

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

PSYPRO4100 - Hovedoppgave ved Profesjonsstudiet i psykologi
Psykologisk institutt, Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)

Marion Zoe Andresen & Linn Bjerknes

Forord

Denne hovedoppgaven er skrevet som et avsluttende prosjekt ved profesjonsstudiet i psykologi. Tidlig kriseintervensjon er et fagfelt som ikke har vært et fordypningsområde på profesjonsstudiet, og denne oppgaven ga oss derfor en glimrende mulighet til å fordype oss i nettopp dette. Å skaffe data til problemstillingen har vært en møysommelig prosess hvor vi har gått gjennom et stort antall avisartikler og nyhetsbyråer. Dette krevde en god plan og struktur, samt en god del motivasjon for å opprettholde det gjentakende arbeidet det var å gjennomgå datamaterialet. Vi valgte å jobbe sammen på grunn av oppgavens omfang, og var da i tillegg styrket av hverandres egenskaper og kunnskap. Samarbeidet mellom forfatterne har fungert svært godt gjennom hele prosessen. En stor takk rettes til Hans M. Nordahl og Joar Ø. Halvorsen som var veiledere for oppgaven, og som ga oss god hjelp og tilbakemelding underveis. En ekstra takk rettes til Joar som kom med ideen til oppgaven, og til traumepoliklinikken i Trondheim for kontorplass og faglig innspill.

Trondheim, 31.01.2012

Marion Zoe Andresen

Linn Bjerknæs

Sammendrag

I etterkant av terrorangrepet på Utøya og i regjeringskvartalet 22. juli 2011 har mange fagpersoner uttalt seg i media om tidlig kriseintervensjon ved traumatiske hendelser. Vi har gjennomført en kvantitativ og en kvalitativ innholdsanalyse av avisartikler fra perioden 23. juli - 12. september 2011. Deretter har vi undersøkt i hvilken grad uttalelsene stemmer overens med faglig oppdatert kunnskap om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD. Resultatene viser at uttalelsene samsvarer i betydelig grad med veilederne for tidlig kriseintervensjon. På tross av at uttalelsene stemmer godt overens med anbefalte retningslinjer, har det i liten grad kommet fram at veilederne kun er basert på en konsensusbasert tilnærming. Det finnes lite god metodisk forskning på hva som forebygger PTSD, og veilederne tar derfor utgangspunkt i grunnforskning, nærliggende forskningsfelt samt faglig konsensus. Dette fører til at man ikke vet om intervensjonene som anbefales faktisk har den ønskede effekten, å forebygge utviklingen av PTSD. Hvorvidt uttalelsene stemmer overens med faglig oppdatert kunnskap blir derfor avhengig av hva man legger i det å være faglig oppdatert.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forebygge utviklingen av PTSD?

Den 22. juli 2011 detonerte Anders Behring Breivik en bombe i regjeringskvartalet i Oslo og utførte en massakre på Utøya, hvor Arbeiderpartiets Ungdomsforening var på sommerleir. Terrorangrepene på Utøya og i regjeringskvartalet krevde 77 menneskeliv og skadet 151, og har fått massiv dekning i norsk og internasjonal presse. I etterkant av disse hendelsene har det oppstått en forventning om at alle involverte bør følges opp av psykologiske intervensjoner. I tillegg har en etterspørsel etter kunnskap om traumatiske hendelser fått mye fokus, og psykologer, psykiatere, leger og andre fagpersoner har blitt tildelt stor plass for å besvare disse spørsmålene. De har blant annet uttalt seg og gitt råd om hva etterlatte, pårørende og traumeutsatte bør gjøre etter en traumatisk hendelse, hva som er vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser og hva slags psykiske lidelser hendelsene kan føre til.

Mange av uttalelsene har omhandlet det man kan kalle tidlige kriseintervensjoner, som har til hensikt å forebygge psykiske lidelser etter traumatiske hendelser. Etter en traumatisk hendelse er det normalt å oppleve akutte stressreaksjoner, men hos de fleste vil disse reaksjonene avta og gradvis forsvinne (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Shalev & Freedman, 2005). Hos enkelte individer kan likevel disse reaksjonene vedvare over tid. Det er da vanlig å knytte dette til diagnoser som posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og angst. Andre lidelser som regnes å kunne oppstå etter traumatiske hendelser er rusmiddelproblemer, somatiseringslidelser eller forlengede sorgreaksjoner (Stenmark, 2010).

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på tidlig kriseintervensjon som har til hensikt å forebygge PTSD, da dette er den lidelsen det er mest vanlig å oppleve etter en traumatisk hendelse og som i tillegg har fått mye fokus i media. Tidlig kriseintervensjon har som fagfelt vært gjenstand for mye debatt og store endringer de senere årene, og i etterkant av 22. juli har det vært stor etterspørsel etter kunnskap nettopp fra dette feltet. I lengre tid har psykologisk debriefing vært den mest brukte kriseintervensjonen. Dette på tross av manglende forskning som viser positive resultater ved denne formen for tidlig kriseintervensjon (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002). Det har de senere årene vist seg at de færreste får noe positivt utbytte av psykologisk debriefing, og man har derfor forsøkt å utarbeide andre tilnærminger gjennom utvikling av en rekke retningslinjer og anbefalinger (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; National Child Traumatic Stress Network

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

[NCTSN] & National Center for PTSD, 2006; National Institute of Clinical Excellence [NICE], 2005). Likevel har vi per i dag ingen studier som viser at tidlige kriseintervensjoner rettet mot alle som har vært utsatt for en traumatisk hendelse har effekt og vi ikke har god nok forskning for å kunne anbefale noen “standardintervensjon” etter en traumehendelse (Roberts et al., 2009).

Dette viser bakgrunnen for vår problemstilling: I hvilken grad er det samsvar mellom fagpersoners uttalelser i media med faglig oppdatert kunnskap om tidlig kriseintervensjon? Videre ønsker vi å se nærmere på uttalelser om hva vi vet i forhold til å hindre utviklingen av PTSD. Det er viktig å ta i betraktning at journalistene og mediene har stor innvirkning på hvordan vi forstår uttalelsene i media. Blant annet kan konteksten u ttalelsene settes inn i og hvilke uttalelser som brukes ha stor innvirkning på hvordan de blir oppfattet. Dersom man uttaler seg til media med utgangspunkt i sin profesjon, er den personen ansvarlig for at det som formidles er i samsvar med oppdatert faglig kunnskap. Både American Psychological Association (APA, 2011) og Norsk Psykologforening (NPF, 2008) har utarbeidet retningslinjer for informasjon- og mediehandtering. Både APA (2011) og NPF (2008) skriver blant annet i sine retningslinjer at man må spørre seg selv om man er rett informant for saken som skal belyses, om man innehar den ekspertkunnskapen som søkes.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Traumatiske hendelser

Risikoen for å oppleve en traumatisk hendelse i løpet av livet er stor (Norris & Slone, 2007). Slike hendelser kan for eksempel være seksuelle overgrep, terror og alvorlige ulykker. Selv om de i selve situasjonen fremstår som veldig forskjellige har de likevel noen felles karakteristikk. En av disse karakteristikkene er at man har opplevd eller vært vitne til en eller flere hendelser der det var fare for liv eller alvorlig skade, eller det opplevdes som en trussel mot egen eller andres integritet. En annen felles karakteristikk er at dette er situasjoner hvor man reagerer med en opplevelse av sterk angst eller hjelpeløshet, og at situasjonen er av spesielt truende eller katastrofal art (Stenmark, 2010).

Norris og Slone (2007) anslår at omtrent 25 % av befolkningen vil ha opplevd en traumatisk hendelse innen de når voksen alder. Halvveis i livet, ved omtrent 50 års alder, vil så godt som alle ha opplevd en traumatisk hendelse. En studie av Kessler et al. (omtalt av Norris & Slone, 2007) basert på et sannsynlighetsutvalg av USAs voksne befolkning fant at 51 % av kvinnene og 61 % av mennene i alderen 15-54 år hadde opplevd en traumatisk hendelse. Dersom man ser på prospektive studier, der man har fulgt personer fra de ble utsatt for et traume og en stund fremover i tid, ser man at selv om de fleste har posttraumatiske symptomer kort tid etter hendelsen så remitterer dette av seg selv etter en stund for majoriteten (Rothbaum et al., 1992; Shalev & Freedman, 2005). I studien til Rothbaum et al. (1992) av 95 kvinner som hadde vært utsatt for voldtekt, oppfylte 95 % av dem kriteriene for PTSD kort tid etter hendelsen. Etter ca tre måneder var det kun 47 % som oppfylte kriteriene for PTSD. Likeledes kan man se at på tross av at mange opplever en traumatisk hendelse i løpet av livet, har forekomsten av PTSD i USAs befolkning ligget stabilt rundt 8-12 % (Norris & Slone, 2007).

Posttraumatisk stresslidelse

Diagnose. PTSD har store konsekvenser for den som utvikler lidelsen, på grunn av dens store innvirkning på en persons funksjon og livskvalitet (Shnurr et al., 2007). Tilstanden kan innebære betydelig sykkelighet, arbeidsuførhet og funksjonsnedsettelse. Den har blitt satt i sammenheng med økt dødelighet, og er en lidelse som kan bli kronisk for mange som utvikler den (Shnurr, Green, & Kaltman, 2007). Blant annet fant Kessler et al. (omtalt av Norris & Slone, 2007) at lidelsen ble kronisk hos en tredjedel av de som utvikler den.

PTSD utvikles som følge av å ha erfart eller vært vitne til en ekstremt angstprovoserende hendelse, og symptomene på PTSD kan deles inn i tre kategorier:

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Gjenopplevelse, unngåelse og forhøyet kroppslig aktivering (APA, 1994; Stenmark, 2010; WHO, 1992). Gjenopplevelse kan oppstå i form av bilder, lyder, lukter eller andre inntrykk fra den traumatiske hendelsen, eller de kan oppstå i form av mareritt. Unngåelse vil si å unngå alle ting som kan minne en på traumet og kan være situasjoner, mennesker, steder eller noe annet som kan assosieres med hendelsen. Der i blant også tanker og samtaler om hendelsen. Emosjonell nummenhet er også en del av kategorien unngåelse, at man for eksempel har vansker med å oppleve følelser, eller opplever seg selv som distansert fra andre mennesker. Forhøyet kroppslig aktivering kan på sin side føre til symptomer som for eksempel vansker med å sove, problemer med konsentrasjon, at man er skvetten eller blir fort irritert (APA, 1994; Stenmark, 2010; WHO, 1992). De senere årene har det blitt utført flere faktoranalytiske studier for å få en bedre forståelse av dimensjonene til PTSD symptomene. Det har blitt foreslått at en modell med fire faktorer er mer beskrivende for symptomene, og at emosjonell nummenhet burde inngå som en fjerde kategori i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -V (DSM-V) (Asmundson et al., 2000). Hos de aller fleste viser symptomene seg umiddelbart etter hendelsen (NICE, 2005; Rothbaum et al., 1992; Shalev & Freedman, 2005), men hos noen kan symptomene være forsinket, en såkalt utsatt PTSD. Symptomene viser seg da tidligst seks måneder etter traumehendelsen har funnet sted (APA, 1994).

PTSD er også assosiert med en rekke komorbide tilstander. Brown, Campbell, Lehman, Grishan, og Mancill (omtalt av Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007) fant at 92 % av de som møtte kriteriene for PTSD også møtte kriteriene for en annen lidelse. De vanligste tilleggslidelsene var henholdsvis depresjon, generalisert angstlidelse og rusmiddelproblemer. Det Nasjonale Komorbiditetsstudiet av Kessler et al. (omtalt av Keane et al., 2007) fant også høye komorbiditetstall. En annen mulig kompliserende faktor ved PTSD er en sorgreaksjon som oppstår samtidig, dersom man har blitt utsatt for en traumatisk hendelse hvor man samtidig har mistet noen som står en nær. Dette omtales som komplisert sorg, men er verken en diagnose i International Classification of Diseases-10 (ICD-10) eller DSM-IV-TR. Det er riktignok fremmet forslag om å inkludere den i ICD-11 og DSM-V (Prigerson et al., 2009).

Behandling. Kognitiv atferdsterapi har vist seg å være effektiv i forhold til å behandle kronisk PTSD (Gersons & Olf, 2005; Resick, Monson, & Gutner, 2007), men det er likevel en betydelig andel som ikke blir bedre av behandling. Opp mot 40 % blir kun delvis bedre eller ikke bedre i det hele tatt (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Schnurr, Lunney, Sengupta, & Waelde, 2003), og i tillegg ser man at en del faller fra behandling (Hembree et al., 2003; Van Etten & Taylor, 1993). Et annet problem for individer med

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

kronisk PTSD er at evidensbasert psykologisk behandling enten er utilgjengelig eller det er et utilstrekkelig antall klinikere som anerkjenner behovet for evidensbaserte intervensjoner (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004).

Når vi skal se på hva som er effektiv behandling av posttraumatiske symptomer og videre hva som er effektive tidlige kriseintervensjoner for å forebygge utviklingen av PTSD anser vi det som avgjørende at forskningen er av god metodisk kvalitet. Dette er viktig for å kunne skille mellom om posttraumatiske symptomer remitterer på grunn av intervensjonen eller på grunn av den naturlige bedringsprosessen som finner sted hos majoriteten av mennesker utsatt for traumatiske hendelser (Rothbaum et al., 1992; Shalev & Freedman, 2005). Hva som menes med forskning av god metodisk kvalitet er et tema det har vært mye diskusjon rundt, men vi velger ikke å gå nærmere inn i denne diskusjonen her. Vi har valgt å ta utgangspunkt i de syv "gyldne standarder" for å vurdere den metodiske kvaliteten til behandlingsstudier av PTSD fremhevet av Foa og Meadows (1997). Disse punktene er klart definerte målsymptomer, reliable og valide mål, uavhengige evalueringer av resultat, trening av de som gjør evalueringene, manualiserte, replikerbare spesifikke behandlingsprogram, tilfeldig fordeling til behandlingsbetingelser og etterlevelse av behandlingsprinsipper. Dette er standarder som brukes i randomiserte kontrollerte studier, som vil være de studiene vi legger størst vekt på i denne oppgaven.

Tidlig kriseintervensjon.

