredsbevarende operasjoner: Operasjoner vanligvis knyttet til å observere en våpenhvile eller fredsavtale, og er oftest ledet av FN og gjennomføres med utgangspunkt i et FN-mandat. Et eksempel er UNFIL-styrken i Libanon.

Fredsbyggende operasjoner: Operasjoner med formål å forebygge konflikt og støtte fredsprosesser. Eksempler er den FN-ledete operasjonen i Bosnia-Hercegovina (UNMIBH) og FN-operasjonen i Øst-Timor (UNTAET).

Siden 1946 har Norge bidratt med militært personell i over 40 militære operasjoner rundt omkring i verden. Omlag 120.000 har deltatt i operasjonene.⁴ Totalt vil antallet veteraner samlet sett være færre da mange har deltatt i flere kontingenter/-operasjoner.⁵

Figur 1: Oversikt norsk deltagelse i internasjonale militære operasjoner siden 1988.⁶



Introduksjon

Internasjonal forskning har de siste årene vist en klar sammenheng mellom deltagelse i internasjonale militære operasjoner og øket risiko for psykiske helseproblemer etter tjeneste. De fleste studier undersøker forekomst av spesifikke psykiatriske lidelser og diagnoser. Etter krigene i Irak og Afghanistan viser for eksempel flere undersøkelser fra USA høy forekomst av post-traumatisk stresslidelse etter tjeneste (PTSD).⁷⁸ Forekomst av PTSD i ulike rapporter varierer fra 12 –25% og forekomst av en eller annen psykiatrisk lidelse fra 19 – 43 %.⁹ Britiske studier viser en noe lavere forekomst til tross for høy kamp-eksponering hos britiske soldater og forekomst av PTSD anslås i ulike studier til 4 – 6%¹⁰.

Til tross for påvist lave forekomster av spesifikk psykisk lidelse i de norske studiene, er det vårt kliniske inntrykk at mange sliter etter slik tjeneste. Mange opplever ulike stresssymptomer den første tiden etter hjemkomst og hos noen kan disse stresssymptomene vedvare og være plagsomme selv om de ikke kvalifiserer til en gitt psykisk diagnose. Selv-utfyllingsskjema og screeningsinstrumenter som benyttes av Forsvaret etter endt tjeneste benytter som regel en gitt terskel-verdi eller «cut-off» skåre som definerer en sannsynlig psykisk lidelse eller et sannsynlig hjelpebehov. Vår hovedhypotese er at mange veteraner som skårer under en slik grenseverdi allikevel kan ha betydelig symptomer og plager og at mange veteraner øker sitt alkoholforbruk etter hjemkomst fra internasjonal tjeneste. Både amerikanske og britiske studier dokumenterer økt alkoholforbruk blant veteraner etter endt internasjonal tjeneste.¹¹¹²¹³ En norsk studie med Libanon-veteraner (N=888) viste at 43,5 % av respondentene rapporterte økt alkoholforbruk i misjonen¹⁴. Respondentene som hadde vært utsatt for særlig høyt stressnivå rapporterte signifikant hyppigere potensielt patologiske årsaker for økt alkoholforbruk, slik som uro, søvnforstyrrelser, angst og stress. I SSB`s undersøkelse på forsvarsveteraners levekår fra 2012 oppga 52% av 1851 respondenter å ha vært i situasjoner der de opplevde at de selv hadde vært i akutt livsfare.¹⁵ 41 % oppga å ha opplevd det mer enn en gang.

I denne studien vil vi undersøke forekomsten av stresssymptomer etter hjemkomst fra en internasjonal militær operasjon og inkludere gruppen veteraner som skårer under de vanligvis angitte terskelverdier. Vi vil således se på totalforekomsten av stresssymptomer etter endt utenlandstjeneste. Videre ønsker vi å se på hva som er de vanligste stresssymptomer ved hjemkomst og vurdere om personell som har vært eksponert for alvorlig hendelse/krigshandlinger er særlig utsatt. Til sist vil vi vurdere om det er noen korrelasjon

mellom tilstedeværelse av stressymptomer etter hjemkomst og eventuell økning i alkoholforbruk.

Materiale, metode

Dataene i denne studien er en del av Afghanistanundersøkelsen 2012. Denne ble gjennomført av Kontor for Psykiatri og Stressmestring, Forsvarets Sanitet i 2012/13 og er en tverrsnittsundersøkelse av psykisk helse i gjennomsnitt 4 år etter endt tjeneste i den NATO-ledede ISAF-operasjonen i Afghanistan. Den var en spørreskjemasert undersøkelse, deltagelse var frivillig, krevde informert samtykke og alle data ble lagret i Forsvarets helseregister.

I samarbeid med vernepliktsverket ble ialt 7155 personell som hadde tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001–11 identifisert. Disse fikk tilsendt spørreskjema med invitasjon til å delta i studien. I alt 4053 personer (57%) returnerte utfylt spørreskjema. Bare personer med komplett skåre på aktuelle symptomer ble inkludert, slik at det aktuelle analyseutvalget består av 3673 personer (51%). Tabell 1 viser noen karakteristika ved utvalget.

