

«Er det hjelp du har savnet etter terroranslaget på Utøya?» Foreldrene forteller

PSY
KOL
OGI

Hele familien berøres når et familiemedlem utsettes for traumatiserende hendelser. Hjelpere bør være proaktive i sin kon og oppfølgingen bør være traumeinformert med kontinuerlige vurderinger av hjelpebehov.

TEKST

Kristin Alve Glad

Tine K. Jensen

Grete Dyb

PUBLISERT 2. juli 2014

ABSTRACT:

Background: After the terrorist attack in Norway, July 22nd 2011, a national, proactive outreach strategy was developed and implemented to help the directly affected. Objective: The aim of this study was to find out what the parents of the youths who survived at Utøya Island, who felt that their families» needs had not been adequately addressed, experienced of unmet needs. Method: About 14-15 months after the attack, 429 parents (*M* age 50, *SD* = 6.2, 59.4 % females), representing 60 % of those who survived, were asked if their family had experienced unmet needs, and if so, to write a short description of these needs. Results: More than 40 % of the participants reported that neither they nor anyone in their family had unmet needs, while almost 60 % had some unmet needs, of whom 14 % reported unmet needs for everyone in the family. The most salient theme was a wish for a more active and enduring follow-up, especially for siblings and the family as a whole. Implications: Many parents did not report unmet needs for their family, which suggests that the outreach strategy worked well for many of those who participated in the study. The responses from the parents who did have unmet needs can nevertheless help inform and improve the services provided post-trauma. The results suggest that when one family member is directly affected by a traumatic event, it affects the whole family. It is thus important that the entire family, including the siblings, is screened for mental health problems and that adequate help is provided accordingly.

Keywords: terror attack, outreach strategy, proactive follow-up, family, unmet needs

«Jeg har savnet oppfølging av min datter som var på Utøya. Jeg har savnet engasjement fra fastlegen og psykolog. Kontaktpersonen fra kommunen har fulgt opp, men min datter følte ikke at de hadde noen særlig god kjemi.

Fastlegen er mest opptatt av å skrive ut resepter. Psykologen slo fast etter samtale nr. 2 at hun ikke trengte mer hjelp.»

Slik beskriver én mor oppfølgingen av sin datter etter terroranslaget på Utøya. Heldigvis var det mange foreldre som hadde bedre erfaringer med hjelpeapparatet i tiden etter 22. juli, men det var også mange som hadde savnet mer hjelp til seg og sine familiemedlemmer. Mennesker som har opplevd en katastrofe, kan bidra med verdifull kunnskap om oppfølgingstiltak. Gjennom å lytte til og lære av deres personlige erfaringer kan vi øke kvaliteten på tjenestene som blir iverksatt. I denne studien undersøker vi hva foreldrene til de som var på Utøya 22. juli, opplevde at de hadde savnet av hjelp til seg selv og sin familie. Vi beskriver hvor mange av foreldrene i vårt utvalg som savnet hjelp, hvilke familiemedlemmer de savnet hjelp til, og hva slags hjelp de hadde savnet.

«En mor sa at det var vanskelig å vite hva hun kunne forvente av sønnen sin, og hvor mye hun kunne pushe ham»

Bakgrunn

Den 22. juli 2011 ble politisk aktiv ungdom på Utøya utsatt for de alvorligste terrorhandlingene i Norge i fredstid. I over halvannen time ble de jaget av en mann ikledd falsk politiuniform som skjøt, såret og drepte dem han kom over. Over hele landet var det foreldre som fulgte de grusomme handlingene på nyhetene og gjennom digitale medier. Noen var i kontakt med barna sine på telefonen, andre nådde ikke frem. I flere timer var det mange som ikke visste om barnet deres var i live eller ikke. Umiddelbart etter hendelsen ble det reist spørsmål om hvordan norske helsemyndigheter best mulig kunne hjelpe og ivareta de direkte berørte familiene.

Oppfølging etter store katastrofer

Mange mennesker som har blitt utsatt for én eller flere traumatiske hendelser, utvikler alvorlige psykiske plager, som posttraumatiske stressreaksjoner (Morina, Wicherts, Lobbrecht & Priebe, 2014). I en oppsummering av litteraturen om mental helse i kjølvannet av et terrorangrep rapporterer Whalley og Brewin (2007) at ca. 30–40 % av de som blir direkte utsatt for en terrorhandling, utvikler posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og at minst 20 % fortsatt har symptomer to år etter hendelsen. Hvem som utvikler plager, og hvordan plagene utvikler seg over tid, er mindre kjent, og det er derfor vanskelig å planlegge psykososiale intervensjoner som dekker alle de rammedes behov.

Funn fra internasjonale studier tyder på at mange berørte ikke får den hjelpen de trenger (f.eks. DeLisi, Maurizio, Yost, Papparozi, Fulchino, Katz et al., 2003; Norris, Friedman & Watson, 2002; Stuber, Galea, Boscarino & Schlesinger, 2006). Èn utfordring

er at mange direkte berørte selv ikke oppsøker hjelp når de trenger det (Schwart & Kowalski, 1992; Stuber et al., 2006; Weiseth, 2001). Det kan være flere grunner til dette. For noen handler det om frykt for at samtaler med hjelpepersonell vil vekke sterke og ubehagelige følelser og minner knyttet til den traumatiske hendelsen (Schwart & Kowalski, 1992). For andre handler det om at de ikke vil ta opp plass i hjelpeapparatet, fordi de tenker at andre har mer behov for hjelp enn dem (Stuber et al., 2006).

