



Eftervirkning ■ Af Keld Molin, Ask Elklit & Tóra Petersen

SEEST:

Tiden læger ikke alle sår

En ny Seest-undersøgelse dokumenterer, at krisereaktioner i højere grad er kroniske. Myndighederne undervurderer behovet for psykologisk bistand ved katastrofer.

■ Fyrværkerikatastrofen i Seest 3. november 2004 var den største lokalsamfundskatastrofe i efterkrigstiden. At den havde mange uønskede konsekvenser, vil være velkendt.

På baggrund af den første Seest-undersøgelse [1] har vi tidligere i Psykolog Nyt [2, 3, 4] fortalt om katastrofens psykosociale konsekvenser for beboerne tre måneder efter katastrofen. Året efter, dvs. 15 måneder efter katastrofen, foretog vi en opfølgende undersøgelse [5], som netop er afsluttet. I denne artikel vil vi fremlægge de væsentligste resultater fra undersøgelsen. De giver samtidig anledning til en mere prin-

cipiel diskussion af interventionsmetoder og organiseringen af beredskabet ved større hændelser i fremtiden.

I året mellem de to undersøgelser har mange beboere i Seest levet med store eller særdeles store daglige udfordringer. Nogle har mistet alt, andre har levet i månedsvis, ja enkelte i årevis, i et byggerod i et område, hvor 176 huse var ubeboelige og 94 af dem blev revet ned. Mange blev genhuset og mange havde bøvvl med forsikringsselskabet. Praktisk er det svært at etablere en normal dagligdag, og mange familier var traumatiseret og oplevede fortsat nye belastninger.

>



” I fremtidens beredskab er der både behov for langsigtet hjælp og udvikling af proaktive og opsøgende handlingsstrategier. ”

> Risikofaktorer

En lang række faktorer tjener som beskyttelses- eller risikofaktorer, hvor sidstnævnte forstås som faktorer, der på en eller anden måde øger belastningsgraden.

Det er en risikofaktor, såfremt parforholdet og hjemmeboende børn fungerer dårligere end tidligere. Ens eget (eller partnerens) engagement i forsikringssagen, oprydning m.m. kan også være så stort, at det opleves som en belastning.

Forsikringssselskabernes rolle har tidligere været i søgelyset, og kontakten til forsikringssselskabet var i mange tilfælde en belastning og blev endda oplevet som en større belastning end selve katastrofen.

Beboerne anvendte forskellige mestringsstrategier for at tackle katastrofesituationen og dens efterfølgende konsekvenser. De, der anvendte rationelle og distancerende mestringsstrategier, havde generelt færre symptomer, medens de, der anvendte emotionelle og undgående strategier, havde flere symptomer. Hvis støtten og forståelsen fra arbejdspladsen blev oplevet som mangelfuld, var man mere udsat, hvorimod beboere, der oplevede at have kontrol, tryghed og et godt selvværd, havde færre symptomer.

Belastninger i katastrofens efterforløb

Ser man på demografiske og situationsbetingede faktorer var der adskillige, som førte til et generelt forhøjet symptomniveau. Dette gjaldt ikke overraskende, såfremt man havde oplevet større livsændringer inden for det sidste år. Besvær med at udføre arbejde eller daglige gøremål var andre udtryk for belastning. De, der oplevede dette, havde et lavere selvværd, var typisk utilfreds med den støtte de havde modtaget, oplevede, at der kun var få, som var villige til at lytte, og var sjældnere selv i stand til at give udtryk for tanker og følelser.

Beboere som fortsat var evakuerede var mere angste, havde flere mestringsvanskeligheder og havde et højere symptomniveau og flere somatiske symptomer. Sidstnævnte gjaldt især beboere, hvis hus var så skadet, at det skulle rives ned og genopbygges.

De der oplevede, at deres forsikringssag ikke havde fået en retfærdig udgang, havde signifikant flere traumesymptomer, såsom undgåelse, øget vagtsomhed, angst og mestringsvanskeligheder og beskrev, at de socialt fungerede dårligere. Også oplevet misundelse fra andre – som følge af boligforbedringer – medførte et generelt forhøjet symptomniveau.

En traumatisk hændelse kan have visse positive følger, men

de, der angav, at de *ikke* havde oplevet noget som helst positivt for dem selv, deres familie eller naboskabet, var tydeligvis mere angste, deprimerede, havde mestringsvanskeligheder og oplevede social dysfunktion.

