

Behandling av psykisk traumatiserte i Norge

Sammendrag

Bakgrunn. Et prosjekt vedrørende organisering av kompetanse på området traumatisk stress og helsetjenester til psykisk traumatiserte utføres for tiden ved Sosial- og helsedirektoratet. Denne artikkelen er del av prosjektet. Hensikten var å få kunnskap over hvilke grupper psykisk traumatiserte som behandles innen enheter i psykisk helsevern, hvorvidt enhetene hadde tilstrekkelig kompetanse i behandlingen av disse, samt i hvilken grad de hadde kontakt med etablerte nasjonale og regionale kompetansemiljøer.

Materiale og metode. Et spørreskjema ble sendt til 321 enheter innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern, og vi mottok svar fra 203 (63 %). Skjemaet inneholdt blant annet spørsmål om diagnoser, behandlingsmetoder, kompetanse og kontakt med de nasjonale og regionale spisskompetansemiljøer.

Resultater. De fleste enheter oppgav at de behandlet flyktninger og mennesker utsatt for seksuelle overgrep, mens bare et fåtall rapporterte om pasienter fra gruppen FN-/NATO-veteraner. Omkring halvparten av enhetene oppgav manglende kompetanse i behandling av flyktninger. Bare et mindre antall enheter angav at undervisning/veiledning fra de nasjonale og regionale kompetansemiljøer hadde ført til endringer i diagnostikk og behandling.

Fortolkning. Manglende kompetanse i behandling av flyktninger synes å være en utfordring for psykisk helsevern og de nasjonale/regionale kompetansemiljøer. De nasjonale og regionale kompetansemiljøers funksjon i forhold til psykisk helsevern bør gjennomgås. Mange pasienter synes å være for dårlig somatisk utredet, og samarbeidet med de somatiske helse-tjenester bør styrkes.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Ellinor F. Major

ebm@shdir.no

Sosial- og helsedirektoratet
Avdeling for psykisk helse
Postboks 8054 Dep
0031 Oslo

Bakgrunnen for nåværende kartlegging er Prosjekt traumatisk stress, som ble startet opp i Statens helsetilsyn i år 2000. Prosjektet er tidligere omtalt i Tidsskriftet (1). Det er fra 2002 videreført i Sosial- og helsedirektoratet. Innenfor rammene av prosjektet skal man blant annet komme med forslag til organisering av nasjonal og regional kompetanse på fagområdet traumatisk stress, samt utrede nødvendig helsetjeneste til psykisk traumatiserte.

Ifølge levekårsstatistikken fra 1997 utsettes årlig omkring 6 % av befolkningen over 18 år for vold eller trusler om vold (2), mens en gjennomgang av norsk skaderegister gir et estimat på omkring 16 000 voldsskader årlig på landsbasis (3). En undersøkelse blant studenter viste at 5 % av kvinnene og 1 % av mennene hadde vært utsatt for grove seksuelle overgrep før fylte 18 år (4). En undersøkelse av flyktninger som kom til Norge i 1990-årene, viste at 72 % angav at de hadde vært utsatt for krigshandlinger, mens 14 % hadde vært utsatt for tortur (5). En UNIFIL-undersøkelse viste at omkring 30 % av personell som hadde deltatt i fredsbevarende styrker i Libanon i 1978–91 hadde opplevd situasjoner der de hadde fryktet å bli såret eller drept (6). Flere undersøkelser viser at mellom 20 % og 30 % av de som utsettes for slike hendelser, vil utvikle posttraumatisk stresslidelse eller andre følgetilstander (7–9).

