

Moderne krisestøtte
Oppsummering basert på internasjonal litteratur
2014

Per-Olov Michel



Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Moderne krisestøtte

Oppsummering basert på internasjonal litteratur

Per-Olov Michel

Docent, med dr

august 2014

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kompetanse og kunnskap som kan bidra til:

- Å redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- Å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeidsdepartementet.

Oslo 2014

rev. utg.

ISBN 978-82-8122-075-1

Sammendrag

Kunnskapen om krisestøtte etter alvorlige hendelser har utviklet seg i løpet av det siste tiåret. Nå finnes det internasjonale retningslinjer og konsensusrapporter som er basert på i store deler et solid vitenskapelig grunnlag, og som gir veiledning for utvikling av moderne krisestøtte i samfunnet, både for overlevende og for innsatspersonell. De fleste som rammes av alvorlige hendelser, kommer fra det uten kroniske plager. Målet med støttetiltak er å støtte tilfriskningsprosessen og å identifisere personer som trenger støtte over lengre tid. Man bør unngå støtte av typen "one model fits all", og i stedet fokusere på de særskilte behovene som de enkelte personene, familiene eller gruppene har. Grunnprinsippene er å føre de overlevende i sikkerhet, berolige personer med uttalte behov, styrke tilliten til egen og samfunnets evne, legge til rette for sosial støtte samt styrke følelsen av håp. Såkalte støttesentre kan være en strukturell og organisatorisk form for samfunnsstøtte. Et praktisk krisestøttesystem som er basert på et vitenskapelig grunnlag sammenfattet i «The screen and treat model», og som på norsk kan gis akronymet "STOUB". Det står for STøtte, Oppfølging, Utredning og Behandling. Denne modellen for krisestøtte kan tilpasses både overlevende og innsatspersonell. STøtte innebærer primært psykologisk førstehjelp i akutfasen. Oppfølging handler om å utpeke kontaktpersoner og ta proaktiv kontakt med overlevende. Utredning handler om screening og kartlegging av personer med behov for ytterligere støtte. Behandling betyr at de som har behov for behandling, skal ha tilgang til evidensbaserte, traumefokuserte behandlingsmetoder.

Innledning

Etter terrorhandlingene i Norge i 2011 noterte 22. juli-kommisjonen i sin konklusjon at den psykososiale støtten til de overlevende stort sett hadde fungert godt (NOU, 2012: side 194). Kommisjonens konklusjon var blant annet basert på en norsk undersøkelsesgruppe (Helsedirektoratet, 2012) og på den svenske Kamedo-rapporten (Socialstyrelsen, 2012). En annen erfaring man gjorde seg, er at krisestøtte bør være koblet til evidens (NOU, 2012: side 197).

Om man skal utvikle et krisestøttesystem som fungerer forholdsvis godt, er altså det eneste gangbare alternativet å sørge for at utviklingen er i overensstemmelse med det som internasjonalt oppfattes som evidensbasert, evidensinformert eller konsensus. Beskrivelsen nedenfor bygger på nettopp internasjonale retningslinjer og konsensusrapporter fra Europa og USA. Gjennomgangen er en noe omarbeidet versjon av beskrivelsene i den tidligere nevnte Kamedo-rapporten (Socialstyrelsen, 2012) når det gjelder kunnskapsgrunnlaget på krisestøttefeltet.

Veien frem til dagens syn på krisestøtte for overlevende har vært tildel kronglete, og intervensjoner som tidligere var svært utbredt, for eksempel psykologisk debrifing, har vist seg ikke å redusere kroniske psykiske plager etter alvorlige hendelser. I stedet har denne typen med "one size fits all"-tiltak vist seg å kunne være skadelig og anbefales derfor ikke lenger. Gjennom forskning har imidlertid kunnskapsnivået blitt høyere de siste årene, og i dag finnes det internasjonale anbefalinger som kan være til god hjelp. Nedenfor finner du en kort beskrivelse av noen av de viktigste. Den som planlegger intervensjoner for mennesker i akutfasen eller senere, bør altså passe på at tiltak baseres på empiri og er evidensbaserte, eller at de i henhold til konsensus anses å ha positive effekter (Forbes et al., 2010). Det er derfor fornuftig å gjennomføre en vitenskapelig evaluering av tiltak som man tror er nyttige, men der kunnskapsgrunnlaget er utilstrekkelig.

Psykotraumatologisk grunnlag

Konsekvenser av traumatiske hendelser

Omkring 50–70 prosent av en befolkning vil bli eksponert for potensielt traumatiske hendelser i løpet av livet (Kessler et al., 1995). Av disse risikerer bare omkring 10 prosent (5–30 prosent) å bli rammet av alvorligere posttraumatiske stressreaksjoner som depresjon, PTSD, angstsyndrom eller rusmisbruk. Om man bare ser på bestemte grupper, f.eks. mennesker som har mistet en slektning under traumatiske forhold, kan imidlertid opptil 50–60 prosent få langvarige plager. I løpet av livet rammes 5–10 prosent i en vestlig befolkning av PTSD, og det er dobbelt så utbredt blant kvinner. Forekomsten i en befolkning på et gitt tidspunkt er 1–3 prosent, noe som i Norge tilsvarer 48 000–144 000 personer. For samfunnet handler det altså om relativt store omkostninger i form av lidelse og sykefravær.

Når det gjelder sorg etter tap generelt, klarer de fleste seg (50–60 prosent) svært bra. Omkring 10–20 prosent får tradisjonelle sorgsymptomer, men de kommer seg også etter en tid. En mindre gruppe, 10–15 prosent (Mancini et al., 2011), kan utvikle kompliserte sorgreaksjoner.

Risikofaktorer, stresstoleranse og motstandskraft

Det som avgjør om en person vil få kroniske plager, er forholdet mellom hendelsens art og grad samt personens sårbarhet eller motstandskraft. Risikoen for posttraumatiske plager øker også med hendelsens alvorlighetsgrad, spesielt om den overlevende opplevde hendelsen som livstruende (Ozer et al., 2003). Visse individuelle faktorer er forbundet med en økt risiko for posttraumatiske problemer, og de deles inn i de som eksisterte før hendelsen, de som opptrer under selve hendelsen, og faktorer som får effekt etter en alvorlig hendelse (Brewin 2000; Ozer et al., 2003). Faktorer før hendelsen er bl.a. sårbarhet på grunn av tidligere utsatthet, pågående samtidig livsstress, lavere sosioøkonomisk status, personlighetstrekk som innadvendthet, nervøsitet, passivitet og uselvstendighet, lavere intelligens og utdanning, om man er kvinne eller barn. Videre øker risikoen om den overlevende under selve hendelsen har hatt en subjektiv opplevelse av å være truet på livet og også opplever uttalte reaksjoner eller mangel på sosial støtte etter hendelsen. Dessuten kan utformingen av samfunnets støtte etter hendelsen påvirke utfallet, forhåpentligvis da i positiv retning.