Tabell 1: Noen karakteristika ved utvalget (n=3673)

	N	%
Alder ved første deployering (SD)	30,0 (9,2)	
Antall deployeringer	1,8 (1,7)	
Totalt antall måned depl	8,1 (4,7)	
Kjønn		
-menn	3368	92
-kvinner	305	8
Utdannelse		
-≤12 år	1396	38
-≥12 år	2277	62
Grad		
-menig/ korporal	955	26
-sersjant/ løytnant	1286	35
-kaptein el. høyere	1432	39

Arbeidsprosessen

I fellesskap med veileder Sverre Hougnæs (SH) ble forskningsspørsmål og design utarbeidet og samlet i en prosjektbeskrivelse i 8.semester. I arbeidet med oppgaven har jeg brukt framgangprosessen som er beskrevet i prosjektbeskrivelsen. Det er gjennomført 5 møter med veileder SH i Oslo. Framdriften i arbeidet har vært god, og det var kun behov for små endringer underveis. De to første ukene av arbeidet gikk til, innsamling av artikler, innføring i det anvendte spørreskjema benyttet i undersøkelsen, statistikkprogrammet SPSS og vurdering av foreliggende data og andres resultat fra Afghanistanundersøkelsen. I påfølgende uker ble innsamlede artikler sortert og det ble utarbeidet en referanseliste, disposisjon og introduksjon. I uke 5 og 6 ble material- og metodedelen utformet. I uke 8- 10 ble hoveddelen av arbeidet lagt ned i resultater; forståelse og tolkning av analyser framstilt av veileder. Den statistiske analysen av dataene og ferdigstillingen av oppgaven med utforming av diskusjon og betydning av funnene foregikk våren 2015. I den avsluttende delen bidro veileder Helen Brandstorp med gjennomlesning, kommentering og korrektur av manuskript. Funnene fra studien er tiltenkt publikasjon i tidsskrift.

Variabler

For å besvare problemstillingene i oppgaven ble data fra ett psykometrisk instrument benyttet, samt 2 enkeltspørsmål som ble brukt i Afghanistan-undersøkelsen.

Stressplager etter hjemkomst ble målt ved hjelp av Posttraumatic Stress Scale (PTSS-10).¹⁶

PTSS-10 er et spørreskjema som inneholder 10 stresssymptomer som ofte ses etter traumatiske hendelser. Det dekker generelle stressmanifestasjoner som søvn-vansker, irritabilitet, depressiv sinnsstemning, anspenhet, skvettenhet, skyldfølelse, etc. Alle utsagn ble skåret av informantene ved å krysse av på en skala fra 1 til 7 med avkryssing «ikke i det hele tatt» (1) til «svært mye» (7). I Afghanistanstudien ble følgende «cut-off» brukt:

6 eller flere PTSS-symptomer skåre ≥ 4 ble definert som alvorlige stressplager, mens 4 og 5 PTSS-symptomer ble definert som moderate stresssymptomer. Færre symptomer enn 4 ble ikke vurdert.

I vår studie ble imidlertid også de med 1, 2 eller 3 symptomer med skåre ≥ 4 inkludert.

Endring i alkoholvaner etter hjemkomst, sammenlignet med før deployering til tjeneste, ble vurdert ut fra følgende spørsmål: «Sammenlignet med før utenlandstjenesten, hvordan var/er ditt alkoholkonsum etter siste deployering?» Respondentene ble bedt om å vurdere forbruket de første 6 måneder etter tjenesten ut fra følgende alternativer: «lavere enn før», «som før», «litt høyere enn før» og «mye høyere enn før». De 4 svaralternativene ble dikotomisert til uendret/lavere enn før tjeneste eller til høyere enn før tjeneste.

Personell som hadde blitt eksponert for potensielt traumatiske hendelser ble identifisert ved hjelp av spørsmålet: «Jeg opplevde en situasjon/et øyeblikk jeg trodde jeg skulle dø».

Personell som svarte ”Ja” på dette ble definert som en høyeksponert gruppe.

Statistikk

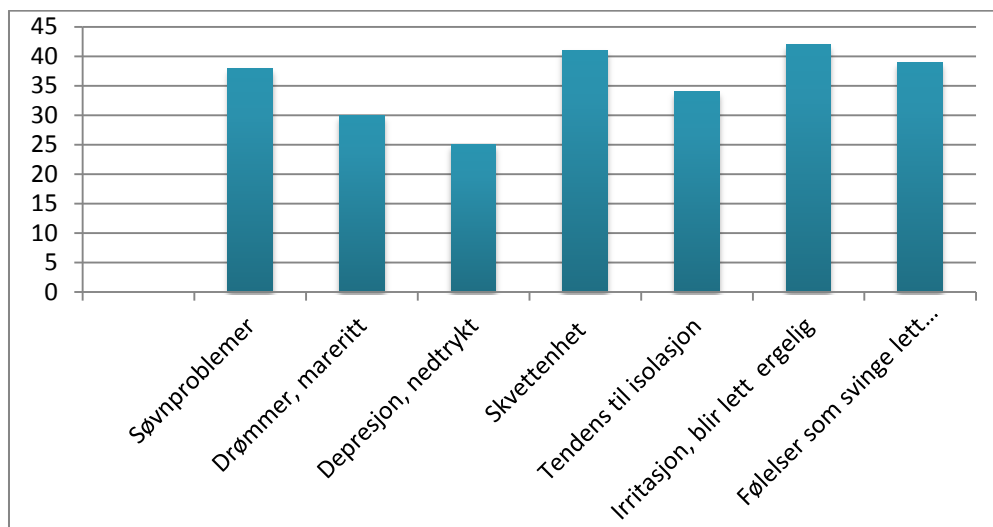
I studien er det benyttet deskriptiv statistikk med hovedsakelig enkle frekvensanalyser. Den statistiske sammenhengen mellom stressymptomer og øket alkoholforbruk og mellom øket alkoholforbruk og eksponering ble testet med bivariat logistisk regresjon. Alle analyser ble gjort ved hjelp av SPSS, versjon 21.