For å utvikle kompetansen i forhold til ulike grupper psykisk traumatiserte er det siden 1980-årene blitt etablert ulike spisskompetansemiljøer i Norge. Kontor for katastrofepsykiatri ble etablert i 1980, mens Stressmestringsteam for internasjonale operasjoner ble etablert og lagt til Kontor for katastrofepsykiatri i 1996. Psykososiale senter for flyktninger ble etablert som nasjonalt kompetansesenter i 1990. I løpet av 1990-årene ble det dannet regionale kompetansemiljøer for flyktninger i alle helseregioner. I samme periode ble Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn (1995) og Kompetansesenter for voldsofferarbeid (1996) etablert som prosjekter.

Med den aktuelle kartleggingen ønsket man blant annet å få mer kunnskap om hvilke grupper psykisk traumatiserte som be-

handles innen psykisk helsevern, hvordan psykisk helsevern vurderer sin kompetanse, og hvilke tiltak som eventuelt kan styrke denne kompetansen. Man ønsket også å få kunnskap om i hvilken grad psykisk helsevern er i kontakt med de nasjonale og regionale spisskompetansemiljøer på området.

Materiale og metode

Et spørreskjema ble sendt til 321 psykiatriske avdelinger, poliklinikker, distriktspsykiatriske sentre (DPS) og andre behandlingsenheter innen psykisk helsevern for voksne og barn/unge over hele landet, og det ble besvart av faglig leder for enhetene. Vi mottok svar fra 203 enheter (63 %). Av disse var det 70 psykiatriske avdelinger og poliklinikker for barn og unge, mens 133 enheter representerte spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern for voksne. 68 av enhetene var lokalisert i Helse Øst, 27 i Helse Sør, 44 i Helse Vest, 32 i Helse Midt-Norge og 32 i Helse Nord.

Psykisk traumatiserte er i kartleggingen definert som «mennesker som har vært direkte utsatt for livstruende traumer eller påkjenninger som ulykker/katastrofer, vold, seksuelle overgrep og krigspåkjenninger». Påkjenninger som mobbing, generelt dårlige oppvekstvilkår eller alvorlige sykdommer faller utenfor denne kartleggingen.

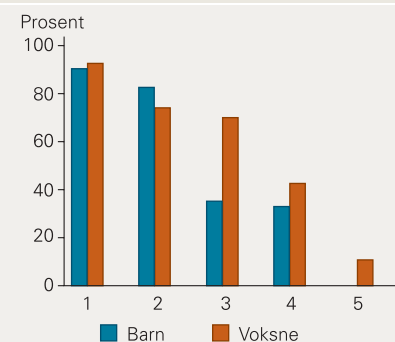
Spørreskjemaet var utarbeidet på bakgrunn av en tilsvarende kartlegging av flyktninger i 1999 (10), men ble bearbeidet for å inkludere andre grupper psykisk traumatiserte. Skjemaet for denne undersøkelsen var på åtte sider, og hadde hovedvekt på følgende områder:

- Antall psykisk traumatiserte i behandling i år 2000
- Hvilke diagnoser (etter ICD-10) og behandlingsformer som hyppigst ble benyttet (inntil tre avkrysninger)
- Hvilke grupper psykisk traumatiserte og hvilke behandlingsformer enhetene vurderte at de manglet kompetanse på



Hovedbudskap

- De fleste enheter innen psykisk helsevern behandler psykisk traumatiserte
- Halvparten angav at de manglet kompetanse i utredning og behandling av flyktninger
- Få enheter mottok undervisning/veiledning fra spisskompetansemiljøer

Figur 1

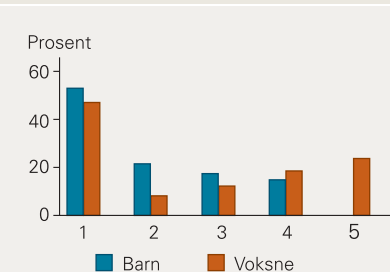
1 Pasienter utsatt for voldtekt/sekuelle overgrep
 2 Flyktninger/asylsøkere
 3 Pasienter utsatt for grov vold/mishandling
 4 Overlevende/pårørende etter katastrofer
 5 FN-/NATO-veteraner