Gitt slike barrierer mot å søke hjelp og kunnskap, om at mange ikke får den hjelpen de trenger, blir tidlig og proaktiv oppfølging anbefalt etter store katastrofer (Brewin, Scragg, Robertson, Thompson, d»Ardenne & Ehlers, 2008). Det er imidlertid mange utfordringer knyttet til slik tidlig intervensjon. For det første foreligger det ingen kontrollerte studier som har sammenlignet ulike typer tiltak iverksatt umiddelbart etter en katastrofe (Bisson, Tavakoly, Witteveen, Adjukovic, Jehel, Johansen et al., 2010; Hobfoll et al., 2007). For det andre, fordi de individuelle utviklingsforløpene arter seg forskjellig, og påvirkes av de rammedes grad av eksponering for fare, tilgang til sosial støtte, personlighetsfaktorer og livssituasjon, er det vanskelig å utforme generelle råd og retningslinjer for oppfølgingsarbeidet. For det tredje, intervensjonene må ta hensyn til de rammedes kapasitet for mestring, slik at de ikke forstyrrer deres naturlige helingsprosess (Bonanno & Diminich, 2013).

På bakgrunn av beste tilgjengelige forskning, teorier og klinisk kunnskap på feltet har eksperter utarbeidet veiledende prinsipper for oppfølging etter katastrofer (f.eks. Bisson et al., 2010; Hobfoll, Watson, Bell, Bryant, Brymer, Friedman et al. 2007; National Institute of Mental Health, 2004; NATO Joint Medical Committee, 2008; Watson & Shalev, 2005). Det er her bred enighet om at tidlig oppfølging bør dekke de rammedes mest grunnleggende behov for trygghet, sikkerhet, mat, ly, informasjon og kontakt med sine nærmeste. Det er også viktig å fremme deres håp og tro på at situasjonen vil bli bedre, og styrke deres følelse av samhold og tilhørighet. Fokuserede intervensjoner (som psykoterapi) bør bli gitt etter hvert til de som trenger det, og ikke til alle som er rammet. Videre bør oppfølgingsstrategien være proaktiv og fleksibel, slik at intervensjonene kan tilpasses de rammedes ulike behov. Til hjelp i oppfølgingsarbeidet er det utarbeidet ulike screeningsverktøy (e.g., Brewin, Rose, Andrews, Green, Tata, McEvedy, et al., 2002). Slike screeningverktøy er utviklet basert på omfattende kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer etter traumatiske opplevelser, og hvordan disse påvirker de berørtes livskvalitet og funksjonsnivå. For en oppsummering av internasjonal litteratur om krisestøtte, se Michel (2013). At de direkte berørte har behov for en langsiktig og aktiv oppfølging etter en katastrofe har også blitt fremmet av Reme, Walstad, Harsem, Furre og Henriksen (2013), som har ledet støttegrupper for etterlatte og overlevende etter flere store katastrofer i Norge (Alexander Kielland-, Scandinavian Star-, og Åsta-katastrofen, samt Sleipner-ulykken).

Oppfølgingsarbeidet etter tsunamien

Etter tsunamikatastrofen i 2004 fikk fastlegene ansvaret for å ta kontakt med de direkte berørte og vurdere deres hjelpebehov. En undersøkelse av fastlegenes innsats viste

imidlertid at over 40 % av de nesten 500 legene som deltok i studien, ikke hadde tatt kontakt med de rammede på sine pasientlister (Hjemdal, 2007). Vi kan ikke med sikkerhet si noe om hvorfor så mange fastleger ikke fulgte oppfordringen fra Helsedirektoratet, men ifølge Hjemdal (ibid.) er det mulig at det handlet om ufullstendige og unøyaktige pasientoversikter og/eller en prinsipiell holdning blant legene om at det er pasienten selv som skal ta kontakt med hjelpeapparatet.

I en intervjustudie gjennomført 10 måneder etter tsunamikatastrofen ble 82 foreldre spurt om hva slags hjelp familien hadde mottatt, og om de var fornøyd med denne hjelpen (Glad, Jensen, Nygaard, Dyb & Hafstad, 2009). Resultatene viste at ca. en fjerdedel eksplisitt sa at verken de selv eller andre i familien hadde hatt behov for hjelp. Ellers var det over en tredjedel av foreldrene som sa at de var fornøyde med tilbudet og/eller hjelpen de hadde mottatt, ca. en femtedel var misfornøyde, og resten var fornøyd med deler av tilbudet. Nesten alle foreldrene som hadde blitt kontaktet av helsepersonell, uttrykte at dette var noe de satte pris på. De som rapporterte at de ikke var fornøyde med oppfølgingen, var de som ikke hadde blitt kontaktet av fastlegen, og som hadde fått problemer i ettertid. Vi fant også at det var flere foreldre som hadde savnet en mer langvarig oppfølging og hjelp til å vurdere eget oppfølgingsbehov. De etterlyste også mer kunnskap blant helsepersonell om traumer og katastrofer.

Helsedirektoratets anbefalinger etter terroranslaget

På bakgrunn av den ovennevnte internasjonale konsensusen på feltet, erfaringene fra oppfølgingen av de berørte etter tsunamien i 2004, og spesifikke aspekter ved tragedien på Utøya (høy grad av eksponering, de rammedes geografiske spredning og unge alder), ble det utarbeidet en nasjonal oppfølgingsmodell, og Helsedirektoratet sendte ut råd til alle kommunene om hvordan oppfølgingsarbeidet burde organiseres:

Hver enkelt overlevende skulle ha en fast kontaktperson i kommunen, og det ble anbefalt en oppfølging over minst ett år. Kontaktpersonen skulle ta direkte kontakt med de rammede, tilby et personlig møte, og gi informasjon om tilgjengelige hjelpetiltak i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Videre skulle kontaktpersonen ha det koordinerende ansvaret og sikre kontinuitet i relasjonen mellom de rammede og støtteapparatet. Kontaktpersonen skulle også sikre at det ble gjennomført jevnlig vurderinger av de rammedes funksjon, deres tilgang til sosial støtte, og eventuelle hjelpbehov. For å hjelpe kontaktpersonen med denne vurderingen ble det utviklet et screeninginstrument med spørsmål om blant annet sosial støtte og symptomer på PTSD, depresjon og angst. Målet var å sikre at alle de direkte berørte som utviklet et behov for hjelp, og hadde et ønske om dette, ble identifisert og fikk et tilbud (Helsedirektoratet, 2011).