Resultater

I Diagram 1 fremkommer de vanligste stressymptomene som ble rapportert første måned etter hjemkomst. I diagrammet er samtlige rapporterte stressymptomer tatt med, også de med skåre mindre enn 4. Diagrammet viser prosentandel veteraner som rapporterer ulike stressymptomer. Diagrammet viser at første måned etter hjemkomst rapporteres hyppig «irritasjon/sinne» (42%), «skvettenhet» (41%) «følelser som svinger opp/ned» 39% og «søvnproblemer» 38%.

Diagram 1. De vanligste stressymptomene ved hjemkomst (PTSS-10)

Prosent



Tabell 2 viser antall stressymptomer med klinisk betydningsfull skåre. Som tidligere vist i Afghanistanundersøkelsen (ref) viser tabellen at knappe 10% av veteranene rapporterer klinisk betydningsfulle stressymptomer første måned etter hjemkomst. 4,6 % alvorlige stressymptomer (≥ 6 symptomer ≥ 4), mens 5% rapporterer moderate stressymptomer (4-5 symptomer ≥ 4). Når færre enn 4 symptomer med skåre ≥ 4 inkluderes, viser tabell 2 at ytterligere 23,7 % av veteranene rapporterer stressymptomer og at totalt 33,4 % rapporterer ett eller flere stressymptomer med klinisk betydningsfull skåre. Av Tabell 2 fremkommer dessuten at når en «samlet høyekspontert gruppe» vurderes, stiger andelen som rapporterer ett eller flere stressymptomer med betydningsfull skåre til 61,7%.

Tabell 2: Stressymptomer første måned etter hjemkomst

Ant. stressymptomer	Hele utvalget (N=3673)		Lav-eksponert (N= 2894)		Høy-eksponert (N=779)	
	N	%	N	%	N	%
Ingen sympt	2445	66,6	2146	74,2	299	38,3
Stressympt (≥ 1 sympt ≥ 4) ¹	1228	33,4	748	25,8	480	61,7
- ≥ 6 sympt ≥ 4 ²	170	4,6	73	2,5	97	12,4
- $\geq 4-5$ sympt ≥ 4 ³	186	5,0	95	3,3	91	11,6
- $\geq 1-3$ sympt ≥ 4 ⁴	872	23,7	580	20,0	292	37,4

¹ Ett eller flere symptomer på PTSS-10 skåret ≥ 4

² Flere enn 6 symptomer på PTSS-10 skåret ≥ 4

³ 4 eller 5 symptomer på PTSS-10 skåret ≥ 4

⁴ 1 – 3 symptomer på PTSS-10 skåret ≥ 4

Tabell 3: Forholdet mellom stressymptomer og økt alkoholforbruk (og % av de som økte alkoholforbruket)

PTSS-symptomer etter hjemkomst (EH)	Øket alkoholforbruk etter hjemkomst (N= 557)	
	N	%
Ingen stressymptomer	225	40,4
Stressymptomer (≥ 1 sympt ≥ 4)	332	59,6
- ≥ 6 sympt ≥ 4	67	12
-4-5 sympt ≥ 4	58	10,4
-1-3 sympt ≥ 4	207	37,2

I alt 557 personer (15,2% av hele utvalget) anga at de øket sitt alkoholforbruk de første 6 måneder etter hjemkomst fra Afghanistan. Tabell 3 viser andel som rapporterte stressymptomer i denne gruppen. Det fremkommer at 59,6% av de som økte sitt alkoholforbruk etter hjemkomst rapporterte ett eller flere stressymptomer med skåre ≥ 4 .

Tabell 4: Forholdet mellom stressymptomer og kombinert øket alkoholforbruk/høyt eksponert (N og % av de som både økte alkoholforbruket og var høyt eksponert.)

PTSS-symptomer etter hjemkomst (EH)	Økte alkoholforbruket og høyt eksponert (N= 201)	
	N	%
Ingen stressymptomer	37	18,4
Stressymptomer (≥ 1 sympt ≥ 4)	164	81,6
- ≥ 6 sympt ≥ 4	40	19,9
-4-5 sympt ≥ 4	38	18,9
-1-3 sympt ≥ 4	86	42,8

Totalt 779 personer (21,2%) anga at de hadde opplevd «en situasjon/øyeblikk jeg trodde jeg skulle dø» Av disse var det 201 personer som også økte alkoholforbruket etter hjemkomst (EH). I tabell 4 fremkommer fordelingen av stressymptomene i denne gruppen. Vi ser at totalt 81,6% av de som både var eksponert for livstruende hendelser i Afghanistan og som økte alkoholforbruket etter hjemkomst, rapporterte om ett eller flere stressymptomer ≥ 4 . Knappe 20% rapporterte alvorlige stressplager.

