

Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter

Ett kunskapsunderlag för primärvården

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran.
Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN 978-91-7555-269-9
Artikelnummer 2015-1-19

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2015

Reviderad version mars 2015

Revideringar har skett på följande sidor:

Sid. 12, andra stycket under rubriken Depression. "Patienten söker läkare vid upprepade tillfällen" har ändrats till "Patienten söker vården vid upprepade tillfällen".

På sidorna 14 och 15 har ordet "läkare" ändrats till "Patientens behandlare" på tre ställen.

Sid 19 under rubriken Patientutbildning har ordet "läkarvetenskapen" ändrats till "medicinska vetenskapen".

Förord

Mellan 20 och 30 procent av asylsökande flyktingar som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa. Många med psykiatrisk problematik har kontakt med primärvården och färre med specialistpsykiatri. I flera kulturer är det vanligt med stigmatisering av personer med psykiska sjukdomar och många nyanlända migranter undviker därför kontakt med specialistvården. Inom primärvården kan finnas en rädsla för att fråga efter eller på annat sätt upptäcka psykisk ohälsa.

Detta kunskapsunderlag är tänkt att vara ett stöd för personalen inom primärvården att uppmärksamma, diagnostisera och behandla psykisk ohälsa hos asylsökande flyktingar och andra migranter som kan ha upplevt krig, våld och övergrepp.

Kunskapsunderlaget är sammanställt av Manuel Fernandez Gonzalez, specialist i psykiatri och chef för enheten för transkulturell psykiatri vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Agneta Holmström
Tf. avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord	3
Inledning.....	7
Bakgrund	7
Migrationsprocessens faser.....	8
Premigration.	8
Flykten.....	8
Postmigration.	9
Psykisk ohälsa.....	10
Asylsökande barn	10
Asylsökande kvinnor särskilt utsatta	11
Depression	12
Trauma och posttraumatiskt stressyndrom	12
Tortyr.....	13
Mobilisering av egna resurser.....	14
Diagnostik.....	15
Kulturkompetens viktig	15
Ställa diagnos.....	16
Behandling.....	18
Stöd- och krissamtal	18
Psykofarmakabehandling.....	18
Psykologisk samtalsbehandling	18
Patientutbildning	19
Remiss till psykiatrisk vård.....	20
Sammanfattande råd och exempel	21
Hälsundersökning för asylsökande	21
Kontakter med vården.....	21
Patientutbildning och motivationshöjande insatser.....	21
Krisstöd	22
Psykofarmakabehandling.	22
Psykologisk behandling	22
Kontinuitet i kontakterna.....	22
Kunskap hos personalen	22
Referenser	23

Inledning

Många viktiga aktörer inom hälso- och sjukvården har begränsade kunskaper om migrationsprocessen, inklusive asylprocessen, ett område som anses vara för ”experter” som personal vid flyktingverksamheter och flyktingpsykiatri. De flesta migranter träffar dock allmänläkare och psykiater eller psykologer utan specialistkunskaper om flyktingtrauma eller transkulturell psykiatri. Detta kan innebära en sämre förståelse av personens situation och att migranter med ohälsa inte får en effektiv bedömning och behandling.

Asylsökande och andra nyanlända med uppehållstillstånd som lider av psykisk sjukdom får inte alltid den vård och omsorg som de har rätt till enligt lagstiftningen. De kan ha kontakt med primärvården och sociala myndigheter, men utan att deras psykiatriska vårdbehov uppmärksammas. Därmed ökar risken för att en psykisk sjukdom inte upptäcks eller kan behandlas i tid, vilket kan skapa onödigt lidande och utveckling av en kronisk störning som blir handikappande.

Mellan 20 och 30 procent av de asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige beräknas lida av psykisk ohälsa, men inte alla har en psykiatrisk diagnos. Många, men inte alla, med psykiatrisk problematik har kontakt med primärvården och färre med specialistpsykiatri. I kulturerna i Mellanöstern, Afrika och Asien är det vanligt med stigmatisering av personer med psykiska sjukdomar. Det är en vanlig orsak till att många nyanlända undviker kontakt med specialistpsykiatri. En annan orsak kan vara att vårdgivaren inte känner till lagstiftningen och de rättigheter som den enskilde har, eller inte känner sig kompetent nog att fråga efter eller på annat sätt upptäcka psykisk ohälsa.

Det är särskilt viktigt att primärvården har förutsättningar för att systematiskt kunna upptäcka symtom och beteendeförändringar hos en enskild asylsökande som kan vara tecken på psykisk ohälsa, så att denne får den vård och omsorg som krävs och som han eller hon har rätt till. Det kräver kunskap och rutiner liksom samordning med andra aktörer.

Bakgrund

Sedan andra världskriget har över 200 beväpnade konflikter i ca 150 länder ägt rum i världen. Stora befolkningsgrupper har drabbats och tvingats att fly från sina hemtrakter. Sverige har tagit emot hundratusentals asylsökande och flyktingar under de senaste fyra decennierna.

I Sverige sökte 54 259 personer asyl år 2013. Migrationsverket beräknar i en ny prognos (juli 2014) att 80 000 asylsökande ska komma under 2014. De största grupperna som kommer är medborgare i Syrien, Eritrea, Afghanistan och Somalia.

Sverige har tagit emot människor som i bagaget kan ha med sig krigsupplevelser, samt ibland också erfarenheten av att se hur samhället kollapsar. Det kan innebära utsatthet och hjälplöshet för de svagaste grupperna, särskilt kvinnor och barn som varit med om det under en längre tid, vilket kan leda till apatiska tillstånd och depressioner.

Migrationsprocessens faser

Asylsökande är en sårbar grupp som enligt den internationella och svenska litteraturen ofta, men inte alltid, har en sämre hälsa. De kan ha ett ackumulerat vårdbehov och det gäller särskilt de som har traumatiska erfarenheter bakom sig. De kan uppleva höggradig stress och känna sig isolerade i det nya landet på grund av språksvårigheter, kulturskillnader samt asylprocessen. Asylprocessen innebär ovisshet, men också begränsade rättigheter vad beträffar sjukvården, boende, skola och arbete samt ekonomisk och social utveckling. Asyltiden, som ibland kan vara flerårig, kan försämra individens fysiska och psykiska hälsa, samt påverka familjesituationen och barnens hälsa. Asylsökande befinner sig ofta i högst onormala, otrygga situationer utan ett socialt nätverk och med begränsade språkkunskaper som ger upphov till missförstånd och missnöje. De kan också vara utsatta för kulturkrockar, diskriminering och andra påfrestningar. Detta gör att deras psykiska sjukdomar ofta blir komplexa, med många negativa faktorer. Risken för kroniska och behandlingsresistenta symtom och sjukdomar kan därför vara större jämfört med andra patientgrupper, även vid lätta eller måttliga symtom, något som initialt ofta förbises av behandlare.