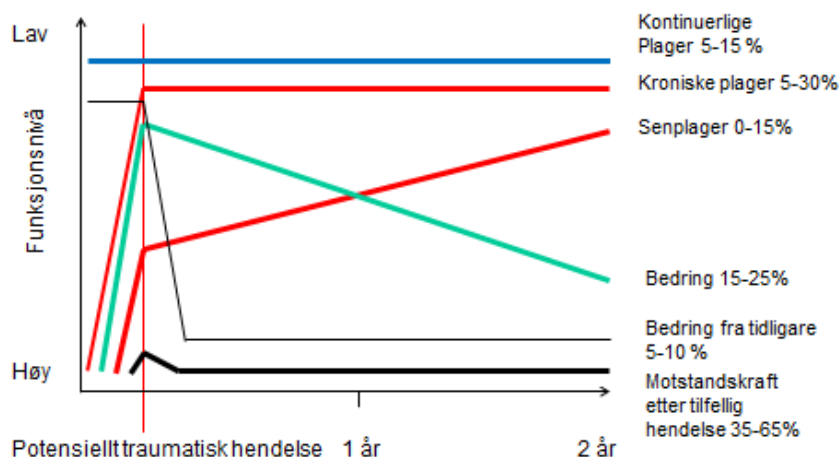
Enkelte rammes av kroniske plager etter alvorlige hendelser, men en stor andel oppviser i stedet stresstoleranse og motstandskraft, noe som kanskje ikke er blitt viet nok oppmerksomhet tidligere (Bonanno, 2004). Med stresstoleranse menes at man ikke mister balansen under og etter en hendelse. Motstandskraft tilsvarer det engelske begrepet "resilience", som egentlig betyr "at noe gjenvinner sin opprinnelige form etter å ha vært utsatt for påvirkning". Motstandskraftige personer gjenvinner balansen etter en forbigående svikt i forbindelse med en hendelse. Det som er viktig for menneskers motstandskraft er blant annet personlighetsfaktorer knyttet til arv og oppvekst, i kombinasjon med miljøfaktorer (eng. human resources) som sosial støtte fra omgivelsene og godt lederskap (Bonanno et al., 2011; Southwick et al., 2005; Southwick et al., 2011). Det virker derimot som denne motstandskraft ikke er så tydelig etter voldtekter (Steenkamp et al., 2013) eller etter kroniske traumatiske belastninger under barneårene (Bonanno et al., 2013).

Prosesser over tid

Mange mennesker kommer seg altså etter alvorlige hendelser, med eller uten hjelp (Bonanno, 2004; Norris et al., 2009; Bonanno et al., 2013). Noen har kontinuerlige plager før og etter en hendelse. En viss andel kan utvikle kroniske plager som PTSD, tilpasningsforstyrrelse (tapsrelatert), depressive plager, ulike former for angstsyndrom eller rusmisbruk. En mindre andel kan bli dårligere med tiden, noe som krever at de følges opp. Et mindre antal rammete blir bedre etter en hendelse. Man behøver

altså ikke å gå ut fra at alle rammes, samfunnet kan i stedet rette støttetiltakene mot dem som trenger det mest over tid. Det innebærer imidlertid at man også bør holde kontakten med og følge opp dem som ikke ser ut til å ha noen uttalte akutte behov. Figur 1 nedenfor viser et sammendrag av prosesser over tid.

Figur 1. Prosesser over tid



Fritt etter Bonanno 2004, Norris et al., 2009 og Bonanno et al., 2013

Sosial støtte

Det som kjennetegner et mer moderne syn på krisestøtte, er altså at man på grunn av risikoen for å være for påtrengende, har gått bort fra primært å fokusere på "emosjonell bearbeiding" av hendelsen i akutfasen. I stedet retter man støtten inn mot å skape trygghet og sikkerhet for enkeltpersonene og på å oppfylle enkeltpersonenes spesifikke behov. For de fleste er det naturlig først og fremst å få støtte fra sine nærmeste etter alvorlige hendelser, og tidligere studier har vist at dette fører til en lavere grad av psykiatrisk sykkelighet (Brewin, 2000; Ozer et al., 2003). Sosial støtte viser seg å ha en buffereffekt, siden den gjør det lettere for mennesker å revurdere hendelsen de har vært med på. I tillegg har de godt av å være omgitt av andre som vil dem vel, som hjelper til, og som er der når det trengs.

Ulike behov i ulike faser

Effektene av en alvorlig hendelse gjør at de overlevende har ulike behov over tid (Seynaeve, 2001). I akutfasen handler behovene, som beskrevet over, primært om sikkerhet og trygghet samt praktisk, emosjonell og sosial støtte. I en mellomfase avhenger behovene mer av hvordan de overlevende tilpasser seg konsekvensene av hendelsen. I denne fasen er det nødvendig at samfunnet samordner tiltak fra ulike samfunnsinstitusjoner som helsevesenet, NAV, sosialtjeneste og skole samt andre aktører som frivillige organisasjoner og trossamfunn. Det er viktig at skole, barnehage og skolefritidsordning setter i gang virksomheten så raskt som mulig. I mellomfasen har pårørendeorganisasjoner og selvhjelpsgrupper ofte kommet i gang, og det er mulig å identifisere de som behøver behandling for sine plager. I den langsiktige fasen handler det om å behandle og rehabilitere personer som har fått kroppslige og psykiske følgetilstander.

Støttesentre

I andre land som for eksempel Nederland og Storbritannia, ha man erfaring med å opprette såkalte "Information and Advice Centers – IAC" etter katastrofer og terrorangrep (Smeets et al., 2006; Seynaeve, 2001). Beskrivelsen nedenfor bygger på kunnskap fra Socialstyrelsen (2008). Man snakker om "one-stop shop", og med det mener man at overlevende kun skal behøve å henvende seg til ett senter for å få dekket sine ulike behov. Et slikt støttesenter kan legges på et sentralt sted, og overlevende, pårørende og andre kan henvende seg dit etter en alvorlig hendelse for å få svar på spørsmål og få den støtten de trenger – eller eventuelt bli henvist videre til andre instanser.

Et støttesenter kan ha følgende funksjoner:

- En resepsjon der mennesker tas imot.
- Rom til ulike støttefunksjoner.
- En funksjon for informasjon, rådgivning og henvisning av overlevende og andre, for eksempel til ulike trossamfunn eller støttefunksjoner for ulike kulturer.
- En funksjon for krisestøtte, proaktiv oppfølging og evaluering av mennesker. Sårbare grupper som for eksempel barn, enkeltpersoner med særskilte behov og minoritetsgrupper, vies spesiell oppmerksomhet.
- En funksjon som koordinerer støtten fra ulike instanser samt henviser overlevende til andre instanser.
- En funksjon for innsamling og håndtering av forskjellige data om den alvorlige hendelsen.
- Forberedelse til de kommende mellom- og langtidfasene.
- Senteret kan også gis funksjon som mediasenter.