Målet med studien

Vi vet lite om hvordan oppfølgingsstrategier etter store katastrofer fungerer i praksis. Målet med denne studien var å undersøke hva de av foreldrene som ikke var fornøyde med oppfølgingen etter terroranslaget på Utøya 22. juli, opplevde at de hadde savnet av

hjelp til seg og sin familie. Mer spesifikt ønsket vi å undersøke hvor mange av disse foreldrene som hadde savnet hjelp til de ulike familiemedlemmene, og hva slags hjelp de hadde savnet.

Metode

Dataene som presenteres i denne artikkelen, er fra andre intervjuer i en omfattende studie om opplevelsene og reaksjonene til de som var på Utøya 22. juli, og deres foreldre. Studien gjennomføres av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) på oppdrag fra Helsedirektoratet og ble startet i november 2011. NKVTS er et forskningssenter som utvikler og sprer kunnskap og kompetanse om vold og traumatisk stress. Formålet er å bidra til å forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene som vold og traumatisk stress kan medføre. Helse- og omsorgsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Justis- og politidepartementet, og Barne- og likestillingsdepartementet står bak opprettelsen av NKVTS og finansierer i hovedsak driften.

Deltakere

Studien henvendte seg til foreldre/omsorgsgivere til de 488 ungdommene (13–33 år) som overlevde terrorangrepet på Utøya. De aller fleste var på øya under terrorangrepet ($n = 481$), noen få var på fastlandet og var vitne til angrepet ($n = 7$). Vi hadde kun kontaktinformasjon til de som overlevde på Utøya. Invitasjonsbrev til foreldre/omsorgsgivere ble derfor sendt til ungdommens hjemmeadresse, og vi vet ikke hvor mange foreldre som var potensielle deltakere. Det var 429 foreldre/omsorgsgivere (M age = 50, $SD = 6,2$, 59.4 % kvinner) som deltok i studien, hvorav de fleste var biologiske foreldre (249 mødre, 162 fedre), mens enkelte var steforeldre ($n = 13$) eller annen omsorgsgiver ($n = 3$). To deltakere hadde ikke oppgitt sin relasjon til barnet. De 429 foreldrene/omsorgsgiverne representerte 293 (60 %) av ungdommene som overlevde i alderen 13–33 år.

Prosedyre

Utøya-studien er en kombinert spørreskjema- og intervjustudie. I denne artikkelen er det inkludert data fra foreldrenes selvutfylte spørreskjema. Data ble i hovedsak samlet inn i oktober–november 2012, og avsluttet 5. mars 2013. Deltakerne ga skriftlig samtykke til deltakelse i studien. Alle foreldrene som deltok, ble bedt om å krysse av for om det var hjelp de hadde savnet for: (1) barnet sitt som var på Utøya, (2) seg selv, (3) andre familiemedlemmer, og/eller (4) familien som helhet. De ble også bedt om å beskrive hjelpen de hadde savnet: «Hvis du har svart ja, at du har savnet hjelp for noen, vennligst beskriv kort her hva slags hjelp du har savnet.» Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Dataanalyse

Foreldrenes skriftlige utsagn om familiens udekkede hjelpebehov ble skrevet inn i en Excel-fil og kategorisert ut fra hvem det gjaldt (i.e., barnet som var på Utøya, foreldrene selv, søsken, andre familiemedlemmer, og/eller familien som helhet). Alle utsagnene ble deretter tematisk analysert og kategorisert (Braun & Clarke, 2006). Førsteforfatteren gikk igjennom utsagnene gjentatte ganger og grupperte sitatene i overordnede temaer. Den tematiske analysen ble jevnlig diskutert med andreforfatteren, og utsagn det var vanskelig å kategorisere, ble avgjort ved konsensus.

Tabell 1. Tabellen viser hva slags type hjelp foreldrene (N = 429) hadde savnet til de ulike familiemedlemmene.

TYPE HJELP	TOTALT ¹ N (%)	BARNET N (%)	FORELDRE N (%)	SØSKEN N (%)	ANDRE N (%)	FAMILIEN N (%)
Savnet ikke hjelp	180 (42,0)	-	-	-	-	-
Savnet proaktiv og vedvarende oppfølging	134 (31,2)	28 (6,5)	21 (4,9)	50 (11,7)	18 (4,2)	55 (12,8)
Savnet samtale med profesjonelle	83 (19,3)	14 (3,3)	44 (10,3)	13 (3,0)	12 (2,8)	34 (7,9)
Savnet kvalitet i psykisk helsehjelp	60 (14,0)	45 (10,5)	13 (3,0)	1 (0,0)	-	5 (1,2)
Savnet oppfølging fra skole/arbeidsplass	34 (8,0)	26 (6,1)	5 (1,2)	5 (1,2)	-	-
Savnet praktisk oppfølging	29 (6,8)	9 (2,1)	18 (4,2)	-	-	6 (1,4)
Savnet samlinger	23 (5,4)	8 (1,9)	12 (2,8)	3 (0,1)	2 (0,0)	3 (0,1)

¹ Noen foreldre hadde savnet flere former for hjelp til seg og sin familie, andre hadde savnet samme form for hjelp til flere familiemedlemmer. Følgelig overstiger summen av det totale antallet foreldre som rapporterte at de hadde savnet de ulike formene for hjelp, det totale antallet foreldre som deltok i studien.

Noen foreldre rapporterte at de hadde savnet samme form for hjelp til flere familiemedlemmer, for eksempel var det en far som skrev: «Jeg har savnet samlinger i regi av Helsedirektoratet for overlevende/ foreldre/søsken. Gjerne adskilt.» I slike tilfeller ble utsagnet kodet flere ganger i Excel-filen, i.e. både for «barnet som var på Utøya», «foreldre», og «søsken». Følgelig overstiger det totale antallet foreldre som rapporterte at de hadde savnet en type hjelp (for eksempel «Samlinger») for de ulike

familiemedlemmene, det totale antallet foreldre som har savnet den typen hjelp (se tabell 1).

