

---

# Psykosocialt stöd och prognosen för psykisk återhämtning vid katastrofer och stora olyckor

MATTI PONTEVA, TANJA LAUKKALA OCH MARKUS HENRIKSSON

---

Att ordna psykosocialt stöd efter en stor olycka eller katastrof kräver multiprofessionellt samarbete. Redan i räddningsfasen går det att tillämpa vissa allmänt godtagna principer för första hjälpen och prehospital akutsjukvård, som sedan differentieras enligt aktörernas yrkeskunskaper. Senare är det viktigast att identifiera de offer som löper risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom eller andra psykiska störningar. En klar majoritet av de drabbade tillfrisknar utan egentlig medicinsk behandling, men med hjälp av gott socialt stöd och tillräckligt noggrann uppföljning. Förstahandsbehandlingen för posttraumatiskt stressyndrom är psykoterapi, men läkemedelsbehandling och en kombination av flera behandlingsformer behövs ofta. Prognosen för tillfrisknande efter en stor olycka är rätt god i Finland, men vi har ingen erfarenhet av situationer av katastrofstorlek under fredstid.

## Inledning

Det psykiska stöd som ges vid stora olyckor och vid katastrofer bör vara omfattande och det är en uppgift för alla som deltar i räddningsarbetet att ge sådant stöd i någon form. Social- och hälsovårdsministeriet har definierat psykosocialt stöd och tjänster som en övergripande term för hela den verksamhet som ordnas för att begränsa följderna för människor vid en samhällsolycka, stor olycka eller någon annan särskild situation och för att motverka och lindra följderna av den psykiska stressen (1, 2). Ansvarsområdena kan grovt indelas i psykiskt stöd, där ansvaret i första hand faller på hälso- och sjukvårdspersonalen, i socialt arbete och social service och i andligt stöd, som erbjuds av kyrkan och andra religiösa samfund. Denna indelning ger dock inte en rättvis bild av den samlade verksamheten, där flera olika yrkesgrupper deltar och som till sin natur är multiprofessionellt samarbete (3).

## Stöd för offren i räddningsfasen

I en katastrofsituation får så gott som alla och vid en stor olycka får många av de drabbade en psykisk reaktion som vanligen fyller kriterierna för akut stressreaktion (4). Det kan bland annat vara en känsla av att vara drogad, avskämd observationsförmåga och avskär-

mat medvetande, avmattade reaktioner på yttre stimuli och förlamning, men ibland också autonom upphetsning som liknar panikångest. Hos största delen av offren kräver symtomen inga omedelbara åtgärder, men hos uppskattningsvis 10–25 procent är de stressbetingade ångestsymtomen så kraftiga, eller förknippade med aggressivitet, dissociativ stupor, okontrollerad överaktivitet eller flykt, att omedelbara första hjälpen-insatser är påkallade. Egentliga psykotiska symtom är dock sällsynta (1, 5). Vid omfattande samhällsolyckor kan antalet patienter med symtom vara större.

Största delen av de utsatta kan också vid en katastrof evakueras till en skyddad plats, samlade och övervakade på lämpligt sätt, om farosituationen inte fortsätter. En allmän rekommendation är att tillämpa bland annat följande principer för psykisk första hjälpen (5–7):

- Hjälpt offren att få sina grundläggande behov tillfredsställda (mat, skydd, brådskande medicinsk vård).
- Lyssna på dem som vill dela sin upplevelse. Kom ihåg att det inte finns något "rätt" och "fel" sätt att känna eller uppleva händelserna.
- Försök vara vänlig, empatisk och realistiskt hoppfull också när människorna betar sig på ett besvärligt eller krävande sätt.
- Erbjud riktig information om katastrofen och räddningsinsatsen så klart och tydligt som möjligt.

- Hjälp offren att få kontakt med sina närmaste så fort som möjligt.
- Håll familjemedlemmar samlade alltid när det är möjligt.
- Ge praktiska råd som hjälper människorna att hjälpa sig själva och uppmuntra dem att sörja för sina egna behov i mån av möjlighet.
- Påminn offren om att hjälp och stöd är på väg, om du vet att så är fallet.

Anvisningar speciellt för läkare är dessutom:

- Beakta, i den mån det är möjligt, offrets flerhandikapp och fysiska eller psykiska sjukdom som har funnits redan före olyckan.
- Delegera så mycket som möjligt den psykiska första hjälpen till utbildade lekmän från hjälporganisationerna.
- Flytta dem som har fått en svår stresschock till ett särskilt behandlingsställe för vård och observation av krisgruppen. Försök identifiera panikbenägna offer för att förhindra "smitta".
- Var restriktiv med att ordinera psykmedicin och låt inte alkohol användas som medicin.
- Bete dig lugnt och var ett exempel för andra.
- Dra ditt strå till stacken för att sociala stödinsatser för offren ska inledas så snabbt som möjligt och för att ge dem kontakt med lokala myndigheter och organisationer.