Dersom man ser på hvilke alvorlige konsekvenser traumatiske hendelser kan ha for menneskers funksjon på sikt, samt den betydelige andelen som faller fra behandling eller ikke oppnår ønsket effekt av behandling, ser vi et betydelig behov for effektiv tidlig kriseintervensjon. Tidlig intervensjoner etter traumatiske hendelser er ment å forebygge kroniske svekkelser og minimalisere mulig forringelse av livskvaliteten på lang sikt (Litz & Maguen, 2007). Tidspunkt for tidlig kriseintervensjon, hva den skal bestå av og hvilke faktorer som skal inkluderes er derimot omdiskutert (Roberts, Kitchiner, Kenardy, & Bisson, 2009). Blant annet anbefaler NICE (2005) avventende overvåkning som en tilnærming umiddelbart etter traumatiske hendelser, på grunn av manglende forskning på hva som fungerer.

Når det gjelder tidspunkt og timing av tidlig intervensjoner deler Litz og Maguen (2007) opp tiden etter et traume i tre intervaller: Umiddelbar, akutt og kronisk. Den umiddelbare fasen avgrenser de til de første 48 timene, der målet er å redusere ubehaget eller

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

hjelp mennesker som er spesielt svekket. Den akutte fasen gjelder fra to dager til en måned etter en traumatisk hendelse. Her mener de at de traumeutsatte kan arbeide mer aktivt med traumatet. I det kroniske intervallet, som inntreffer etter en måned, er det snakk om langvarige posttraumatiske vansker (Litz & Maguen, 2007).

Debriefing. I lengre tid har individuell psykologisk debriefing vært den mest brukte intervensjonen, på tross av manglende forskning på denne intervensjonen (Rose et al., 2002). Psykologisk debriefing er et paraplybegrep som beskriver en enkeltsesjons intervensjon. Det finnes flere modeller for psykologisk debriefing, men den mest anvendte formen er “critical incident stress debriefing” (CISD) av Mitchell og Everly (1996). Debriefing skal gi traumeutsatte en mulighet til å uttrykke emosjonelle reaksjoner i tilstedeværelse av andre som har opplevd det samme, med en fagperson tilstede (Litz & Maguen, 2007). CISD foregår som regel over 3-4 timer og inneholder en psykoedukasjons- og en emosjonell prosesseringsdel. Målene med debriefing er symptomlette og å redusere risikoen for å utvikle senere kroniske lidelser.

De senere årene har flere store metaanalyser av psykologisk debriefing konkludert med at det ikke finnes noen evidens for at psykologisk debriefing verken forebygger PTSD eller demper uro etter en traumatisk hendelse (Rose et al., 2002; Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamp, 2002). Van Emmerik et al. (2002) fant at de som mottok CISD eller andre enkeltsesjons intervensjoner ikke oppnådde bedre resultat enn de som ikke mottok noen intervensjon, og konkluderte med at enkeltsesjons debriefing ikke har en forebyggende effekt i forhold til utviklingen av kroniske lidelser. I de syv studiene inkludert i metaanalysen så de på enkeltsesjons intervensjoner gjort innen en måned etter traumatet. Rose et al. (2002) tok for seg ni randomiserte kontrollerte studier av enkeltsesjons intervensjoner som innebar en form for emosjonell prosessering og ble gitt innen en måned etter en traumatisk hendelse. De fant heller ingen evidens for at psykologisk debriefing forebygger PTSD eller demper uro etter en traumatisk hendelse, de viste til og med til studier som antydte at intervensjonene kunne være skadelige.

Anbefalte veiledere

De senere årenes forskning på debriefing førte til at man stod uten et evidensbasert rammeverk for tidlig kriseintervensjoner. På bakgrunn av dette har blitt utviklet flere veiledere for tidlige kriseintervensjoner (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). På grunn av mangel på

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

forskningsevidens for intervensjoner for å forhindre PTSD, baserer veilederne seg på grunnforskning og nærliggende forskningsfelt samt faglig konsensus. Denne mangelen på randomiserte kontrollerte studier på intervensjoner etter traumatiske hendelser gjør at man ikke vet om intervensjonene som anbefales faktisk har den ønskede effekten, nemlig å forebygge utviklingen av PTSD (Bisson et al., 2010; Hobfoll et al., 2007). De fleste veilederne er utarbeidet i form av generelle prinsipper for å lede intervensjoner i den umiddelbare og den akutte fasen, bortsett fra Psykologisk førstehjelp som er utarbeidet mer i form av spesifikke intervensjoner kun for den umiddelbare fasen (NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Felles for alle veilederne er vektlegging av trygghet, det å berolige, mestring, samhörighet og håp.

Trygghet. Å få en følelse av trygghet blir nevnt som viktig av alle veilederne (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Dersom man klarer å opprettholde eller gjenopprette en relativ følelse av trygghet har man også mindre sannsynlighet for å utvikle PTSD (Hobfoll et al., 2007). I den umiddelbare fasen anbefaler veilederne å bringe folk i trygghet og forsikre dem om at de er trygge (Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Videre vil det være viktig å gi informasjon om hvorvidt familie og venner har overlevd og er i trygghet.

Sosial støtte blir generelt fremhevet som viktig for å fremme trygghet. Men det er viktig å merke seg at veilederne fremhever at ved mangel på informasjon umiddelbart etter store traumatiske hendelser kan sosial støtte forsterke uro gjennom rykter og skrekkehistorier. Politikere som bruker media og media generelt har også en viktig rolle gjennom den informasjonen som blir gitt, i forhold til å formidle en følelse av trygghet fremfor en følelse av at det stadig pågår en trussel (Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Psykologisk førstehjelp ligner i utgangspunktet på de andre veilederne, men den inneholder mer spesifikke og detaljerte eksempler på hvordan man kan skape trygghet. Det kan for eksempel være snakk om å fjerne glass og skarpe gjenstander i det trygge området eller at det ikke er ting i veien som man kan snuble i (NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Dette fremstår som en kontrast til veilederen til Bisson et al. (2010) som kun nevnte at de var enig i prinsippet om å fremme trygghet, men ikke har utarbeidet noen forslag til mulige tiltak i forhold til dette.

I tillegg til det overnevnte anbefalte Hobfoll et al. (2007) eksponering, både imaginær og in vivo, for å forsøke å avbryte en generalisert oppfatning av at alt er farlig og at alt blir

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

assosiert med traumehendelsen. Disse tankemønstrene er vanlig etter et traume. Dersom man ser på forskningslitteraturen om eksponering ser man at dette har vist seg å være en viktig del av behandlingen av PTSD. Gersons og Olff (2005) omtaler kognitiv atferdsterapi som den mest effektive behandlingen for å normalisere fryktsystemet, og da med eksponering som en viktig del av normaliseringsprosessen. Helsedirektoratet (2011) er den veilederen som legger størst vekt på kontrollert eksponering, hvor de spesifiserer at eksponering kan være viktig for de som har vært plaget av symptomer i flere uker eller måneder. Psykologisk førstehjelp anbefaler at man forhindrer bruk av eksponering i den umiddelbare fasen etter traumatiske hendelser (NCTSN & National Center for PTSD, 2006).

Dempe kroppslig uro. Angst og kroppslig uro er til en viss grad normale og adaptive reaksjoner etter en traumatisk hendelse. Som nevnt tidligere har studier vist at det er vanlig å ha symptomer på posttraumatisk symptomer i etterkant av en traumatisk hendelse, men at hos de aller fleste forsvinner disse etter en stund (Rothbaum et al., 1992; Shalev & Freedman, 2005). Derimot vil de som ikke opplever en nedgang i symptomer etter hvert ha en større risiko for å utvikle lidelser (McNally et al., 2003; Shalev & Freedman, 2005). Forhøyet kroppslig aktivering kan i tillegg forstyrre hverdagslige funksjoner som å sove, spise og konsentrere seg (Hobfoll et al., 2007).

Hobfoll et al. (2007) og Psykologisk førstehjelp (NCTSN & National Center for PTSD, 2006) anbefaler de samme tiltakene i den umiddelbare fasen. For de som er svært urolige anbefales det å minne de traumeutsatte på at de ikke lenger befinner seg i den farlige situasjonen, og at tanker og følelser ikke er farlige. Andre øvelser som anbefales er puste- og avslappingsteknikker. Videre nevnes det at sykeliggjøring av egne reaksjoner og det å tolke erfaringer på en stressende måte kan bidra til å forsterke følelsen av angst og kroppslig uro. For eksempel har negative tolkninger av påtrengende minner blitt assosiert med økt risiko for lidelser i etterkant av bilulykker (Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Derfor anbefales å gi informasjon om vanlige reaksjoner og normalisere disse (Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Bisson et al. (2010) anbefaler, i samsvar med de andre, å gi psykoedukasjon rundt konsekvensene av et traume til alle rammede og til samfunnet rundt. Det ble ikke spesifikt anbefalt for å dempe uro, men mer på et generelt grunnlag. De poengterte at fokus måtte være på mestring og ressurser, og ikke på symptomer. På tross av veilederens anbefalinger vedrørende psykoedukasjon har flere randomiserte kontrollerte studier ikke funnet noen effekt av dette (Ehlers et al., 2003; Scholes, Turpin, & Mason, 2007; Turpin, Downs, & Mason, 2005; Wessely, Bryant, Greenberg, Earnshaw, & Hughes, 2008).

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Mestring. Traumatiske hendelser kan ryste ved noen grunnleggende antagelser hos mennesker. Dersom en før opplevde verden som trygg og en selv som i stand til å påvirke og mestre utfordringer som kommer i fremtiden, kan traumatiske hendelser føre til oppfatninger av at verden er utrygg og at en selv er hjelpeløs (Ehlers & Clark, 2000). Slike oppfatninger har blitt assosiert med en større risiko for å utvikle lidelser i etterkant av traumatiske hendelser (Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007; Ehlers & Clark, 2000). Mestring blir satt i sammenheng med å klare å se en traumatisk hendelse som begrenset i tid og ikke la fremtidsutsiktene påvirkes (Hobfoll et al., 2007).

Både Helsedirektoratet (2011) og Hobfoll et al. (2007) fokuserer på intervensjoner fra kognitiv atferdsterapi, da spesielt for å fremme tro på egen evne til å kunne mestre traumatiske hendelser. I tillegg har Hobfoll et al. (2007) en kollektiv synsvinkel på mestring, ved å sette egen tro på mestring i forbindelse med samfunnets tro på mestring. Tilgang til ressurser blir fremhevet som viktig for at man skal få en opplevelse av mestring i praksis (Hobfoll et al., 2007). I forhold til å fremme mestring hos barn er Hobfoll et al. (2007) og Psykologisk førstehjelp (NCTSN & National Center for PTSD, 2006) samstemte om metoder for å lære bort effektiv regulering av følelser og effektiv problemløsning. Psykologisk førstehjelp har i forhold til de andre veilederne større fokus på å gi informasjon om reaksjoner og gode mestringsstrategier. I tillegg har de også med konkrete eksempler (NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Bisson et al. (2010) har kun gitt uttrykk for at de er enige med prinsippet, som ble lagt fram av Hobfoll et al. (2007), om å fremme mestring.

Fremme tilhørighet. Sosial støtte er en mestringsstrategi som er mye brukt (Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003). I tillegg har man assosiert mangel på sosial støtte og negativ sosial støtte i etterkant av en traumatisk hendelse med større risiko for å utvikle PTSD (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Dunmore, Clark, & Ehlers 1999, 2001; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

Både Hobfoll et al. (2007) og Psykologisk førstehjelp (NCTSN & National Center for PTSD, 2006) anbefaler å identifisere de som ikke har tilgang til sosial støtte og de støttesystemene som fungerer som negativ sosial støtte. Videre anbefaler de å hjelpe familier å møtes så raskt som mulig etter et traume, og å gi formell støtte til de som har behov for det. I tillegg anbefaler de å informere om viktigheten av forskjellige typer sosial støtte og å oppmuntre til bruk av støttenettverk, da eventuelt gjennom opplæring og øvelse i dette (Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Bisson et al. (2010) og

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Helsedirektoratet (2011) nevner begge at sosial støtte er viktig, men kommer ikke med noen eksempler på hva de mener er god praksis for dette.

Fremme håp. Å gi håp for fremtiden blir nevnt som viktig av alle veilederne (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Å ha en positiv innstilling og håp for fremtiden har blitt assosiert med mindre sannsynlighet for å utvikle lidelser i etterkant av traumatiske hendelser (Ehlers & Clark, 2000; Hobfoll et al. 2007). Flere av veilederne understreker at tilgang på ressurser er en viktig forutsetning for håp. Det at samfunnet har tilgang på materielle, økonomiske og andre ressurser for å hjelpe folk med å bygge opp livene sine igjen skaper et grunnlag for håp (Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). I Psykologisk førstehjelp er ikke håp et eget punkt, men det kommer inn under det de kaller praktisk hjelp og har mer fokus på individuelle behov enn de andre veilederne (NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Bisson et al. (2010) uttrykker kun at intervensjoner burde ha som mål å fremme håp, uten nærmere spesifisering. Hobfoll et al. (2007) anbefaler, som eneste veileder, å bruke metoder fra kognitiv atferdsterapi, der man forsøker å nedjustere individets overdrevne opplevelse av personlig ansvar og dermed korrigere katastrofetanker.

Kognitiv atferdsintervensjon.

Kognitiv atferdsterapi har vist seg å være effektiv i forhold til å behandle kronisk PTSD (Gersons & Olf, 2005). Nå har det etter hvert også kommet en del forskning på bruk av kognitive atferdsintervensjoner for å forhindre kronisk PTSD (Roberts et al., 2009). Kognitive atferdsintervensjoner for å forhindre kronisk PTSD skal brukes i det akutte intervallet, fra to dager til en måned. Intervensjonene blir da gitt over flere ganger og inneholder vanligvis psykoedukasjon, mestringsteknikker for angst, eksponering og kognitiv restrukturering (Roberts et al., 2009). Litz og Maguen (2007) poengterer at det er tilstrekkelig evidens for å anbefale kognitive atferdsintervensjoner som tidlig intervensjon etter traumer. Dersom vi ser på metaanalysen til Roberts et al. (2009) derimot, konkluderer de med at vi ikke har god nok forskning for å kunne anbefale noen "standardintervensjon" etter en traumehendelse. De poengterer likevel at traumefokusert kognitiv atferdsterapi, gitt innen tre måneder etter traumet, har effekt for de individene som har uttalte posttraumatiske symptomer.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Tidlig intervensjon

Dersom man ser på hvilke alvorlige konsekvenser PTSD kan ha for menneskers funksjon og livskvalitet, ser vi et betydelig behov for effektiv tidlig kriseintervensjon (Shnurr, Green, & Kaltman, 2007). I kjølvannet av psykologisk debriefing, har flere veiledere kommet fram til relativt overensstemmende prinsipper for tidlig kriseintervensjon (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). På tross av dette har ingen tidlige kriseintervensjoner rettet mot alle som har vært utsatt for en traumatisk hendelse vist seg å ha effekt (Roberts et al., 2009). Tidlig kriseintervensjon har vært et fagfelt preget av store endringer de siste årene, og i etterkant av 22. juli har det i Norge vært stor etterspørsel etter kunnskap nettopp fra dette feltet. Dette viser bakgrunnen for vår problemstilling om i hvilken grad er det samsvar mellom fagpersonenes uttalelser i media med faglig oppdatert kunnskap om tidlig kriseintervensjon?