Migrationsprocessen kan innebära svåra påfrestningar som psykiska kriser och anpassningsproblem som följd, vilka kan påverka hela familjen, särskilt barnen [1]. Forskningen om den psykiska hälsan hos asylsökande och flyktingar har ofta fokuserat sig på livshändelser (ofta förluster) och exponering för trauma. Porter [2] påpekar att det är en förenklad och ensidig modell som har kritiserats för att inte ta hänsyn till kulturella, sociala faktorer och återhämtningsförmågan hos många individer [3, 4]. Forskningen har beskrivit olika faser i migrationsprocessen [1, 5, 6].

Premigration.

Personer har under denna period drabbats av påfrestningar som lett till att man överväger att migrera från hemlandet. Krig, konflikter i samhället och en hotbild mot en etnisk grupp eller politisk organisation kan leda till att ett sådant beslut. Att lämna landet kan kräva betydande ekonomiska resurser. Det är ofta ett urval av starkare individer som kommer fram till Europa.

Flykten.

Att fly från hemlandet kan vara riskfyllt och kostsamt. De kan vistas längre perioder i ett tredje land, ibland i flyktingläger under svåra förhållanden. Flykten innebär ofta materiella och personliga förluster samt separation från familjemedlemmar. Övergrepp på minderåriga och kvinnor är vanliga när flykten är långvarig.

Postmigration.

Att komma fram till värdlandet och få söka asyl innebär ofta en period av lättnad och optimism. Att vara asylsökande innebär att leva i ovisshet i månader eller år. Rädslan för en utvisning växer med tiden och ter sig alltmer sannolik. Det är bara en minoritet av alla asylsökande som får stanna i landet.

Psykisk ohälsa

Invandrare och flyktingar har ofta, men inte alltid en högre förekomst av psykisk ohälsa, men de vänder sig i mindre utsträckning till den psykiatriska vården jämfört med majoritetsbefolkningen (ett undantag har dock varit asylsökande i Sverige som p.g.a. mottagningsprocessen och andra faktorer ofta har uppvisat en hög konsumtion av psykiatrisk vård) och de löper sannolikt en större risk att inte få den psykiatriska och psykologiska behandling som de har behov av. Om vanliga svenska patienter har svårigheter att kommunicera sina symtom och problem på grund av initiativlöshet, misstänksamhet och andra symtom som ingår i den psykiatriska störningen, är kommunikationshindren ännu större när det gäller invandrapatienter. I Sverige är 11 procent av befolkningen född utomlands, många av dessa med en flyktingbakgrund.

I ett samarbetsprojekt mellan en specialistenhet för transkulturell psykiatri och flyktingtrauma vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och primärvården undersöktes primärvårdspatienter med flyktingbakgrund genom transkulturella psykiatriska konsultationer. Dessa ägde rum på tre vårdcentraler som remitterade flyktingpatienter med storkonsumtion av sjukvård och oklara symtombilder till konsultationerna. Av dessa patienter hade 66,4 procent en traumatisk bakgrund och trots en mångårig kontakt med sin vårdcentral hade de aldrig berättat för sin husläkare om sina erfarenheter från hemlandet. De flesta, 84,5 procent, hade en psykiatrisk störning (ofta depression eller posttraumatiskt stressyndrom). De hade presenterat somatiska symtom, ofta smärttillstånd, och vägrat remiss till psykiatri i de fall detta föreslogs. De var ofta missnöjda med sjukvården och deras behandlingsföljksamhet var låg.

Asylsökande barn

Cirka 25 procent av alla asylsökande och flyktingar är barn. I en genomgång av tjugotvå studier som omfattade 3 003 barn från ett 40-tal länder fann man en förekomst av posttraumatiskt stressyndrom på 19–54 procent och depression på 3–30 procent [7]. I en annan genomgång fann man i fem studier en förekomst av posttraumatiskt stressyndrom, PTSS, på 11 procent [8]. I tidigare studier från 1990-talet av selekterade bosniska och asiatiska barn hade man funnit ännu högre förekomst av PTSS, 40–50 procent [9, 10]. Skillnaderna mellan alla dessa studier förklarades av Fazel med olika grader av traumaexponering bland barnen [8]. Barn som exponeras direkt för traumatiska händelser och förluster som separation, gripande eller misshandel och tortyr av föräldrarna, eller bevittnande av övergrepp och dödande hade en betydande högre risk för PTSS [9].

Det förekommer ofta en ganska lång latenstid innan föräldrarna söker hjälp för barnet så som många andra föräldrar gör. De har svårt att acceptera att barnet har psykiska störningar eller beteendestörningar. I deras situation kan det vara svårare och mer komplext p.g.a. av skuld- och skamkänslor som delvis kan vara kulturbetingade, men också verkliga och adekvata när barnet har varit utsatt för traumatiska händelser. Föräldrarna är då ofta själva sjuka och kan inte ge barnen trygghet. Det är då viktigt att ta hand om inte bara det

symtombärande barnet, utan även föräldrarna. Barnet har rätt till all sjukvård, men inte de vuxna. Detta kan leda till otillfredsställande insatser där man inte tar tillräcklig hänsyn till de vuxna i familjen.

Ensamkommande barn har beskrivits som sårbara och vårdbehövande i stor utsträckning. Reijneveld fann i sin undersökning av 81 ensamkommande barn i Holland känslomässiga störningar och ångestsyndrom, men inte post-traumatiskt stressyndrom i någon stor utsträckning [11]. I intervjuer med deltagarna framkom att de hade försämrats under vistelsen på förläggningen där de ofta inte upplevde trygghet p.g.a. olika incidenter.

Få och lågkvalitativa studier dominerar detta område. I en genomgång av 22 studier fann man att ensamkommande barn hade högre förekomst av negativa, påfrestande livshändelser. Sexuella övergrepp och andra traumatiska upplevelser var vanliga [12].