Tabellene over antyder en korrelasjon mellom eksponering for livstruende hendelse i Afghanistan, økt alkoholkonsum etter hjemkomst og stressymptomer.

For å teste dette statistisk ble sammenhengen mellom økt alkoholkonsum (Ja/Nei) og PTSS-10 EH sumskåre testet med bivariat logistisk regresjonsanalyse. Denne viste odds ratio på

1,33 (95% CI 1,26 – 1,37) $p < 0,001$. Med andre ord fant vi en signifikant positiv korrelasjon mellom økt alkoholkonsum inntil 6 mnd EH og sumskåren på PTSS-10 EH.

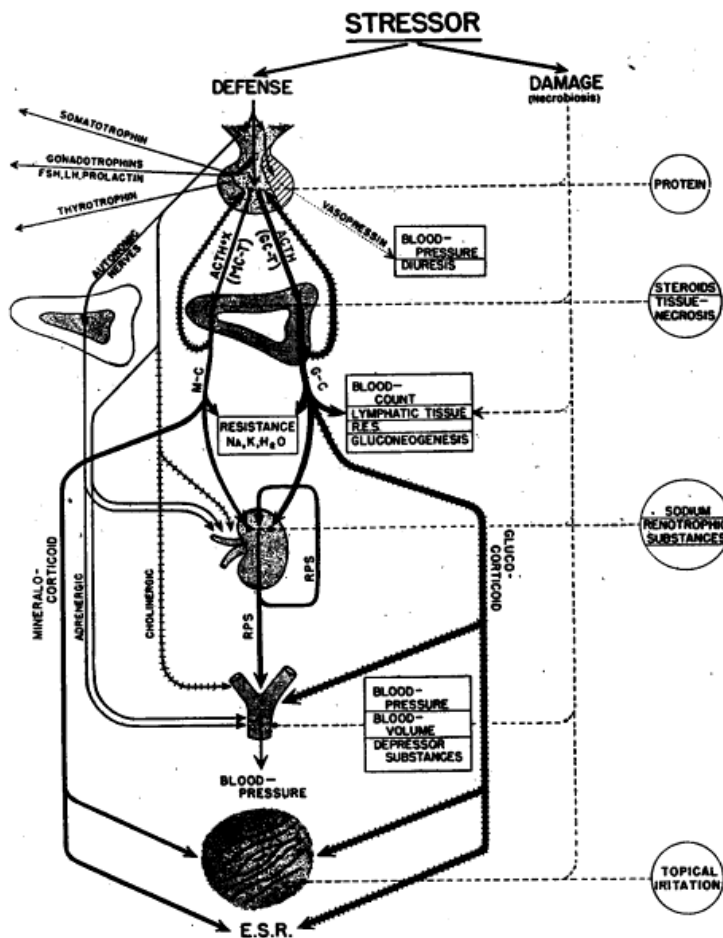
Samme statistiske metode ble brukt for å teste korrelasjonen mellom økt alkoholkonsum (Ja/Nei) og opplevelsen av en situasjon/et øyeblikk jeg trodde jeg skulle dø (Ja/Nei). Bivariat logistisk regresjonanalyse viste odds ratio på 2,48 (95% CI 2,04 – 3,02) $p < 0,001$. Vi fant altså en signifikant positiv korrelasjon mellom økt alkoholkonsum inntil 6 mnd EH og det å ha trodd «at jeg skulle dø under tjenesten i Afghanistan.»

Fysiologiske aspekter på stress

Fysiologien arbeider med teorien om homeostasemodellen. Denne bygger på den forutsetning at organismen til enhver tid må beholde likevekten, slik at opplevelsene ikke fører til desintegrasjon (Cannon 1932).¹⁷ De biologiske forandringer som skjer er meningsfylte kroppslige prosesse i relasjon til påkjenningene. Hensikten er å forberede organismen på kamp eller flukt. De forandringer som finner sted oppfattes som forberedelser for at en kan handle hurtig. Samtidig med at det sympatiske nervesystem øker sin aktivitet, kommer også det endokrine system i høy beredskap. En fysiologisk stresspåkjenning en hvilken som helst tilstand som kan føre til det generelle adaptasjonssyndromet GAS (Selye 1950)¹⁸ Dette representerer organismens reaksjon for å kunne vende tilbake til en homeostatisk tilstand. Hans Selye var en pioner innen stressforskning og beskrev det han kalte "*The General Adaptation Syndrome*"¹⁹ GAS-teorien beskriver hvordan fysiologiske reaksjoner får konsekvenser ved langvarig belastning. I følge Selye gjennomgår organismen tre ulike faser i møte med stress: 1) alarmfasen, 2) motstandsfasen, og 3) utmattelsesstadiet.