De, der havde modtaget psykologhjælp eller havde overvejet at søge hjælp, var mere traumatiserede end de, der ikke søgte hjælp. Hovedparten fik kun en eller to psykologsamtaler. Behandlingsmæssigt er dette klart utilstrækkeligt, hvor det forskningsmæssigt kunne være interessant at kende baggrunden for dette.

Hvilke faktorer havde størst betydning?

Som det fremgår, blev mange faktorer undersøgt. Det er derfor vanskeligt umiddelbart at få overblik over, hvilke faktorer der havde primær betydning for belastningsgraden, og hvordan de bidrager.

En regressionsanalyse kan være med til at give svaret, da den giver mulighed for, at vi kan sammenholde de forskellige faktorer. Det viste sig her, at vi på den måde i den opfølgende undersøgelse var i stand til at forklare 78 % af variationen i udviklingen af posttraumatiske stress-symptomer. Forskningsmæssigt er det meget tilfredsstillende at opnå en så høj forklaringsværdi.

I analysen viste det sig, at det at være *kvinde* var en risikofaktor, som bidrog med 4 %. *Tidligere oplevede traumer* bidrog med 4 %. Da vi inddrog de *hjemmeboende børns funktionsniveau* i analysen, steg forklaringsprocenten med 47 %. Dette betyder, at børn, som aktuelt var dårligt fungerende, spillede en stor rolle for forældrenes traumatiseringsniveau. En negativ oplevelse af *kontakten til forsikringssselskabet* var en ekstra risikofaktor, som bidrog med 8 %. Negativ affektivitet og dissociation bidrog med de sidste 15 % til den samlede varians.

I en sammenligning med tre måneders undersøgelsen ses, at følgende ikke længere var direkte risikofaktorer: *oplevet livsfare*, *funktionsbesvær i dagligdagen*, *oplevelsen af at være svigtet af andre* og *selvfølelse*, medens faktorerne *kvinde* og *tidligere oplevede traumer* havde betydning både efter 3 og 15 måneder.

De ”nye” risikofaktorer, der spiller en væsentlig rolle, var således *hjemmeboende børns funktionsniveau*, *kontakten til forsikringssselskabet* og *graden af negativ affektivitet og dissociation*.

Regressionsanalysen i 3-månedersundersøgelsen havde

>

FAKTA ■ Undersøgelsesfakta



Undersøgelsen fandt sted 15 måneder efter katastrofen og er en opfølgning på en undersøgelse tre måneder efter katastrofen. I den første undersøgelse deltog halvdelen (517) af de voksne i det evakuerede område, mens der i denne opfølgning deltog 33 % (171) af de oprindelige deltagere, som dengang tilkendegav at ville deltage i opfølgningen.

Statistisk er der et stort overlap mellem de personer, der deltog i den første undersøgelse og den opfølgende undersøgelse. Det karakteriserer dog opfølgningsgruppen, at:

- Der er flere samlevende.
- Der er flere, som er i arbejde.
- De bor lidt længere væk fra fabrikken.
- De har flere og mere alvorlige skader på deres hjem og ejendele.
- Der er flere, som ikke var vendt hjem efter tre måneder.
- Der er færre, som har funktionsbesvær i forhold til daglige gøremål og arbejde.
- De har modtaget mere praktisk hjælp af andre.

I spørgeskemaet anvendes undersøgelsesredskaberne: Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). The Crisis Support Scale (CSS). Trauma Symptom Checklist (TSC). General Health Questionnaire (GHQ-30). Revised Adult Attachment Scale (RAAS). Hertil en række spørgsmål om demografi, omstændigheder ved eksplosionen og evakueringen, tidligere traumatiske hændelser mv.

- > kun en forklaringsværdi på 47 %, mod den nuværendes 78 %. Det betyder, at vi kan konstatere, at oplevelser og belastninger under selve katastrofen og i dens umiddelbare efterforløb ikke længere har en direkte eller væsentligt betydning for traumatiseringsgraden.

Her 15 måneder efter var det således katastrofens *konsekvenser* og herunder sekundær traumatisering, som var af afgørende betydning for beboernes symptomniveau.

Hvor traumatiseret?

Sammenlignes niveauet for PTSD-symptomer med 3-månedersundersøgelsen, ses det, at beboerne havde lidt færre invaderende symptomer og knap så høj grad af øget vagtsomhed, men ikke havde færre undgåelsessymptomer. Tre måneder efter katastrofen havde 13 % PTSD og 27 % subklinisk PTSD. Halvandet år efter katastrofen havde 13 % PTSD og 23 % subklinisk PTSD, dvs. at niveauet stort set er uændret.