Asylsökande kvinnor särskilt utsatta

Mellan 30 och 50 procent av de asylsökande är kvinnor. De kan ha varit utsatta för diskriminering, fattigdom och förtryck i hemlandet. Sexuellt våld har ökat i krig och väpnade konflikter och definieras som ett krigsbrott av Internationella brottmålsdomstolen, ICC.

Kvinnorna har det tyngsta ansvaret för barnen och sjuka i familjen, men de har själva ofta sämre tillgång till resurser. Familjekonflikter och familjevåld kan förekomma i högre utsträckning i traumatiserade grupper och drabba särskilt kvinnorna. Asylsökande och flyktingkvinnor kan utnyttjas eller utsättas för övergrepp under flykten eller under asyltiden när de vistas på förläggningar.

Invandrarkvinnor löper dubbelt så stor risk att få postpartumdepression enligt kanadensiska studier [6, 13, 14] och detta kan ha samband med både pre- och postmigrationens stress samt trauma. Kvinnorna söker dock sällan hjälp för sina psykiska symtom. Språksvårigheter och kulturskillnader blir stora hinder, men också brist på kunskaper om postpartumdepression [15]. Ovilja att berätta om sina innersta känslor och tankar för utomstående och oro för stigmatisering inom den egna gruppen är andra skäl [6]. Asylsökande kvinnor är mer utsatta p.g.a. den ovisshet de lever i angående framtiden och rädslan för utvisning. I en studie av 80 gravida asylsökande kvinnor i Schweiz fann man att 18 procent genomförde abort, dvs. en mycket högre andel än normalt bland befolkningen i Basel där studien genomfördes. Frekvensen av aborter i den asylsökande gruppen i Basel var således 2,5 gång högre än i majoritetsbefolkningen [16]. I en studie i Holland fann man en liknande frekvens, 1,6 gång högre i den asylsökande gruppen jämfört med hela befolkningen [17]. Asylsökande kan ha sämre kunskaper om och mindre tillgång till familjeplanering och i vissa fall en negativ attityd till den av kulturella skäl [16].

Konflikter mellan generationerna, särskilt mellan unga flickor och äldre släktingar kan börja tidigt, redan under asylprocessen. Våld i familjen har beskrivits som vanligt förekommande i några grupper, ofta traumatiserande. I en pilotstudie av 55 irakiska kvinnor i Detroit fann man att frekvensen av kontrollbeteende, hotelser och fysisk misshandel var 93, 76 respektive 80 procent [18]. I denna studie såg man ett klart samband mellan misshandel i

hemmet och psykosomatiska symtom hos kvinnorna. I ett kanadensiskt arbete med framtagning av riktlinjer enligt Delphimetoden, med allmänläkare som identifierade 20 prioriterade områden när det gäller hälsan av nyanlända migranter och flyktingar var familjevåld nummer ett [19].

Depression

Depression är den vanligaste förekommande psykiska störningen i samhället. Hos nyanlända förekommer depression flera gånger oftare jämfört med majoritetsbefolkningen. Depressionen kan utlösas eller påverkas av långvarig stress, förluster och andra sociala faktorer som drabbar de nyanlända. Kulturen kan ha en skyddande roll, men också bli en stressfaktor som ökar depressionsrisken (t.ex. genom konflikter mellan generationer, inom familjen eller mellan klaner p.g.a. olika syn på religion och kultur samt anpassningsprocessen till det nya samhället).

Depressionens symtombild kan variera starkt mellan olika kulturer och sociala klasser. Den västerländska formen av depression kännetecknas av nedstämdhet och tankar samt känslor av skuld. I andra kulturer i t.ex. Asien och Afrika kan depression uttryckas som kroppsliga symtom. Patienten söker vården vid upprepade tillfällen och med varierande symtom. Symtominriktad behandling (värktabletter, magmedicin, sömnmedicin m.fl.) har en begränsad och kortvarig effekt. Det kan ta en lång tid, månader eller år, innan sjukvården misstänker en psykisk störning. Patienten har då blivit en högkonsument av sjukvård med kroniska, ofta resistenta symtom. Han eller hon är inte tillgänglig för de vanliga behandlingsmetoderna: samtalsbehandling och/eller psykofarmaka.

Skamkänslor kan vara vanliga i andra kulturer och en anledning till att individer exkluderas från gemenskapen i såväl familjen och klanen som samhället. Kontakt med psykiatri kan leda till stigmatisering i den egna gruppen och en stark anledning till att patienten vägrar komma eller avbryter behandlingen. Primärvården har därför större möjligheter att ställa rätt diagnos och motivera till behandling samt inleda en behandling.

Trauma och posttraumatiskt stressyndrom

Man har tidigare uppskattat att cirka 30 procent av de flyktingar som kommer till Sverige är svårt traumatiserade. Litteraturen har visat en förhöjd förekomst av depressioner och ångesttillstånd hos flyktingar och invandrare. I en analys av tjugo studier som inkluderade cirka 7 000 vuxna flyktingar fann Fazel och hennes medarbetare att förekomsten av psykiska sjukdomar var högre jämfört med hela befolkningen [8]. Det gällde särskilt posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) som förekom hos cirka nio procent av flyktingarna. Det är lägre än vad som har uppgivits i andra studier, men Fazel med medarbetare menar att det är mycket högre än prevalensen i västländer. De jämför livsprevalensen på 7,4 procent för befolkningen i Nederländerna med 20 procent för flyktingar från Iran, Afghanistan och Somalia [20].

I en nyligen publicerad studie har man undersökt PTSS-förloppet och sjukvårdskonsumtion under sju år i en kohort av flyktingar från Iran, Afghanistan och Somalia. Forskarna fann en nästan lika hög prevalens av sjukdo-

men i början av studien som i slutet (16,3 procent år 2003 mot 15,2 procent 2010). Det förklaras av forskargruppen med att många tillfrisknade, men att nästan lika många insjuknade under uppföljningen. Hälften av fallen med PTSS år 2010 hade insjuknat efter 2003 [21].

Den psykiska ohälsan kan försämrans efter några års vistelse i Sverige. Denna ökning kan bero på stressfaktorer i värdlandet som osäkerhet om man får stanna i landet, att återföreningen av familjen dröjer, arbetslöshet, utanförskap osv. [22, 23]. Det kan också bero på sen debut av PTSS.