Resultater

Av de 429 foreldrene som deltok i studien, var det 36,2 % som hadde savnet hjelp til barnet sitt som var på Utøya; 30,8 % savnet hjelp til seg selv; 35,4 % savnet hjelp til andre familiemedlemmer; 29,7 % savnet hjelp til familien som helhet, og 13,7 % savnet hjelp til samtlige familiemedlemmer. Det var 180 foreldre (42 %) som rapporterte at de verken hadde savnet hjelp til seg selv eller til noen andre familiemedlemmer etter terroranslaget på Utøya.

Gjennom kvalitative analyser av foreldrenes beskrivelser av familiens udekkede hjelpbehov identifiserte vi seks overordnede kategorier for savnet hjelp: (1) proaktiv og vedvarende oppfølging, (2) tilbud om samtale med profesjonelle, (3) kvalitet i den psykiske helsehjelpen, (4) oppfølging fra skole/arbeidsplass, (5) praktisk oppfølging, og (6) samlinger (se tabell 1).

Noen informanter hadde krysset av for at de hadde savnet hjelp til flere familiemedlemmer, uten å gi en beskrivelse av hva de hadde savnet til den enkelte. For eksempel var det en mor som hadde krysset av for at hun hadde savnet hjelp til barnet sitt og seg selv, men i den kvalitative delen hadde hun bare skrevet: «Psykolog for barnet mitt», uten å si noe om hva slags hjelp hun selv hadde savnet. Tolv deltakere hadde ikke skrevet noe i det hele tatt. Det betyr at disse kvalitative dataene ikke omfavner alt foreldrene hadde savnet, men de kan likevel gi oss en god indikasjon på viktige temaer i hva foreldrene opplevde av udekkede hjelpebehov.

Proaktiv og vedvarende oppfølging

Det var mange foreldre (n = 134) som hadde savnet at hjelpeapparatet tok kontakt med familien, og at oppfølgingen vedvarte over tid (se tabell 1).

Noen foreldre hadde savnet en bedre oppfølging av barnet sitt som overlevde på Utøya. De beskrev først og fremst at de hadde savnet en kontaktperson / at barnet ble kontaktet av noen fra hjelpeapparatet, og at barnet fikk hjelp på et tidligere tidspunkt. Andre opplevde at barnet selv ikke ønsket hjelp og derfor ikke fikk oppfølging: «Sønnen min burde blitt «pådyttet» psykisk hjelp rett etter hendelsen. Han var myndig, og jeg kunne ikke bestemme over ham.» En annen sa det slik: «Jeg har savnet at de som skulle hjelpe, var mer pågående og ikke overlot til barnet å bestemme når en trenger hjelp.» En mor fortalte at det først var etter et oppslag i media at datteren hennes tok imot psykisk helsehjelp: «Mitt barn ville ikke til BUP. Det var ikke før Eskil Pedersen gikk ut i media og sa at han skulle til psykolog at hun endret syn.»

**«- Sønnen min burde blitt
«pådyttet» psykisk hjelp rett
etter hendelsen. Han var**

myndig, og jeg kunne ikke bestemme over ham»

Mange foreldre hadde savnet en mer aktiv og vedvarende oppfølging av resten av familien. Flere hadde for eksempel savnet å bli kontaktet av noen fra helsevesenet og å få en kontaktperson som var der for de pårørende, ikke bare for den som overlevde: «Rett etter 22. juli ringte de fra akutt-teamet i kommunen. Da de fikk vite at sønnen min som var på Utøya, ikke var her i hjemkommunen, sa de at «dette klarer du sikkert selv» og så hørte jeg aldri fra dem igjen.»

Andre uttrykte usikkerhet i forhold til det å vurdere sitt eget hjelpbehov: «Det har vært vanskelig å vite om en trenger hjelp og til hva – alt har vært kaotisk innvendig, samtidig som en lever et normalt liv – og så skal en jo være så glad for at hun kom hjem – det er vanskelig å finne ord?» Andre igjen savnet en mer vedvarende oppfølging av familien: «Jeg har savnet hjelp fra det kommunale kriseteamet utover en samtale. Vi har ikke fått oppfølging lokalt – ingen har kontaktet oss som familie etter den første uken. Vi har måttet skaffe hjelp selv og føler oss glemt av kommunen!»

Enkelte skrev at de hadde fått beskjed om at de kunne ta kontakt «ved behov», men at de ikke opplevde dette som et reelt tilbud: «Vi har ikke fått noe direkte tilbud, bare: «Si fra hvis dere ser at det er behov». Deretter har det blitt helt stille fra «22. juli oppfølgingsgruppen.» Mange hadde spesielt savnet hjelp til søsknene til de som var på Utøya, hvorav flere bare hadde skrevet: «Søskenoppfølging», «Hjelp til søsken», «Ingen oppfølging av yngre søsken » og «Søsken har ikke fått noe hjelp». En mor beskrev det slik:

– Yngre søsken og besteforeldre burde fått tilbud om hjelp, informasjon og ivaretagelse umiddelbart etter hendelsen. Belastningen er så stor på foreldrene i den umiddelbare fasen /akutfasen at de ikke klarer å håndtere og bearbeide eget sjokk, gi omsorg til den traumeutsatte, og i tillegg informere og stille for de andre familiemedlemmene.

Et par foreldre hadde opplevd at ektefellen deres ikke ønsket å ta imot hjelp, og synes dette var vanskelig: «Egen stolthet gjorde at guttens mor ikke tok kontakt med støtteapparatet, hun slet med søvnløshet og tunge tanker.»

Samtale med profesjonelle

Mange foreldre (n = 83) savnet at de selv og/eller deres familiemedlemmer hadde fått muligheten til å snakke med profesjonelle i tiden etter terroranslaget (se tabell 1). Noen savnet et tilbud om å få snakke med en profesjonell for sin egen del: «Jeg har bare savnet noen å fortelle historien til, for å gjøre den trygg.» Enkelte sa at de hadde hatt et behov for hjelp, men at det skulle vært flere fagpersoner inne, slik at eventuell hjelp til dem ikke gikk utover hjelpen til barnet: «Jeg kunne selv hatt behov for å snakke med psykolog – en annen person enn den som var kontaktperson for vår sønn/familie: Jeg ønsket selvfølgelig at alt fokus skulle være på han.» Andre opplevde at ettervirkningene

av terroranslaget påvirket familien som helhet, og at de hadde hatt behov for familiesamtaler: «Familien var et minefelt av ubearbeidede og uuttalte følelser i lang tid etter terroren.» En annen sa det slik: «Jeg har savnet flere samtaler med fagpersoner med barna til stede. Når vi er alene, blir det ofte misforståelse/uenighet.»