Grupper psykisk traumatiserte i behandling i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern i år 2000

- Hvilke tiltak enhetene mente kunne øke kompetansen (undervisning/veiledning/ flere stillinger/fagutvikling)
- Hvorvidt enhetene var blitt tilbudt undervisning og veiledning fra eksisterende nasjonale og regionale kompetansemiljøer og i så fall om slik undervisning/veiledning hadde resultert i endringer i utredning, diagnostikk eller behandling
- Hvorvidt enhetene selv samarbeidet med og underviste/veiledet somatisk primær- og spesialisthelsetjeneste

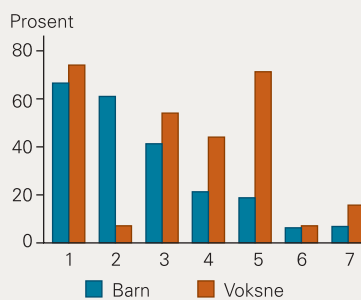
Resultater

Figur 1 viser at man ved de fleste enhetene som inngikk i kartleggingen, behandlet personer som hadde vært utsatt for voldtekt/sekuelle overgrep og flyktninger. For disse gruppene var det små forskjeller mellom enhetene for barn/unge og enhetene for voksne.

Figur 3

1 Flyktninger og asylsøkere
 2 Overlevende etter katastrofer
 3 Pasienter utsatt for voldtekt/sekuelle overgrep
 4 Pasienter utsatt for grov vold/mishandling
 5 FN-/NATO-veteraner

Grupper psykisk traumatiserte hvor enhetene innen psykisk helsevern oppgav manglende kompetanse i år 2000

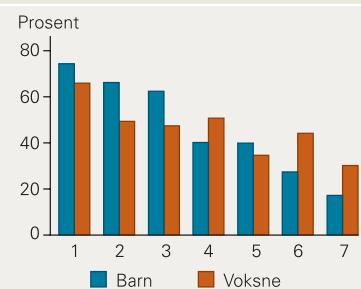
Figur 2

1 Støtteterapi
 2 Familietterapi
 3 Kognitiv terapi
 4 Psykodynamisk terapi
 5 Medikamentell behandling
 6 Eksponeringsterapi
 7 Gruppeterapi

Anvendte terapiformer for psykisk traumatiserte innen psykisk helsevern for barn/ ungdom (BUP) og voksne (VOP) i år 2000

Enhetene innen psykisk helsevern for voksne behandlet imidlertid klart flere pasienter fra kategorien livstruende/grov vold (70%) enn enhetene for barn/unge (36%). 11 % av enhetene innen psykisk helsevern for voksne oppgav at de behandlet FN-/NATO-veteraner.

Antall psykisk traumatiserte innen de ulike behandlingssenheter er vist i tabell 1. Mens 25 % av poliklinikkene for barn/unge behandlet flere enn 20 psykisk traumatiserte i år 2000, oppgav 61 % av poliklinikkene for voksne et tilsvarende antall. Det var en tendens i retning av færre behandlede i klinikkavdelinger enn på poliklinikker. Som vist i tabell 2 oppgav 18 av enhetene (26%) for barn/unge at psykisk traumatiserte utgjorde 10–25 % av deres totale pasientantall. Tilsvarende tall for voksne var 46 enheter (34%). For i alt 11 enheter utgjorde psykisk traumatiserte mer enn 50 % av totalt pasientantall.

Figur 4

1 Kognitiv terapi
 2 Gruppeterapi
 3 Eksponeringsterapi
 4 Familietterapi
 5 Medikamentell behandling
 6 Psykodynamisk terapi
 7 Støtteterapi

Terapiformer man ønsker mer kunnskap om blant enheter innen psykisk helsevern

De hyppigst anvendte diagnoser (ifølge ICD-10) var posttraumatisk stresslidelse (76%), tilpasningsforstyrrelser (50%) og akutt belastningslidelse (32%). Atferdsforstyrrelser ble anvendt av 36 % av enhetene for barn/unge, mens personlighetsforstyrrelser ble anvendt av 46 % av enhetene for voksne. Diagnosen vedvarende personlighetsendring etter katastrofale hendelser ble benyttet av 5 % av enhetene for voksne.