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSS (eng. *Post traumatic stress disorder*, PTSD) är ett ångesttillstånd till följd av en chockartad upplevelse som har framkallat intensiva skräckreaktioner. Syndromet kännetecknas av ångestreaktioner som utlöses av minnen och påminnelser av händelsen och som leder till återupplevanden (*flashbacks*), undvikande av det som påminner om händelsen, och överspändhet. PTSS är en psykiatrisk störning som kan vara svårt handikappande då den kan leda till en social funktionsnedsättning, med arbetsoförmåga och psykiskt lidande som påverkar inte bara individen utan även familjen och omgivningen. Syndromet beskrevs i början bland krigsveteraner (t.ex. Vietnamveteraner) och överlevande från koncentrationsläger och tortyr.

Forskningen har visat att PTSS har ett neurobiologiskt underlag, med både neurofysiologiska och hormonella förändringar och det finns därför ofta ett behov av både psykiatriska, psykologiska och medicinska utredningar. Man har kunnat påvisa avvikande neurofysiologiska mönster hos flyktingar med PTSS och tortyr- eller krigsupplevelser [24, 25]. Neurobiologisk forskning har kunnat påvisa att kroniskt PTSS kan ge anatomiska förändringar som t.ex. hippocampusatrofi [26, 27]. Hippocampus krymper i storlek p.g.a. att en skada som anses bero på stresshormonet kortisol under en fas av den psykiska sjukdomen. Detta är korrelerat till en sämre minnesförmåga.

PTSS associeras med:

1. Somatiska symtom som inte kan förklaras medicinskt som yrsel och öronsusningar samt smärttillstånd som klassificeras som somatofornt syndrom (DSM IV)
2. Medicinska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar inklusive hypertoni, muskuloskeletala och kroniska smärtsyndrom. Patienter med kroniskt PTSS har en sämre somatisk hälsa med en ökad användning av primärvård och högre sjukvårdskonsumtion, samt en ökad dödlighet [28, 29]. PTSS påverkar den psykiska och fysiska hälsan genom psykologiska, kognitiva och biologiska faktorer. Somatiska sjukdomar kan å andra sidan förvärra posttraumatiska symtom [30, 31].

Tortyr

Tortyr är en extrem form av omänsklig behandling och används fortfarande i många länder. Risken för kroniska och svåra psykiska symtom är högre jämfört med andra traumatiska upplevelser. Tortyrkonventionen förbjuder tortyr och omänsklig behandling och ålägger myndigheterna i landet där misstänkta fall förekommer att undersöka offrens fysiska och psykiska hälsa. Sverige är ett av de länder som tar emot flest tortyrskadade flyktingar. Att konstatera tortyrskador i en läkarundersökning kan ha en stor betydelse i ett asylärende.

Sjukvården har dock ofta svårt att se patientens traumatisering [32]. Det kan vara svårt att känna igen en traumatiserad flyktingpatient om man har begränsad tid inom öppenvården. Men det är angeläget, och i längden mer effektivt, att identifiera patienten tidigt, eftersom han eller hon riskerar att bli en storkonsument av sjukvård med en symtominriktad behandling som inte påverkar grundstörningen. Detta resulterar i högre kostnader [33]. Patienten kommer sällan att berätta spontant om sina traumatiska upplevelser då det kräver tid och förtroende. Användning av ett frågeformulär kan underlätta både för patienten och för patientens behandlare. Patienten förstår då att dessa händelser är så vanliga att de kan ingå i ett formulär [32]. Istanbulprotokollet är ett större instrument och en manual för medicinsk och juridisk utredning samt dokumentation av tortyrskador. Protokollet togs fram av en grupp experter och är publicerat av FN:s högsta kommissarie. Protokollet ska användas för att undersöka akuta eller kroniska skador till följd av tortyr och ge en bild av vad en person har varit med om. Manualen ger medicinsk, juridisk och etisk handledning [34-37].

Mobilisering av egna resurser

Forskning har på senare tid intresserat sig för individer som kan hantera svåra traumatiska händelser utan att utveckla allvarliga psykiska symtom. Både genetiska faktorer och omgivningsfaktorer påverkar resiliens [38]. Studierna har visat att resiliens är vanligt och att det inte innebär att personerna är fria från stressymtom och psykisk ohälsa. Resiliens har beskrivits som en process med användning av egna och externa resurser och förmåga att arbeta med tankar och känslor.

Flera faktorer bidrar till individens resiliens. Starka relationer i och utanför familjen som inger tillit är en av de viktigaste faktorerna. Självförtroende och förmåga att kommunicera, god problemlösningsförmåga och att kunna hantera känslor och impulser är andra faktorer, liksom att tillhöra och vara aktiv i grupper och organisationer. Förmåga att kunna söka hjälp är också viktig.

Resiliens kan uttrycka sig i att kunna fungera och gå vidare trots en traumatisk upplevelse och symtom som kan uppfylla kriterierna för PTSS, dock utan lidande eller nedsatt social funktion.

En metod som har utvecklats för att förebygga en negativ utveckling av psykiska kriser i samband med migration och att människor fastnar i någon av migrationsprocessens faser, handlar om att stödja och uppmuntra flyktingar och invandrare, helst i grupp, att strukturera och delge sin flyktinghistoria. Det handlar om att främja resiliensfaktorer i en process som kan ta tid.

I dessa samtal som har kallats för ”flyktingberättelser” kan gruppen bearbeta sina upplevelser och så småningom sluta fokusera på det förflutna. Gruppen kan senare fokusera på nuet och framtiden samt reflektera och medvetandegöra integrationsfrågor utifrån ett psykosocialt perspektiv. Det är narrativa gruppinterventioner som har använts för ensamkommande barn [39].

Diagnostik

Kulturkompetens viktig

Kulturen påverkar människornas föreställningar och uppfattningar om sjukdomar. Vad som räknas som sjukdom och hur den kommer till uttryck samt förklaringar till hur en sjukdom uppkommer och hur den ska behandlas varierar mellan olika kulturer, Det gäller i synnerhet psykiska sjukdomar.