Metode

For å kartlegge fagpersoners uttalelser i media, har vi benyttet oss av fremgangsmåten innholdsanalyse. Dette er en fellesbetegnelse på måter å undersøke innhold i medier, og kan deles inn i kvalitative og kvantitative fremgangsmåter (Østbye, Helland, Knapskog, & Larsen, 2002). I denne oppgaven bruker vi en kombinert løsning. Vi har først utført en begrenset kvantitativ innholdsanalyse for å få oversikt over uttalelsene, og videre for å kunne gjøre et strategisk utvalg av data til den kvalitative innholdsanalysen (Østbye et al., 2002). Vi har støttet oss til Østbye et al. (2002, s. 215) sin definisjon av kvantitativ innholdsanalyse: ”Dataregistrering og analyseteknikker som søker mot en systematisk, objektiv og kvantitativ beskrivelse av innholdet i et budskap”. Dette innebærer at man må følge systematiske regler for databehandling, og at bearbeiding av dataene i minst mulig grad skal påvirkes av vedkommende som bearbeider dem. Materialet skal deles inn i utvalgs-, analyse- og kodingsenheter (Østbye et al., 2002). I denne oppgaven vil analyse- og kodingsenheten være avisartikler. Vi har valgt å bruke mediearkivet ATEKST som utgangspunkt for vår gjennomgang av artikler fra aviser og nyhetsbyråer. ATEKST er et mediearkiv som eies av Retriever AS, og er det mest omfattende mediearkivet i Norge.

Det er flere nivåer av utvalg for denne oppgaven. Vi har gjort et overordnet utvalg av hvilke fagpersonene vi var interessert i å se på uttalelsene til; psykolog, psykiater og lege. Deretter har vi gjort et utvalg i forhold til at vi ønsker å se på de uttalelsene som dreier seg om tidlig kriseintervensjon rettet mot traumeutsatte, pårørende til traumeutsatte eller til etterlatte. Søkeordene som ble brukt ble utarbeidet delvis gjennom strategiske valg og delvis gjennom prøving og feiling. Se Tabell 1 i Appendiks C for en oversikt over søkeordene, og antall treff per søk.

Sett inn Tabell 1 her

Søkeordene: Utøya, ettervirkninger, akutt stress, posttraumatisk stress, ptsd og kriseintervensjon ble valgt fordi de ga flest relevante treff uten at de genererte for stor grad av støy. Utvalgsperioden for søkene er basert på når begivenhetene fant sted, 22.07.11, og grunnet tidsaspektet for denne oppgaven har vi valgt å begrense søket vårt til artikler publisert fram til 12.09.11 i norske aviser og nyhetsbyrå. Vi har i tillegg sett på hvor mange fagpersoner har en bakgrunn innenfor traumefeltet. Dette definerte vi som å være eller å ha

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

vært tilknyttet et traumesenter eller klinikk som driver med traumebehandling. Vi tok ikke kontakt med fagpersonene, men der det ikke kom fram av avisartiklene hvor de jobbet søkte vi det opp via internett.

Utvalget til den kvalitative undersøkelsen ble gjort på bakgrunn av resultatene fra den kvantitative analysen. Kvalitativ innholdsanalyse bygger på en form for tolkningslære der utgangspunktet er å forstå betydningen av en tekst. Dette innebærer at man må være bevisst på at tolkningene vil være preget av egne erfaringer (Østbye et al., 2002). Det finnes ingen oppskrift på hvordan man skal utføre en kvalitativ innholdsanalyse, den er ofte avhengig av materialet man skal analysere. Derfor er det viktig å utvikle noen faste rammer for gjennomføringen av analysen (Østbye et al., 2002). Et rammeverk for å kode artiklene ble utviklet av forfatterne i fellesskap og er vist i Appendiks B.

Sett inn Rammeverk her

Ut i fra dette rammeverket ble artiklene sortert etter hovedfokus og anbefalt tidlig kriseintervensjon. Hovedfokus ble kodet i forhold til hva artikkelen selv anga som hovedfokus, ved tittel og ingress. Alternativer ble utarbeidet etter en gjennomgang av artiklene, hvor vi fikk et inntrykk av hva som var gjentakende temaer. Alternativene ble utprøvd på et utvalg av artiklene, og deretter utvidet og justert. De 10 alternativene som ble valgt var: Behandling, sykeliggjøring, normalisering, snakk om det, sorg, media, reeksponering, ettervirkninger, tilbake til hverdagen og annet. Alternativene for anbefalt tidlig kriseintervensjon ble i hovedsak utarbeidet ved en gjennomgang av litteraturen tilgjengelig på området. Alternativene ble utprøvd på et utvalg av artiklene, og deretter utvidet og justert. Uttalelsene fra fagpersonene om tidlig kriseintervensjon ble sortert etter følgende kategorier: Psykoedukasjon, sosial støtte, tilbake til hverdagen, snakk om det, informasjon og reeksponering. Begge forfatterne kodet alle artiklene hver for seg, før artiklene ble gjennomgått i fellesskap. Artiklene det var usikkerhet eller uenighet om ble diskutert til man kom til enighet.

Resultater

Ut i fra de syv søkene som ble gjennomført fikk vi et utvalg på 577 artikler. Tabell 1 i Appendiks C viser antall treff vi fikk på hvert søk og hvor mange artikler det utgjorde. Av de 577 artiklene så ble 431 forkastet (74 %), hovedsaklig fordi de ikke inneholdt en uttalelse fra psykolog, psykiater eller lege. Materialet bestod dermed av 146 artikler med uttalelser fra 53 forskjellige fagpersoner. Appendiks A viser en oversikt over artiklene. Av de 53 fagpersonene som har uttalt seg var det 39 psykologer, 11 psykiatere og tre leger. Av disse er det henholdsvis 38%, 63% og 33% som har en bakgrunn innenfor traumefeltet. Oppsummert vil det si at 45% ikke har bakgrunn innenfor traumefeltet.

Hovedfokus

Tabell 2 i Appendiks C gir en oversikt over hvor mange av artiklene som kom innenfor de ulike kategoriene for hovedfokus. Den største kategorien i utvalget var reeksponering, som 22% av artiklene hadde som hovedfokus. Mens den nest største kategorien var ettervirkninger med 17% av artiklene. Snakk om det, media, sorg og normalisering var hovedfokus for 10- 12% av artiklene. Gruppene sykeliggjøring, behandling, tilbake til hverdagen og annet var hovedfokus for 3- 5% av artiklene.

Sett inn Tabell 2 her

Anbefalte tidlig kriseintervensjoner

Tabell 3 i Appendiks C gir en oversikt over hvor mange av artiklene som inneholdt anbefalinger om de forskjellige typene tidlig kriseintervensjoner. Her var den største gruppen psykoedukasjon, der nesten halvparten av alle artiklene inneholdt dette. Snakk om det ble anbefalt i 32% av artiklene, mens 30% av artiklene inneholdt uttalelser som omhandlet sosial støtte. Reeksponering og tilbake til hverdagen ble omtalt i henholdsvis 22% og 21% av artiklene. Den siste gruppen, informasjon, ble nevnt i 16% av artiklene.

Sett inn Tabell 3 her

Psykoedukasjon. Førti-åtte prosent av artiklene inneholdt informasjon om PTSD og andre symptomer. Det utgjorde til sammen 72 av 146 artikler. Denne gruppen ble videre

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

fordelt i forhold til om de inneholdt psykoedukasjon om normale reaksjoner, unormale reaksjoner eller sorg. Psykoedukasjon om normale reaksjoner var det 32 artikler som inneholdt. Tre eksempler på uttalelser i denne gruppen er:

For de fleste berørte vil de sterke inntrykkene avta over tid (95).

Det er normalt å reagere forskjellig etter Utøya. Det er flere grunner til det. De vil ha opplevd forskjellige ting. Har hatt forskjellig fokus ut i fra hva de har sett og unnlatt å se på. Dessuten er det viktig hva man var mest oppmerksom på mens det pågikk (36).

Vansker med å regulere seg ned etter alvorlige og farlige hendelser er normale reaksjoner på unormale hendelser, og kan sammenlignes med en overbelastning av stressmestringssystemet, tilsvarende det vi kan se ved andre typer belastningsskader. Dette er ikke sykt, og skal i utgangspunktet ikke behandles (109).

Det var 25 uttalelser som inneholdt psykoedukasjon om unormale reaksjoner. Eksempler på dette er:

Typisk for posttraumatisk stress er gjenopplevelsesreaksjoner som tanker eller bilder fra hendelsen. Det kan også føre til en unngåelsesatferd der man ønsker å fjerne seg fra hendelsen. Kroppen kan reagere med en slags alarmberedskap, slik at man får problemer med å sove. Selv om reaksjonene er forståelige og forklarbare, kan de gjøre at man får problemer med å fungere i det daglige (108).

Den mest kjente langtidsvirkningen etter en katastrofe er posttraumatisk stress. Dette kjennetegnes av påtrengende minner, flashbacks og mareritt. I tillegg vil kroppen reagere slik at det føles som farer er til stede hele tiden. Dette fører blant annet til lett søvn, sinne, konsentrasjonsvansker og skvettenhet. En annen kjent reaksjonsmåte er unngåelse (82).

Tretti uttalelser inneholdt psykoedukasjon om sorg. Disse to uttalelsene reflekterer denne gruppen godt:

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Et traume som fører til tap av en nær person kan føre til traumatisk sorg. Ved traumatisk sorg kan sorgprosessen forstyrres av symptomer som oppstår som et resultat av det traumatiske ved selve hendelsen. Hver gang man tenker på den døde kan påtrengende tanker omkring dødsfallet dukke opp og fremkalle intens redsel. Traumatisk sorg oppstår når traumesymptomene vanskeliggjør sorgbearbeiding (66).

I sorgprosesser er det flere faser, og ikke alle reagerer likt. Fyrst kan ein bli nomen og få kjensla av at det er uverkeleg. Vidare kjem sorga, etterfølgt av ei bearbeidingstid. Så skal ein kome seg vidare, noko som for mange kan verke umuleg (104).

Snakk om det. I 32% av artiklene hadde fagpersoner uttalt seg i forhold til om traumeutsatte og pårørende burde snakke om hendelsene 22. juli. Det er 27 personer som står for uttalelsene i disse 46 artiklene. Ellve uttalelser anbefaler å snakke om det som har skjedd, mens tre av uttalelsene gikk på at det er viktig å få snakket ut om opplevelsene. For eksempel:

Samtidig kan samtale, omsorg og samhold redusere faren for en lidelse (140).

Snakk med noen som har opplevd det samme som deg. Det er viktig med et felles bilde av hva som har skjedd. Mange har også behov for å se en helhet i hendelsen. Uttrykk deg verbalt. Det er viktig å snakke om hendelsene og søke forståelse med dine nærmeste (136).

Viktig å ta tak i tanker og følelser fortrest mulig før det er for sent. For jo lenger det går, jo vanskeligere blir det å få tak i dette. Det blir ikke letter ved å vente. Og om man ikke får tak i dette, så kan man bli traumatisert. Det kan virke inn på lang sikt, og man kan få angst, søvnproblemer og masse forskjellig (147).

Fjorten uttalelser inneholder visse forbehold om å prate om hendelsene. Noen poengterer at å snakke om det ikke nødvendigvis er så viktig, og at man ikke skal presse folk til å snakke. Det understrekes at det er individuelt hva man har behov for, og at det er viktig å lytte til hva de berørte selv ønsker. Tre eksempler på uttalelser er:

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Det er veldig individuelt hvordan barna og ungdommene vil reagere. Noen vil snakke og da bør de få lov til det. Andre vil ikke snakke, og bør få lov til det. Før trodde man det var bra å pushe folk til å snakke, nå er man mer tilbakeholdne (148).

Alt tyder på at det er feil å la ofre fra store ulykker raskt komme sammen for å snakke ut om detaljene i det de har opplevd, å dele detaljer og følelser i en tidlig fase kan gjøre vondt verre (109).

Jeg er skeptisk til å koble inn psykolog eller andre fagfolk, særlig hvis hjelpen går på å få den traumeutsatte til å snakke om traumeerfaringene og beskrive følelsene sine- så kort tid etter 22. juli (60).

Syv artikler har uttalelser i forhold til det at mange av de berørte har valgt å skrive om hendelsene i sosiale medier som blogg, facebook og lignende. Alle som har uttalt seg sier at det å skrive ned opplevelsene i etterkant kan være bra, og fem nevner at dette ofte er noe som brukes i terapi. Men fem av artiklene er skeptiske til at dette skjer i det offentlige rom og to nevner i tillegg at det antakelig ikke er det beste for berørte å lese andres historier.

Fem av de 46 artiklene inneholder uttalelser som går direkte på debriefing. Fire av disse uttalelsene uttrykker at debriefing ikke nødvendigvis er gunstig for kriserammede. To eksempler på dette er:

...det er dessuten ikke lurt å samle dem i samtalegrupper eller i såkalt debriefing sammen med andre. Da kan de nemlig få høre enda sterkere historier enn sine egne, og situasjonen kan bli enda mer traumatisk (94).

Krise- eller katastrofepsykologi omtales ofte feilaktig synonymt med debriefing. Det er i dag bred enighet i fagmiljøet om at slike gjennomganger av traumatiske hendelser, konsentrert rundt sterke inntrykk og følelsesmessige reaksjoner har ingen eller i verste fall negativ effekt (68).