Flere hadde også savnet bedre informasjon om vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser, samt konkrete råd om hvordan de som foreldre best kunne støtte barna sine i tiden etter 22. juli. «Jeg savner mer detaljert informasjon om PTSD, som datteren min på Utøya har utviklet. Hvordan skal jeg forholde meg til henne? Hvordan kan jeg ta best mulig hensyn?» En annen beskrev det slik: «Jeg ville gjerne hatt en «liste» over hva det er smart å tenke og gjøre i en slik situasjon for å håndtere det best mulig i forhold til datteren min. For eksempel når hun var redd for å gå i skogen etterpå, var det å gå i skogen faktisk viktig.»

Et par foreldre sa spesifikt at de hadde savnet hjelp til å se at barna deres hadde det vanskelig og trengte mer oppfølging: «Det tok lang tid før vi skjønnte hvor preget og belastet sønnen vår var. Jeg skulle ønsket at noen advarte/hjalp oss å se det mye tidligere. Og også hvordan det preget hele familien.»

Andre savnet informasjon om hvilke reaksjoner de kunne forvente fra søsknene, og råd og veiledning i forhold det å snakke med yngre søsken. En far opplevde det som vanskelig å håndtere henvendelser fra media: «Jeg savnet hjelp i forhold til medietrykket: Informasjon om strategier for å tåle et slikt press.»

Kvalitet i den psykiske helsehjelpen

Blant de som hadde fått hjelp fra psykisk helsevesen, var det en del (n = 60) som opplevde at hjelpen ikke var god nok (se tabell 1). Flere savnet mer kunnskap og kompetanse blant helsepersonell. Noen sa spesifikt at de savnet at de som skulle hjelpe barnet deres, hadde spesialkompetanse på terror/krig:

- Sønnen vår burde fått bedre psykologisk hjelp. Vi har bedt om at han kan få møte folk med erfaringer fra å hjelpe mennesker takle krigslignende opplevelser, for eksempel fra Forsvaret, asylapparatet og andre organisasjoner, men dette har ikke ført frem.

Én opplevde at psykologen var for sart: «Datteren vår fikk dårlig hjelp av kriseteamet. Hun sa til oss at: «Jeg synes ikke psykologene skal begynne å gråte før meg». Hun brøt kontakten med dem uten å bli tilbudt noe annet.»

«- Familien var et minefelt av ubearbeidede og uuttalte følelser i lang tid etter terroren»

Noe lignende sa en mor: «Jeg savnet en psykolog som var mer robust og som visste mer om virkningene av traumer.» Én far hadde selv henvist barnet sitt videre:

– Det har bekymret meg at mange unge har måttet ta til takke med ukyndig hjelp. Traumebehandling er komplisert, og man trenger kompetent, spesialutdannet personale. Jeg har henvist både min sønn og enkelte andre fra Utøya til traumebehandling hos psykolog fordi de ikke kom videre gjennom vanlig hjelp fra helsepersonell.

Enkelte hadde savnet å bli mer involvert i barnets behandling. En mor sa for eksempel at det var vanskelig å vite hva hun kunne forvente av sønnen sin, og hvor mye hun kunne pushe ham i forhold til det å stå opp om morgenen, gå på skolen, gjøre lekser, osv. Hun mente at mer samarbeid med barnets behandler, til tross for at sønnen var myndig, kunne «bidratt til at forventninger, krav/ettergivenhet, og forståelse for den traumatiserte, kunne fungert bedre».

Noen foreldre var ikke fornøyd med hjelpen de selv hadde mottatt fra psykisk helsevesen: «Jeg føler ikke at jeg har fått hjelp av psykolog. Jeg trenger mer behandling og en annen type.» Et par foreldre sa spesifikt at de savnet en mer aktiv terapeut: «Jeg har funnet det vanskelig å gå til psykolog. Jeg prøvde, men følte ikke at denne «tok styringen».»

En del savnet mer kontinuitet og stabilitet i møtet med hjelpeapparatet, og at den psykiske helsehjelpen kom på et tidligere tidspunkt: «Datteren min skulle vært på DPS før; ikke etter selvskading og skoleslutt ved juletider.» En annen beskrev det slik: «Det tok flere måneder før psykologhjelpen kom på plass. Hun ble «glemt» av systemet pga. bytting av skole.» En mor sa at sønnen hadde fått tilbud om hjelp, men at «hyppig utskiftning av spesialister bevirket at han droppet ut». En annen fortalte at terapien til datteren hadde blitt avsluttet tre ganger, og tre ganger måtte gå gjennom fastlegen for å komme inn på BUP igjen. Hun sa: «Jeg skulle ønske det var mulighet for et lengre tidsrom med tilbud om psykolog; at vi slapp å oppsøke fastlegen hver gang.» Enkelte hadde opplevd at psykologen avsluttet behandlingen før den egentlig hadde begynt: «Etter én samtale hos psykolog ble det bestemt at vi hadde klart oss såpass godt at vi kunne avslutte.»