Slike støttesentre kan gi en organisatorisk struktur for krisestøtte i akuttfasen og forenkler planleggingen av en effektiv arbeidsgang i mellom- og langtidfasene. Dette behøver imidlertid ikke innebære at alle aktiviteter skal samles på ett og samme sted. Det kan være nødvendig å opprette flere støttesentre hvis det er langt mellom åstedet for den alvorlige hendelsen og de naturlige oppsamlingsplassene, eller mellom de forskjellige sykehusene som de overlevende er fraktet til.

I en norsk utgave vil støttepersonellet som engasjeres i arbeidet, kunne komme fra helsevesenet og fra kommunenes krisestøtteorganisasjoner. Personellet bør utdannes, trenes og øve sammen for å være forberedt på å jobbe under disse forholdene. Ledelse og samordning av eventuelle støttesentre vil avhenge av lokale forhold og forutsetter god samhandling mellom alle samfunnsinstitusjoner. I dag har større foretak og organisasjoner som regel egne krisestøtteorganisasjoner som kan fungere på lignende måte. I tillegg kan frivillige organisasjoner som Røde Kors bidra med personell og ressurser til støttesentrene.

Internasjonale anbefalinger for tiltak i akuttfasen

Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) er en verdensomspennende sammenslutning av forskere innen det psykotraumatologiske fagfeltet. Hvert år presenteres det nye forskningsresultater og ny kunnskap på konferanser i Nord-Amerika, og ISTSS har dessuten publisert oppdaterte anbefalinger på feltet, som utgjør evidensbasert kunnskap og "best practice" (Foa et al., 2008). Ifølge disse anbefalingene er de vanligste reaksjonene etter alvorlige hendelser helt normale og

bidrar til at de overlevende kommer seg på bena igjen. Rådet er at man skal være forsiktig i akutfasen, slik at man ikke forstyrrer denne prosessen. Følgende anbefalinger gjelder for akutfasen:

- Overlevende bør møtes på en empatisk måte med praktisk og jordnær psykologisk støtte. De bør få informasjon om mulige reaksjoner og om hvordan de kan hjelpe seg selv (mestringsstrategier), om hvordan de best kan få støtte fra omgivelsene, både pårørende og samfunnet, samt om hvordan de kan få fortsatt støtte ved behov.
- Mennesker mestrer stress på ulike måter, og man bør unngå formaliserte intervensjoner for alle som har vært involvert. Alle intervensjoner bør baseres på en grundig og aktuell behovskartlegging.
- Man bør etterstrebe at eventuelle intervensjoner skal ta hensyn til kulturelle faktorer, være tilpasset den overlevedes utvikling og være knyttet til lokal problemformulering.
- Målet er kanskje ikke alltid å redusere reaksjonene eller å komme seg raskt. Det finnes etniske, politiske, kulturelle og økonomiske faktorer som kan bidra til ulike mål når det gjelder funksjonsnivå og identitet. Støttepersonell må være vare for den enkelte overlevedes spesifikke motiver.
- Man bør evaluere om tiltakene man gjennomfører, er effektive når det gjelder å oppnå de identifiserte målene.

Handbook of PTSD

Handbook of PTSD formidler også litteraturbaserte anbefalinger (Friedman et al., 2007). Også i denne boken står det at kunnskapsgrunnlaget tidligere har vært begrenset når det gjelder intervensjon i akutfasen, og at man derfor bør være forsiktig med intervensjoner som skal gjelde for alle. Basisen for støtte til overlevende handler derfor først om å få dekket de basale behovene og deretter om å følge "The screen and treat model" som kan beskrives som proaktiv oppfølging, screening og behandling. Ifølge denne modellen bør de umiddelbare intervensjonene i akutfasen gå ut på å informere om hendelsen, gi støtte, informere om normale reaksjoner og følge opp de enkelte personene for å fange opp de som får vedvarende symptomer. De sistnevnte skal deretter behandles med evidensbaserte metoder. Forfatterne anbefaler prinsippene nedenfor når det gjelder tidlige støttetiltak i akutfasen:

- Tiltakene bør være proaktive og være i takt med andre samfunnsinstanser.
- Tiltakene bør være beskyttende og begrense uhensiktsmessige intervensjoner fra fagfolk, fokusere på personer med spesifikke behov, og styrke de overlevedes evne til å mestre problemene sine. Fokus bør ikke bare være på posttraumatiske psykiske konsekvenser, men også på andre problemer som nedsatt funksjonsnivå, både i relasjoner og på jobben.
- Tiltakene bør være pragmatiske, dvs. ta utgangspunkt i at enkeltpersoner og grupper kan hjelpe seg selv.
- Eventuelle intervensjoner bør også være prinsippdrevne. Her henviser forfatterne til fem viktige prinsipper som er fremlagt når det gjelder utforming av støtte til overlevende etter alvorlige hendelser (Hobfoll et al., 2007). De mener at det finnes vitenskapelig grunnlag for disse fem prinsippene, og at de bør være veiledende når støttetiltak skal utformes. Prinsippene handler om å
 - styrke følelsen av sikkerhet
 - styrke følelsen av selvtilitt og tillit til samfunnets evne til å håndtere vanskeligheter

- styrke samhørigheten
- berolige personer med uttalte reaksjoner
- styrke følelsen av håp

For å iverksette og gjennomføre disse tiltakene har man utviklet også andre konsepter: Psykologisk førstehjelp (PFA) og "Skills for Psychological Recovery (SPR)" - Evne til å innhente seg psykisk. Konseptene beskrives utførlig nedenfor.

NICE report

Britiske National Institute for Clinical Excellence (NICE) presenterte i 2005 en vitenskapelig rapport innen feltet posttraumatisk stressyndrom, som har fått stort gjennomslag internasjonalt (NICE report, 2005). Anbefalingene i denne rapporten kan sammenfattes på følgende måte:

- Overlevende bør motta empatisk støtte som kan være av en praktisk, emosjonell og sosial art.
- Det er positivt med informasjon, både muntlig og skriftlig, om hva som er vanlige reaksjoner og råd om hvordan man skal takle dem.
- For personer med milde reaksjoner som har vart i mindre enn fire uker, kan "watchful waiting" være en god modell. Fokuset ligger her på "watchful", noe som innebærer at man proaktivt skal følge opp også disse enkeltpersonene.
- Man bør unngå psykologisk debrifing for enkeltpersoner.
- Etter omkring en måned kan det være på sin plass med en screening av høyrisikopersoner ved hjelp av et enkelt instrument.
- De personene som i oppfølgingen viser uttalte symptomer, skal få tilgang til traumefokusert kognitiv atferdsterapi innen én måned. Se mer om behandlingen nedenfor.
- Om de initiale reaksjonene etter en alvorlig hendelse avtar, vil de sannsynligvis gå over av seg selv uten behandling. Om reaksjonene vedvarer på samme nivå, om de øker eller om de er spesielt plagsomme, skal man imidlertid følge opp de aktuelle personene og vurdere behovet for behandling.