I motstandsfasen mobiliseres kroppens ressurser. Denne fasen inntreffer etter 48 timer, og kan vedvare over lang tid. Dette vil tære på mestring og biologiske markører på belastning kroppens ressurser, og følgelig vil immunsystemet bli nedsatt. Selye observerte blant annet at binyrene var forstørret i denne fasen. Dersom motstandsfasen vedvarer, vil organismen komme i utmattelsesstadiet. Dermed øker sårbarhet til sykdom og i verste fall død. Selyes observasjoner bygget på studier av rotter eksponert for stress i form av kulde- og spinalsjokk, kirurgiske inngrep og muskelbelastning.

Figur 1: Selye's GAS-modell publisert British Medical Journal 1950.



Professor i katastrofepsykiatri, Arne Sund beskrev i 1976 adaptasjonssyndromets 3 stadier²⁰:

Alarmreaksjonen

Alarmfasen oppstår 6-48 timer etter eksponering for stressor. Det oppstår en umiddelbar aktivering av det sympatiske nervesystem, og stresshormoner skilles ut i blodet ved hjelp av det endokrine system. Selye beskriver en rekke biologiske reaksjoner som utspiller seg i denne fasen, blant annet rask forminskning av tymus og lymfekjertler, tap av muskeltonus og fall i kroppstemperatur (Selye, 1936).

Innledningsvis er tilpasningen til de aktuelle forhold ennå ikke opprettet. I den første sjokkfase av alarmreaksjonen fører de fysiologiske endringer til hypotensjon, hypotermi, hypoglykemi, reduksjon av alkalireserven og minsket diurese. Dette betyr at motstandsevnen er nedsatt. Under den følgende motsjokkreaksjonen blir imidlertid forsvarmekanismene aktivisert. Det utskilles økte mengder 17-ketosteroider, binyrene

reagerer med økt adrenalinutskillelse, det inntreer en binyrebarkhyperaktivitet, muskeltonus tiltar, hjertefrekvensen øker og blodtrykk og kroppstemperaturen stiger.

Motstandsreaksjonen

I denne fase er adaptasjonen maksimal og det er opprettet en balanse. Organismen har kompensert for påkjenningen og forøker å leve med den. Kroppen er imidlertid bare i labil likevekt. Små stimuli kan forstyrre balansen og motstandskapasiteten er ikke ubegrenset. Om påkjenningene fortsetter, eller om forsvarsmekanismene er utilstrekkelige, kommer utmattelsesreaksjonene.

Utmattelsesstadiet

I denne fasen synker motstandsreaksjonene. Ressursene er oppbrukte. De biologiske forandringer er prinsipielt de samme som i alarmstadiet, men nå er det mulighet for at de er mer eller mindre irreversible.

Diskusjon

Studien fastslår at stressymptomer etter hjemkomst er vanlig hos personell som har tjenestegjort i Afghanistan. Om lag 10 % av veteranene presenterer et symptombilde som vanligvis defineres som moderate eller alvorlige stressymptomer. Den største gruppen veteraner presenterer imidlertid stressymptomer som i alvorlighetsgrad og antall faller under de vanligvis brukte «cut-off» nivåer for klinisk relevante stressymptomer. Vi har vist at 1 av 4 veteraner faller i denne gruppen og presenterer 1-3 stressymptomer med skåre 4 eller mer på PTSS-10. Når denne siste gruppen inkluderes, har vi vist at om lag 1 av 3 veteraner fremstår med stressymptomer første måned etter hjemkomst.

Vi har også vist at det er en korrelasjon mellom potensielt traumatiske hendelser i Afghanistan, dvs opplevd en «situasjon/et øyeblikk jeg trodde jeg skulle dø» og økning i rapporterte stressymptomer etter hjemkomst. Vi påviste den samme korrelasjon mellom økning i alkoholforbruk etter hjemkomst og rapporterte stressymptomer. Det største innslaget av rapporterte stressymptomer ble påvist i gruppen av veteraner som både hadde opplevd en potensielt traumatisk hendelse i Afghanistan og som økte sitt alkoholforbruk etter hjemkomst (82 %).

Det finnes imidlertid lite norsk forskning på stressplager hos personell etter hjemkomst fra internasjonale operasjoner. Et unntak her er UNIFIL-studien som undersøkte et representativt

utvalg personer som hadde tjenestegjort i Libanon 1978 -91. I gjennomsnitt 7 år etter avsluttet tjeneste i Libanon fremstod i underkant av 9 % med stressymptomtomer svarende til moderate stressplager eller mer (≥ 4 PTSS-10 symptomer med skåre ≥ 4)²¹ I den samme artikkel påvises grad av stresseksposering under tjenesten som en viktig prediktor for høy stresskåre ved oppfølging. De samme forfattere viser i en annen artikkel øket alkoholbruk både under tjenesten i Libanon og etter hjemkomst. Respondentene som hadde vært utsatt for høy stressbelastning knyttet oftere økningen av alkoholforbruket til typiske stressymptomer som indre uro, angst, søvnvansker etc²².