Fordelingen av terapiformer er vist i figur 2: Flest enheter for barn/unge oppgav støtteterapi, familietterapi og kognitiv terapi, mens enhetene for voksne i hovedsak benyttet støtteterapi, medikamentell behandling, kognitiv terapi og psykodynamisk orientert terapi. Få enheter benyttet eksponeringsterapi og atferdsterapi.

Figur 3 viser at omkring halvparten av enhetene oppgav manglende kompetanse med hensyn til både utredning og behandling av flyktninger og asylsøkere. En relativt beskjeden andel oppgav manglende kompetanse i forhold til mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep og katastrofer, mens omkring 20 % oppgav dette hos FN-/NATO-veteraner. Figur 4 viser at enhetene særlig har behov for mer kunnskap om kognitiv terapi, gruppeterapi og eksponeringsterapi. Tabell 3 viser antall enheter innen hver helseregion som hadde mottatt tilbud om både undervisning og veiledning fra de nasjonale og regionale kompetansemiljøer innen traumefeltet. Få enheter oppgav å ha mottatt slikt tilbud. Unntaket er enhetene i Helse Nord, hvor 19 av 32 enheter hadde mottatt dette. Blant enhetene svarte 10 % at undervisningen/veiledningen fra de nasjonale/regionale kompetansemiljøer hadde resultert i forandringer når det gjelder utredning og diagnostikk, mens 20 % mente det hadde ført til endringer innen behandling.

15 % av enhetene mente at mer undervisning og veiledning ville styrke kompetansen ved enheten, mens en tredel oppgav at flere stillinger og ressurser til fagutvikling ville føre til økt kompetanse. Nesten 40 % mente det var behov for øremerkede stillinger for å bedre tilbudet. Av disse oppgav 36 % at stillingene burde øremerkes terapi med flyktninger, 29 % ønsket øremerkede stillinger for behandling av seksuelle overgrep, 19 % for annen grov vold, 10 % til overlevende og pårørende etter katastrofer og 7 % mente det var behov for øremerkede stillinger til behandling av FN-/NATO-veteraner. Blant enhetene innen psykisk helsevern for barn og unge oppgav 16 % at de hadde samarbeidet «ofte» med primærlegen, mens 13 % oppgav «ofte» samarbeid med somatisk spesialisthelsetjeneste. 23 % oppgav at de underviste primærleger om psykisk traumatiserte. 16 % oppgav at de mente at primærlegen hadde utredet eventuelle somatiske skader tilstrekkelig. Tallene for enhetene innen psykisk helsevern for voksne var henholdsvis 27 % (samarbeidet med primærlege), 13 % (samarbeidet med somatisk spesialisthelsetjeneste).

te), 30 % (underviste primærleger) og 31 % (primærlege utredet somatiske skader tilstrekkelig). Drøyt halvparten ønsket samarbeidsmøter med somatisk primær- og spesialisthelsetjeneste.

Diskusjon

En svarprosent på 63 ble ansett som tilfredsstillende, tatt i betraktning at deler av psykisk helsevern er inne i store omorganiseringssprosesser. Enkelte bekreftet at man grunnet omorganisering ikke hadde kapasitet til å besvare skjemaet. Vi valgte å gi spørsmålene enkle svarkategorier, selv om dette har gått på bekostning av presisjonsnivå. På forhånd hadde vi sendt skjemaet ut til enkelte enheter for å få tilbakemelding. Denne gikk i hovedsak ut på at skjemaet var relevant, men at registreringsrutinene ikke gav grunnlag for mer detaljerte eller mer nyanterte spørsmål.