TENTS

I Europa har det vært benyttet en lang rekke intervensjoner etter alvorlige hendelser, hvorav mange ikke har vært basert på et tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag. Derfor opprettet man EU-prosjektet TENTS (The European Network for Traumatic Stress), og man har utarbeidet en europeisk konsensusrapport på feltet, som ligger her www.tentsproject.eu (Bisson et al., 2010; Witteveen et al., 2012). TENTS-rapporten inneholder følgende anbefalinger når det gjelder samfunnets tiltak etter traumatiske hendelser:

Første uken

- Formidle praktisk støtte og empati.
- Verken oppmuntre eller hindre personer i å fortelle.
- Opprette en hjemmeside for informasjon og støtte.

Første måneden

- Overlevende som har problemer, bør vurderes med sikte på behovet for tiltak.

- Personer med akutt stressyndrom (acute stress disorder, ASD) bør tilbys traumefokusert kognitiv atferdsterapi (trauma focused cognitive behavioural therapy, TF-CBT).

1.–3. måned

- Personer med PTSD bør gis tilgang til TF-CBT eller Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
- Personer med uttalte symptomer bør kontaktes proaktivt.

Etter tre måneder

- De som fortsatt har problemer, bør utredes av fagpersoner.
- Personer med langvarige plager bør tilbys rehabilitering.

Psykologisk førstehjelp

National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA har utarbeidet en veiledning av evidensinformert kunnskap på feltet akutt krisestøtte (Brymer et al., 2006).

Veiledningen har tittelen Psychological First Aid, Field Operations Guide, og en andreutgave er oversatt til norsk med tittelen Psykologisk førstehjelp (PFH) og er tilgjengelig på <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Psykologisk-forstehjelp-norsk.pdf>

PFH er utviklet for å redusere de umiddelbare effektene av traumatiske hendelser samt for å støtte adaptiv funksjon på kort og på lang sikt. PFH følger de tidligere nevnte prinsippene for støtte i akuttfasen og omfatter følgende mål:

- Kontakt og engasjement: Å etablere menneskelig kontakt på en måte som ikke er påtrengende, men medfølelse.
- Sikkerhet og trygghet: Å oppfylle basale behov. Styrke opplevelsen av sikkerhet og trygghet, både fysisk og følelsesmessig.
- Stabilisering: Å berolige overlevende som er følelsesmessig overveldet og har panikk.
- Behovskartlegging: Bidra til at overlevende klarer å formulere sine umiddelbare behov.
- Praktisk hjelp: Å tilby praktisk bistand til overlevende for å avhjelpe behov.
- Sosial støtte: Å bidra til at overlevende kommer i kontakt med primære støttepersoner og andre støttetjenester.
- Informasjon om mestring: Å gi informasjon som kan hjelpe de overlevende med å mestre sine psykiske reaksjoner på hendelsen.
- Kontakt med øvrige støtteinstanser: Å forenkle fortsatt kontakt med samfunnets øvrige støttetjenester.

Det er mulig å ta et seks timer langt kurs i psykologisk førstehjelp på engelsk, på The National Child Traumatic Stress Network: <http://learn.nctsn.org/login/signup.php>.

Evne til å innhente seg psykisk

I tillegg til PFH har National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA også utviklet en evidensinformert modell for fortsatt støtte over tid, i det som på engelsk heter "Skills for Psychological Recovery (SPR)" – Evne til å innhente seg psykisk (Berkowitz et al., 2010). Denne modellen inneholder momenter som kan bidra til bedring når de umiddelbare behovene i akuttfasen er blitt dekket. Evne til å innhente seg psykisk kan ses på som en modell for sekundærprevensjon. Det er

med andre ord en intermediær intervensjon som skal redusere plager, identifisere mestringsevne og forbedre funksjonsnivå og i tillegg kanskje redusere behovet for senere behandling. Konseptet SPR omfatter følgende momenter:

- Styrke problemløsningsevnen. Dette er en metode for å definere et problem og mål, "idémyldre" om flere mulige løsninger på problemet, evaluere disse løsningene og til slutt prøve ut løsningene som virker best egnet.
- Promotere positive aktiviteter. Dette handler om måter å forbedre sinnsstemning og funksjonsnivå på gjennom å identifisere og prøve ut positive og hyggelige aktiviteter.
- Håndtere reaksjoner. Dette punktet dreier seg om evnen til å mestre og å redusere foruroligende fysiske og følelsesmessige reaksjoner i spesifikke problemsituasjoner.
- Håndtere tanker. Her skal overlevende få anledning til å lære seg ulike måter å identifisere foruroligende tanker på og motvirke disse ved å ta i bruk andre måter å tenke på.
- Reetablere helsefremmende sosiale kontakter. Dette punktet skisserer måter å gjenopprette viktige relasjoner og samfunnsstøtte på.

Barn

I en metaanalyse fant man at de viktigste risikofaktorene for om barn og tenåringer utvikler PTSD var knyttet til subjektive erfaringer omkring hendelsen samt variabler etter hendelsen. Blant variablene var liten grad av sosial støtte, peritraumatisk redsel, opplevelse av å ha vært truet på livet, sosial tilbaketrekning, samtidige psykologiske problemer, dårlig fungerende familie, PTSD før hendelsen og tankesuppresjon (Trickey et al., 2012).

PTSD hos barn under 6 år har mange likhetstrekk med det som er beskrevet tidligere for voksne, men noen aspekter kan arte seg annerledes. Eksponering kan spesifikt handle om at barnet har fått kjennskap til at en forelder eller viktig omsorgsperson er rammet. Påtrengende symptomer åpenbarer seg ikke alltid tydelig og kan i stedet ses i forbindelse med lek. Innholdet i mareritt trenger ikke å ha en tydelig forbindelse med selve hendelsen.

Barns sorgreaksjoner ligner på mange måter dem man ser hos voksne, men kan arte seg annerledes på visse områder (NKVTS, 2011). De vil blant annet avhenge av barnets alder og utviklingsnivå. Barn i førskolealder har større problemer med å forstå hva for eksempel begrepet død innebærer. Barn som eksponeres for plutselige, voldsomme dødsfall, kan bli opptatt av fantasier og grublerier omkring dødsfallet. Det kan forvanske bedringsprosessen og kan gjøre det nødvendig med en profesjonell evaluering om de ikke går over etter en tid.