### Stöd i senare faser av katastrofen

När räddningsinsatserna vid katastrofer avslutas och man övergår till återuppbyggnadsfasen kan klart mer än hälften av offren fortfarande ha psykiska symtom. En allmän uppskattning är att högst 20–30 procent av dem som har upplevt en svår stresshändelse utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (2, 7). Majoriteten upplever en traumatisk kris som inte kan diagnostiseras som en psykisk störning och största delen klarar av krisen på egen hand med stöd av sina närmaste och andra. Vid katastrofer är behovet av sådant stöd extra stort, och stödet är i själva verket viktigare med avseende på offrets prognos än egentlig psykiatrisk behandling i initialskedet (5). Svårigheten är att på ett tidigt stadium sålla fram de personer som löper risk att utveckla stressyndrom eller någon annan psykisk störning som är relaterad till katastrofen. Det centrala är att identifiera de offer, vars akuta psykiska symtom är svåra eller inte avklingar eller som saknar stöd av familj eller andra närstående, exempelvis eftersom de närmaste har omkommit eller är handlingsförlamade.

Allmänna behandlingsprinciper för en begynnande traumatisk kris som orsakar utdragen psykisk chock eller kraftiga ångestsymtom är (5):

- att ge patienten trygghetskänsla
- att lugna ner patienten på ett individuellt sätt
- att undvika onödig, omtumlande information
- att undvika att lämna patienten ensam och
- att utnyttja sociala nätverk.

Att ordna psykisk efterbehandling hör till hälso- och sjukvårdspersonalen eller till specialutbildad personal inom socialvården (2, 6, 7). Personer som har konstaterats lida av svåra stresssymtom hänvisas redan i detta skede till behandling på hälsovårdscentralen eller inom företagshälsovården och till att få stöd av en krisgrupp. De undersöks av en allmänläkare, och kriserapeutisk samtalsterapi inleds vid behov. För dem som har lindrigare

### SKRIBENTERNA

**Matti Ponte**, MKD, KH, specialistläkare i psykiatri och hälsovård. Psykiater inom försvarsmakten sedan 1984, överläkare för psykisk hälsovård 1994–2001. Konsulterande psykiater vid Kauniala krigsskadesjukhus 1990–2005. Ordförande och koordinerad skribent för arbetsgruppen för rekommendationen för god medicinsk praxis "Posttraumatiska stressreaktioner och -störningar" 2006–2009 och 2013–.

MD **Tanja Laukkala** är specialistläkare i psykiatri med specialkompetens i militärmedicin. Hon är sakkunnigläkare vid FPA, ansvarsområde psykisk rehabilitering. Tidigare psykiatriöverläkare vid Centret för Militärmedicin. Sekreterare för arbetsgruppen för rekommendationen för god medicinsk praxis "Posttraumatiska stressreaktioner och -störningar" 2006–2009 och 2013–.

Docent **Markus Henriksson** är specialistläkare i psykiatri, specialkompetens i allmänpsykiatri, psykoterapeut. Gruppchef på Valvira, medicinalråd. Psykiatriöverläkare på Centralmilitärsjukhuset 1995–2005, konsulterande specialistläkare vid Centret för Militärmedicin. Medlem i arbetsgruppen för rekommendationen för god medicinsk praxis "Posttraumatiska stressreaktioner och -störningar".



Figur 1. Det samlade psykosociala stöd som behövs efter en katastrof.

symtom ordnas möjlighet till undersökning på hälsovårdscentralen, där man kan inleda en ändamålsenlig uppföljning ("watchful waiting"). För att undvika oändamålsenlig medikalisering av naturlig återhämtning erbjuds medicinsk behandling dock inte aktivt. Man förhåller sig i detta skede restriktiv till läkemedelsbehandling. Vid sömnstörningar kan medicinering användas under en kort tid. Skriftlig och elektronisk information samt informationsmöten vid behov hör också till den medicinska behandlingen. Det viktigaste är att alla som deltar i behandlingen använder ett konsekvent psykoterapeutiskt element.