Oppfølging fra skole/arbeidsplass

Noen foreldre (n = 34) hadde savnet oppfølging i skolen og/eller på arbeidsplassen sin. De fleste av disse hadde savnet bedre oppfølging og tilrettelegging fra skolen/studiestedet til barnet sitt: «Jeg savnet tidligere oppfølging i skoleverket; jeg måtte selv purre i nesten ett skoleår før tilrettelegging ble utprøvd.» En annen sa det slik: «Jeg savnet mer støtte i skolen, i form av assistent/leksehjelp eller lignende.» En mor savnet mer kunnskap om posttraumatiske reaksjoner, og tilrettelegging etter traumatiske hendelser, i skolen:

– Jeg har savnet kunnskapsflyt til lærere ved skolen om hvordan reaksjoner etter 22. juli kan arte seg, og hvordan de kan legge til rette for ungdom som opplever traumatiske ting. Dette burde være nasjonalt organisert, slik at alle

skoler som hadde elever som opplevde 22. juli på nært hold, ble innkalt til opplæring om dette.

Enkelte skrev også at de hadde savnet bedre oppfølging av søsknene til de overlevende på skolen.

Fem foreldre sa at de hadde savnet bedre oppfølging fra arbeidsplassen sin: «Jeg savnet kanskje mest å få forståelse fra arbeidsgiver – at etterdønningene av 22.7 tar tid og kan ha ulik karakter.» En annen beskrev det slik: «Jeg har savnet oppfølging av arbeidsgiver/ledelse som ikke forstår at også jeg har hatt det vanskelig.»

Praktisk oppfølging

Tjueni foreldre rapporterte at de hadde savnet andre former for oppfølging, først og fremst praktisk hjelp og økonomisk støtte. Enkelte sa for eksempel at barnet deres hadde fått dårlig oppfølging av NAV og/ eller forsikringsselskapet. Andre foreldre savnet praktisk hjelp i hjemmet: «Jeg savnet barnepass. Jeg var ikke i stand til å være til hjelp med skolearbeid og aktiviteter for min 12-åring. Jeg var heller ikke i stand til å gjøre husarbeid pga. lite (dårlig) søvn, nedsatt konsentrasjon, etc.» Enkelte savnet muligheten til å få hjelp av en fysioterapeut.

Samlinger

Tjuetre foreldre savnet samlinger der de som overlevde, foreldrene og/eller søsken kunne møte andre direkte berørte: «Jeg har savnet å være mer sammen med andre i samme situasjon. Det var bare 3 etterlatte-samlinger.» En mor opplevde at foreldregruppen «kom i gang for sent; ca. 6 md. etter hendelsen.»

Diskusjon

I denne studien ønsket vi å undersøke om foreldrene til de som var på Utøya 22. juli, opplevde at behovene de selv og deres familie hadde hatt for oppfølging, ble ivaretatt av hjelpeapparatet. Vi fant at 58 % av foreldrene som deltok, hadde savnet hjelp til ett eller flere familiemedlemmer, hvorav 14 % hadde savnet hjelp til samtlige i familien. Foreldrene beskrev først og fremst at de hadde savnet en mer aktiv og vedvarende oppfølging, spesielt av søsken og familien som helhet. Mange hadde også savnet et tilbud om å få snakke med profesjonelle i tiden etter, spesielt for sin egen del, men også for familien samlet. Videre var det flere som fremhevet at kvaliteten på den psykiske helsehjelpen ikke var god nok, både i forhold til kunnskap og kompetanse blant helsepersonell, men også at kontinuiteten var for dårlig.

Det var 42 % av foreldrene som verken hadde savnet hjelp til seg selv eller til noen av familiemedlemmene sine i tiden etter terroranslaget. Dette kan tyde på at oppfølgingsstrategien fungerte godt for mange av de som deltok i studien. Men ettersom foreldrene ikke ble bedt om å beskrive hva slags hjelp de hadde mottatt, og hva de opplevde som nyttig, er det vanskelig å si noe mer om dette.

En proaktiv og vedvarende oppfølging

Det var først og fremst en mer aktiv og vedvarende oppfølging foreldrene beskrev at de hadde savnet i tiden etter terroranslaget. Etter tsunamien fant vi også at de foreldrene som ikke var fornøyd med oppfølgingen, hadde savnet et mer aktivt lavterskeltilbud, at oppfølgingen varte over tid, og at helsepersonell hjalp dem med å vurdere deres eget hjelpebehov. Så å si alle foreldrene som hadde blitt kontaktet av helsepersonell i tiden etter tsunamien, uttrykte at dette var noe de hadde satt pris på (Glad et al., 2009).

Det var kun 6,5 % av foreldrene i vår studie som hadde savnet at hjelpeapparatet aktivt tok kontakt med barnet deres som var på Utøya. Dette er i tråd med resultatene som nylig er rapportert i en artikkel om hva slags oppfølging de som overlevde på Utøya (N = 325), hadde mottatt fra hjelpeapparatet (Dyb, Jensen, Glad, Nygaard & Thoresen, in press). Dyb et al. fant at 87 % av deltakerne hadde blitt kontaktet av noen fra kommunen/bydelen rett etter hendelsen, og at 84 % hadde hatt en kontaktperson. Sammenlagt tyder disse funnene på at den første fasen av oppfølgingen fungerte godt.

Derimot var det flere foreldre i vår studie som ønsket at også søsken og familien som helhet hadde fått en mer aktiv og vedvarende oppfølging. Dette skiller seg fra tsunamikatastrofen, der gjerne hele familien var på ferie i Sørøst-Asia da katastrofen skjedde, og det sannsynligvis derfor var mer naturlig for hjelpepersonell å ha et familieperspektiv på tiltakene som ble iverksatt. Det er mulig at retningslinjene for oppfølgingsarbeidet etter 22. juli var for vage (f.eks., det ble brukt begreper som «den enkelte overlevende», «de rammede», «de berørte»), og at hjelpepersonell derfor oppfattet det slik at tiltak kun skulle rettes mot de som overlevde på Utøya og dermed kan ha oversett at resten av familien også var sterkt berørt. Det er også mulig at hjelpeinstansene ikke hadde kapasitet til å gi oppfølging til hele familien, og at det her var viktig for kommunene å gjøre visse prioriteringer. Dette er uansett en viktig lærdom vi må ta med oss videre: Når ett familiemedlem er involvert i en svært dramatisk hendelse, bør hjelpepersonell være oppmerksomme på at også foreldre og søsken kan ha behov for hjelp og støtte. Det at familiemedlemmene blir vurdert og får et tilbud, kan i seg selv være en viktig hjelp for de direkte berørte.