Støtte til barn og ungdommer

I en stor litteraturgjennomgang sammenfatter Pfefferbaum et al., (2013) flere intervensjoner som er egnet for barn i slike sammenhenger. Prinsippene for støtte til barn og unge etter alvorlige hendelser følger hovedsakelig samme modell som for voksne. Intervensjonene omfatter psykologisk førstehjelp iht. Brymer et al., (2006) i akutfasen, proaktiv kontakt med familier, psykoedukasjon, sosial støtte, screening samt teknikker for angstreduksjon i mellomfasen. Barn og unge bør evalueres og følges opp når det gjelder motstandskrafts- og risikofaktorer i alle faser av hendelsen. Når man har kartlagt behandlingsbehov, angis det at det for visse barn er best grunnlag for kognitiv atferdsterapi i gruppe eller individuelt. Det er bevist at depresjon, angst og sorg kan bedres gjennom behandling av traumesymptomer. Psykoterapi mot sorg bør forbeholdes personer med kompliserte sorgreaksjoner. Skoler kan være naturlige steder for gjennomføring av evalueringer og formidling av støtte når mange

barn er rammet. Psykofarmakologiske intervensjoner anvendes som regel ikke, men kan være nødvendige i enkelte tilfeller for barn med alvorlige reaksjoner eller psykiatriske tilstander.

Ved sorg er det viktig med god støtte fra voksne og venner i sorgprosessen (NKVTS, 2011). Barn og ungdom som er i sorg, har behov for trygge og stabile rammer, blant annet kontinuitet i hverdagen. De trenger åpen kommunikasjon og konkret informasjon om det som har skjedd. Å gjøre tapet "virkelig" for eksempel gjennom å få se den døde eller å få delta i begravelsen, kan være gunstig. Voksne bør støtte barn og unge med å takle tanker og regulere sine følelser etter et tap.

Støtte til grupper

Litteraturen beskriver forskjellige typer gruppeintervensjoner som bl.a. kan inndeles etter antall økter. Noen intervensjoner skjer kun én gang, for eksempel psykologisk debrifing. Som tidligere nevnt, anbefales ikke denne typen intervensjon for overlevende i akuttfasen, først og fremst fordi det ikke foreligger kontrollerte studier som viser entydig positive effekter, og fordi intervensjonen ikke reduserer risikoen for PTSD. Dessuten kan slik intervensjon skade om den gjennomføres for enkeltpersoner. Neste avsnitt inneholder beskrivelser av alternative modeller for innsatspersonell.

Den grundigst studerte gruppebehandlingsformen for PTSD med flere økter, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) som viset effekt (Shea et al., 2008). For andre former for gruppeterapi har man ennå ikke funnet tilstrekkelig bevis for at de reduserer PTSD-symptomene.

Intervensjoner rettet mot par og familier kan gå ut på å redusere PTSD-symptomer eller ha andre mål, for eksempel å forbedre familiens funksjon, men uansett formål finnes det kun begrensede data om intervensjonenes effekt. Det er behov for mer forskning på dette feltet.

Det er relativt mange sorggrupper for mennesker som har mistet noen, men det finnes ingen publiserte, pålitelige data om deres effekt. Derimot har man nylig kunnet påvise visse positive effekter av gruppeterapi, familierapi og Internett-baserte terapiformer, alle med innslag av kognitiv atferdsterapi. Effektene er spesielt tydelige om personene som behandles, har mer uttalte symptomer.

Støtte til innsatspersonell

Det finnes ennå ingen entydige evidens- eller konsensusbaserte retningslinjer for hvordan støtten til innsatspersonell bør se ut. Derimot har det vist seg at det kan være flere grunner til at innsatspersonell treffes etter en alvorlig hendelse. En grunn kan være for å evaluere egen innsats. Dette har vært beskrevet i ulike sammenhenger, for eksempel tilknyttet begrepet "After Action Review" (AAR), som oversatt betyr noe sånn som "Evaluering av innsats" (EI). Personellet får her anledning til å diskutere hva som fungerte bra, og hva som eventuelt opplevdes som frustrerende og som kan forbedres til neste gang. Slik faglig drøfting kan gjøre en hendelse lettere å håndtere og mestre, og også hjelpe deltakerne med å skape en skildring av hendelsen. Man har vist at grupper som gjennomførte EI, presterte bedre, var mer effektive, viste større åpenhet i kommunikasjonen og hadde bedre samhold (Villado et al., 2013). (se mer informasjon om AAR i: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadf360.pdf).

Andre grunner for gruppemøter etter en hendelse kan være å gi enhetsledere muligheten til å vurdere videre individuelle behov samt tilby psykoedukasjon. Imidlertid er det sannsynligvis viktigste formålet med slik gruppeevaluering at gruppe medlemmene får anledning til å gi hverandre sosial støtte. Andre potensielle positive effekter er at deltakerne kan roe hverandre ned og få støtte fra en empatisk leder samt få hjelp til å finne frem til positive, generelle mestringsstrategier og fremme mestring av skyld- og skamfølelse hos personell som føler at de mislyktes under et oppdrag. Det pågår en utarbeidelse av virksomhetstilpassede versjoner av det evidensinformerte konseptet psykologisk førstehjelp. Det

finnes allerede et slikt opplegg for militære enheter: Combat and Operational Stress First Aid (COSFA; Nash et al., 2010). I år er det også blitt lansert en versjon for brannmannskaper – Firefighter Stress First Aid (SFA). Dette kan oversettes med "Førstehjelp ved stress" (FHS). Det finnes en sivil versjon av COSFA, beregnet på redningstjeneste- og ambulanspersonell (Watson et al., 2013). FHS følger dermed prinsippene beskrevet av Hobfoll et al., (2007) samt Psykologisk førstehjelp (Brymer et al., (2006) som er beskrevet over. Ledere og kameratstøttere i organisasjoner bør ifølge FHS følge kontinuerlig med på sine medarbeidere og samordne eventuelle tiltak, noe som kan innebære å henvise til bedriftshelsetjenesten (BHT) for evaluering og eventuell behandling ved behov. Annen førstehjelp iht. FHS handler om å passe på å få rammede medarbeidere i sikkerhet; å berolige de med uttalte reaksjoner; å passe på at de kommer i kontakt med sitt sosiale nettverk; at de får tilbake sin funksjon og å gjenopprette tillit og håp hos dem.

Både i COSFA og FHS for sivilt innsatspersonell beskrives det et stresskontinuum, fra "Grønn", hvor personellet er forberedt og klart til innsats, via "Gul", hvor man påvirkes av stressorer, til alvorligere belastning i "Oransje" sone (se Figur 2). Fra "Gul" sone kan den enkelte som regel innhente seg bra ved hjelp av FHS-støtte fra organisasjonen, lederskap og kameratstøtte samt støtte fra eget sosialt nettverk. Tilfriskning kan også skje i en viss grad fra "Oransje" sone. I denne sonen er det imidlertid en risiko for at enkelte kan utvikle mental uhelse på grunn av alvorligere belastning og dermed vil ha behov for behandling, "Rød" sone.