Våre funn om stressymptomer etter tjeneste i internasjonale militære operasjoner og korrelasjon mellom stressymptomer, opplevd traumatisk stress og alkoholforbruk, er i overensstemmelse med forskningen på området. En rekke studier dokumenterer stressplager hos personell som har deltatt i internasjonale militære operasjoner.²³²⁴²⁵²⁶²⁷ Det er også godt dokumentert at eksponering for strid/ kamphandlinger eller andre traumatiske situasjoner gir særlig risiko for stressplager etter hjemkomst²⁸²⁹³⁰. Høyt alkoholforbruk som et særlig problem blant veteraner etter hjemkomst fra internasjonale operasjoner er også påvist.³¹³²³³³⁴

Betydningen av funnene

Klinisk erfaring tilsier at stressymptomer kan oppleves som plagsomme og skremmende selv om disse ikke i antall eller alvorlighetsgrad svarer til en spesifikk psykiatrisk diagnose. Stressymptomene kan oppleves som plagsomme og skremmende, for veteranen selv eller for pårørende eller andre som observerer veteranen etter hjemkomst. Både for veteranen selv og for pårørende og andre rundt veteranen er det viktig ikke å sykelliggjøre stressymptomene. Normalisering av symptomene, og forståelse av symptomene som normalfenomen i kontekst av mange måneders tjenestegjøring i Afghanistan, er nødvendig og viktig for at disse skal avta og etter hvert forsvinne.

Selyes forståelse av stressreaksjonen som fornuftig og hensiktsmessig tilpasning til en ekstraordinær situasjon utgjør et element i den teoretiske begrunnelsen for å normalisere hjemkomstreaksjoner.³⁵ Videre peker en kognitiv forståelse av utvikling av angstlidelser, og ikke minst utvikling av posttraumatisk stresslidelse, på tankens betydning for sykdomsutvikling. Hvordan en tenker om egen situasjon, det en har opplevd, betydningen av dette for nåtid og fremtid og ikke minst hvordan en tenker om kroppslige fenomener og symptomer, er vesentlig for eventuell negativ og sykkelig utvikling. Kognitiv teori fremhever i

så måte katastrofering og katastrofetenkning som et vesentlig element i utvikling av posttraumatisk stresslidelse spesielt og psykisk lidelse generelt³⁶

Kunnskap om både stresssymptomenes epidemiologi og stresssymptomene som normalfenomen er viktige elementer for å hindre psykisk lidelse hos personell som returnerer fra internasjonale operasjoner. Kunnskap om hyppigheten av stressymptomer etter hjemkomst kan bidra til større åpenhet om slike reaksjoner hos militært personell. Det er vår kliniske erfaring at terskelen for både å sette ord på egne stressreaksjoner overfor familie, venner eller kolleger og det å søke profesjonell helsefaglig bistand for stressymptomer/ -plager er høy blant militært personell. Dette er også dokumentert i en artikkel som bygger på data fra Afghanistanundersøkelsen³⁷. I artikkelen dokumenteres at terskelen for å søke helsehjelp er høy blant norske afghanistanveteraner og at psykiske plager er forbundet med stigma. Dette forholdet underbygges også av nyere britiske studier.³⁸³⁹ Vansker med å gjenkjenne og erkjenne plager, ønske om å håndtere plagene selv, samt konsekvenser for karriere og fremtidig internasjonal tjeneste ble oppgitt som sentrale barrierer mot å søke hjelp.

Hovedfunnene i foreliggende studie er også viktig for ulike aktører i helsevesenet. Ved siden av Forsvarets egen helsetjeneste er fastlegen den som oftest møter militært personell den første tiden etter utenlandstjeneste. Studien representerer i så måte viktig kunnskap. Fastlegen er viktig aktør for å bidra til normalisering av eventuelle stressplager og å unngå stigmatisering og katastrofetenkning rundt normale hjemkomstreaksjoner. Studien er viktig for å bidra til at fastlegen er observant i forhold til hjemkomstreaksjoner og stressplager hos militært personell som nylig har avsluttet internasjonal tjeneste, at slike problemer adresseres og møtes på en måte som bidrar til normalisering. Studien peker også på viktigheten av å identifisere særlig eksponerte personer som har opplevd traumatiske hendelser under tjenesten. Til sist peker studien på viktigheten av at helsepersonell spør om og eventuelt avdekker risikofylt alkoholbruk hos nylig hjemkomne veteraner og møter dette med informasjon, veiledning og eventuelt behandling.⁴⁰⁴¹⁴² En etablering av lavterskeltilbud innen helsetjenesten for veteraner vil mulig kunne bidra til å senke terskelen for å motta hjelp for stressymptomer som vedvarer⁴³.

Styrker og svakheter

Studiens styrke er at denne baserer seg på data fra Afghanistanundersøkelsen 2012. Dette er den største studien i Norge som har adressert psykologiske problemstillinger knyttet til internasjonal militær tjenestegjøring. Studien inkluderte samtlige som hadde tjenestegjort i Afghanistan 2001-11 og oppnådde en responsrate på 57%. I tillegg ble det i den opprinnelige afghanistantsudien gjennomført en frafallsanalyse. Det ble innhentet objektive data fra NAV som muliggjorde sammenligning mellom responsgruppen og non-responsgruppen med hensyn til noen sentrale indikatorer på sykdom og helse. Til tross for noen mindre forskjeller mellom gruppene er det på bakgrunn av denne frafallsanalysen mulig å si at funnene i foreliggende studie er representative for hele populasjonen militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan.