Ni artikler inneholder anbefalinger å snakke om hendelsene dersom man har mistet noen, som hjelp i sorgprosessen. Det nevnes at det er viktig å snakke med noen og vise følelsene sine, ikke undertrykke dem eller sitte med dem alene.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Sosial støtte. Sosial støtte ble anbefalt i 30% av artiklene, og 27 personer står for disse uttalelsene. Flesteparten av uttalelsene, 32 av til sammen 45, omtalte at det de rammede trengte mest i den tidlige fasen var å bli inkludert, å få støtte og omsorg fra familie og venner. To uttalelser som belyser denne gruppen er:

Det viktigste vi kan gjøre for å hjelpe dem er å inkludere dem både i vennegjengen, familien og på jobben (79).

Jeg tenker at det ikke er psykolog eller psykiater man trenger i den første perioden, men det å være nær sine kjære og forhold seg til at det er trygt rundt en (144).

Ni av uttalelsene handlet om at sosial støtte, nærhet og omsorg hjelper i forhold til å bearbeide sorg. Et eksempel er uttalelsen:

Å tilby hverandre nærhet og omsorg er god medisin for å komme seg gjennom en sorgprosess (104).

Reeksponering. Samtlige artikler som inneholdt uttalelser om reeksponering hadde dette som hovedtema for artikkelen. Det var uttalelser om reeksponering i 22% av artiklene, og det er fem fagpersoner som står for disse. Det var 28 av 32 artikler som handlet om å dra tilbake på Utøya, mens fire artikler i utvalget inneholdt uttalelser om at rettsaken kunne føre til retraumatisering og mulig skade. De fleste uttalelsene kom i forbindelse med at det ble arrangert besøksdager på Utøya 19.08.11 og 20.08.11. Det var delt opp slik at det var en dag for de pårørende som hadde mistet noen, og en annen dag for de som overlevde massakren på Utøya. Tolv artikler inneholdt anbefalinger til de pårørende som mistet noen 22. juli om å dra til Utøya, fordi det kunne gjøre det lettere å forholde seg til virkeligheten og på den måten lettere å bearbeide sorgen. Et eksempel på en slik uttalelse er:

Det gjør det lettere å forholde seg til virkeligheten, snarere enn fantasi og uvisshet. Fantasier kommer kastende på og kan anta alle mulige slags former. Når man da ikke vet nøyaktig er sorgen også vanskeligere å bearbeide. Selv om virkeligheten er brutal, er den relativt entydig – og dermed lettere å bearbeide (34).

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Ellve av artiklene inneholdt anbefalinger til de overlevende som var på Utøya 22. juli om å dra tilbake dit, fordi det kunne det føre til bedring. Det ble blant annet påpekt at det var viktig å få et oversiktlig bilde og forståelse av det som skjedde. Det ble i tillegg påpekt at det å dra tilbake kunne hjelpe på overlevelsesskyld, på følelsen av verden som et utrygt sted, gjenopplevelser, for en mer generell bearbeiding av traumene og på senreaksjoner. To uttalelser som eksemplifiserer dette:

Å dra tilbake er en måte å bearbeide følelsen at verden er utrygg. Reise tilbake er starten på en lang prosess med å bearbeide følelsen av hvorfor overlevde jeg (54).

Ettersom mange av de overlevende ikke har et klart bilde av hva som skjedde kan det å dra tilbake gi et mer oversiktlig bilde. De overlevende har et behov for å forstå hva som hendte og hvorfor de overlevde, når andre døde. Mange sliter med overlevelsesskyld og det er en følelse det er lettere å bearbeide når man får et mer oversiktlig bilde av hendelsen (43).

Fem artikler var mer måteholdne med å anbefale å dra tilbake, og der var det i større grad vektlagt at man skulle dra tilbake dersom man selv ønsket det og trodde det ville hjelpe. Et eksempel:

Det kan hjelpe, men det er avhengig at det forberedes og gjennomføres på en god måte. Ingen må bli presset (108).

Tilbake til hverdagen. Selv om det ikke var hovedfokus for mer enn tre prosent av artiklene i utvalget vårt omtales tilbake til hverdagen i 21% av artiklene, av til sammen 21 fagpersoner. Her anbefales det å komme i gang med rutiner og gjenopprette vanlig aktivitet. Det ble blant annet gitt tips om å begynne i jobb, på skole og starte opp med fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet. Tre uttalelser som belyser dette er:

Gjøre ting som gir glede, som man liker, og som gjør at man kjenner at kroppens stress reduseres. Alt som gjør at du kan sove godt, spise regelmessig, og kommer tilbake til rutinene dine er godt (8).

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Forskning har vist at det å komme raskt tilbake til hverdagen trolig gir best effekt når det gjelder å forebygge langvarige posttraumatiske reaksjoner (60).

Det jeg har funnet i tidligere studier, er at det viktigst for folk som har opplevd slike situasjoner er normalisering, reetablering av døgnrytmen og daglige rutiner og å komme fort i gang igjen. Det andre er å være sammen med dem som var der, de forstår hvordan man har det (93).

Informasjon. Seksten prosent av artikler inneholder uttalelser som går på at informasjon er viktig. Ni fagpersoner står for disse uttalelsene. Seks av 24 artikler inneholdt uttalelser som gikk på at informasjon umiddelbart, de første timene etter hendelsen, er viktig. Et eksempel på en slik uttalelse er:

Informasjon og ledelse på stedet var mangelfull. Du trenger å vite for å berolige eller bekrefte (2).

Ellve uttalelser gikk på at informasjon er viktig for pårørende som har mistet noen, for å bearbeide sorgen. Et eksempel på en slik uttalelse er:

Hvorfor er det viktig for de pårørende å ta rede på detaljene rundt drapet? Det gjør det lettere å forholde seg til virkeligheten snarere enn fantasi og uvisshet. Fantasier kommer kastende på og kan anta alle mulig former. Når man da ikke vet nøyaktig er også sorgen vanskeligere å bearbeide. Selv om virkeligheten er brutal, er den relativt entydig og da lettere å bearbeide (46).

Syv uttalelser handlet om at informasjon om hendelsen er noe mange har behov for og er viktig for mange. En uttalelse som eksemplifiserer dette er:

Å få oversikt over det som skjedde, bidrar til å redusere stress og kaotiske tanker (68).

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Diskusjon

Utgangspunktet for denne oppgaven var at vi ønsket å se nærmere på uttalelser i media om tidlig kriseintervensjon og om uttalelsene samsvarer med faglig oppdatert kunnskap. Et godt eksempel på en uttalelse vi ønsket å se nærmere på er: “Vi vet en god del om hvorledes en kan bidra til å minske effekten av sterke inntrykk etter dramatiske hendelser og til å hindre utvikling av posttraumatisk lidelse” (55). Stemmer denne og andre uttalelser med det vi vet fra forskningsfeltet om tidlig kriseintervensjon? Se Tabell 4 i Appendiks D for en oppsummering over forskjeller og likheter mellom uttalelser i media, veilederne og forskning.

Sett inn Tabell 4 her

Psykoedukasjon

Etter terrorangrepene på Utøya og i regjeringskvartalet har mange artikler og uttalelser handlet om psykoedukasjon. Halvparten av alle uttalelsene i utvalget inneholder informasjon om PTSD og andre symptomer. Det er tydelig at fagpersonene er samstemte om at det er viktig å formidle psykoedukasjon. Fagpersonenes uttalelser er i betydelig samsvar med veilederne, som alle poengterer at psykoedukasjon er viktig i etterkant av traumatiske hendelser (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Å gi informasjon om mestring og vanlige reaksjoner blir anbefalt i den umiddelbare fasen for å dempe uro (Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Hobfoll et al. (2007) anbefaler i tillegg å bruke media for å fremme psykoedukasjon, med fokus på mestring og ressurser. Det er betydelig samsvar mellom fagpersonene og veilederne med tanke på at formidling av psykoedukasjon fremheves som viktig. Men det er derimot ikke like stor overensstemmelse om innholdet i psykoedukasjonen. Veilederne anbefaler at psykoedukasjon bør ha et normaliserende fokus og et fokus på mestring og ressurser. Dersom vi ser på uttalelsene er det derimot like mange som har fokus på unormale reaksjoner som på normale reaksjoner. Det er dessuten en betydelig andel artikler som har et hovedtema som kommer innenfor kategorien sykeliggjøring. Selv om fagpersonene som har uttalt seg i media ikke har bestemt hovedfokus for artiklene, anbefaler retningslinjene til APA (2011) om informasjon- og mediehandtering at de som skal uttale seg bør undersøke vinklingen av saken på forhånd. I tillegg anbefaler både APA (2011) og NPF (2008) at en forutsetning for at man uttaler seg er at man får lese igjennom artikkelen før

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

publisering. På denne måten anser vi at fagpersoner har et ansvar for at deres uttalelser bidrar til å underbygge en artikkel med et lite gunstig fokus. De bør enten forsøke å påvirke hovedfokus eller så må de ta et valg i forhold til om dette er en artikkel de vil ta på seg ansvar for å underbygge.

Noe av grunnlaget for at man anbefaler å gi informasjon om normale reaksjoner i etterkant av traumatiske hendelser er fra forskning på risikofaktorer for PTSD. Der ser man at det er en assosiasjonen mellom hvordan man opplever og vurderer sine egne reaksjoner i etterkant av en traumatisk hendelse og PTSD (Bryant et al., 2007; Ehlers & Clark, 2000; Hobfoll et al., 2007; Wessely et al., 2008). På tross av dette har man ikke funnet at psykoedukasjon har en forebyggende effekt for utviklingen av PTSD (Ehlers et al., 2003; Scholes et al., 2007; Turpin et al., 2005). Både Scholes et al. (2007) og Turpin et al. (2005) undersøkte effekten av å gi ut et hefte med selvhjelpsinformasjon til individer med symptomer på posttraumatisk stress. I begge studiene vurderte deltagerne informasjonen som svært nyttig, men ingen av studiene fant at selvhjelpsinformasjon hadde en forebyggende effekt i forhold til PTSD. Ehlers et al. (2003) sammenlignet ulike former for tidlige intervensjoner for PTSD og fant heller ingen effekt av selvhjelpsinformasjon. De hadde da sammenliknet kognitiv terapi, selvhjelpsinformasjon og gjentatte vurderinger. Turpin et al. (2005) antydte til og med at psykoedukasjon kan ha en negativ effekt for de med størst symptomtrykk, da flere i kontrollgruppen opplevde bedring i forhold til de i psykoedukasjonsgruppen. I samsvar med dette har Wessely et al. (2008) i en litteraturgjennomgang av forskning om psykoedukasjon som forebyggende intervensjon, kommentert at det er en viss mulighet for at det kan være skadelig. De anbefaler å være kritisk i bruk av psykoedukasjon som intervensjon (Wessely et al. 2008). De tre studiene vi har tatt for oss her har alle sett på formidling av psykoedukasjon ved hjelp av et selvhjelpshefte, mens Hobfoll et al. (2007) blant annet anbefalte bruk av media for å formidle psykoedukasjon. Forfatterne har ikke funnet noen studier som ser på den sistnevnte formen for formidling, og kan derfor ikke si noe om hvorvidt dette vil kunne ha en forebyggende effekt. Vi bemerker oss her at Wessely et al. (2008) allikevel uttrykte en viss skepsis i forhold til å formidle informasjon om symptomer gjennom media. Dette på grunn av en mulighet for å gjøre folk mer sensitive for symptomer. Til tross for mangel på forskning som viser at psykoedukasjon har en forebyggende virkning i forhold til PTSD, så anbefaler alle veilederne dette. Det er kun Bisson et al. (2010) som understreker at på tross av deres anbefalinger om å gi psykoedukasjon, så vet man faktisk ikke om psykoedukasjon har en forebyggende effekt.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Når det gjelder formidling av psykoedukasjon følger fagpersonene som nevnt tidligere veilederne anbefalinger i betydelig grad. Likevel ser vi at det er et sprik mellom anbefalt praksis i veilederne og den forskningen som finnes på forebyggende intervensjoner. Veilederne anbefaler bruk av psykoedukasjon for å forebygge PTSD (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006), men i følge forskningen finner man ikke at psykoedukasjon faktisk har en forebyggende effekt (Ehlers et al., 2003; Scholes et al., 2007; Turpin et al., 2005). Flere anbefaler i tillegg en mer forsiktig tilnærming enn det som fremheves i veilederne (Turpin et al., 2005; Wessely et al., 2008). Man kan tenke seg at det kan være en vanskelig balansegang for fagpersoner som skal utøve sitt fag i etterkant av en traumatisk hendelse å finne ut av hvilke anbefalinger de skal følge. Et relevant spørsmål her er hva man legger i at fagpersonene skal være faglig oppdaterte for å kunne uttale seg om et tema i media. Holder det at man er oppdatert på veilederne eller er det nødvendig å gå videre inn i hva veiledere bygger sine anbefalinger på?

Sosial støtte

Sosial støtte ble anbefalt av relativt mange fagpersoner, og alle er enige om viktigheten av sosial støtte i etterkant av traumatiske hendelser. Disse uttalelsene stemmer godt overens med at sosial støtte blir anbefalt av alle veilederne etter traumatiske hendelser (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Sosial støtte blir anbefalt for å gi traumeutsatte en opplevelse av tilhørighet og en følelse av trygghet. Det blir blant annet anbefalt å hjelpe familier å møtes så raskt som mulig etter traumatiske hendelser og å sette opp formelle støttnettverk til de som mangler dette (Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). På tross av dette blir det anbefalt at man er oppmerksom på at sosial støtte også kan forsterke uro, særlig i situasjoner der man mangler informasjon umiddelbart etter store traumatiske hendelser. Likeledes blir intervensjoner for å identifisere støttesystemer som bidrar med negativ sosial støtte anbefalt (Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Viktigheten av å identifisere negativ sosial støtte er i tråd med funnene til Dunmore, Clark, og Ehlers (1999, 2001) om at oppfattelsen av negative sosiale interaksjoner predikerte kronisk PTSD i en større grad enn mangel på positiv støtte. Dette har likevel ingen av fagpersonene fokusert på når de har uttalt seg om sosial støtte i media.