Somatiska symtom kan vara uttryck för psykiska sjukdomar hos människor från andra kulturer i mycket större utsträckning än i västerländska kulturer. Det gäller t.ex. depressioner som ofta kan vara atypiska i andra kulturer med mindre eller ingen nedstämdhet, men mer rastlöshet eller agitation och somatiska symtom.

Kulturkompetens har blivit allt mer erkänd som en nödvändighet för svensk sjukvårdspersonal. När patientens uppfattningar och föreställningar om fysiska och psykiska sjukdomar skiljer sig avsevärt från det västerländska tänkesättet är detta något som påverkar diagnostiken, behandlingen och dess resultat. Kulturkompetens innebär att vara medveten om den egna kulturen och hur den påverkar våra egna attityder, värderingar, tankar och beteende. Grundläggande kunskaper om andra kulturer och hur dessa kan påverka sjukbeteendet och benägenheten att söka hjälp. Det är viktigt att ha en lokal kännedom, dvs. kunskaper om och erfarenheter av de invandrar- och minoritetsgrupper som är aktuella i det egna sjukvårdsområdet: antal individer, åldersstruktur, könsfördelning, vistelsetid i Sverige, graden av anpassning till det svenska samhället och eventuell flyktningbakgrund.

Kulturformuleringen i DSM-IV, den amerikanska psykiatriska föreningens manual, är ett redskap för att underlätta psykiatrisk diagnostisering i mångkulturella vårdinstanser. En svensk version har getts ut av Transkulturellt centrum i Stockholm. Frågorna i manualen rör fem områden: den kulturella identiteten, hur patienten själv tolkar sina besvär, funktionsnivå och psykosocial miljö, relationen mellan patientens behandlare och patient samt patientens migrationshistoria. Exempel på frågor i manualen:

- Vilken/vilka nationella eller etniska grupper är viktiga för dig?
- Vilken behandling skulle du ha sökt i ditt hemland?
- Hur ser dina anhöriga på besvären?
- Hur påverkar besvären din vardag?
- Vad betyder det att inte kunna använda ditt modersmål i samtalet med behandlaren?
- Hur har ditt liv påverkats av flytten till Sverige?

I den tidiga litteraturen har man betonat vikten av att patientens behandlare får ta del av patientens egna föreställningar om sin sjukdom och av att föra en dialog, ”en förhandling” om diagnosen och behandling. Man har menat att patientens ökade förståelse för sin sjukdom kan ha en dramatisk effekt i sjukdomens förlopp (Kleinman). När situationen inte tillåter att gå igenom hela kulturformuleringsbegreppet kan ett alternativ vara att fokusera på just detta.

Att inte erbjuda patienten en modern behandling på grund av patientens negativa inställning till psykofarmaka och/eller psykoterapi innebär en etisk konflikt och ställer krav på behandlaren och verksamheten. Information och patientutbildning, individuell eller i grupp, samt motivationshöjande insatser bör övervägas.

Ställa diagnos

Diagnos av depression i primärvården kan vara svårt p.g.a. patientens ovilja att berätta om psykiska symtom och en stor benägenhet att somatisera. Användning av auktoriserad tolk och av skriftlig information på patientens språk är nödvändig. Patientens kulturella bakgrund och föreställningar om psykiska sjukdomar bör beaktas.

Användning av symtomskalor som är översatta till patientens språk och är validerade har stor betydelse. Det finns ett flertal skalor för primärvården som används internationellt: CES-D, PHQ-9, m.fl. Dessa skalor kan laddas ner med översättningar till de stora språken¹.

Posttraumatiskt stressyndrom misstänks ofta i primärvården, men diagnosen ställs sällan. Patienten med misstänkta symtom remitteras till psykiatrin för utredning. Det finns dock starka skäl för att genomföra utredning och behandlingsförsök i primärvården innan man remitterar till specialistpsykiatrin. Flyktingpatienten får inte tillräcklig information p.g.a. tidsbrist eller är inte mottaglig för den i det skedet. Patienten har senare en dålig behandlingsföljksamhet och låg motivation. Han eller hon avbryter sina behandlingar och uteblir om patienten remitteras till psykiatrin.

Posttraumatiskt stressyndrom kan misstänkas vid följande historik eller symptom:

1. Stark misstanke om att patienten har upplevt en traumatisk händelse – patienten har flytt från ett land i krig eller från en diktatur. Patienten berättar om våld och hot i hemlandet.
2. Patienten beskriver återupplevande symtom – mardrömmar och/eller återkommande minnesbilder i vaket tillstånd.
3. Patienten uppvisar oklara och varierande somatiska och psykiska symtom.
4. Patienten har ett ångesttillstånd.
5. Patienten har kroniska sömnstörningar.
6. Patienten verkar ha kognitiva och känslomässiga störningar
7. Patienten har en nedsatt social funktion

Patienten kan ha en hög sjukvårdskonsumtion som inte är synlig vid de första besöken genom kontakter med olika läkare och olika mottagningar inklusive akutmottagningar. Det är angeläget att rätt diagnos ställs, vilken kan möjliggöra en meningsfull behandling som inte är bara symtomriktad. Primärvårdens läkare och övrig personal har begränsad tid till samtal och man vill inte inleda ett samtal om trauma som kan innebära att starka känslor väcks hos patienten. Man har inte tid eller erfarenhet av att hantera dessa. Men man behöver inte prata om den traumatiska händelsen som ägde rum tidigare, utan om de aktuella posttraumatiska symtom som patienten kan ha som mar-

¹ www.phqscreeners.com/overview.aspx
<http://cesd-r.com/about-cesdr/>

drömmar, fysiologiska symtom som hjärklappningar och svettningar i samband med återupplevande osv.

Efter den 11 september 2001 i New York, med många människor med posttraumatiska symtom har amerikanska läkare använt ett instrument med fyra frågor, Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD). Om patienten svarar ja på tre av frågorna kan patienten bedömas som sannolikt PTSS och bör utredas vidare med till exempel PCL-PTSD [40, 41].

Under den senaste månaden:

Har du haft återkommande tankar, bilder och/eller mardrömmar om dina tidigare svåra erfarenheter fast du inte ville tänka på dem?

Ja Nej

Har du försökt att medvetet inte tänka på dessa erfarenheter och/eller försökt undvika situationer som påminner dig om det?

Ja Nej

Har du känt dig orolig, nervös och varit större delen av tiden på din vakt, uppmärksam och reagerat kraftigt på t.ex. plötsliga ljud?