Behandling av psykisk traumatiserte

De fleste enheter i kartleggingen oppgav at de i løpet av år 2000 hadde pasienter som hadde vært utsatt for psykiske traumer, selv om antallet i mange enheter kan synes å være beskjedent. Kommentarer i skjemaet tydet på at enhetene ikke systematisk registrerer psykisk traumatiserte, og at antallet trolig kan være langt større. Seksuelle overgrep ble spesielt nevnt av flere. Kunnskap om psykisk traumatiserte og traumebehandling bør derfor være en integrert del av kompetansen innen psykisk helsevern. Dette er også i overensstemmelse med Helsetilsynets utredningsserie om kompetansebehov i psykisk helsevern (11).

Manglende kompetanse ble imidlertid oppgitt i forhold til samtlige grupper, men det var særlig flyktninger som pekte seg ut. I motsetning til flyktninger representerer pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen grov vold ikke nye pasientgrupper og er kanskje en mindre faglig og personlig utfordring enn behandling av flyktninger.

Resultatene viste videre at drøyt en tredel av enhetene hadde behov for mer kunnskap når det gjelder medikamentell behandling. Nyere forskning gir grunn til forsiktig optimisme med hensyn til medikamentell behandling av posttraumatisk stresslidelse. Flere kontrollerte undersøkelser tyder på at selektive serotoninreopptakshemmere har god effekt (12, 13). I Helsetilsynets utredning om angstlidelser (14) og retningslinjer om behandling av posttraumatisk stresslidelse (15) er slike midler førstevalg. Når det gjelder psykoterapi, ble blant annet kognitiv terapi og eksponeringsterapi vurdert som førstevalg, i motsetning til psykodynamisk terapi. Selv om nytteverdien av psykoanalytisk terapi med traumatiserte flyktninger har vært beskrevet (16), er det likevel grunn til å sette spørsmålsteget ved at så vidt mange i denne kartleggingen oppgav at de benyttet seg av dette. På den annen

Tabell 1 Antall psykisk traumatiserte behandlet i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern for barn/ungdom (BUP) (n = 70) og voksne (VOP) (n = 133) i 2000

	BUP		VOP			Totalt
	Poliklinikk	Klinikkavdeling	Poliklinikk	Annen DPS-avdeling	Klinikkavdeling	
Ikke avkrysset	1	2	6	2	2	13
Ingen	0	0	0	1	0	1
Færre enn 10	12	9	4	12	18	55
11–20	26	2	16	3	7	54
21–40	9	3	15	2	7	36
41–60	4	2	11	0	6	23
Flere enn 60	0	0	15	1	5	21
Totalt	52	18	67	21	45	203

Tabell 2 Andel psykisk traumatiserte av totalt antall behandlede pasienter innen psykisk helsevern for barn/ungdom (BUP) (n = 70) og voksne (VOP) (n = 133) i 2000

	BUP		VOP			Totalt
	Poliklinikk	Klinikkavdeling	Poliklinikk	Annen DPS-avdeling	Klinikkavdeling	
Ikke avkrysset	5	3	3	1	2	14
Ingen	0	0	0	1	0	1
Under 10 %	30	7	22	11	24	94
10–25 %	15	3	27	5	14	64
25–50 %	3	2	9	4	1	19
Over 50 %	2	0	3	1	5	11
Totalt	55	15	64	23	46	203

Tabell 3 Antall enheter innen psykisk helsevern, fordelt på helseregioner, som har mottatt tilbud om undervisning og veiledning fra nasjonale/regionale kompetanseenheter i år 2000

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Psykososialt senter for flyktninger	2	7	2	0	1
Psykososialt team for flyktninger Sør	0	6	0	0	0
Psykososialt team for flyktninger Vest	0	0	7	0	0
Psykososialt team for flyktninger Midt-Norge	0	0	0	12	0
Psykososialt team for flyktninger Nord	0	0	0	0	19
Kontor for katastrofepsykiatri	1	0	0	1	1
Stressmestringsteam for internasjonale operasjoner	0	0	0	0	0
Kompetansesenter for voldsofferarbeid	0	0	0	0	0
Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn	4	1	4	1	1

side benyttet omkring halvparten kognitiv terapi. Mange angav også behov for mer kunnskap om kognitiv terapi og eksponeringsterapi.