Veilederne har anbefalt sosial støtte i etterkant av traumatiske hendelser mye på bakgrunn av studier av risikofaktorer for PTSD, som har vist at opplevelsen av sosial støtte er

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

assosiert med PTSD (Brewin et al., 2000; Charuvastra & Cloitre, 2008; Ozer et al., 2003). Sammenhengen mellom sosial støtte og PTSD har vært under debatt, da studier har vist at opplevelsen av sosial støtte kan fungere både som en beskyttende faktor og som en risikofaktor for PTSD (Charuvastra & Cloitre, 2008). Blant annet fant to metaanalyser av Brewin et al. (2000) og Ozer et al. (2003) at mangel på sosial støtte var en av de sterkeste prediktorene for PTSD. På tross av at disse metaanalysene viser en sammenheng mellom sosial støtte og PTSD er det viktig å påpeke at studiene i hovedsak baserer seg på tverrsnittsstudier (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Det vil si at man undersøker om ulike variabler kan assosieres med PTSD etter at individene faktisk har utviklet PTSD, og det er derfor vanskelig å si noe om hvorfor mangel på sosial støtte er assosiert med PTSD. Det kan være at symptomer på PTSD, for eksempel sinne og irritasjon, fører til en nedgang i sosial støtte. En annen mulighet er at mangel på sosial støtte gjør det vanskelig for folk å bli bedre etter traumatiske hendelser. Disse studiene sier ingenting om sosial støtte kan forebygge utviklingen av PTSD. En annen studie av Koenen et al. (2003) av Vietnam veteraner med PTSD har identifisert sosial støtte både som en beskyttende faktor og som en risikofaktor. Dette var et prospektivt studie som gikk over 14 år. De fant at de veteranene som opplevde at samfunnet hadde negative holdninger hadde større sannsynlighet for et kronisk forløp av PTSD. Mens de som var mest engasjert i samfunnet hadde størst sannsynlighet for remisjon av symptomer. Charuvastra og Cloitre (2008) har i sin litteraturgjennomgang av sosial støtte og PTSD konkludert med at begge deler kan forekomme, opplevelsen av sosial støtte kan fungere som beskyttende faktor mens opplevelsen av fravær av sosial støtte kan utgjøre en risiko for PTSD.

Med andre ord har sosial støtte blitt funnet å være både en risikofaktor og en beskyttende faktor for PTSD. Men selv om opplevelsen av sosial støtte kan fungere som en beskyttende faktor for PTSD, har vi ikke klart å identifisere noen studier som ser på om intervensjoner for å fremme sosial støtte kan forhindre utviklingen av PTSD. Vi kan dermed ikke finne støtte til uttalelser som “samtidig kan samtale, omsorg og samhold redusere faren for lidelse” (140) og “(...) den interne omsorgen og støtten ungdommene har fått i AUF, også har bidratt til at det så langt kan se ut som at ungdommene klarer seg godt i dagliglivet” (69). Den eneste av veilederne som påpeker begrensninger ved forskning på sosial støtte er Bisson et al. (2010). De nevner at ingen randomiserte kontrollerte studier har sett på sosial støtte i forhold til å forhindre lidelser. Disse begrensningene ved forskningen på sosial støtte blir heller ikke reflektert rundt i uttalelsene til fagpersonene. Igjen ser vi at uttalelsene til

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

fagpersonene i stor grad kan støtte seg på veilederne anbefalinger, men at forskningen på feltet ikke er tilstrekkelig for å si om intervensjonen har den tilsiktede intensjonen. Vi kommer her tilbake til det samme spørsmålet om hva man legger i faglig oppdatert kunnskap om tidlig kriseintervensjon.

Snakk om det

Det er en relativt allmenn oppfatning at det er lurt å snakke om ting som er vanskelig, og tidligere har også mange traumespesialister ment at det å uttrykke tanker og følelser om traumer fører til bedring (McNally et al., 2003). Kanskje er det denne oppfatningen som blir reflektert i alle uttalelsene som anbefaler å snakke om det? Resultatene viser at det har vært et enormt fokus på å snakke om hendelsene. I tillegg ser vi at det er omtrent like mange som anbefaler å snakke om det og som er skeptiske til det. Halvparten av de som anbefaler å snakke antyder i tillegg at dette har en forebyggende effekt i forhold til PTSD. Et eksempel på dette er uttalelsen “..samtale, omsorg og samhold redusere faren for en lidelse” (140). Disse uttalelsene kan ikke støtte seg på noen av veilederne da samtale er ikke nevnt som en forebyggende intervensjon i noen av dem (Bisson et al., 2010; Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). I tillegg er det i direkte motsetning til metaanalysen til Roberts et al. (2009) som konkluderer med at man ikke har noe som tilsier at intervensjoner som blir gitt uavhengig av symptomer har noen forebyggende effekt for PTSD. Brewin (omtalt i McNally et al., 2003) har også påpekt at når man tar for seg intervensjoner som skal forhindre utvikling av PTSD er det viktig å huske på at man vet lite om hvordan den naturlige bedringsprosessen foregår. De fleste som blir utsatt for traumatiske hendelser opplever en naturlig bedringsprosess i løpet av de tre første månedene etter den traumatiske hendelsen (Rothbaum et al., 1992; Shalev & Freedman, 2005). Brewin (omtalt i McNally et al., 2003) antar derfor at det er mulig at intervensjoner og innblandinger i denne perioden faktisk kan innebære en forstyrrelse av denne prosessen. Brewin (omtalt i McNally et al., 2003) åpner også opp for en mulighet for at man kan gjøre ting verre ved å tvinge folk å snakke om traumatiske hendelser, og anbefaler at man avventer og ser hvem som kommer seg på egenhånd. Dette samsvarer med anbefalingene til NICE (2005) om avventende overvåkning. Ut i fra dette kan vi ikke se at anbefalingene om å snakke om det er i samsvar med veilederne eller med faglig oppdatert kunnskap om tidlig kriseintervensjon.

Derimot er uttalelsene om at det å snakke om det ikke nødvendigvis er så viktig, og at man i stedet skal lytte til hva individet har behov for, mer i samsvar med veilederne.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Psykologisk førstehjelp og Helsedirektoratet anbefaler at dersom man har et behov for å dele sine erfaringer må man få lov til det, og hvis man ikke ønsker dette så må man få slippe (Helsedirektoratet, 2011; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Hobfoll et al. (2007) nevnte derimot at man skal anbefale individer å lytte til egne følelser når man snakker om de traumatiske hendelsene, og hvis det fører til at man blir deprimert eller mer engstelig skal man begrense dette.

I tillegg stemmer flestparten av uttalelsene om debriefing godt overens med veilederne og med nyere studier av denne intervensjonen. Både Hobfoll et al. (2007) og Bisson et al. (2010) advarer spesifikt mot bruk av denne formen for tidlig kriseintervensjon, og flere store metaanalyser har konkludert med at det ikke finnes noen evidens for at psykologisk debriefing verken forebygger PTSD eller demper uro etter en traumatisk hendelse (Rose et al., 2002; Van Emmerik et al., 2002). Dersom vi tar for oss hva Helsedirektoratet (2011) sier i forhold til debriefing ser vi at den avviker i en viss grad fra de andre veilederne og de nevnte metaanalysene. Den nevner at selv om få studier har vist at enkeltstående akutt stressdebriefing har effekt, så kommer det nye studier der resultatene er bedre (Helsedirektoratet, 2011). Her refererer de kun til en enkelt studie av Zehnder, Meuli, og Landolt (2010). Dersom vi ser nærmere på denne studien ser vi at de konkluderer med at deres resultater er i overensstemmelse med den tidligere nevnte Cochrane gjennomgangen til Rose et al. (2002). De fant at i forhold til posttraumatisk stresssymptomer, depressive symptomer og atferdsproblemer, er det like stor bedring i kontrollgruppen som i intervensjonsgruppen. Et unntak var aldersgruppen 7-11 år, der intervensjonsgruppen oppnår større nedgang i depressive symptomer og atferdsproblemer enn kontrollgruppen. Ut i fra dette vil vi påpeke at påstanden til Helsedirektoratet (2011), om at det kommer nye studier der resultatene er bedre, er relativt dårlig underbygget.

Noen av uttalelsene i utvalget vårt har i tillegg vært uklare i sin bruk av begrepet debriefing, for eksempel “det er dessuten ikke lurt å samle dem i samtalegrupper eller i såkalt debriefing sammen med andre.. (94)”. Psykologisk debriefing har etter hvert blitt en samlebetegnelse for enkeltsesjons tidlige kriseintervensjoner og et allment brukt begrep, og det er derfor viktig å spesifisere begrepet når man bruker det. Uttalelser som den over mener vi er misvisende og kan oppfattes som en advarsel mot å snakke med andre. Fagpersoner må på sin side uttrykke klart hva de mener med fagbegreper, i tillegg til at media må være kritiske til hva de publiserer.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Videre har det vært flere uttalelser i media om det å skrive om det man har opplevd i en blogg, på facebook og i andre sosiale medier. Flesteparten av uttalelsene går på at det kan være bra å uttrykke seg skriftlig, men er skeptiske på at dette skjer i sosiale medier. Flere antyder at det å skrive om emosjonelle hendelser kan ha effekt (Gortner, Rude, & Pennebaker, 2006; Murray & Segal, 1994; Pennebaker, 1997; Pennebaker, Zech, & Rimé, 2001), men det eksisterer lite forskning på det å skrive om opplevelsene sine i sosiale medier. En studie av Vicary og Fraley (2010) har sett på studenters bruk av nettsamfunnet facebook etter to skoleskytinger. På tross av at studentene selv opplevde det som nyttig fant de ingen effekt av dette. Studien har flere metodiske svakheter. Det er blant annet en retrospektiv studie som ikke er randomisert eller kontrollert og utvalget bestod ikke av direkte rammede etter skoleskytingene. Forfatterne har ikke funnet noen studier om at det å skrive om traumatiske hendelser i sosiale medier kan forebygge PTSD og det er heller ingen av veilederne som anbefaler dette. Vi kan med dette ikke finne noe faglig grunnlag for å uttale seg verken for eller i mot dette i media.

Uttalelser om det å snakke om eller skrive om traumatiske hendelser har ikke støtte verken i veilederne eller i forskning på forebyggende intervensjoner for PTSD. Derimot kan uttalelsene som omhandler å lytte til egne behov og uttalelsene om debriefing i større grad støtte seg på veilederne.

Reeksponering

Fagpersonene som uttalte seg om å dra tilbake til Utøya var relativt samstemte om at dette var noe de anbefalte. Her er det viktig å påpeke at det kun er tre personer som står for alle disse anbefalingene. Det som gir en viss støtte til anbefalingene er forskningen på behandling av kronisk PTSD som har vist at eksponering er en viktig del av den mest effektive behandlingen (Gerson & Olf, 2005). På tross av dette vil vi påpeke at når det kommer til å bruke reeksponering en måned etter at den traumatiske hendelsen inntraff kan det være annerledes. Dersom vi ser på Litz og Maguens (2007) oppdeling av tidsperioden etter en traumatisk hendelse kommer reeksponeringen innenfor det de kaller den akutte fasen, og en intervensjon her har som hensikt å forebygge utviklingen av PTSD. Flere metaanalyser viser at vi i dag ikke har noen spesifikke intervensjoner etter traumatiske hendelser som er effektive å gi til alle (Roberts et al., 2009). Roberts et al. (2009) poengterer likevel at traumefokusert kognitiv atferdsterapi, gitt innen tre måneder etter traumet, har effekt for de individene som har uttalte posttraumatiske symptomer. Ut i fra dette kan man tenke seg at å

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

dra tilbake kan hjelpe de med høyt symptomtrykk. Men det gir ikke noe grunnlag for å anbefale alle overlevende å dra tilbake til Utøya innen en måned etter traumet.

På en annen side så vet man ikke om eksponering som en enkelt intervensjon, uten å være del av traumefokusert kognitiv atferdsterapi, har effekt. Studiene av traumefokusert kognitiv- atferdsterapi som Roberts et al. (2009) inkluderte hadde alle vektlagt forskjellige intervensjoner i ulik grad, så det er derfor vanskelig å si noe om hvilke spesifikke intervensjoner som har effekt. Roberts et al. (2009) fant heller ingen sammenheng mellom grad av eksponering og grad av bedring. Den eneste studien de inkluderer i sin analyse som gjør en direkte sammenligning mellom eksponeringsterapi og traumefokusert restrukturering for å forhindre kronisk PTSD er studien til Bryant et al. (2008). Selv om Bryant et al. (2008) finner at eksponeringsbasert terapi fører til en større reduksjon av posttraumatisk stresssymptomer enn traumefokusert restrukturering, må man ta i betraktning at dette kun er en enkel studie. Dette er med andre ord noe man må undersøke nærmere.

Vi vil videre påpeke at dersom man ser nærmere på et par av studiene som viser at traumefokusert kognitiv atferdsterapi kan ha effekt for de med symptomer, så ser man at behandlingen består av mer enn kun en eksponeringsdel. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi bestod av psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, imaginær og in vivo eksponering både i studien til Bryant et al. (2008) og i studien til Bisson, Shepherd, Joy, Probert og Newcombe (2004). I tillegg ser vi at Bryant et al. (2008) startet opp intervensjonen omtrent en måned etter traumet og dette omfattet fem timer over fem uker. Bisson et al. (2004) startet imidlertid opp en gang mellom fem og ti uker etter den traumatiske hendelsen, og dette omfattet fire timer. Eksponeringen er med andre ord kun en del av en større pakke som foregår over flere uker. Ut i fra dette finner vi ikke noe grunnlag for å anbefale et enkelt besøk på Utøya, fordi man ikke vet om det vil føre til bedring, verken for de med eller uten symptomer. Vi kan med dette ikke finne noe grunnlag for de 11 uttalelsene som hevder at det kunne føre til bedring å dra tilbake. Burde man da uttale seg til media om at “det er faglig sett riktig å dra tilbake både for de pårørende og de overlevende” (43)?