Ja Nej

Har du känt dig oengagerad, ointresserad när det gäller aktiviteter du tyckt om tidigare eller känslolös, domnad i relationer till personer omkring dig?

Ja Nej

Behandling

Den psykiatriska och psykologiska behandlingen som erbjuds patienter med depressioner och ångestsyndrom inklusive posttraumatiskt stressyndrom, PTSS, är stöd- och krissamtal, psykofarmaka- eller samtalsbehandling i kombination med patientutbildning:

Stöd- och krissamtal

Många asylsökande och nyanlända flyktingar genomgår kriser och anpassningssvårigheter och drabbas av bakslag under asyl- och migrationsprocessen. De blir ofta erbjudna stödsamtal när de har psykiska symtom oavhängigt av en eventuell psykiatrisk diagnos. Stöd- och krissamtal kan minska symtomen avsevärt, så länge kontakten pågår, men effekten är sämre på sikt jämfört med traumafokuserade terapier som KBT, EMDR m.fl.

Psykofarmakabehandling

Antidepressiva mediciner med i första hand s.k. SSRI (t.ex. Fluoxetin [42-44] och Sertralin [45, 46]) och SNRI (t.ex. Venlafaxin [47]) som genom att hämma återupptagning av serotonin (SSRI) och noradrenalin + serotonin (SNRI) ökar tillgången av dessa transmittorsubstanser i synapserna i nervsystemet. Det finns många studier som ger evidens om att dessa mediciner har effekt vid depressioner, ångestsyndrom och PTSS. I det sista fallet kan behandling med dessa farmaka minska återupplevande av den traumatiska händelsen och andra symtom som utgör kärnan i PTSS-syndromet. Behandlingen av depression eller andra ångestsyndrom än PTSS kan kräva ca 3–4 veckor. Det är ofta annorlunda med PTSS och dess kärnsymtom som kan kräva åtta veckor för en initial effekt. Detta och biverkningar som patienten kan få, leder ofta till att patienten avbryter behandlingen när motivationen är låg och informationen har varit begränsad. När patienten inte talar språket och har andra föreställningar om sjukdomen och behandlingen blir det mycket vanligt med avbrott i behandlingen. Detta kräver täta uppföljningar och motivationshöjande insatser för att rätt dos och behandlingstid ska uppnås.

Psykologisk samtalsbehandling

Det finns få högkvalitativa studier om psykologisk behandling av asylsökande, särskilt när det gäller behandling av PTSS. De som finns ger evidens för KBT och narrativ terapi samt gruppbehandling [48, 49]. KBT-behandlingen har anpassats till andra kulturer, CA-CBT (*Culturally Adapted CBT*) [50, 51]. Man har tonat ner den direkta traumabearbetningen. Man betonar i stället arbetet med de kroppsliga symtomen och förmimmelser som patienten upplevde i samband med den traumatiska händelsen. Man arbetar också mer med känslomässiga reaktioner i stället för kognitiva. NET (*Narrative Exposure Therapy*) är den enda behandling med studier som har inklude-

rat asylsökande och nyanlända flyktingar i Europa, samt flyktingar som vistas på flyktingläger i Afrika.

Patientutbildning

Patienter med flyktingsbakgrund kan reagera med stor skepsis när de informeras om diagnos och behandling. De kan uppge att de inte är psykiskt sjuka och att de inte behöver behandling. När de får förtroende för sin behandlare kan de tillstå att de länge ansåg att de var ensamma om att ha sådana symtom och att de trodde att den medicinska vetenskapen inte hade några kunskaper om sjukdomen. Några kan uppge att de betraktat symtomen som ett straff från gud. När patienten har en kritisk inställning är han eller hon känslig för biverkningar och det kan t.o.m. bli en noceboeffekt (motsatsen till placeboeffekt). Patientens negativa förväntningar förvärrar dennes symtom. Patienten avbryter behandlingen, men har ofta svårt att medge detta för sin läkare.

En patient med kroniskt PTSS har behov av utbildning. Behovet är som störst när patienten har en annan kulturell bakgrund, har en låg utbildningsnivå och behöver motiveras till behandling.

Patientutbildning blir allt vanligare inom den psykiatriska vården, men det gäller sällan invandrapatienter. Utbildningen kan utföras individuellt eller i grupp. Diabetesspecialister har kommit långt när det gäller att anpassa patientutbildning till andra kulturer och språk. Anpassningen har gällt språket, med skriftlig information på patientens språk och utbildning med användning av tolk. Man har också tagit hänsyn till patientens kulturella föreställningar av sjukdomen och behandlingen. Utbildningsprogram som är anpassade till patientens språk och kultur har visat sig kunna sänka patientens blodsocker.

Patienter med mångårigt kroniskt posttraumatiskt stressyndrom bör erbjudas patientutbildning, individuellt eller i grupp och samtidigt motivationshöjande insatser. Den pedagogiska kompetensen hos den som erbjuder utbildningen har visat sig spela en avgörande roll enligt diabetesforskningen. Målet bör vara att uppnå en acceptabel behandlingsfölsamhet hos patienterna.

Remiss till psykiatrisk vård

Det är önskvärt med ett samarbete mellan primärvården och den psykiatriska vården som möjliggör konsultationer och handledning.

Patienter med psykotiska symtom bör snabbt remitteras till den psykiatriska vården. Det gäller såväl patienter med depressioner och posttraumatiskt stressyndrom med psykotiska symtom som schizofreniforma tillstånd och vanföreställningssyndrom.

Bipolära sjukdomar kan vara svåra att identifiera. Kulturbetingade beteenden kan ibland förväxlas med hypomaniska tillstånd.

Patienter med posttraumatiska symtom som är välfungerade och inte lider av sina symtom ska inte diagnostiseras som PTSS och bör inte remitteras till psykiatrin.

Patienter som har behandlingsresistenta symtombilder och plågsamma och handikappande symtom bör motiveras till psykoterapeutisk behandling (enligt ovan) och remitteras i ett tidigt skede innan de får mer komplexa sjukdomar med smärtsyndrom och kroniska depressioner etc.