Når mange mennesker rammes av en hendelse, aktualiseres en del spørsmål knyttet til oppfølgingen, som: Hvem skal prioriteres? Kan og bør vi forvente at de berørte selv tar ansvar for sin egen situasjon og oppsøker hjelp? I hvilken grad skal helsepersonell «presse på» med hjelpetiltak? Bør hjelpeapparatet være mer oppsøkende overfor unge mennesker/ungdommer enn eldre? Det er ikke noen enkle svar på disse spørsmålene, og bakgrunnen for anbefalingen om proaktive tjenester etter kriser og katastrofer bunner nettopp i studier som viser at mange berørte opplever barrierer mot selv å oppsøke hjelp (f.eks. Stuber et al., 2006). Tatt i betraktning de alvorlige konsekvensene det kan ha for mennesker å ikke få adekvat hjelp, mener vi at en aktiv, men ikke påtrengende, kontakt fra hjelpeapparatet over tid bør anbefales. De berørte står selvsagt fritt til å avvise tilbudet. Dette er i tråd med Reme et al.s (2003) anbefalinger: «For det første må man ikke overlate ansvaret for å innhente hjelp til de berørte. For det andre må man ikke løpe etter og påtvinge noen «behandling» de selv ikke opplever behov for» (s. 2304). Helsepersonell bør også være oppmerksomme på at berørte kan være

ambivalente til å søke hjelp, og at et kjernesymptom ved posttraumatiske reaksjoner er nettopp å unngå å tenke på og snakke om det som har hendt. Derfor kan det hende at de som trenger hjelp mest, også er de som er mest ambivalente.

Det er mulig at informasjon om vanlige reaksjoner etter en traumatisk hendelse, og betydningen av å få hjelp på et tidlig tidspunkt, kan bidra til å redusere barrierene for å oppsøke hjelp.

Profesjonell hjelp

Alle foreldrene som deltok i denne studien, fikk barn hjem fra Utøya som hadde hatt grusomme opplevelser og sanseintrykk. Mange hadde mistet venner, søsken og/eller kjæresten sin, og mange fikk sterke posttraumatiske reaksjoner i tiden etter (Dyb, Jensen, Nygaard, Ekeberg, Diseth, Wentzel-Larsen, et al., 2014). Ifølge Dyb et al. (in press) mottok hele 73 % av de som overlevde, hjelp fra psykolog eller psykiater i spesialisthelsetjenesten, for eksempel BUP eller DPS. Dette kan være noe av grunnen til at kun 3,3 % av foreldrene i vår studie rapporterte at de hadde savnet at barnet deres fikk snakke med en profesjonell. Dyb et al. (ibid.) fant også at de som hadde fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten, hadde et høyere nivå av eksponering, posttraumatiske stressreaksjoner, depresjon/angst og somatiske helseproblemer, enn de som ikke hadde fått slik hjelp. Dette er i tråd med målet til oppfølgingsstrategien, om at de med høyest symptomnivå var de som skulle bli henvist videre til spesialisthelsetjenesten.

**«- Datteren vår fikk dårlig hjelp
av kriseteamet. Hun sa til oss at:
«Jeg synes ikke psykologene
skal begynne å gråte før meg»»**

Det var først og fremst muligheten til å snakke med en profesjonell for sin egen del (ca. 10 %), og for familien som helhet (ca. 8 %) foreldrene hadde savnet. Behovet for profesjonell oppfølging av seg selv og familien er forståelig. Det er naturlig at de pårørende hadde et behov for samtaler med helsepersonell etter en så dramatisk hendelse. Flere foreldre etterlyste også veiledning i hvordan de kunne følge opp og hjelpe barna sine. Dette mener vi kan være en oppgave for hjelpetjenestene i kommunen. Samtidig er det viktig at vi ikke sykelliggjør reaksjonene og behovene mennesker har etter en traumatisk hendelse. Det er ikke slik at alle berørte vil ha behov for profesjonell hjelp; mange kan få god og viktig støtte i sitt nærmiljø, og nye oversikter anslår at mellom 30 og 60 % av voksne med PTSD opplever naturlig bedring over tid (Morina et al., 2014). Likevel skal vi lytte til foreldrenes ønske om å snakke med profesjonelle. Om ikke annet kan slike samtaler trygge foreldrene på at det de gjør, er bra og riktig. For mange er det også godt å vite at hjelpen er der hvis behovet skulle melde seg på et senere tidspunkt. Videre er det viktig at de som trenger og ønsker behandling, får et adekvat tilbud. I dette henseende er det verdt å merke seg to viktige tilbakemeldinger foreldrene ga om spesialisthelsetjenesten. For det første var det flere

som beskrev at de hadde savnet mer kontinuitet: Noen fikk flere behandlere å forholde seg til; andre måtte henvende seg gjentatte ganger med nye henvisninger fra fastlegen. Vi kan ikke unngå at terapeuter bytter jobb eller slutter, men uheldige konsekvenser kan forebygges med gode rutiner for bytte av terapeut. Videre kan større fleksibilitet i behandlingsopplegget redusere problemet med stadige re-henvisninger og bidra til mer kontinuitet i oppfølgingen. For det andre var det en del foreldre som savnet bedre kvalitet på den psykiske helsehjelpen familien mottok, spesielt for barnet som var på Utøya. Et mer traumeinformert tjenestetilbud var også etterlyst etter tsunamien (e.g., Glad et al., 2009). I løpet av de siste årene har det vært et sterkere fokus på kunnskap om traumer blant helsepersonell i Norge, og det er nå iverksatt opplæringsprogrammer for å fremme kompetansen på feltet, både i regi av NKVTS og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Vi håper at denne kunnskapen vil komme mange til gode, både de som opplever traumatiske hendelser i hverdagen, og ved eventuelle fremtidige katastrofer.