Selv om vi ikke finner noe støtte i forskningen for at reeksponering kan forhindre utvikling av PTSD, så har både Helsedirektoratet (2011) og Hobfoll et al. (2007) anbefalt dette som en tidlig kriseintervensjon. Helsedirektoratet (2011, s. 63) refererer til en studie i forhold til uttalelsen “Retur til hendelsessted kan gi bedre oversikt, forståelse og struktur til egen erfaring, samtidig som rituelle handlinger kan ha en emosjonell betydning”. Den samme studien blir trukket fram som faglig støtte til anbefalingene i media om å dra tilbake til Utøya.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

I denne studien fant Heir og Weisæth (2006) at det å dra tilbake til katastrofeområdet for tsunamien i Asia i 2004, førte til symptomlette. Denne studien er ikke et randomisert kontrollert studie og det inneholder ikke bruk av anerkjente mål på symptomer før og etter intervensjonen. I tillegg foregikk reeksponeringen 10 måneder etter den traumatiske hendelsen, og deltagerne mottok veiledning og instruksjoner underveis. Vi finner ikke denne studien tilstrekkelig som faglig støtte for Helsedirektoratets (2011) anbefaling om retur til hendelsesstedet eller til uttalelser som: “(...)helsemessig kan det være bra å dra tilbake” (89). Her kommer vi igjen inn på samme dilemma som nevnt tidligere, det vil si hva man legger i å være faglig oppdatert? Selv om vi ikke finner forskning på reeksponering som viser at det kan forhindre utvikling av PTSD, så kan uttalelsene støtte seg på veilederne anbefalinger i forhold til dette. Dersom man anser det som tilstrekkelig å ha kjennskap til veilederne for å kunne komme med faglig oppdaterte uttalelser så kan man si at uttalelsene i forhold til reeksponering er basert på faglig oppdatert kunnskap. Men dersom man anser det som nødvendig å ha mer kunnskap om hva veilederne baserer sine anbefalinger på så er uttalelsene derimot ikke basert på faglig oppdatert kunnskap.

Tilbake til hverdagen

Helsedirektoratet (2011, s. 65) legger vekt på at målsetningen for psykososiale tiltak i akuttfasen er: “(...) å opprettholde, eller så godt som mulig å bistå til en normalisering av dagliglivet for den/de kriserammede”. Den anbefaler at man skal oppmuntre de kriserammede til å gjenoppta sine hverdagsaktiviteter på et tidlig tidspunkt. Likeledes anbefaler Psykologisk førstehjelp (NCTSN & National Center for PTSD, 2006) å opprettholde en normal timeplan så langt det er mulig. Hobfoll et al. (2007) anbefaler derimot ikke spesifikt å komme seg tilbake til hverdagens rutiner. Deres fokus er at de som ikke opplever en nedgang i symptomer vil ha en større risiko for å utvikle lidelser i etterkant (McNally et al., 2003; Shalev & Freedman, 2005). Derfor anbefaler de at man deltar i aktiviteter som man liker, som kan føre til positive emosjoner og gi en følelse av normalitet og kontroll. Anbefalingene som har blitt gitt i media etter 22. juli om å komme seg tilbake til hverdagen er i samsvar med Helsedirektoratet (2011) og med Psykologisk førstehjelp (NCTSN & National Center for PTSD, 2006). Likeledes samsvarer mange av anbefalingene med eksemplene på aktiviteter som Hobfoll et al. (2007) kommer med, som om å være med venner og familie, høre på beroligende musikk, dra på kino og være i fysisk aktivitet.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Selv om fagpersonene i media og veilederne i stor grad anbefaler dette, eksisterer det generelt lite forskning som tar for seg relasjonen mellom det å komme seg raskt tilbake til hverdagen og utviklingen av PTSD. Vi har sett på to studier som tar for seg denne relasjonen. Nandi et al. (2004) undersøkte virkning av mangel på arbeid og dårlige arbeidsforhold i forhold til psykisk helse etter store traumatiske hendelser, i dette tilfelle etter angrepene på New York 11. september. Studien konkluderte med at mangel på arbeid i etterkant av slike traumatiske hendelser kan utgjøre en risiko for dårlig mental helse på sikt. De fant at mangel på arbeid kan være viktig i forhold til hvor vedvarende posttraumatiske stresssymptomer kan være etter traumatiske hendelser. En annen faktor som kan være relevant blir belyst av Carlier, Lamberts, og Gerson (1997). De fant i en prospektiv studie av politiet at en av risikofaktorer for PTSD var utilstrekkelig tid fra arbeidsgiver for å komme seg igjen etter traumat. Så det å gå rett tilbake til arbeid etter en traumatisk hendelse er ikke nødvendigvis positivt. Selv om vi ikke kan konkludere med noe kun ut i fra disse to studiene, gir de en pekepinn om at bildet kan være mer komplekst.

I forbindelse med uttalelsen ”forskning har vist at det å komme raskt tilbake til hverdagen trolig gir best effekt når det gjelder å forebygge posttraumatiske reaksjoner” (60), blir det vist til rapporten om ”Posttraumatisk stresslidelse og arbeidslivet” (Skogstad et al., 2011). Denne rapporten oppsummerer at studiene på dette området er preget av metodeproblemer, men peker på tross av dette til mulige risikofaktorer for PTSD som er relatert til arbeidslivet. Vi finner ikke ut i fra dette at det å komme raskt tilbake til hverdagen forebygger posttraumatiske reaksjoner. Igjen ser vi at på tross av at flesteparten av uttalelsene til fagpersonene kan støtte seg til veilederne anbefalinger, kan forfatterne ikke finne noen gode studier som viser at det å komme seg raskt tilbake til hverdagen forebygger posttraumatiske symptomer.

Informasjon

Alle uttalelsene som omhandler informasjon er samstemte om at dette er viktig. Mens noen mener at informasjon er viktig de første timene etter hendelsen, poengterer andre at informasjon er viktig for å bearbeide traumer og sorg. Flere av veilederne fremhever at umiddelbart etter hendelser der familie eller venner er berørte vil det først og fremst være viktig å tilstrebe at informasjon om hvorvidt de har overlevd og er i trygghet blir gitt (Helsedirektoratet, 2011; Hobfoll et al., 2007; NCTSN & National Center for PTSD, 2006). I tillegg nevner de at mangel på informasjon umiddelbart etter store traumatiske hendelser kan

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

føre til at rykter og skrekkhistorier spres, og at dette kan forsterke uro. Disse veilederne gir støtte til uttalelser om at informasjon er viktig umiddelbart etter traumatiske hendelser, som for eksempel “(...) du trenger å vite for å berolige eller bekrefte” (2). Vi kan derimot ikke finne at noen av veilederne fremhever informasjon om hendelsen som viktig for å bearbeide traumer. De uttalelsene som anbefaler informasjon for å bearbeide traumer som for eksempel: “Å få oversikt over det som skjedde, bidrar til å redusere stress og kaotiske tanker” (68) og “Mange sliter med overlevelsesskyld og det er en følelse det er lettere å bearbeide når man får et mer oversiktlig bilde av hendelsen”(43) finner vi derfor ingen støtte til her. Det er lite forskning som omhandler informasjon som en forebyggende intervensjon. Både i forhold til informasjon umiddelbart etter hendelsen og informasjon som viktig for å bearbeide traumer og sorg. Mesteparten av forskningen på informasjon som en forebyggende intervensjon handler om informasjon i form av psykoedukasjon (Ehlers et al., 2003; Scholes et al., 2007; Turpin et al., 2005). En studie har derimot funnet at det å aktivt søke etter informasjon om venner og familie var en av mestringsstrategiene som var mest brukt blant et nasjonalt representativt utvalg av Israels befolkning (Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003). På tross av stadige terroristangrep konkluderte de med at det likevel ikke var et forhøyet nivå av PTSD i denne populasjonen. Selv om dette er et interessant funn kan ikke studiet si oss noe om at det å aktivt søke etter informasjon kan forhindre utviklingen av PTSD. Det kan derfor ikke brukes som støtte for å anbefale informasjon fordi det hjelper en med å bearbeide traumer. Vi finner med andre ord heller ingen støtte for disse uttalelsene i forskningen.

“Ekspertenes” uttalelser

Dersom vi ser nærmere på hvem som står for uttalelsene i media, ser vi at det er 53 ulike fagpersoner som har uttalelser i utvalget vårt. Av disse er det omtrent halvparten som vi finner at har vært eller er tilknyttet et traumesenter eller en klinikk som driver med traumebehandling. Vi har i denne oppgaven ikke gått nærmere inn på om det er noen forskjell i kvalitet på uttalelsene i forhold til fagbakgrunn. Men vi merker oss at både APA (2011) og NPF (2008) skriver i sine retningslinjer at man må spørre seg selv om man er rett informant for saken som skal belyses, og om man innehar den ekspertkunnskapen som søkes. Selv om media må ta på seg noe av ansvaret for dette, har de ikke ansvaret alene. Vi mener at dersom en fagperson uttaler seg i media med utgangspunkt i sin profesjon, er den personen ansvarlig for at uttalelsene er basert på faglig oppdatert kunnskap. Hva som legges i ekspertkunnskap blir derimot ikke utdypet videre hverken av APA (2011) eller NPF (2008). Her kommer vi

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

inn på et gjennomgående tema i denne oppgaven, hva som legges i å være faglig oppdatert eller å inneha ekspertkunnskap.

En annen diskusjon er i hvor stor grad uttalelsene er formet av media, og i hvilken grad man er ansvarlig for å korrigere media dersom man er uenig i fremstillingen av egne uttalelser. Vi kan forstå at i den grad uttalelser blir plukket opp av andre medier kan det være vanskelig å ha kontroll over egne uttalelser, og at en enkelt setning tatt ut av kontekst kan få en relativt endret betydning.

Begrensninger og veien videre

Det er flere begrensninger ved undersøkelsen vi har gjort. For det første ble søkene utført i en relativt begrenset tidsramme, og at vi kun har tatt for oss aviser og nyhetsbyråer. Vi har også begrenset oss til kun å se på uttalelsene til leger, psykiatere og psykologer. Disse begrensningene gjør at utvalget vårt ikke er representativt for uttalelser av fagpersoner i media generelt og senker derfor generaliserbarheten ved undersøkelsen. En annen begrensning ved undersøkelsen er at like uttalelser går igjen i flere artikler. Men vi har valgt å ta med alle, fordi det som var relevant for oss var omfanget av hva som har blitt formidlet til traumeutsatte. Det er også en mulighet for at vi kan ha oversett relevante artikler som ikke ble fanget opp av de søkeordene vi har brukt. Men vi har forsøkt å se på resultatene til de innledende søkene våre, og utvidet med nye søkeord etter hvert. Videre ble utvalget av avisene og nyhetsbyråene gjennomgått manuelt og noen artikler kan ha blitt oversett i denne prosessen. På tross av disse begrensningene antar vi likevel at bildet av dekningen av tidlig kriseintervensjon er relativt representativt på grunn av det store antallet artikler som er med i undersøkelsen.

En annen begrensning ved oppgaven er at kodingen av artiklene nødvendigvis er basert på skjønn. Denne potensielle feilkilden ble forsøkt redusert gjennom gjentatte pilotkodinger og diskusjon mellom koderne. På grunn av at dette er en kvalitativ analyse egner den seg i liten grad til generalisering, men forhåpentligvis kan den danne et grunnlag for fremtidige undersøkelser av kvaliteten på fagpersoners uttalelser i media og en videre utforskning av hva som menes med faglig oppdatert kunnskap.

Tidlig kriseintervensjon er et felt som har behov for mer forskning. Særlig gjelder dette forskning på om de anbefalingene som kommer frem i veilederne faktisk forebygger PTSD. I tillegg foreligger det få kontrollerte undersøkelser på barn og unge utsatt for traumatiske hendelser i forhold til voksne.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Konklusjon

Selv om terrorangrepet på Utøya og i regjeringskvartalet 22. juli var en isolert hendelse i norsk sammenheng er det ikke urimelig å anta at flere store katastrofer kan ramme Norge i fremtiden. Det er sannsynlig at de rammede også i fremtiden vil ha en forventning om oppfølging og informasjon umiddelbart etter slike hendelser. Derfor er det viktig at fagpersoner har oppdatert faglig kunnskap om tidlig kriseintervensjon. Denne undersøkelsen viser at uttalelser i media samsvarer i betydelig grad med veiledere om tidlig kriseintervensjon. I dag er konsensusbaserte veiledere det beste alternativet tilgjengelig, men det er viktig å være oppmerksom på at disse ikke burde erstatte evidensbaserte tilnærminger. På tross av at uttalelsene stemmer godt overens med veilederne har det i liten grad blitt poengtert at disse kun er basert på en konsensusbasert tilnærming og at vi vet lite om hva som faktisk forebygger PTSD.

Referanser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (4 ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2011). *How to work with the media: Interview preparation for the psychologist*. Hentet 03.02.2012 fra <http://www.apa.org/pubs/authors/media/index.aspx>
- Asmundson, G., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R., & Stein, M. B. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research Therapy*, 38, 203-214.
- Becker, C., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 63-69. doi:10.1192/bjp.184.1.63
- 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. doi:10.1192/bjp.bp.109.066266
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *The Journal of the American Medical Association*, 290(5), 612-620. doi:10.1001/jama.290.5.612
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brewin, C. R., Andrews, 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(5), 748-766. doi:10.1037//0022-006x.68.5.748

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., . . . Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *65*(6), 659-667. doi:10.1001/archpsyc.65.6.659
- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2502-2507. doi:10.1016/j.brat.2007.04.009
- Carlier, I., Lamberts, R. D., & Gersons, B. (1997). Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *185*(8), 498 -506.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *The Annual Review of Psychology*, *59*, 301-328.
doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085650
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy*, *37*(9), 809-829. doi:10.1016/S0005-7967(98)00181-8
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy* *39*(9), 1063-1084.
doi:10.1016/S0005-7967(00)00088-7
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Theory*, *38*(4), 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Ehlers, A., Clark, D., Hackmann, M. A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a selfhelp booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1024-1032.
- Ehlers, A., Mayou, R., & Bryant, R. A. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(3), 508-519. doi:10.1037/0021-843X.107.3.508
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, *48*, 449-480.
- Gersons, B. P., & Olf, M. (2005). Coping with the aftermath of trauma. *British Medical Journal*, *330*(7499), 1038-1039. doi:10.1136/bmj.330.7499.1038

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

- Gortner, E. M., Rude, S. S., & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy, 37*(3), 292-303. doi:10.1016/j.beth.2006.01.004
- Heir, T., & Weisæth, L. (2006). Back to where it happened: Self-reported symptom improvement of tsunami survivors who returned to the disaster area. *Prehospital and Disaster Medicine, 21*, 59-63.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer, 15*, 1-95. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16*, 555-562. doi:10.1023/B:JOTS.0000004078.93012.7d
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry, 70*(4), 283-315.
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. In M. J. Friedman, T.M. Keane, & P. A. Resick. (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice.* (279-305) New York: The Guilford press.
- Koenen, K. C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., & Sommer, J. F., Jr. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: A 14-year follow-up of American legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 980-986. doi:10.1037/0022-006X.71.6.980
- Litz, B. T., & Maguen, S. (2007). Early intervention for trauma. In M. Friedman, T. M. Keane, & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice.* (306-329) New York: The Guilford press.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. Jr. (1996). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers.* (2nd ed.). Ellicott City, MD: Chevron.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest, 4*(2), 45-79. doi:10.1111/1529-1006.01421
- Murray, E. J., & Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 391-405.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Nandi, A., Galea, S., Tracy, M., Ahern, J., Resnick, H., Gershon, R., & Vlahov, D. (2004).