Sammanfattande råd och exempel

Hälsoundersökning för asylsökande

I Sverige ska alla asylsökande och flyktingar erbjudas en hälsoundersökning enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Hälsoundersökningen innefattar ett samtal om den undersöktes hälsa med avseende på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd. En del av samtalet ska avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation eller av traumatiska upplevelser.

Samtalet om det psykiska tillståndet och samband med traumatiska händelser kan utvecklas och fördjupas om den primärvårdsenhet som ansvarar för hälsoundersökningen har utbildning och kompetens att erbjuda stöd och behandling eller kan remittera till en specialistenhet inom psykiatri som har denna kompetens. Användning av skalor möjliggör diagnostik av posttraumatiskt stressyndrom och depressioner och kan översattas till patientens språk.

Kontakter med vården

Allmänläkare och andra yrkeskategorier som kommer i kontakt med patienter med symtom som kan tyda på posttraumatiskt stressyndrom (återupplevande symtom, undvikarbeteende, somatiska symtom som inte kan förklaras av medicinska orsaker, långvariga sömnstörningar, paniksyndrom och depressioner med atypiska drag) bör undersöka och samtala med patienten om eventuella traumatiska händelser på ett professionellt och sensitivt sätt. Det kan vara av stor betydelse att få klarhet om patientens symtom kan förklaras av traumatiska händelser i hemlandet, under flykten eller är aktuellt som pågående misshandel i hemmet. En remiss till psykiatri i en tidig fas och utan en bedömning inom primärvården kan leda till att patienten uteblir eller snabbt avbryter behandlingen där.

Patientutbildning och motivationshöjande insatser.

Om primärvårdsenheten har kompetens bör patientutbildning erbjudas till patienter med kroniska tillstånd. Insatserna ska drivas av personer som har pedagogisk erfarenhet och är välbekanta med de aktuella psykiska störningarna och deras behandling, gärna med genomgången utbildning inom området flyktingtrauma och transkulturell medicin.

Krisstöd

Stödkontakt och krisstöd, respektive kurativa insatser bör erbjudas i samband med psykofarmakabehandling samtidigt som man motiverar till fortsatt behandling med mediciner eller psykoterapeutisk behandling. Kurator eller sjuksköterska kan erbjuda stöd- och krissamtal.

Psykofarmakabehandling.

SSRI eller SNRI är effektiva mot PTSS och komorbiditet som depression och ångestsyndrom (generaliserad ångest, paniksyndrom eller tvångssyndrom). Cirka 60 procent av PTSS-patienterna svarar med symtomminskning, men det kräver god behandlingsföljsamhet och tillräckligt höga doser samt tillräckligt lång behandlingstid.

Psykologisk behandling

Psykologisk behandling med traumafokusering bör erbjudas asylsökande med kroniskt posttraumatiska symtom och kraftiga symtom som begränsar individens funktionsnivå. Patienten bör helst få en patientutbildning innan och andra motivationshöjande insatser (gruppsamtal med andra patienter, kontakt med patienter som genomgått behandling tidigare). Behandling genom tolk och med en patient från en annan kultur ställer krav på terapeuten som ska ha genomgått en utbildning i transkulturell psykiatri och flyktingtrauma (behandling av tortyrskador, krigsupplevelser, m.m.). De metoder som är evidensbaserade är KBT, NET och EMDR.

Kontinuitet i kontakterna

Asylsökande och nyanlända med PTSS bör, i den mån detta är möjligt, få kontinuitet i kontakterna med sjukvården, med uppföljningar som tar hänsyn till symtombildens svårighetsgrad, medicinering och patientens villighet till kontakt.

Kunskap hos personalen

Att underlätta integrationsprocessen för nyanlända med uppehållstillstånd och även för dem som vistats en längre tid i landet, men som inte lyckats integrera sig, kräver omfattande kunskaper hos sjukvårdspersonalen, men också mötesplatser och en dialog med målgruppen. Information om ohälsa som ges i form av en dialog (föreläsning och gruppsamtal) motverkar den stigmatisering som pågår i den egna gruppen mot de psykiskt sjuka och kan ha stor betydelse för släktingarna och vänner till de sjuka. De som är i behov av specialistpsykiatrisk vård bör motiveras till en psykiatrisk kontakt och behandling.

Referenser

1. Lustig, SL, Kia-Keating, M, Knight, WG, Geltman, P, Ellis, H, Kinzie, JD, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43(1):24-36.
2. Porter, M, Haslam, N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005; 294(5):602-12.
3. Bracken, PJ, Giller, JE, Summerfield, D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social science & medicine* (1982). 1995; 40(8):1073-82.
4. Hollifield, M, Warner, TD, Lian, N, Krakow, B, Jenkins, JH, Kesler, J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*. 2002; 288(5):611-21.
5. Bhugra, D. Migration, distress and cultural identity. *British medical bulletin*. 2004; 69:129-41.
6. Kirmayer, LJ, Narasiah, L, Munoz, M, Rashid, M, Ryder, AG, Guzder, J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2011; 183(12):E959-67.
7. Bronstein, I, Montgomery, P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*. 2011; 14(1):44-56.
8. Fazel, M, Wheeler, J, Danesh, J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005; 365(9467):1309-14.
9. Michelson, D, Sclare, I. Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2009; 14(2):273-96.
10. Sack, WH, McSharry, S, Clarke, GN, Kinney, R, Seeley, J, Lewinsohn, P. The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *The Journal of nervous and mental disease*. 1994; 182(7):387-95.
11. Reijneveld, SA, de Boer, JB, Bean, T, Korfker, DG. Unaccompanied adolescents seeking asylum: poorer mental health under a restrictive reception. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005; 193(11):759-61.
12. Huemer, J, Karnik, NS, Voelkl-Kernstock, S, Granditsch, E, Dervic, K, Friedrich, MH, et al. Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2009; 3(1):13.
13. Stewart, DE, Gagnon, A, Saucier, JF, Wahoush, O, Dougherty, G. Postpartum depression symptoms in newcomers. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2008; 53(2):121-4.
14. Zerkowicz, P, Schinazi, J, Katofsky, L, Saucier, JF, Valenzuela, M, Westreich, R, et al. Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural psychiatry*. 2004; 41(4):445-64.
15. Dennis, CL, Chung-Lee, L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* (Berkeley, Calif). 2006; 33(4):323-31.