Studiens design representerer studiens viktigste svakheter. Den følger et retrospektivt design og er en tverrsnittsundersøkelse i gjennomsnitt 4 år etter avsluttet tjeneste. Designet sier derfor ingenting om kausalitet og det retrospektive design øker muligheten for «recall bias». Deltagerne i studien var sikret konfidensialitet, men studien var ikke anonym. Generell kunnskap fra spørreskjembaserte undersøkelser tilsier at dette øker risiko for sosialt aksepterte svar og dermed underrapportering av psykologiske helseplager.

Referanser

- ¹ St.meld. nr. 34 (2008-2009) «*Fra vernepliktig til veteran*» Om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-34-2008-2009-/id560494/?docId=STM200820090034000DDDEPIS&ch=1&q> [Lest 25.03.15]
- ² Lov om forsvarspersonell (forsvarspersonelloven). LOV-2004-07-02-59. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2004-07-02-59> [Lest 25.03.15]
- ³ Forsvarsdepartementet. D. internasjonale militæroperasjoner/krisehåndtering («Flernasjonale operasjoner») Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/fd/veiledninger_brosjyrer/2003/fakta-om-forsvaret-2003/4/id275417/ [Lest 28.03.15]
- ⁴ Ot.prp. nr. 67 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/otprp-nr-67-2008-2009-/id555162/?docId=OTP200820090067000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=3> [Lest 25.03.15]
- ⁵ Riksrevisjonens undersøkelse av ivaretagelse av veteraner fra internasjonale operasjoner, 2014. Tilgjengelig fra: <http://evalueringsportalen.no/evaluering/riksrevisjonens-undersokelse-av-ivaretagelse-av-veteraner-fra-internasjonale-operasjoner/IvaretagelseVeteranerInternasjonaleOperasjoner.pdf/@@inline> [Lest 28.03.15]
- ⁶ Forsvarsdepartementet. D. internasjonale militæroperasjoner/krisehåndtering («Flernasjonale operasjoner») Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/fd/veiledninger_brosjyrer/2003/fakta-om-forsvaret-2003/4/id275417/ [Lest 28.03.15]
- ⁷ Hines LA, Sundin J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. 2014;59(9):468-79.
- ⁸ Crawford E. F., Elbogen E., Wagner H. R., Kudhler H., Calhoun P., Branchu M., Straights-Troster K-A. Journal of traumatic Stress: Surveying Treatment Preferences in U.S. Iraq-Afghanistan veterans With PTSD Symptoms. A step towards veteran centered care. 2015;28(2):118-126
- ⁹ Seal KH, Metzler TJ, Gima KS, Bertenthal D, Maguen S, Marmar CR. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. 2009 Sep;99(9):1651-8.
- ¹⁰ Fear NT¹, Jones M, Murphy D, Hull L, Iversen AC, Coker B, Machell L, Sundin J, Woodhead C, Jones N, Greenberg N, Landau S, Dandeker C, Rona RJ, Hotopf M, Wessely S. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. 2010 May 22;375(9728):1783-97
- ¹¹ Kline A, Weiner MD, Ciccone DS, Interian A, St Hill L, Losonczy M. Increased risk of alcohol dependency in a cohort of National Guard troops with PTSD: a longitudinal study. J Psychiatr Res. 2014 Mar;50:18-25.
- ¹² Gaher RM, Simons JS, Hahn AM, Hofman NL, Hansen J, Buchkoski J (2014) An experience sampling study of PTSD and alcohol-related problems. Psychol Addict Behav. 2014 Dec;28(4):1013-25

-
- ¹³ J. E. Wilk, P. D. Bliese, P. Y. Kim, J. L. Thomas, Dennis McGurk, Charles W. Hoge. Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from the Iraq war. April 2010;108(1–2):115–121
- ¹⁴ Mehlum, L. Alcohol and stress in Norwegian United Nations Peacekeepers, *Military Medicine*, 1999;164(10):720-724
- ¹⁵ SSBs levekårsundersøkelse, *Veteraners levekår*, 2013. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/137865 [Lest 23.04.15]
- ¹⁶ Holen A. A long-Term Outcome Study of Disaster Survivors: The Alexander Kiellands Disaster in Perspective. Oslo: Doctoral Dissertation Monography Thesis, University of Oslo, (1990)
- ¹⁷ W.B.Cannon. Stresses and strains of homeostasis. Jan 1935;189(1):13-155
- ¹⁸ H. Selye. Stress and the General Adaptation Syndrome. *Br Med J*. 1950 Jun 17; 1(4667): 1383–1392
- ¹⁹ H. Selye. 40 years of stress research. Principal remaining problems and misconceptions. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878603/pdf/canmedaj01483-0055.pdf> [Lest 27.04.15]
- ²⁰ A. Sund. Psykiatri og stress under kriser, katastrofer og krig. Universitetsforlaget, 1976. Tilgjengelig fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/0172eaeff6735c90f93bbeb648630742?lang=no#0> [Lest 27.04.15]
- ²¹ L. Mehlum, L Weiseth Predictors of Posttraumatic Stress Reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 Years After Service. *Journal of Traumatic Stress* Feb 2002;15(1):17-26
- ²² Mehlum, L. Alcohol and stress in Norwegian United Nations Peacekeepers, *Military Medicine*, 1999;164(10):720-724
- ²³ Hines LA, Sundin J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. 2014;59(9):468-79.
- ²⁴ Fear NT¹, Jones M, Murphy D, Hull L, Iversen AC, Coker B, Machell L, Sundin J, Woodhead C, Jones N, Greenberg N, Landau S, Dandeker C, Rona RJ, Hotopf M, Wessely S. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. 2010 May 22;375(9728):1783-97
- ²⁵ Seal KH, Metzler TJ, Gima KS, Bertenthal D, Maguen S, Marmar CR. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. 2009 Sep;99(9):1651-8.
- ²⁶ Fear NT¹, Jones M, Murphy D, Hull L, Iversen AC, Coker B, Machell L, Sundin J, Woodhead C, Jones N, Greenberg N, Landau S, Dandeker C, Rona RJ, Hotopf M, Wessely S. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. 2010 May 22;375(9728):1783-97
- ²⁷ Schlenger, W.E, Kulka, RA,; Fairbank, J.A Hough, RL, Jordan, BK, Marmar, CR, Weiss, DS. The prevalence of posttraumatic-stress-disorder in the Vietnam generation – a multimethod, multisource assessment of psychiatric-disorder. *Journal of traumatic stress* 1992;5(3):333-363