Job loss, unemployment, work stress, job satisfaction, and the persistence of posttraumatic stress disorder one year after the September 11 attacks. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(10), 1057-1064.

doi:10.1097/01.jom.0000141663.22902.0a

National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (2006).

Psychological first aid: Field operations guide (2nd ed.). Los Angeles: Author.

National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD)- the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Author.

Norris, F. H., & Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. In M. J. Friedman, T.M. Keane, & P. A. Resick (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. (75-98). New York: The Guilford press.

Norsk Psykologforening. (2008). *Retningslinjer for informasjons- og mediahåndtering*.

Hentet 02.02.2012 fra

[http://www.psykologforeningen.no/Medlem/Medieraad/\(language\)/nor-NO](http://www.psykologforeningen.no/Medlem/Medieraad/(language)/nor-NO)

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. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process.

Psychological Science, 8, 162-166.

Pennebaker, J. M., Zech, E., & Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotion:

Psychological, social and health consequences. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O.

Hansson., & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (517-539). Washington DC: American Psychological Association.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . .

Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for *DSM-V* and *ICD-11*. *Public Library of Science- Medicine*, 6(8), 1-12. doi:10.1371/journal.pmed.1000121

Resick, P. A., Monson, C. M., & Gutner, C. (2007). Psychosocial treatments for PTSD. In M.

J. Friedman, T.M. Keane, & P. A. Resick (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. (330-358) New York: The Guilford press.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 293-301.
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Art. No.: CD000560. doi:10.1002/14651858.CD000560
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post- traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 455- 475. doi:10.1002/jts.2490050309
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Waelde, L. C. (2003). A descriptive analysis of PTSD chronicity in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 545-553.
- Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behaviour and Research Therapy, 45*(11), 2527-2536. doi:10.1016/j.brat.2007.06.009
- Shalev, A. Y., & Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: A prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1188-1191.
- Shnurr, P. P., Green, B. L., & Kaltman, S. (2007). Trauma exposure and physical health. In M. J. Friedman, T.M. Keane, & P. A. Resick (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. (406-424) New York: The Guilford press.
- Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Lau, B., Heir, T., & Weisæth, L. (2011). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og arbeidslivet*. Oslo: STAMI.
- Stenmark, H. (2010). Posttraumatisk stressforstyrrelse. I Berge, T., & Repål, A. (Eds.). *Håndbok i kognitiv terapi*. (265-284) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 187*, 76-82. doi:10.1192/bjp.187.1.76
- Van Emmerik, V. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A metaanalysis. *Lancet, 360*(9335), 766–771. doi:10.1016/S0140-6736(02)09897-5
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: Meta-analysis. *Clinical psychology and psychotherapy, 5*, 126-144.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Vicary, A. M., & Fraley, C. R. (2010). Student reactions to the shootings at Virginia Tech and Northern Illinois University: Does sharing grief and support over the Internet affect recovery? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(11), 1555-1563.

doi:10.1177/0146167210384880

Wessely, S., Bryant, R. A., Greenberg, N., Earnshaw M., & Hughes, J. H. (2008). Does psychoeducation help prevent posttraumatic psychological distress. *Psychiatry*, 71, 287- 302.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: Author.

Zehnder, D., Meuli, M., & Landolt, M. A. (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. *Child Adolescence Psychiatry Mental Health*, 4, 7. doi:10.1186/1753-2000-4-7

Østbye, H., K., Helland, K., Knapskog, & Larsen, L. O. (2002). *Metodebok for mediefag*. (2 Ed.). Fagbokforlaget: Bergen.

Appendiks A

Oversikt over artiklene vi har kodet

1. (N) Adresseavisen, 10.09. **Jeg skulle vært ti, hvor er de andre;** Øystein Teigre, Grete Dyb og Atle Dyregrov.
2. (T) Vg, 10.09. **Merket for livet.** Lars Weisæth og Jakob Inge Kristoffersen.
3. (T) Aftenposten Morgen, 10.09. **Er du sikker på at han ikke er bak hotellet og skyter?** Øystein Teigre, Grete Dyb og Atle Dyregrov.
4. (T) Bergens Tidende, 10.09. **Er du sikker på at han ikke er bak hotellet og skyter?** Øystein Teigre, Grete Dyb og Atle Dyregrov.
5. (N) Bergens Tidende, 10.09. **Er du sikker på at han ikke er bak hotellet og skyter?** Øystein Teigre, Grete Dyb og Atle Dyregrov.
6. (T) Aftenposten Morgen, 10.09. **Utøya ofrene hadde det verre enn oss i tårnene.** Tine Jensen og Helge Smebye.
7. (N) Aftenposten, 09.09. **Er du sikker på at han ikke er bak hotellet og skyter?** Øystein Teigre, Grete Dyb og Atle Dyregrov.
8. (N) Psykisk helse, 09.09. **Trenger oppfølging lenge.** Tine Jensen.
9. (N) Dagbladet, 07.09. **Mer enn Utøyaofre.** Randi Rosenquist.
10. (N) Dagens Medisin, 07.09. **Utøya.** Tone Skjerven.
11. (T) Dagbladet, 07.09. **Mer enn Utøyaofre.** Randi Rosenquist.
12. (N) Romerikes blad, 06.09. **Mange sliter etter terrorbomben.** Ole Jørgen Hommeren.
13. (N) Aftenposten, 06.09. **Regjeringsansatte sliter etter terrorbomben.** Ole Jørgen Hommeren.
14. (T) NTBtekst, 06.09. **Mange ansatte sliter etter terrorbomben.** Ole Jørgen Hommeren.¹
15. (N) Dagsavisen, 06.09. **Sliter i ettertid.** Ole Jørgen Hommeren.

(N) – Artikkel på nett

(T) – Artikkel i avis

Gjennomstrøket tekst betyr at artikkelen ble tatt ut i etterkant fordi den ikke oppfylte kriteriene i forhold til utvalg.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

16. (T) VG, 04.09. **Valgkamp i rullestol.** Trond Heir.
17. (N) NRK, 31.08. **Det er lov å være forbannet.** Atle Dyregrov.
18. (T) Bergens Tidende, 31.08. **Spar på kreftene.** Atle Dyregrov.
19. (N) Aftenposten, 30.08. **Livredderne utsatt for alle risikofaktorer.** Tine Jensen.
20. (T) Vårt Land, 27.08. **Kongens tåre.** Atle Dyregrov.
21. (T) Vårt land, 26.08. **Sorgfaser-Mørketid.** Atle Roness.
22. (N) Universitetsavisa, 26.08. **Etter Utøya- hva vet vi?** Hans M. Nordahl.
23. (N) Romerikes Blad, 26.08. **Samlet i sorgen.** Kåre Nordbye.
24. (T) Romerikes Blad, 26.08. **Samlet i sorgen.** Kåre Nordbye.
25. (T) Dagsavisen, 24.08. **Utøya foreldrene.** Tormod Rimehaug.
26. (T) Aftenposten Morgen, 24.08. **Kan bli skadet av avhør og rettsak.** Anthony Hawke.
27. (T) Rogalands Avis, 23.08. **Kan gjenoppleve traumene-Psykolog bekymret for Utøya avhør.** Anthony Hawke.
28. (T) Adresseavisen, 22.08. **Uventet død gir sterkere sorg.** Lars Weisæth.
29. (T) Vårt Land, 22.08. **Mediedekninga- eit hinder for hjelp?** Signe Hjelen Stige.
30. (T) Aftenposten Morgen 21.08; ~~Mest sorg – litt glede.~~ Psykolog Renate Grønbold Bugge og Atle Dyregrov (Senter for Krisepsykologi) a) Eksponering, besøk på terrorstedet
31. (N) Bergens tidende, 21.08. **Sorgarbeidet kan ta mange år.** Atle Roness.
32. (T) Bergens tidende, 21.08. **Sorgarbeidet kan ta mange år.** Atle Roness.
33. (N) Vårt land, 20.08. **Psykiater: Imponerende at de greier å ta frem så mye krefter.** Grete Dyb.
34. (T) Dagsavisen, 20.08. **Tung, men viktig dag for pårørende.** Trond Heir.
35. (T) Trønderavisa, 20.08. **Tung, men viktig dag for pårørende på Utøya.** Trond Heir.
36. (T) Trønderavisa, 20.08. **Helt normalt å reagere forskjellig.** Tormod Rimehaug
37. (N) Adresseavisen, 20.08. **Ungdommene tilbake på Utøya.** Lars Weisæth og Grete Dyb.
38. (T) Fædrelandsvennen, 20.08. **Tung, men viktig dag.** Trond Heir.
39. (N) Hamar Arbeiderblad, 20.08. **Tung, men viktig dag for pårørende.** Trond Heir.
40. (N) Agderposten, 20.08. **Tung, men viktig dag.** Trond Heir.
41. (N) Dagbladet 20.08; ~~Her er folkets hilsener etter 22. juli tragediene.~~ Atle Dyregrov a) kollektiv sorg

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

42. (N) Dagbladet, 20.08. **Ikke syke, bare fulle av sorg.** Trond Heir.
43. (N) Vg, 19.08. **Utøya- besøket er et viktig ledd i sorgprosessen.** Trond Heir.
44. (N) Aftenposten, 19.08. **Rolig og verdig.** Trond Heir.
45. (N) Bygdeposten, 19.08. **Hjelper i helgen.** Ingunn Amble og Pål Ulvenes.
46. (N) Telemarksavisa, 19.08. **Viktig dag for pårørende.** Trond Heir.
47. (N) Stavanger Aftenblad, 19.08. **Tung, men viktig dag for pårørende på Utøya.**
Trond Heir.
48. (N) NRK, 19.08. **Noen sterke følelsesutbrudd.** Trond Heir.
49. (N) Vårt Land, 19.08. **Pårørende tilbake på Utøya- fikk se hvor ofrene ble funnet.**
Trond Heir.
50. (N) ABC Nyheter, 19.08. **De første pårørende i land på Utøya.** Trond Heir.
51. (N) Drammens Tidende, 19.08. **Ei hånd å holde i.** Gry Stålset.
52. (N) Adresseavisen, 19.08. **Mange vil oppleve en lettelse.** Trond Heir.
53. (N) NRK, 19.08. **Overlevde Utøya, nå er Helene og Jørgen klare for valgkamp.**
Trond Heir.
54. (N) TV2, 19.08. **Ungdommene vil gjøre verden trygg igjen.** Trond Heir.
55. (N) Dagens medisin, 18.08. **Unyansert om psykologhjelp.** Anders Skuterud.
56. (N) Adresseavisen, 18.08. **Viktig å komme tilbake til åstedet.** Trond Heir.
57. (N) Aftenposten, 18.08. **Viktig å komme tilbake til åstedet.** Trond Heir.
58. (T) Dagens medisin, 18.08. **Mulig å ta tilbake Utøya.** Grete Dyb.
59. (N) Aura avis, 17.08. **Rundt 1600 vil besøke Utøya.** Grete Dyb.
60. (N) Dagens Medisin, 16.08. **Skeptisk til tidlig psykologhjelp.** Marit Skogstad.
61. (N) Telemarksavisa, 16.08. **Det er veldig viktig for meg og dra.** Grete Dyb.
62. (N) Dagbladet, 16.08. **Det kan komme sterke reaksjoner.** Grete Dyb.
63. (N) Trønder- avisa, 16.08. **Etterlatte vil besøke Utøya,** Grete Dyb.
64. (N) Dagsavisen, 16.08. **Vil tilbake til Utøya,** Grete Dyb.
65. (N) Dagens Medisin, 16.08. **Vil klare å ta Utøya tilbake.** Grete Dyb.
66. (N) Forskning.no, 16.08. **Tilbake til hverdagen.** Tine Jensen.
67. (N) Fædrelandsvennen, 15.08. **Bruker bloggen som terapi.** Birgit Lie.
68. (N) Morgenbladet, 12.08. **Krisepsykologi hjelper det?** Unni Marie Heltne.
69. (T) Rogalands Avis, 10.08. **Ingen trenger oppfølging.** Egil Bjørnløw.
70. (T) Dagsavisen, 09.08. **Hjernen under kriser, kronikk.** Helge Kr. Smebye.
71. (T) Dagsavisen, 08.08. **Mer behov for hjelp- angrepet på Norge.** Nora Sveaass.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