16. Kurth, E, Jaeger, FN, Zemp, E, Tschudin, S, Bischoff, A. Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC public health*. 2010; 10:659.
17. Goosen, S, Uitenbroek, D, Wijzen, C, Stronks, K. Induced abortions and teenage births among asylum seekers in The Netherlands: analysis of national surveillance data. *Journal of epidemiology and community health*. 2009; 63(7):528-33.
18. Barkho, E, Fakhouri, M, Arnetz, JE. Intimate partner violence among Iraqi immigrant women in Metro Detroit: a pilot study. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*. 2011; 13(4):725-31.
19. Swinkels, H, Pottie, K, Tugwell, P, Rashid, M, Narasiah, L. Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2011; 183(12):E928-32.
20. Gerritsen, AA, Bramsen, I, Deville, W, van Willigen, LH, Hovens, JE, van der Ploeg, HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006; 41(1):18-26.
21. Lamkaddem, M, Stronks, K, Deville, WD, Olf, M, Gerritsen, AA, Essink-Bot, ML. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC psychiatry*. 2014; 14:90.
22. Roth, G, Ekblad, S. A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006; 194(5):378-81.
23. Roth, G, Ekblad, S, Agren, H. A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2006; 21(3):152-9.
24. Fernandez, M, Pissioti, A, Frans, O, von Knorring, L, Fischer, H, Fredrikson, M. Brain function in a patient with torture related post-traumatic stress disorder before and after fluoxetine treatment: a positron emission tomography provocation study. *Neuroscience letters*. 2001; 297(2):101-4.
25. Pissioti, A, Frans, O, Fernandez, M, von Knorring, L, Fischer, H, Fredrikson, M. Neurofunctional correlates of posttraumatic stress disorder: a PET symptom provocation study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2002; 252(2):68-75.
26. Bremner, JD, Randall, P, Scott, TM, Bronen, RA, Seibyl, JP, Southwick, SM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995; 152(7):973-81.
27. Gurvits, TV, Shenton, ME, Hokama, H, Ohta, H, Lasko, NB, Gilbertson, MW, et al. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1996; 40(11):1091-9.
28. Boscarino, JA. Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004; 1032:141-53.
29. Schnurr, PP, Spiro, A, 3rd, Paris, AH. Physician-diagnosed medical disorders in relation to PTSD symptoms in older male military veterans. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2000; 19(1):91-7.

30. Hamner, MB. Exacerbation of posttraumatic stress disorder symptoms with medical illness. *General hospital psychiatry*. 1994; 16(2):135-7.
31. Mittal, D, Torres, R, Abashidze, A, Jimerson, N. Worsening of post-traumatic stress disorder symptoms with cognitive decline: case series. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2001; 14(1):17-20.
32. Borgå, P, Al-Saffar, S. Trauma ger posttraumatiskt stressyndrom- En verklighet som myndigheterna inte vill se. *Tidskriften för Svensk Psykiatri* 2007; (1):28-32.
33. Bischoff, A, Denhaerynck, K, Schneider, M, Battegay, E. The cost of war and the cost of health care - an epidemiological study of asylum seekers. *Swiss medical weekly*. 2011; 141:w13252.
34. Furtmayr, H, Frewer, A. Documentation of torture and the Istanbul Protocol: applied medical ethics. *Medicine, health care, and philosophy*. 2010; 13(3):279-86.
35. Haagensen, JO. The role of the Istanbul-Protocol in the uphill battle for torture survivors being granted asylum in Europe and ensuring the perpetrators pay. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. 2007; 17(3):236-9.
36. Iacopino, V, Ozkalipci, O, Schlar, C. The Istanbul Protocol: international standards for the effective investigation and documentation of torture and ill treatment. *Lancet*. 1999; 354(9184):1117.
37. Perera, C, Verghese, A. Implementation of Istanbul Protocol for effective documentation of torture - review of Sri Lankan perspectives. *Journal of forensic and legal medicine*. 2011; 18(1):1-5.
38. Amstadter, AB, Myers, JM, Kendler, KS. Psychiatric resilience: longitudinal twin study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2014; 205(4):275-80.
39. Ensamkommande barns och ungas behov – en kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Art.nr: 2013-11-37.
40. Gerrity, MS, Corson, K, Dobscha, SK. Screening for posttraumatic stress disorder in VA primary care patients with depression symptoms. *Journal of general internal medicine*. 2007; 22(9):1321-4.
41. Kimerling, R, Trafton, JA, Nguyen, B. Validation of a brief screen for Post-Traumatic Stress Disorder with substance use disorder patients. *Addictive behaviors*. 2006; 31(11):2074-9.
42. Martenyi, F, Soldatenkova, V. Fluoxetine in the acute treatment and relapse prevention of combat-related post-traumatic stress disorder: Analysis of the veteran group of a placebo-controlled, randomized clinical trial. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2006; 16(5):340-9.
43. van der Kolk, BA, Dreyfuss, D, Michaels, M, Shera, D, Berkowitz, R, Fisler, R, et al. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994; 55(12):517-22.
44. Xu, JJ, Chan, MJ, Yang, YC. Fluoxetine as a treatment for post-traumatic stress disorder. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*. 2011; 16(3):257-62.
45. Hirschfeld, RM. Sertraline in the treatment of anxiety disorders. *Depression and anxiety*. 2000; 11(4):139-57.
46. Løndborg, PD, Hegel, MT, Goldstein, S, Goldstein, D, Himmelhoch, JM, Maddock, R, et al. Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: results of 24 weeks of open-label continuation treatment. *The Journal of clinical psychiatry*. 2001; 62(5):325-31.
47. Katzman, M. Venlafaxine in the treatment of anxiety disorders. *Expert review of neurotherapeutics*. 2004; 4(3):371-81.

48. Neuner, F, Catani, C, Ruf, M, Schauer, E, Schauer, M, Elbert, T. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008; 17(3):641-64, x.
49. Neuner, F, Kurreck, S, Ruf, M, Odenwald, M, Elbert, T, Schauer, M. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive behaviour therapy*. 2010; 39(2):81-91.
50. Duarte-Velez, Y, Bernal, G, Bonilla, K. Culturally adapted cognitive-behavior therapy: integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of clinical psychology*. 2010; 66(8):895-906.
51. Hinton, DE, Rivera, EI, Hofmann, SG, Barlow, DH, Otto, MW. Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural psychiatry*. 2012; 49(2):340-65.