Flyktninger, særlig fra ikke-vestlige land, representerer en spesiell utfordring når det gjelder medikamentell og psykoterapeutisk behandling. Sykdomsbildet er ofte sammensatt – med somatiseringstilstander, psykoser og psykososiale problemer som gjør tilstanden vanskelig å behandle. Det er også dokumentert at ulike etniske grupper responderer ulikt på psykofarmaka som blant annet benyttes i behandling av posttraumatisk stresslidelse (17).

Vedvarende personlighetsendring

Bare 5 % av enhetene innen psykisk helsevern for voksne hadde anvendt diagnosen

«vedvarende personlighetsendring etter katastrofale hendelser». Diagnosen ble inkludert i ICD-10 i 1992 (18). Ifølge enkeltes oppfatning er denne diagnosen et viktig bidrag i utviklingen av klassifiseringen av syndromer som følge av traumatisk stress. En undersøkelse blant eksperter innen traume-feltet viste imidlertid at bare 16 % hadde anvendt den på sine pasienter (19). At denne diagnosen er så lite benyttet, kan skyldes at den er lite kjent. Det kan også skyldes at den kan være vanskelig å stille, ettersom tilstanden skal ha vedvart i minst to år og må bekreftes av nøkkelkompetent. En vurdering av betydningen av denne tilstanden og hvordan en slik komplisert tilstand best kan behandles, kan være en oppgave for de nasjonale kompetansesemiljøer som skal forholde seg til fagfeltet traumatisk stress.

Formidling av kunnskap

Psykososialt senter for flyktninger, de regionale psykososiale teamene og Nasjonalt ressurs-senter for seksuelt misbrukte barn ble alle etablert for å utvikle behandlingsmetoder og videreformidle kompetanse til psykisk helsevern. Resultatene fra denne kartleggingen viste at få enheter innen psykisk helsevern hadde mottatt tilbud om en kombinasjon av undervisning og veiledning fra disse kompetansemiljøene. Relativt få angav videre at dette hadde ført til endringer i utredning, diagnostikk og behandling. En mulig tolking kan være at mange enheter får bekräftet at deres virksomhet er i overensstemmelse med gjeldende kunnskap. Ettersom halvparten av enhetene angav manglende kompetanse i behandling av flyktninger, kan det imidlertid også bety at den undervisnings- og veiledningsvirksomhet som kompetansemiljøene yter, ikke fører til ønsket kompetanseheving. Det er også verdt å merke seg at relativt få enheter angav at mer undervisning og veiledning ville føre til økt kompetanse. Dette kan imidlertid skyldes at andre svaralternativer var flere stillinger og ressurser til fagutvikling – noe som kanskje var mer attraktivt ut fra enhetenes ressursmessige ståsted.

Uansett tyder resultatene på at spisskompetansemiljøene fortsatt står overfor utfordringer når det gjelder å videreutvikle og evaluere behandlingsmetoder som kan føre til kompetanseheving innen psykisk helsevern – ikke minst når det gjelder flyktninger. Man bør også vurdere fortløpende hvordan denne kunnskapen best kan formidles. At drøyt 20 % i denne kartleggingen oppgav manglende kompetanse i behandling av FN-/NATO-veteraner, er i samsvar med erfaringer fra enkelte om at personell som har deltatt i fredsbevarende operasjoner, i liten grad opplever at det sivile helsevesen har kompetanse i å forholde seg til deres påkjenninger (20).