På baggrund af det psykiatriske screeningsredskab GHQ-30 kunne vi identificere personer, som havde forskellige psykiatriske forstyrrelser og behandlingsbehov. Heraf fremgår det, at 24 % sandsynligvis lider af en behandlingskrævende psykiatrisk tilstand. Dette var en nedgang fra 35 % ved 3-månedersundersøgelsen.

Denne nedgang skyldes, at der var sket en reduktion i niveauet af angst, følelsen af social inkompetence og mestringsvanskeligheder. Derimod var niveauet for en række sympto-

mer uændret i den opfølgende undersøgelse, nemlig depression og social dysfunktion, hvilket også gælder for negativ affektivitet, dissociation og somatisering.

PTSD som en kronisk lidelse

Resultaterne viser, at Seest-beboerne 15 måneder efter katastrofen fortsat havde en række psykiske problemer, men var blevet lidt mindre angste, mere socialt kompetente og havde en forbedret mestringssevne.

Det bemærkelsesværdige er dog, at der ikke var sket væsentlige ændringer i traumatiseringsgraden, som fortsat var højt. Den almindelige forventning er, at tiden læger alle sår, men undersøgelsen dokumenterer, at det ikke er tilfældet. Tværtimod peger resultaterne på en proces, hvor PTSD-tilstanden hos et betydeligt antal udvikler sig i en kronisk retning.

Denne samme tendens blev også fundet i undersøgelsen [6] af de overlevende og efterladte fra "Scandinavian Star" 1,5 og 3,5 år efter katastrofen. En række andre udenlandske katastrofestudier viser et tilsvarende billede af symptomer, som udvikler sig i en kronisk retning.

Denne konklusion giver anledning til at pege på nogle problemer, der er relateret til den måde, vi i Danmark organiserer den kriseterapeutiske bistand på ved større hændelser. Dette bør naturligvis også give anledning til overvejelse om, hvordan beredskabet og hjælpen kan optimeres.

>

” Myndighedernes tilbud om hjælp er utilstrækkeligt, og selvhenvendelsesprincippet kan ikke stå alene. ”

FOTO: BAM/SCANPIX



➤ Begrænset hjælp at hente

Erkendelsen af, at PTSD kan blive en kronisk eller i bedste fald en langvarig tilstand, er ikke bare et problem for den enkelte, men også et samfundsmæssigt og sundhedsmæssigt problem. For i og med at myndighederne ikke i deres planlægning er opmærksomme på dette, er der kun begrænset hjælp at hente.

Regionernes kriseterapeutiske beredskab er primært baseret som et akutberedskab, der drokler kraftigt ned eller lukker i løbet af få uger. Ydernummerpsykologordningen giver som bekendt kun mulighed for at blive henvist inden for de første 12 måneder, og herefter er der kun det ordinære behandlingssystem tilbage for katastrofeofrene.

Ved udenlandske katastrofer er der flere eksempler på, at der opretholdes et beredskab i over fem år. Ved Scandinavian Star var der flere, som havde opfattelsen, at beredskabet svigtede, men i Seest var det anderledes, da det daværende Socialministerium prompte bevilgede 5 mio. kr. til generel støtte af psykologiske og sociale initiativer over for beboerne. PPR forvaltede en del af pengene, som dels blev anvendt til

akut intervention, dels til en åben rådgivning, hvor en krisepsykolog blev ansat udelukkende til at tage sig af de berørte beboere. Efter tre år lukke valgte man at lukke rådgivningen, da antallet af henvendelser var meget lavt, og bevillingen var ved at være opbrugt.

Henvendelsessystemet dur ikke

Det er naturligvis vigtigt med adækvate behandlingsmuligheder for at undgå en kronificering af PTSD. Men som vi fremhævede ved 3-månedersundersøgelsen [4], er det ikke nok med et ”tilbud”, da kun 40 % af dem, der havde PTSD eller subklinisk PTSD, søgte hjælp hos læger eller psykologer. I efterundersøgelsen var der 21 %, som havde overvejet at opsøge en psykolog.

I en af de tidligere artikler [4] diskuterede vi, at ”henvendelsessystemet” har sine alvorlige begrænsninger, og at det kan være værd at overveje forskellige former for proaktiv og opsøgende bistand.