-
- ²⁸ C.s W. Hoge, M.D., C. A. Castro, Ph.D., S. C. Messer, Ph.D., Dennis McGurk, Ph.D., Dave I. Cotting, Ph.D., and Robert L. Koffman, M.D., M.P.H. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *N Engl J Med* 2004; 351:13-22
- ²⁹ Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. 2015 Mar20;10(3):e0120270.
- ³⁰ J. E. Wilk, P. D. Bliese, P. Y. Kim, J. L. Thomas. Dennis McGurk, Charles W. Hoge. Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from the Iraq war. *April* 2010;108(1-2):115-121
- ³¹ Gaher RM, Simons JS, Hahn AM, Hofman NL, Hansen J, Buchkoski J (2014) An experience sampling study of PTSD and alcohol-related problems. 2014 Dec;28(4):1013-25.
- ³² Kline A, Weiner MD, Ciccone DS, Interian A, St Hill L, Losonczy M⁶. Increased risk of alcohol dependency in a cohort of National Guard troops with PTSD: a longitudinal study. 2014 Mar;50:18-25.
- ³³ Gaher RM, Simons JS, Hahn AM, Hofman NL, Hansen J, Buchkoski J (2014) An experience sampling study of PTSD and alcohol-related problems. 2014 Dec;28(4):1013-25
- ³⁴ James L, Van Kampen E, Miller RD, Engdahl BE. Risk and protective factors associated with symptoms of posttraumatic stress, depression and alcohol misuse in OEF/ OIF veterans. *Military Medicine*, 178, 2:159, 2013
- ³⁵ H. Selye. 40 years of stress research. Principal remaining problems and misconceptions. *CMAJ* July 3, 1976 vol. 115 no. 1.
- ³⁶ D.M. Clark, A. Ehlers. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *April* 2000; 38,(4):319-345
- ³⁷ G. Johnsen og HJ Bøe. Psykisk Helse og Barrierer mot Helsehjelp blant norske Afghanistanveteraner. Innsendt og godkjent for publisering i *Tidsskrift for Norske Legeforening* 2015.
- ³⁸ A. Iversen. L. Staden, J. H. Hughes, N. Greenberg, M. Hotopf, R. J Rona, G. Thornicroft, S. Wessely, N. T Fear. The stigma of mental health problems and other barriers to care in the UK Armed Forces. *BMC Health Services Research* 2011; 11:31
- ³⁹ Iversen A, Dyson C, Smith N, Greenberg N, Walwyn R, Unwin C, Hull L, Hotopf M, Dandeker C, Ross J, Wessely S. 'Goodbye and good luck': the mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel. *Br J Psychiatry*. 2005 Jun;186:480-6
- ⁴⁰ Smith ER, Porter KE, Messina MG, Beyer JA, Defever ME, Foa EB, Rauch SA. Prolonged Exposure for PTSD in a Veteran group: a pilot effectiveness study. 2015 Mar;30:23-7.
- ⁴¹ D. Kaysen, J. Schumm, E. Pedersen, R. W. Seim, M. B. Gilligan, K. Chard. Cognitive Processing Therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol use disorders. Tilgjengelig fra: http://www.researchgate.net/publication/256609610_Cognitive_Processing_Therapy_for_veterans_with_comorbid_PTSD_and_alcohol_use_disorders [Lest 23.04.15]
- ⁴² P. N. Santiago, J. E. Wilk, C. S. Milliken, C. A. Castro, C. C. Engel, W. Hoge. Screening for Alcohol Misuse and Alcohol-Related Behaviors Among Combat Veterans. *June* 2010;61(6):575-581

⁴³Soldater kan utvikle angst og traumer etter utenrikstjeneste. Internettartikkel Modum Bad, 2012. Tilgjengelig fra: http://www.modum-bad.no/nyheter_cms/2012/oktober/mood-vurderer-tilbud-for-krigsveteraner/423 [Lest 23.04.15]