Figur 2. Stresskontinuum

Forberedt (Grønn)	Reagerer (Gul)	Påvirket (Oransje)	Symptom (Rød)
Optimal funksjon	Milde, forbigående reaksjoner og nedsatt funksjon	Alvorligere vedvarende reaksjoner; nedsatt funksjon	Klinisk tilstand
Tilpasningsevne	Innhenter seg helt	Vedvarende minner	Ikke tilhelt stresskade med nedsatt funksjonshvud
Velvære	Lav risiko	Høyere risiko	
Tegn	Årsaker	Årsaker	Tilstand
Er som best	Hvilken stressor som helst	Trussel mot liv	PTSD
Velutdannet og forberedt	Tegn	Tap	Depresjon
Fysisk, mentalt og åndelig veifungerende	Irritert, urolig, nedstemt	Brudd mot egen moral	Angstforstyrrelse
Fokusert på oppgaven	Tapt motivasjon	Langvarig stress, siltasje	Misbruk
Motivert	Tapt fokus	Tegn	Tegn
Rolig og samlet	Søvnvansker	Kontrolltap	Symptomene vedvarer og forverres over tid
Har det bra	Muskelspenninger; andre fysiske problemer	Panikk, aggressivitet, nedstemthet	Alvorlige reaksjoner eller uttalt påvirkning på sosiale eller arbeidsmessige funksjoner
Oppfører seg moralsk uklanderlig	Ingenting er gøy lenger	Føler seg ikke lenger som vanlig Uttalt skyld og skam	

Nash et al., 2010; Watson et al., 2013

Det fokuseres også stadig sterkere på å utvikle kameratstøtten i innsatsorganisasjoner (Creamer et al., 2012) og å utdanne personell i stresshåndtering. I innsatsorganisasjoner er det også viktig å utdanne ledere, slik at disse kan støtte sitt personell og kartlegge dem som behøver individuell støtte og eventuelt en profesjonell evaluering. Bedriftshelsetjenesten i innsatsorganisasjoner må være tett på personellet for å kunne foreta en hensiktsmessig screening av eksponert personell, vurdere

behandlingsbehov og støtte sjefer og kameratstøttere. Flere av disse komponentene kan også være aktuelle på andre arbeidsplasser som har blitt rammet av alvorlige hendelser – for eksempel bankansatte etter et bankran.

Behandling

Behandling av PTSD

Behandlingen av PTSD må tilpasses individuelt, basert på den enkelte pasientens forutsetninger og behov. Det bør foretas en grundig diagnostisering før en beslutning om behandlingsopplegg tas. Psykoedukative intervensjoner og stabilisering kan være nødvendig før man påbegynner selve traumbearbeidingen.

Psykologisk behandling

De mest effektive psykologiske behandlingsmetodene har vist seg å være de traumefokuserte (Foa et al., 2008). De siste årene har kontrollerte studier av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) vist at det er vitenskapelig støtte for at disse PTSD-spesifikke behandlingsmetodene er effektive. Sammenligninger har vist at metodene har likeverdig effekt. Når det gjelder kompleks traumatisering, anbefales det en integrering av behandlingsmetoder med fokus på å øve på stabiliseringsteknikker, før det blir aktuelt med den faktiske traumbearbeidingen.

Farmakologisk behandling

Behandling med legemidler bør ikke brukes som førstevalg ved behandling av PTSD, men farmakologisk behandling kan være et supplement til en tilpasset psykologisk behandlingsmetode. Farmakologisk behandling kan vurderes for personer som ikke ønsker å få traumefokusert psykologisk behandling, når psykologisk behandling av ulike årsaker ikke kan gjennomføres, når psykologisk behandling ikke har gitt resultater, ved behandling av samsykkelighet med nedstemthet eller angst samt for akutt lindring av søvnvansker.

Behandling av sorg og tapsrelatert tilpasningsforstyrrelse

Nyere publikasjoner indikerer at man bør avstå fra å bruke psykoterapi på personer som har milde til moderate sorgreaksjoner, ettersom det er en risiko for at man kan forstyrre tilfriskningsprosessen (Mancini et al., 2011). Enkelte kan derimot ha behov for ulike former for støttetiltak. Nyere studier indikerer at man bør fokusere eventuell psykotераpeutisk behandling på personer som har en høy grad av symptomer, for eksempel personer som viser tegn til tapsrelaterte tilpasningsforstyrrelser. Man har nylig dokumentert at kognitiv atferdsterapi (CBT) med innslag av eksponering kan gi gode resultater hos sistnevnte gruppe, og antidepressiva kan bidra til at denne typen terapi tolereres bedre. Kunnskapsgrunnlaget er relativt ferskt når det gjelder behandling av kompliserte sorgreaksjoner, og det må anses som preliminært enn så lenge.

Krisestøttesystemer i praksis

Overlevende

Fokuset i et moderne krisestøttesystem ifølge "screen and treat model" er altså å formidle støtte, oppfølging og å foreta en grundig utredning og evaluering av personer som utvikler symptomer eller personer med vedvarende symptomer. Disse personene bør deretter tilbys evidensbaserte behandlinger (Brewin 2005; Brewin et al., 2008; Watson et al., 2007). E norsk akronym skulle kunne være

"STOUB" som kan stå for **ST**øtte, **Opp**følging, **Ut**redning og **Beh**andling. Når man bruker akronymet, kan det gi assosiasjoner til at et rammet menneske kan «stå opp», reise seg igjen og forankre seg i tilværelset, i sitt sosiale nettverk som er av så stor betydning for tilfriskningsprosessen. Under beskrives dette krisestøttesystemet nærmere:

STøtte

- Psykologisk førstehjelp fra støttepersonell
- Opprettelse av støttesentre, hjemmesider, støttetelefoner
- Evne til å komme seg psykisk etter noen uker, for personer som behøver hjelp til å håndtere tanker, følelser og atferd
- Organisering av støttegrupper for f.eks. sørgende