I Kolding Kommunes rapport vedrørende det krisepsykologiske arbejde i Seest [7] fremgår det samstemmende, at



'åben rådgivning'-konceptet ikke er tilstrækkeligt, såfremt man ønsker at hjælpe PTSD-ramte borgere. Ligeledes beskrives det, at erfaringen var, at de fleste henvendelser kom i forbindelse med information, møder og mediernes bevågenhed.

En undersøgelse [8] af Seest-børnene viste, at forældrene ofte vurderede deres børn som langt mindre belastede, end hvad børnene gav udtryk for. I samme periode som den åbne rådgivning lukker, konstateres det, at 154 børn fortsat lider af PTSD eller subklinisk PTSD. [9]

Konsekvensen af henvendelsessystemets utilstrækkelighed må efter vores opfattelse være, at myndigheder og behandlere fremover bliver nødt til at udvikle nye metoder i form af mediestrategi, opsøgende virksomhed, screening/aktionsforskning, behovsafdækning og dialog, skræddersyede støtte-, behandlings- og aktivitetstilbud.

Det er også vigtigt, at vi psykologer og andre behandlere i tråd hermed kan ændre vores behandlingskultur ved at frigøre os fra det generelle koncept med enkeltmandssamtaler på behandlerens kontor på baggrund af (selv-)henvi-

For det tredje er der behov for at afklare ansvaret og initiativpligten til at igangsætte denne form for hjælp. Slutteligt er der behov for at afklare de økonomiske rammer, så man ikke skal basere sig på tilfældige bevillinger.

I forlængelse af disse problemstillinger skal vi i det følgende forsøge at fremkomme med konkrete handlestrategier, som synes anvendelige til at reducere omfanget af PTSD efter en katastrofe. Vi vender derfor tilbage til den opfølgende undersøgelse 15 måneder efter katastrofen, hvor vi igen tager udgangspunkt i regressionsanalysen.

Kvinder og børn

I Kolding Kommunes rapport [7] beskrives det, at det fortrinsvis er kvinder, som brugte den åbne rådgivning. Samtidig peger regressionsanalysen på, at det at være kvinde tydeligvis disponerer for udviklingen af PTSD. Selv om der er et vist antal kvinder, som havde opsøgt hjælp, antyder de statistiske undersøgelser, at der ikke er tale om tilstrækkeligt mange, eller at de ikke havde fået tilstrækkeligt udbytte af den på tidspunktet for den opfølgende undersøgelse.

For at yde bistand til kvinderne i Seest kan man forestille sig, at der kunne udvikles særlige interventioner i form af tilbud om deltagelse i kvindegrupper, som rummer en blanding af psykoedukation (undervisning i følgerikninger af traumer og effektive mestringsstrategier) og mere uformelle samværs- og støttegrupper. Mange har fremhævet sammenholdets betydning efter katastrofen; ved at organisere og udbygge de netværk, som mere eller mindre tilfældigt opstår, kan man udnytte de helbredende kvaliteter i sådanne gruppedannelser og involvere flere, som ellers ville stå udenfor.

Regressionsanalysen peger også på, at de hjemmeboende børns funktionsniveau havde væsentlig betydning for forældrenes PTSD-niveau. Børnenes trivsel er naturligvis en vigtig faktor i sig selv, men altså også vigtig for de voksnes psykiske tilstand. Dette kunne tale for en målrettet indsats over for børnene, der benytter sig af en systematisk screening, og som indebærer intensiv behandling og tilbagefaldsopfølgning. Det må helt klart anbefales at anvende en proaktiv og opsøgende strategi, da det er kendt fra mange undersøgelser, at børn ofte underrapporterer deres problemer over for (traumatiserede) forældrene for at skåne dem, da forældrene selv er påvirkede og har vanskeligheder med at få dagligdagen til at fungere.

Her kan det så indskydes, at det i efteråret 2008 blev be-

>

Artiklen er baseret på undersøgelsen "De psykosociale følger af fyrværkerikatastrofen i Seest. Del 3 – Beboerne 15 måneder efter". Psykologisk Skriftserie, vol. 29, No. 1, 2008. Undersøgelsen, som netop er afsluttet, er gennemført af artiklens forfattere og er en opfølgning på en undersøgelse foretaget tre måneder efter katastrofen, som er beskrevet i Psykolog Nyt 8/2006, 9/2006 og 10/2006. Rapporten kan købes fra Psykologisk Institut: ingrid@psy.au.dk, telefon 89 42 49 00. Pris: 50 kr. eller downloades via www.psykotraume.dk > publikationer > monografier. En oversigt over forskningsprojekterne kan ses på www.beredskabspsykologen.dk > Fyrværkerikatastrofen i Seest.