I katastrofsituationer ska man speciellt beakta de psykiska reaktionerna hos dem som måste behandlas på sjukhus för sin fysiska skada. Risker för stor olycka bör beaktas redan när verksamheten på en akutpoliklinik planeras (1). Allmänpsykiatrisk konsultation behövs vanligen redan i det första stadiet om de psykiska symtomen är kraftiga. Behandlingsplanen görs upp på grundval av konsultationen, och vid behandlingen försöker man utnyttja hela den personal som står till buds på sjukhuset.

Till det psykosociala stödet efter en katastrof hör bland annat (2, 7):

- omfattande information om händelsen och om behandlings- och stödmöjligheter och service
- att ordna de mest outhärliga tjänsterna och att trygga försörjningen

- stöd för sociala nätverk, att återställa funktionerna i gruppen och att förena familjer
- de barnskyddsåtgärder som situationen kräver
- att ordna tillfällena för de drabbade att stödja varandra och uppmuntra dem att delta och
- att ordna den sociala och juridiska rådgivning som situationen kräver.

Det samlade psykosociala stöd som behövs efter en katastrof illustreras av pyramiden i Figur 1. Ju större katastrofen är desto bredare är pyramidens bas och desto smalare är spetsen.

Olika gruppbase interventioner för stresshantering har utvecklats för att hjälpare i katastrofsituationer ska återhämta sig snabbare och för att säkerställa att de har handlingsförmåga också i framtiden. Medan räddningsarbetet fortfarande pågår och senast direkt efter att det har avslutats kan avlastningssamtal (defusing) ordnas, där de inblandade kort granskar de känslor som insatserna under katastrofen har gett upphov till. Sådana samtal anses i allmänhet vara nyttiga och de kan förenas med en så kallad teknisk genomgång av situationen. En liknande mer omfattande slutdiskussion om hela händelsen är också möjlig. Dessutom kan man ordna psykologisk genomgång (debriefing), gärna för homogena grupper på 10–15 personer till exempel med samma yrkesidentitet, inom 1–5 dygn efter händelsen. Gruppen leds av en yrkesutbildad person som är insatt i stresshantering. En sådan genomgång kan, om den är väl genomförd, vara

---

till nytta, speciellt för en grupp som också i framtiden kommer att råka ut för stressituationer i sin yrkesroll. Debriefing kan inte ersätta individuell krisbehandling, och det finns ingen evidens för att debriefing skulle förhindra att posttraumatiskt stressyndrom senare utvecklas (6, 7). Därför rekommenderas debriefing inte numera för slumpmässiga offer för en stressituation, men vid katastrofer kan till exempel ett informationsmöte lätt utvecklas till att likna debriefing. Dåligt planerad och genomförd debriefing kan ha biverkningar.

### **Psykiskt stöd i sena stadier (återuppbyggnadsfasen)**

Efter katastrofen är det viktigt att i flera månader följa upp offer som genast i början hade kraftiga symtom, trots att det troligen råder brist på resurser. Extra viktigt är det att försöka identifiera posttraumatiskt stressyndrom (posttraumatic stress disorder, PTSD) under uppsegling. Utmärkande för syndromet är den tidsmässiga relationen till stresshändelsen och förekomsten av tre (eller fyra) symtomgrupper. Dessa är att gå på gång uppleva den traumatiska händelsen på nytt, att undvika sådant som har med traumat att göra och att reaktionskänsligheten avtrubbas, att inte komma ihåg centrala saker kring händelsen och att uppvisa ständiga symtom på psykisk överkänslighet och överspändhet (4, 6–9). I den amerikanska psykiaterföreningens nya manual DSM-5 har sänkt sinnesstämning och kognitiv förmåga tagits med som en särskild symtomgrupp. Till posttraumatiskt stressyndrom hör flera samtidiga störningar; de vanligaste är depressionstillstånd och missbruk av alkohol (7), men dessa varken styrker diagnosen PTSD eller utgör ett hinder för att ställa den.

För att bedöma behovet av stöd bör läkaren göra en psykiatrisk intervju på allmänläkarnivå enligt normal praxis, där läkaren försiktigt försöker klarlägga hur svår den upplevda chocken är och eventuella faktorer som predisponerar för PTSD. Som stöd för intervjun kan man använda olika typer av självskattningsblanketter för symtomkartläggning. Tillsammans med patienten går man igenom de viktigaste dragen i posttraumatiskt stressyndrom och hur de tidsmässigt utvecklas. Utgående från intervjun bedömer man om man kan fortsätta att lindra stressreaktionen på basnivå eller om det behövs brådskande psykiatriska specialundersökningar. Vanligen är sådana undersökningar bara i undantagsfall brådskande under den första månaden.