72. (T) VG Helg, 06.08. **Livet.** Karl Halvor Teigen og Odd Arne Tjersland.
73. (T) Adresseavisen, 05.08. **Sliter med inntrykkene.** Michael Stesaas.
74. (T) Morgenbladet, 05.08. **Tung tids tale.** Atle Dyregrov.
75. (N) Morgenbladet, 05.08. **Tung tids tale.** Atle Dyregrov
76. (N) Romerrikes Blad, 04.08. **Bruker bloggen som terapi.** Atle Dyregrov
77. (T) Dagbladet, 04.08. **Utøya (Selvbebreidelse er vanlig).** Siri Thoresen.
78. (T) Romerrikets Blad, 04.08. **Bruker bloggen som terapi.** Atle Dyregrov.
79. (N) Finnmark Dagblad, 04.08. **De fleste vil leve normalt.** Trond Heir.
80. (T) Fædrelandsvennen, 04.08. **De fleste ofrene vil leve normalt igjen.** Trond Heir.
81. (T) Nordlys, 04.08. **Vil leve normalt igjen.** Trond Heir.
82. (T) Adresseavisen, 04.08. **Synet av en politimann kan gi traumer i lang tid.** Håkon Stenmark.
83. (N) VG, 03.08. **De fleste ofrene vil leve normalt igjen.** Trond Heir.
84. (N) Trønder- avisa, 03.08. **De fleste ofrene vil leve normalt igjen.** Trond Heir.
85. (N) Fædrelandsvennen, 03.08. **De fleste ofrene vil leve normalt igjen.** Trond Heir.
86. (T) NTBtekst, 03.08. **De fleste ofrene til leve normalt igjen.** Trond Heir.
87. (N) Smaalenenes Avis, 03.08. **De fleste vil leve normalt.** Trond Heir.
88. (N) Aftenposten, 02.08. **Utøya-vitner kan få kriglignende traumer.** Birgit Lie.
89. (T) Bergens Tidende, 02.08. **Anbefaler Utøya- retur.** Lars Weisæth, Atle Dyregrov og Dag Ø. Nordanger.
90. (T) Trønder-avisa, 02.08. **Deler sorgen på sosiale medier.** Tore Aune.
91. (N) TV2, 01.08. **Psykolog: Ikke alle ønsker å ta Utøya tilbake.** Stian Tobiassen.
92. (T) Dagens næringsliv, 01.08. **De kuer oss aldri.** Trond Heir.
93. (T) Dagbladet magasinet, 30.07. **Veiviseren.** Lars Weisæth.
94. (N) Steinkjer-avisa, 29.07. **Etterpå.** Tore Aune.
95. (T) Dagbladet, 29.07. **Sliter med skyld.** Siri Thoresen.
96. (T) Steinkjer-avisa, 29.07. **Etterpå.** Tore Aune.
97. (T) Dagsavisen, 29.07. **Det tunge steget inn i hverdagen.** Trond Heir.
98. (N) Dn.no, 29.07. **Hvorfor svømte du ikke bare til land?** Atle Dyregrov.
99. (T) Fanaposten, 29.07. **Meningsfullt å kunne hjelpe.** Atle Dyregrov.
100. (N) VG Nett, 28.07. **Ingen må føle dårlig samvittighet.** Atle Dyregrov.
101. (N) Stavanger Aftenblad, 28.07. **Advarer mot å dele historier fra Utøya på Facebook.** Atle Dyregrov.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

- 102.(N) NRK Hedmark og Oppland, 28.07. **Media får kritikk.** Atle Dyregrov.
- 103.(T) Stavanger Aftenblad, 28.07. **Advarer mot å dele historier fra Utøya på Facebook.** Atle Dyregrov.
- 104.(T) Valdres, 28.07. **Snakk med kvarandre.** Magne Vik.
- 105.(T) Nordlys, 28.07. **Barneombudet ber pressen være varsom.** Reidar Hjermann og Atle Dyregrov.
- 106.(N) Sandefjords blad, 28.07. **Barneombudet ber pressen være varsom.** Reidar Hjermann og Atle Dyregrov.
107. (N) Sandefjords blad, 27.07. **Dere skal vite at det er normalt å reagere på en unormal situasjon.** Jorid Stamnes og Bård Bugge.
- 108.(T) Romerikes blad, 27.07. **Advarer mot press.** Grete Dyb.
- 109.(N) Fredrikstad Blad, 27.07. **Vondt verre å dele de grusomme detaljene.** Lars Skahjem.
- 110.(N) Hamar Arbeiderblad, 27.07. **Barneombudet ber pressen være varsom.** Reidar Hjermann og Atle Dyregrov.
- 111.(N) NTBtekst, 27.07. **Barneombudet ber pressen være varsom.** Reidar Hjermann og Atle Dyregrov.
- 112.(N) ABC Nyheter, 27.07. **Du trenger ikke gråte.** Siri Thoresen.
- 113.(N) ABC Nyheter, 27.07. **Slik støtter du foreldre som har mistet et barn.** Astrid Thierbach.
- 114.(N) Propaganda, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn.** Atle Dyregrov.
- 115.(N) Klikk.no, 27.07. **Praktisk hjelp, en sms, en klem og en klapp på skuldra.** Astrid Thierbach.
- 116.(N) Kampanje, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn.** Atle Dyregrov.
117. (N) E24, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.** Atle Dyregrov.
- 118.(N) Stavanger Aftenblad, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.** Atle Dyregrov.
- 119.(N) Dagsavisen, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn.** Atle Dyregrov.
- 120.(T) Bergens Tidende, 27.07. **Siste spor etter massakren.** Atle Dyregrov.
- 121.(T) VG, 27.07. **Vi svømte og sang for å overleve.** Anders Skuterud.
- 122.(T) Jærbladet, 27.07. **Snakk med kvarandre.** Magne Vik.
- 123.(T) Nationen, 27.07. **Snakk med kvarandre.** Magne Vik.
- 124.(T) Bergens Tidende, 27.07. **Neppe varig effekt.** Atle Dyregrov.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

- 125.(T) Adresseavisen, 27.07. **Ikke la livet bare handle om tragedien.** Are Holen.
- 126.(N) Fædrelandsvennen, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.**
Atle Dyregrov.
- 127.(N) Trønderavisa, 27.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.** Atle Dyregrov.
- 128.(N) Hamar Arbeiderblad, 26.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.**
Atle Dyregrov.
- 129.(N) ABC Nyheter, 26.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.** Atle Dyregrov.
- 130.(T) NTB Tekst, 26.07. **Pressen må ta mer hensyn overfor Utøya-ofrene.** Atle Dyregrov.
- 131.(N) Klikk.no, 26.07. **Detaljene kan bli for tøffe.** Siri Thoresen.
- 132.(N) Tønsbergs Blad, 26.07. **Ikke vær redd for at du er redd.** Trond Rasmussen.
- 133.(N) Adresseavisen, 26.07. **Kan føle skyld for å ha overlevd.** Tine Jensen.
- 134.(T) Nynorsk Pressekontor, 26.07. **Snakk med kvarandre.** Magne Vik.
- 135.(T) Adresseavisen, 26.07. **150 Utøya-ungdommer kan ha behov for hjelp.** Tine Jensen.
- 136.(T) VG, 26.07. **Slik takler du tragedien- Her er psykologenes beste råd.** Atle Dyregrov.
- 137.(N) Stavanger Aftenblad, 26.07. **Alle AUF-erne får hjelp.** Tor Borge.
- 138.(N) Tønsberg Blad, 26.07. **Dere har vært med på en aksjon vi aldri har sett maken til.** Jorid Stamnes og Bård Bugge.
139. (T) Bergens Tidende, 26.07. **Ofrene risikerer traumer i årevis.** Lars Weisæth.
- 140.(T) Stavanger aftenblad, 26.07. **Dødsangst i halvannen time.** Vigdis Fredheim.
141. (N) Aftenposten, 25.07. **Nærvær betyr mer enn ord.** Judith van der Wee.
142. (T) Fædrelandsvennen, 25.07. **Det handlet bare om å overleve.** Kristin Stokke.
- 143.(N) NRK Troms og Finmark, 25.07. **Det hjelper å snakke om det sier psykolog.**
Charlotte Reedtz.
144. (T) Nordlys, 25.07. **La barna slippe groteske detaljer.** Ingunn Skre.
- 145.(N) Topp, 24.07. **Ikke vær alene nå.** Peder Kjøse.
- 146.(N) Tidens Krav, 24.07. **Ikke kast psykologer etter dem.** Tormod Sandvik.
- 147.(N) NRK Rogaland, 24.07. **Snakk om tanker og følelser fortest mulig.** Anthony Hawk.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

148.(N) Klikk.no, 23.07. La dem sørge og reagere på sine egne premisser. Atle Dyregrov og Trond Heir.

Appendiks B

Rammeverk:

Brukt til kvalitativ innholdsanalyse av artiklene

1) Hovedfokus for artikkelen: som angitt ved tittel og ingress

- **Behandling:** Når har man behov for behandling. Når bør man starte opp med behandling. Hva slags type behandling.
- **Snakke om det:** Snakke om tanker, følelser eller hva man opplevde, med fagpersoner eller andre. Debriefing. Skrive om tanker, følelser eller opplevelser i sosiale medier og blogg.
- **Sykeliggjøring:** Mange/ de fleste kommer til å bli syke, sykmeldte og trenge hjelp.
- **Normalisering:** Det kommer til å gå bra med de fleste. De fleste kommer seg gjennom en sånn hendelse. De fleste kommer til å få et normalt liv.
- **Sorg:** Om individuell sorg, hvordan er det vanlig å ha det, hvordan mestre sorg. Kollektiv sorg, fellesskap, nasjonal samhold: Vi sørger sammen, minnemarkeringer.
- **Reeksponering:** Om å dra tilbake til Utøya, anbefales eller ikke og hvorfor. Avhør og rettsak kan føre til retraumatisering.
- **Ettervirkninger:** Vanlige reaksjoner i etterkant av traumatiske hendelser. Symptomer på PTSD.
- **Tilbake til hverdagen:** Det er viktig/ de fleste klarer å komme seg tilbake til hverdagen, komme i gang med rutiner, og hverdagslige sysler, få tilbake struktur, normalisere tilværelsen.
- **Annet:**

2) Hvilke forebyggende tiltak er nevnt? (tidlig kriseintervensjon)

- **Psykoedukasjon:** Informasjon om normale og unormale reaksjoner etter traumatiske hendelser.
- **Sosial støtte:** Være tilstede, nærvær. Tilby/ det er viktig med støtte, omsorg og nærhet til venner og familie.
- **Tilbake til hverdagen:** Det er viktig å komme seg tilbake til hverdagen, komme i gang med rutiner, og hverdagslige sysler, få tilbake struktur, normalisere tilværelsen. Kom i gang med fysisk aktivitet, jobb, skole, fritidsaktiviteter, og rutiner.
- **Snakk om det:** Snakke om tanker, følelser eller hva man opplevde, med fagpersoner eller andre. Debriefing. Skrive om tanker, følelser eller opplevelser i sosiale medier og blogg.
- **Informasjon:** Få riktig informasjon om hendelsene. Mange har behov for informasjon, og informasjon kan hjelpe.
- **Reeksponering:** Om å dra tilbake til Utøya, anbefales eller ikke og hvorfor. Mediedekning, avhør og rettsak kan føre til retraumatisering.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Appendiks C

Søkeord	Antall treff	Antall artikler
Utøya AND psykolog	564	347
Utøya AND psykiater	267	117
Utøya AND ettervirkninger	226	52
Utøya AND posttraumatisk stress	51	50
Utøya AND ptsd	10	10
Utøya AND akutt stress	5	5
Utøya AND kriseintervensjon	0	0

Tabell 1: Antall treff per søk og hvor mange artikler det utgjorde. Et treff vil si at for eksempel ordkombinasjonen "Utøya" og "psykolog" begge forekommer i artikkelen.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Hovedfokus	Antall (totalt 146)	%
Reeksponering	32	22
Ettervirkninger	25	17
Snakk om det	17	12
Media	16	11
Sorg	15	11
Normalisering	14	10
Annet	8	5
Sykeliggjøring	8	5
Behandling	6	4
Tilbake til hverdagen	5	3

Tabell 2: Tema for artiklene: angitt ved tittel og ingress.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Psykologiske råd	Antall	%
Psykoedukasjon	70	48
Snakk om det	46	32
Sosial støtte	44	30
Reeksponering	32	22
Tilbake til hverdagen	30	21
Informasjon	24	16

Tabell 3: Psykologiske råd, ulike tidlige intervensjoner anbefalt i artiklene

Appendiks D

	Fagpersoners uttalelser	Veilederne	Forskning generelt
Psykoedukasjon	Viktig å formidle psykoedukasjon	Viktig å formidle psykoedukasjon med et normaliserende fokus	Selvhjelpsinformasjon oppleves som nyttig av de som får det, men ingen studier som viser at psykoedukasjon har en forebyggende effekt
Sosial støtte	Sosial støtte viktig i etterkant av traumatiske hendelser	Sosial støtte anbefales. Like viktig å identifisere og fremheve betydningen av negativ sosial støtte.	Sosial støtte kan fungere som en beskyttende faktor og som en risikofaktor. Ingen studier som viser at sosial støtte har en forebyggende effekt.
Snakk om det	Like mange som anbefaler det og som er skeptiske til det	Ikke anbefalt av noen av veilederne, traumeutsatte blir mer generelt oppfordret til å lytte til egne behov	Ingen studier som viser at det har noen forebyggende effekt
Tilbake til hverdagen	Anbefaler å komme seg tilbake til hverdagen	Anbefaler å komme seg tilbake til hverdagen	Få studier som har undersøkt dette, ingen viser at det har en forebyggende effekt

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Reeksponering	Anbefaler reeksponering	Anbefaler reeksponering	Ingen studier som viser at reeksponering som en enkelt tidlig kriseintervensjon gitt til alle har en forebyggende effekt
Informasjon	Viktig å formidle informasjon, både umiddelbart og for å bearbeide traumer og sorg	Viktig å formidle informasjon umiddelbart	Få studier som har undersøkt dette, ingen som viser at det har en forebyggende effekt.

Tabell 4: Oppsummerende tabell.

Etter Utøya: Hva vet vi om tidlig kriseintervensjon for å forhindre utviklingen av PTSD?

Samarbeid om hovedoppgaven

Hovedoppgaven er blitt gjennomført som et samarbeid mellom Linn Bjerknes og Marion Zoe Andresen. I henhold til retningslinjer for utforming av hovedoppgaven, PSYPRO4100, for profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU, må det framkomme en beskrivelse av begge kandidatenes bidrag. Hovedoppgaven har vært et kontinuerlig samarbeid mellom begge kandidatene. Følgende har blitt gjort i fellesskap:

- Innsamling av data
- Forord
- Sammendrag
- Konklusjon
- Referanser

Underveis i skriveprosessen har vi brukt Google Docs, et delingsverktøy hvor man kan redigere samme tekstfil samtidig. Vi har derfor jobbet delvis overlappende på de fleste elementene, men det har allikevel vært et skille i hvilke deler hver har jobbet mest med. Vi har derfor hatt hvert vårt hovedansvar. Linn Bjerknes har hatt hovedansvaret for:

- Innledning
- Diskusjon

Marion Zoe Andresen har hatt hovedansvar for:

- Metode
- Resultater