- > sluttet [9] at iværksætte et intensivt behandlingsprogram for de Seest-børn, som fortsat lider af alvorlige krisereaktioner. På baggrund af et forskningsprojekt 16 måneder efter katastrofen [8] er disse børn fundet i en fornyet screening i foråret 2008, der var ønsket af lokalsamfundet, og som viste, at 15 % fortsat led af PTSD eller subklinisk PTSD (22 %).

Om at få PTSD-ramte i tale

Det er et væsentligt problem, at behandlingstrængende ikke opsøger hjælp. I Seest var der alligevel flere, som havde henvendt sig i den åbne rådgivning, men hvor fokus ikke umiddelbart rettes mod beboernes PTSD-symptomer. I Kolding Kommunes rapport [7] nævnes, at det "fortrinsvis [er] mennesker med angst og stress" og "meget få med PTSD [som] henvendte sig." Endvidere, at det fortrinsvis er kvinder, som brugte den åbne rådgivning, som "fortalte bl.a. om familier og parforhold med store vanskeligheder."

Ses den kommunale rapports udsagn i lyset af den opfølgende undersøgelse, bliver det endnu tydeligere, at de præsenterede problemer i den åbne rådgivning måske kan sammenlignes med løgets yderste lag. For under stress, angst og familiemæssige vanskeligheder er der ofte andre alvorlige problemer og en PTSD-problematik hos et eller flere af familiemedlemmerne, som kræver en særskilt behandlingsindsats.

Det burde her være muligt at udforme en PTSD-reducerende handlestrategi over for de beboere, som henvender sig med et specifikt problem. Ud over at bistå med det præsenterede problem bør psykologer være særskilt opmærksom på mulige PTSD-symptomer. Psykologer kan her proaktivt for-

søge at motivere beboeren til at udvide fokus og problemfeltet til at omfatte en interesse for PTSD-symptomer og trivselsmæssige problemer hos sig selv, partneren og børnene, uanset at disse ikke er til stede ved samtalen.

Essensen i en sådan proaktiv strategi er, at psykologen i samarbejde med beboeren, på baggrund af dennes kendskab til sin egen familie, forsøger at afdække PTSD-symptomer og andre alvorlige psykiske og trivselsmæssige problemer i familien, og siden tilbyder hjælp til behandlingen af disse. Dette bør ske ved at gøre brug af psykoedukation, motivationsarbejde og under iagttagelse af de almindelige etiske principper. Metoden implicerer, at det er en del af psykologens dagsorden på et tidspunkt i behandlingsforløbet at forsøge at udvide den terapeutiske kontrakt fra det aftalte fokusområde til en undersøgelse af PTSD-symptomatologi i hele den pågældendes familie.

Tidligere traumer

Det er tankevækkende, som regressionsanalysen viser, at en del af årsagen til den aktuelle grad af traumatisering er, at katastrofen reaktiverer tidligere traumer. I en situation hvor katastrofen og dens konsekvenser fylder meget, kan der måske opstå en tendens til at negligere ældre traumer til fordel for den aktuelle situation.

Men regressionsanalysen peger netop på, at man bør anvende en handlestrategi, som implicerer, at man er særskilt opmærksom på reaktivering af ældre traumer og i nødvendigt omfang skifter fokus fra akut støtte til at indlede et behandlingsforløb af en vis varighed over for ældre traumer.

Forsikrings-selskaberne

Den sidste handlestrategi handler om sekundær traumatisering i form af kontakt til forsikrings-selskabet. Den negative kontakt er ikke kun en oplevet belastning, men havde også en traumatiserende virkning.

Ganske vist kan der være tale om komplicerede forsikrings-sager, men måske kan branchen pålægge sig selv (eller af staten blive pålagt!) at nå frem til afgørelser inden for en bestemt tidsfrist og bruge opmænd i tilfælde, hvor der ikke kan opnås enighed.

Faglig og politisk opgave venter forude

Katastrofeforskning er heldigvis en sjælden mulighed i Dan-



mark. Afslutningsvis skal vi på baggrund af undersøgelser af beboernes situation efter fyrværkerikatastrofen i Seest fremkomme med væsentlige opsummeringer samt anbefalinger om den fremtidige håndtering af denne type hændelser.

Efter ca. halvandet år viser det sig, at det ikke længere er selve den konkrete katastrofeoplevelse med de karakteristika, den havde, men i stedet de afledte konsekvenser og efterfølgende sekundær traumatisering – som præger den aktuelle situation – der havde betydning for traumatiseringsgraden. Ligeledes spiller tidligere oplevede traumer en vis rolle.