### **Behandling av posttraumatiskt stressyndrom**

Noggrann diagnostik parallellt med undersökning och behandling av eventuella samtidiga fysiska skador och information till patienten är redan i sig en intervention som ger psykosocialt stöd. Tillräckligt med tid bör reserveras för de inledande utredningarna. Lindriga störningar och sådana som varat 1–2 månader kan gott och väl skötas inom primärvården eller, med stöd av psykiaterkonsultation, på en enhet som behandlar somatiska skador. Nödvändig uppföljning och möjlighet till samtal med en person som är insatt i krishjälp bör ordnas, och det kan räcka som behandlingsintervention för patienter med lindriga symtom. Stressyndrom som ger svår nedsättning av funktionsförmågan, som drar ut på tiden och som reagerar dåligt på behandling bör hänvisas till den specialiserade psykiatriska sjukvården. Behandlingen sker vanligen inom den öppna vården, men fall med många störningar och synnerligen svåra symtom samt nedsatt funktionsförmåga kan ibland kräva undersökningar och behandling på sjukhus. En psykisk störning som patienten har haft redan innan den traumatiska händelsen bör vanligen behandlas i första hand, före eventuell psykoterapi som inriktas särskilt på det posttraumatiska stressyndromet (7).

Behandlingen vid PTSD är i första hand psykoterapi. Då måste man överväga om det räcker med en psykoterapeutisk vårdrelation med en sjukskötare eller någon annan person som är insatt i krishjälp på hälsovårdscentralen, inom företagshälsovården eller någon annan vårdform, med adekvat stöd av en allmänläkare som ger supportiv kontakterapi. Vid katastrofsituationer är möjligheterna att anlita en yrkesutbildad psykoteraapeut mycket begränsade. Evidensbaserade former av psykoterapi bör dock erbjudas sådana patienter med posttraumatiskt stressyndrom som inte har blivit hjälpta av sedvanlig behandling i initialfasen. Kontrollerade studier har påvisat effekten av kognitiv-behavioristisk psykoterapi (KBT) och av desensivering och nyprocessering med hjälp av ögonrörelser (EMDR), speciellt den traumacentrerade typen. Dessa terapiformer har konstaterats vara effektiva vid PTSD också när symtomen har fortgått i tre månader eller längre (6–8, 10).

En annan viktig behandlingsmöjlighet är läkemedelsbehandling. Målet med den är att lindra symtomen och förbättra funktionsförmågan så att patienten kan återgå till sina vanliga akti-



---

viteter. Läkemedelsbehandling bör övervägas om patienten inte är motiverad för psykoterapi eller om svaret på behandlingen är bristfälligt. Vid valet av läkemedel måste man beakta andra samtidiga somatiska och psykiska sjukdomar och den behandling som de kräver (7, 11). Psykoterapi och läkemedelsbehandling kompletterar varandra och kan vid behov kombineras.

Läkemedel som i första hand rekommenderas vid PTSD är antidepressiva i preferensordningen selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) samt av de gamla tricykliska läkemedlen amitriptylin. Av SSRI-preparaten finns mest forskningsdata om paroxetin och sertralin och av SNRI-preparaten om mirtazapin och venlafaxin (6, 7, 11, 12), men också de övriga läkemedlen i dessa grupper kan vara lämpliga. Vid valet av läkemedel bör man vara uppmärksam på preparatets individuella lämplighet, eventuella biverkningar och övrig medicinerings. Depressionsmedicineringen inleds med små doser som sedan gradvis ökas enligt sedvanliga behandlingsprinciper. Efter uppnådd effekt ska medicineringen fortsättas i minst tolv månader och i sinom tid avslutas så att dosen gradvis trappas ner.

Det finns ingen forskningsevidens om nytan av benzodiazepiner vid behandling av PTSD och risken för läkemedelsberoende är betydande. Vissa antipsykotika och stämningsstabiliserande mediciner har använts som tilläggsmedicinering, men forskningsrönen är bristfälliga. Läkemedel som minskar aktiviteten i det sympatiska nervsystemet, bland annat propranolol och vissa andra betablockerare, kan prövas mot symtomen på autonom överkänslighet, speciellt i initialskedet.

De samhällliga insatserna för psykosocialt stöd fortsätter och utvidgas i stadiet efter katastrofen enligt behov. Det är viktigt att ge saklig information, att återställa livsmiljön, att ordna tillräcklig social service och att trygga försörjningen, att stödja frivilligorganisationernas verksamhet och att snabbt åtgärda uppkomna missförhållanden. Det finns inga gångbara forskningsrön om den positiva medicinska inverkan av dessa åtgärder på individnivå, men det finns rikligt med beskrivningar av de negativa följderna av att försumma sociala stödinsatser (7).