Studiens begrensninger

Denne studien har flere begrensninger, og funnene må tolkes i lys av disse. For det første ba vi foreldrene kun beskrive hva slags hjelp de hadde savnet – ikke hva de hadde mottatt og opplevd som nyttig. Andre planlagte artikler fra studien skal se på hvilke hjelpeinstanser de berørte har vært i kontakt med og hvor nyttig de vurderer denne hjelpen. Disse resultatene vil være et viktig supplement til denne artikkelen. For det andre, spørsmålet om savnet hjelp var veldig åpent, og handlet om familiens hjelpbehov *noen gang* siden 22. juli. For mer spesifikke svar, for eksempel på hva slags hjelpbehov familiene hadde ett drøyt år etter hendelsen, kunne vi stilt mer fokuserte spørsmål. For det tredje, i studien var det kun foreldrene til de som overlevde som ble spurt om udekkede hjelpebehov. Det kunne vært interessant å høre hva de som overlevde selv hadde savnet. Og til slutt, det er viktig å understreke at disse funnene kun sier noe om hjelpbehovet blant familiene som deltok i studien. Vi vet ikke hva slags hjelp de berørte som ikke deltok, har fått/savnet.

Oppfølging i fremtiden

De som har deltatt i denne studien, har bidratt til å frembringe viktig kunnskap som ikke bare er relevant i oppfølging etter kollektive katastrofer, men også i psykososial oppfølging og helsehjelp til mennesker som har blitt utsatt for hverdagstragedier, som alvorlige ulykker, plutselige dødsfall ved sykdom eller suicid, og fysiske og seksuelle overgrep. Foreldrenes tilbakemeldinger om hvordan de opplevde hjelpesystemet i tiden etter 22. juli, kan forhåpentlig bidra til at direkte berørte får bedre hjelp i fremtiden.

Det er mulig at en aktiv oppfølging fra hjelpeapparatet, på flere tidspunkter, kan bidra til at også de som først ikke ønsker og/eller ikke opplever at de har et behov for hjelp, velger å ta imot hjelp på et senere tidspunkt. Bedre informasjon om hva slags hjelp som finnes, og større åpenhet omkring mulige konsekvenser av traumer, kan også bidra til at de som trenger oppfølging, etter hvert selv oppsøker hjelpeapparatet.

Det er ikke slik at alle som opplever noe traumatisk, har behov for profesjonell hjelp, men det er viktig at vi har gode systemer for å *vurdere* de rammedes hjelpbehov over tid, både de direkte berørte og deres nærmeste familie. Vi må også øke kompetansen på traumer i alle tjenesteledd, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, slik at vi kan tilby bedre og mer traumeinformerte tiltak.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 7, 2014, side 537-545

TEKST

Kristin Alve Glad, stipendiat ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og privatpraktiserende psykolog

KONTAKT: k.a.glad@nkvts.no

Tine K. Jensen, Professor og psykologspesialist. Psykologisk Institutt UiO og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

KONTAKT: t.k.jensen@nkvts.unirand.no

Grete Dyb, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo Kontakt Kristin Alve Glad, k.a.glad@nkvts.unirand.no

+ Vis referanser

Referanser

Bisson J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Adjukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., et al. (2010). TENT guidelines: development of post-disaster psychological care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196, 69-74.

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

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., et al. (2002). A 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). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 3-8.

DeLisi, L. E., Maurizio, A., Yost, M., Papparozi, C. F., Fulchino, C., Katz, C. L., et al. (2003). A survey of New Yorkers after the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 780-783.

Dyb, G., Jensen, T. K., Glad, K. A., Nygaard, E., & Thoresen, S. Early outreach to survivors of the shootings in Norway on the 22nd of July, 2011. *European Journal of Psychotraumatology* (in press).

Dyb, G., Jensen, T. K., Nygaard, E., Ekeberg, Ø., Diseth, T. H., Wentzel-Larsen, T. & Thoresen, S. (2014). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *British Journal of Psychiatry*, 204, 361-367.

Glad, K. A., Jensen, T. K., Nygaard, E., Dyb, G. & Hafstad, G. S. (2009). Møtet med hjelpeapparatet etter tsunamien - behov og tilfredshet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 472-475.

Helsedirektoratet (2011) Råd for oppfølging av rammede etter hendelsene på Utøya 22.07.2011. Hentet 20. juni, 2013, fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/oppfolging-etter-2...>

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.

Hjemdal, O. K. (2007). *Fastlegenes oppfølging av de berørte etter tsunamien*. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress.

Michel, P-O. (2013). *Moderne krisestøtte. Oppsummering basert på international litteratur*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J. & Priebe, S. Remission from Post-Traumatic Stress Disorder in adults: A systematic review and metaanalysis of long term outcome studies, *Clinical Psychology Review* (2014). doi:10.1016/j.cpr.2014.03.002

National Institute of Mental Health. (2004). Mental health and mass violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/ survivors of mass violence: A workshop to reach consensus on best practices. Retrieved August 4th, 2013 from: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>

NATO Joint Medical Committee. (2008). *Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents*. A model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major incidents, conflict, disasters and terrorism. Retrieved August 1st, 2013, from: <http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/material...>

Norris, F. H., Friedman, M. J. & Watson, P. J. (2002). 60,000 Disaster victims speak: Part II: Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 240-260.

Reme, O. K., Walstad, E., Harsem, J. H., Furre, R. E & Henriksen, J. (2003). Stillheten etterpå?. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 16, 2304-2305.

Schwartz, E. D. & Kowalski, J. M. (1992). Malignant memories. Reluctance to utilize mental health services after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 767-772.

Stuber, J., Galea, S., Boscarino, J. A. & Schlesinger, M. (2006). Was there unmet mental health need after the September 11, 2001 terrorist attacks? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 230-240.

Watson, P., J. & Shalev, A. Y. (2005). Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic event. *CMS Spectrums*, 10(2), 123-131.

Weiseth, L. (2001). Acute posttraumatic stress: nonacceptance of early intervention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 35-40.

Whalley, M. G. & Brewin, C. R. (2007) Mental health following terrorist attacks. *British Journal of Psychiatry*, 190, 94-96.