Innenfor rammene av Prosjekt traumatisk stress har direktoratet anbefalt at man med utgangspunkt i dagens kompetansemiljøer etablerer ett nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress. Ved å samle fagmiljøer kan man styrke forskning og metodeutvikling i forhold til forebygging og behandling av psykisk traumatiserte. Direktoratet utreder for tiden også regionale ressursnettverk på volds- og traumefeltet.

Samarbeid mellom psykiatri og somatikk

Selv om psykisk helsevern har et veiledningsansvar overfor førstelinjetjenesten, viste undersøkelsen at relativt få enheter oppgav at de for eksempel veiledet og underviste primærlegene. Mange ønsket samarbeidsmøter med somatisk primær- og spesialisthelsetjeneste. Dette kan være ønskelig, ettersom psykiske traumer som krigspåkjenninger, tortur og grov vold også innebærer somatiske traumer. Blant enhetene innen psykisk helsevern for barn/unge angav bare 16 % at deres pasienter var

blitt tilstrekkelig utredet av primærlegen. Psykisk helsevern bør derfor bidra til et tettere samarbeid med de somatiske helsetjenester. Med fastlegeordningen har psykisk traumatiserte trolig fått bedre muligheter til oppfølging over tid av én fast lege. Det påligger imidlertid både henvisende lege og behandler innen psykisk helsevern å sørge for at pasientene er tilstrekkelig utredet somatisk. I likhet med kartleggingen av terapi med flyktninger på Østlandet i 1999 (10) viser også aktuelle undersøkelser at man bør styrke rutiner og samarbeidsarenaer mellom psykiatri og somatikk.

Litteratur

1. Høie IM. Oppfølging etter livstruende traumer – en oppgave for fagfolk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1419–20.
2. Levekårsundersøkelsen 1997. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.
3. Engeland A, Kopjar B. Voldsskader i Norge – en analyse av data fra personskaderegisteret. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 714–7.
4. Schei B, Muus KM, Bendixen M. Forekomst av seksuelle overgrep blant studenter i Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2491–4.
5. Lie B. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 415–25.
6. Mehlum L, Weisæth L. Predictors of posttraumatic stress in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. J Trauma Stress 2002; 15: 17–26.
7. Dahl S. Rape – a hazard to health. Doktoravhandling. Oslo: Instituttgruppe for psykiatri, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1992.
8. Elklit A, Andersen LB. Scandinavian Star: en undersøgelse af de fysiske, psykologiske og sociale eftervirkninger af en katastrofe. 2. utg. Århus: Aarhus universitet, Psykologisk institutt, 1994.
9. Holen A. A long-term outcome study of survivors from a disaster: the Alexander L. Kielland disaster in perspective. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990.
10. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3420–3.
11. Kompetansebehov i psykisk helsevern. Statens helsetilsyns utredningsserie 4–2001. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
12. Barnett SD, Tharwani HM, Hertzberg MA, Sutherland SM, Connor KM, Davidson JR. Tolerability of fluoxetine in posttraumatic stress disorder. Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry 2002; 26: 363–7.
13. Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R, Ruggeriero L, Dillingham K, Pitts CD. Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. J Clin Psychiatry 2001; 62: 860–8.
14. Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 4–99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
15. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Treatment of posttraumatic stress disorder: the expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry 1999; 60 (suppl 16): 14–76.
16. Varvin S. Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: integration, symbolization, and mourning. Am J Psychother 1998; 52: 64–71.
17. Solberg Ø. Medikamentell behandling. I: Sveaas N, Hauff E, red. Flukt og fremtid: psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Oslo: Gyldendal, 1997: 228–40.
18. Verdens helseorganisasjon. ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
19. Beltran RO. Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. Compr Psychiatry 1999; 40: 396–403.
20. Dittmann SE. Gode prinsipper for kameratstøtte. Sjøkkposten. Organ for FN-veteranenes landsforbund 2002; 4: 18–20.