Oppfølging

- Utpeke kontaktpersoner
- Proaktiv kontakt

Utredning

- Screening: etter 1, 3 og 12 måneder
- Evaluere behandlingsbehov

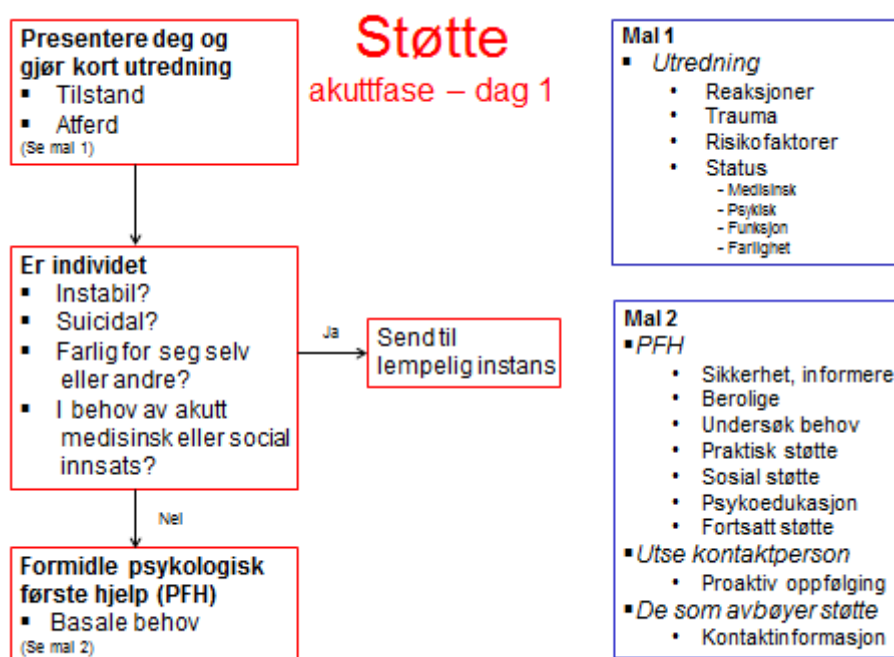
Behandling

- Evidensbasert
- Traumefokusert

Algoritmer for støtte og oppfølging

For å tydeliggjøre STOUB-modellen ytterligere er innholdet overført i noe mer detaljert form til flere algoritmer nedenfor. Disse er fritt basert på andre algoritmer som er utviklet av Nash et al., (2012), men inneholder også innslag av noen av de internasjonale anbefalingene som er beskrevet ovenfor. Den første algoritmen (Figur 3.) beskriver støtte i akutfasen, som omfatter innledende utredning og psykologisk førstehjelp.

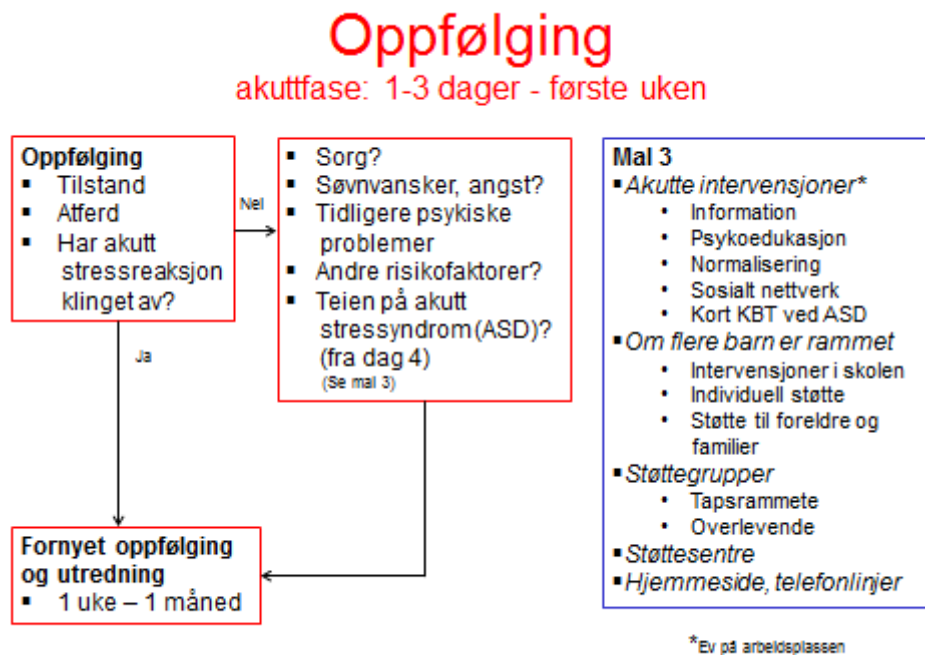
Figur 3. Støtte i akutfasen



Fritt etter Nash et al., 2012

I den andre algoritmen (Figur 4.) beskrives den første oppfølgingen i akutfasen med eventuelle akutte intervensjoner og andre tiltak som primært bør gjennomføres i regi av helsevesenet eller kommunenes krisestøtteorganisasjon. Det kan dreie seg om støtte på arbeidsplass eller skole, opprettelse av støttesentre og støttetelefoner, etablering av støttegrupper samt informasjon via hjemmesider og sosiale medier.

Figur 4. Oppfølging



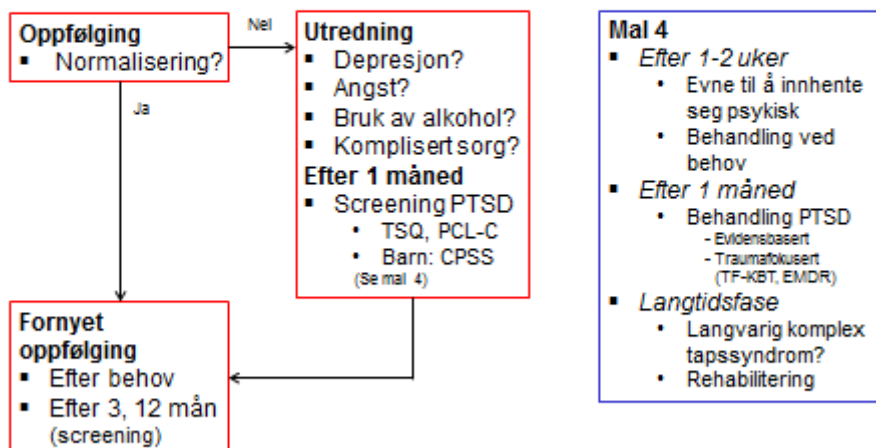
Fritt etter Nash et al., 2012; Pfefferbaum et al., 2013

Den tredje algoritmen (Figur 5.) gjelder utredning og behandling i mellom- og langtidsfasen.