En væsentlig konklusion i undersøgelsen er, at tiden ikke læger alle sår. At dette i høj grad er en myte, kommer nok bag på en del lægfolk. Den fejlagtige antagelse kan være en del af årsagen til, at beboernes behandlingssøgende adfærd konstaterbart kraftigt reduceres efter et par år, uanset af symptomniveauet fortsat er højt.

Efter Scandinavian Star-katastrofen er der over hele landet etableret beredskaber og ordninger, der tilbyder psykologisk bistand, og som primært fokuserer på den akutte støtte eller behandling inden for de første 12 måneder. Dette er tydeligvis utilstrækkeligt; der er behov for at formalisere muligheden for en længerevarende behandlingsindsats.

Ved krisetilstande er det traditionelle selvhenvendelsessystem og 'åben rådgivning'-koncept tydeligvis utilstrækkeligt. Af forskellige årsager, som er komplekse og ikke særligt velbeskrevne, henvender traumatiserede personer sig ikke til behandlere, hvor resultatet er årelang menneskelig lidelse, trivselmæssige problemer og reduceret velvære, som medfører en ukendt økonomisk belastning af den sundhedsmæssige og sociale sektor.

Derfor er der behov for at udvikle nye handlestrategier over for kriseramte ved katastrofer. I den opfølgende undersøgelse har vi kunnet foreslå visse PTSD-reducerende handlestrategier som modsvar til de her konstaterede risikofaktorer. Men der er et generel behov for at udvikle handlestrategier, som implicerer screening, samt proaktiv og opsøgende bistand, hvor man er nødt til at tænke ud over rammerne af traditionelle behandlingstilbud. Samtidig er det vigtigt at afklare, hvem der er ansvarlig for denne udviklingsproces, samt under hvilke organisatoriske og økonomiske rammer den konkrete bistand skal foregå i en aktuell hændelse.

De generelle anbefalinger bør suppleres med en konkret anbefaling til Kolding Kommune: Det synes hensigtsmæs-

sigt at genoptage det krisepsykologiske arbejde i Seest og investere de adækvate ressourcer, som muliggør screening og opsøgende behandlingsmæssige tilbud, som her skitseret.

Der ligger således en ikke uvæsentlig opgave i at løfte disse anbefalinger videre til centrale myndigheder og det politiske system. Måske kunne Dansk Psykolog Forening være en naturlig løftestang for dette?

*Keld Molin, privatpraktiserende psykolog,
specialist i psykotraumatologi*

*Ask Elklit, professor, Psykologisk Institut,
Aarhus Universitet, specialist i
psykoterapi og psykotraumatologi*

Tóra Petersen, psykolog, Psykiatrisk Hospital, Tórshavn

REFERENCER ■

1. Elklit, A. & Molin, K. (2006). De psykosociale følger af fyrværkerikatastrofen i Seest. Del 1 – Beboerne 3 måneder efter. *Psykologisk Skriftserie*, 27, (2), Aarhus Universitet.
2. Molin, K. & Elklit, A. (2006). Tre måneder efter Seest. *Psykolog Nyt*, 8, p. 6-11.
3. Molin, K. & Elklit, A. (2006). Oplevelsen af en katastrofe. *Psykolog Nyt*, 9, p. 20-25.
4. Molin, K. & Elklit, A. (2006). Læren af Seest-katastrofen. *Psykolog Nyt*, 10, p. 16-19.
5. Elklit, A., Petersen, T. & Molin, K. (2008). De psykosociale følger af fyrværkerikatastrofen i Seest. Del 3 – Beboerne 15 måneder efter. *Psykologisk Skriftserie*, 29, (1), Aarhus Universitet.
6. Elklit, A., Andersen, L.B. & Arctander, T. (1995). Scandinavian Star. Anden del. De fysiske, psykologiske og sociale eftervirkninger 3½ år efter katastrofen. *Psykologisk Skriftserie*, 20, (2), Aarhus Universitet.
7. Skovbjerg, I.V. (2008). *Det krisepsykologiske arbejde i Seest efter fyrværkerikatastrofen 3. november 2004*. Rapport, Kolding Kommune.
8. Duch, C. & Elklit, A. (2008). Børneperspektiv på en katastrofe. *Psykolog Nyt*, 4, p. 8-12.
9. JydskeVestkysten (2008). Kriseramte Seest-børn behandles, d. 13/8.