Figur 5. Utredning og behandling i mellom- og langtidsfase

Utredning, behandling

mellomfase: 1 uke - 1 måned; langtidsfase



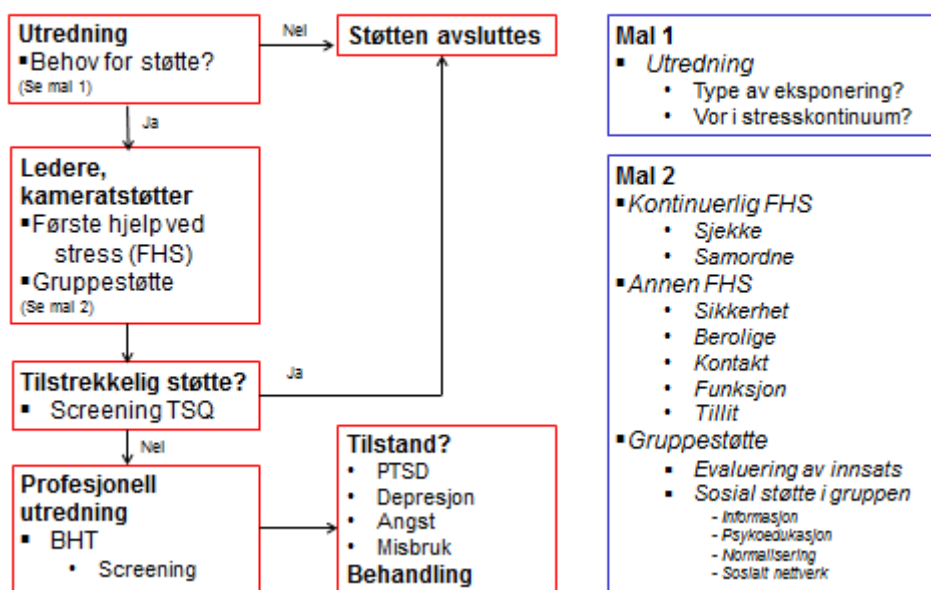
Fritt etter Nash et al., 2012

Innsatspersonell

Prinsippene i STOUB-modellen er aktuelle også her. Som for den nylig presenterte støttemodellen for redningstjeneste- og ambulanspersonell, "Førstehjelp ved stress" (FHS), samles man etter en alvorlig hendelse og gjennomfører en såkalt "Evaluering av innsats" (EI). Deretter er fokuset på sosial støtte internt i den aktuelle enheten og på kameratstøtte. Sjefer og kameratstøttere bør foreta en oppfølging med sikte på å vurdere personer som har behov av forskjellige slag. Innsatsorganisasjoner bør ha tett kontakt med bedriftshelsetjenesten, som kan stå for evalueringer og evidensbaserte behandlinger. I modellen i Figur 6 anvendes Trauma Screening Questionnaire (TSQ; Brewin et al., 2002) ved evaluering/screening av medarbeidere. I Figur 6 sammenfattes støttelinjen for innsatspersonell som bygger på Nash et al. (2010) og Watson et al. (2013).

Figur 6. Støttelinje for innsatspersonell

Innsatspersonell



Fritt etter Nash et al., 2012; Watson et al., 2013

Referanser

- Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., ... Watson, P. (2010). *Skills for psychological recovery: Field operations guide*. Washington, DC: The National Center for PTSD & the National Child Traumatic Stress Network.
- Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., ... Olf, M. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74.
- Bonanno, A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511-535.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual research review: Positive adjustment to adversity--trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401. doi: 10.1111/jcpp.12021
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 53-62.
- Brewin, C. R., Andrew, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrew, B., Green, J., Turner, S., & Foa, E. (2002). Brief screening instrument for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.

- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2008). Psychosocial steering group, London bombings trauma response programme. Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress, 21*(1), 3-8.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *Psychological First Aid – Field Operations Guide* (2nd ed.). Washington, DC: National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD.
- Creamer, M. C., Varker, T., Bisson, J., Darte, K., Greenberg, N., Lau, W., ... Forbes D. (2012). Guidelines for peer support in high-risk organizations: An international consensus study using the Delphi Method. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 134–141.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. (Eds.) (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., ... Ursano, R. J. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress, 23*(5), 537-552. doi: 10.1002/jts.20565
- Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Helsedirektoratet (2012). *Læring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry, 70*(4), 283-315; discussion 316-369. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Mancini, A. D., Griffin, P., & Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(1), 46-51.
- Nash, W. P., Westphal, R. J., Watson, P. J., & Litz, B. T. (2010). *Combat and operational stress first aid: Caregiver training manual*. Washington, DC: U.S. Navy, Bureau of Medicine and Surgery.
- Nash, W. P., Watson, P. J. (2012). Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev, 49*(5):637-48.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (CG 26). Great Britain: National Institute for Health and Clinical Excellence. (NICE-report).
- NKVTS. 2011. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <http://www.nkvts.no/tema/Sider/Sorg-og-sorgreaksjoner.aspx>.
- Norris, F. H, Tracy, M., & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine, 68*(12), 2190-2198.

NOU 2012:14. *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.

Pfefferbaum, B., Shaw, J. A.; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2013). Practice parameter on disaster preparedness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Nov;52(11):1224-38

Seynaeve, G. J. R. (Ed) (2001). *Psycho-social support in situations of mass emergency. European Policy Paper concerning different aspects of psychosocial support involved in major accidents and disasters*. Brussels, Belgium: Ministry of Public Health.

Shea, M. T., McDevitt-Murphy, Ready, D. J., & Scnurr, P. P. (2007). Group therapy. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.); *Handbook of PTSD* (pp. 306-326). New York: The Guilford Press.

Smeets, E. C., & de Ruijter, A. M. (2006). *Community-based interventions working draft*. Amsterdam: Impact Dutch knowl-edge and advice centre for post-disaster psychosocial care.

Socialstyrelsen. (2008). *Krisstöd vid allvarlig händelse, utlåtande från experter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012). *Bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utøya 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen. (KAMEDO-rapport 97)

Soutwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.

Southwick, S. M., Litz, B. T., Charney, D., Friedman, M.J. (Eds.). *Resilience and Mental Health: Challenges across the Lifespan*. New York: Cambridge University Press. 2011

Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Dickstein, B. D., Salters-Pedneault, K., & Hofmann, S. G. (2013). What is the typical response to sexual assault? Reply to Bonanno (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26(3):394-6. doi: 10.1002/jts.21804

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.*,32(2):122-138.

Watson, P. J., Gibson, L., & Ruzek, J. I. (2007). Public mental health interventions following disasters and mass violence. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.); *Handbook of PTSD* (pp. 521-539). New York: The Guilford Press.

Watson, P. J., Taylor, V., Gist, R., Elvander, E., Leto, F., Martin, B., ... Litz, B. (2013). *Stress first aid for firefighters and emergency medical services personnel*. Washington, DC: The National Fallen Firefighters Foundation and National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs.

Villado, A. J., & Arthur, W. (2013). The comparative effect of subjective and objective after-action reviews on team performance on a complex task. *The Journal of Applied Psychology*, 98(3), 514–28. doi:10.1037/a0031510

Witteveen, A. B, Bisson, J. I, Ajdukovic, D., Arnberg, F. K., Bergh Johannesson, K., Bolding, H. B., ... Olf, M. (2012). Post-disaster psychosocial services across Europe: The TENTS project. *Social Science & Medicine*, 75(9), 1708-1714. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.06.017