### **Prognosen för posttraumatiskt stressyndrom**

Sedan diagnosen posttraumatiskt stressyndrom infördes har det framförts vitt skilda

uppskattningar av prevalensen för syndromet, men data som mycket väl kan generaliseras finns i ett material som omfattar 192 stora amerikanska olyckor på disaster-nivå åren 1980–2003 (13). Enligt översikten var prevalensen för PTSD hos vuxna omedelbara offer för stora olyckor orsakade av människor ett år efter olyckan i medeltal 30–40 procent, hos deltagare i räddningsinsatserna 10–20 procent och hos hela befolkningen 5–10 procent. Vid naturkatastrofer har motsvarande tal varit nästan hälften mindre. Vid stora olyckor kan syndromet mycket väl uppträda så sent som 9–12 månader efter händelsen. Av dem som från början har haft symtom kan cirka en tredjedel uppvisa symtom flera år efteråt. Forskningsrönen om långtidsprognosen för dem som har fått behandling för posttraumatiskt stressyndrom är otillräckliga.

Rapporter om senare undersökta katastrofer (14) har inte väsentligt förändrat denna helhetsbild. En grov uppskattning är att en tredjedel tillfrisknar helt, en tredjedel fortsätter att ha vissa symtom som inte medför betydande kliniskt eller socialt men och en tredjedel har kvar symtom som på något sätt är till klart förfång, om PTSD har diagnostiserats och behandlats i tid, mindre än ett halvt år efter händelsen. Arbetsoförmåga relaterad till den traumatiska upplevelsen är dock rätt ovanligt. Situationen är en annan hos patienter som också har fått en fysisk skada. Då kan PTSD i betydande grad försämra prognosen för återställd funktionsförmåga. Försämringen av den psykiska funktionsförmågan kan i sådana fall också lättare orsakas av andra psykiska reaktioner, så som depression, om den fysiska skadan med tiden visar sig vara obotlig.

I Finland har det de senaste decennierna inträffat några stora olyckor, men den enda händelsen av katastrofklass som också har drabbat finländare var tsunamin annandag jul 2004. Prevalensen för posttraumatiskt stressyndrom hos offren och deras släktingar kunde bara uppskattas indirekt, i efterhand och utan kännedom om det exakta antalet drabbade, men det är uppenbart att incidenten inom en rätt dåligt definierad tidsrymd kunde stiga till litet över tio procent. Den första finländska stora olyckan där de psykiska följderna undersöktes var explosionen på Lappo patronfabrik 1976. Då hänvisades 24 procent av barnen i offerfamiljerna och 26 procent av de vuxna till psykiatrisk undersökning, men de eventuella diagnoserna

är inte kända (7). Efter skolskjutningarna i Jokela och Kauhajokki undersöktes prevalensen av PTSD efter fyra månader och sexton månader med symtomenkätblanketter. Enligt undersökningen förekom det betydande eller måttliga symtom fyra månader efteråt hos 30–40 av dem som upplevde skottragedin och hos 20–30 procent sexton månader efteråt. Hos dem som exponerades allvarligt eller extremt var andelarna klart större. I kontrollskolor där det inte hade skett någon skjutning var andelen som uppvisade symtom cirka hälften av vad den var hos de drabbade (15). Undersökningarna verkar visa att inte ens en katastrofal olycka i Finland ger en ökning av årsprevalensen av PTSD med mera än cirka 10–15 procent av vad den skulle vara utan någon särskild olycka. I praktiken tillfrisknar de flesta av dem som har fått en traumatisk chock på naturlig väg åtminstone från lindriga symtom. Forskning hittills ger inte grund för att dra slutsatser om hur mycket en effektiv psykoterapeutisk behandling av PTSD i rätt tid kan inverka på prognosen. Samhälleliga faktorer och sociala faktorer inverkar också på prognosen för PTSD och andra psykiska störningar orsakade av psykisk chock. En stödjande, positiv inställning i samhället och rättvisa försäkringsmedicinska ersättningsprinciper kan antagligen avsevärt främja tillfrisknandet, men det behövs fler forskningsrön.

**Matti Ponteva**  
matti.ponteva@fimnet.fi

**Tanja Laukkala**  
tanja.laukkala@kela.fi

**Markus Henriksson**  
markus.henriksson@valvira.fi

*Matti Ponteva: Inga bindingar.*  
*Tanja Laukkala: Inga bindingar.*  
*Markus Henriksson: Inga bindingar.*

## Summary

### **Psychosocial support and prognosis in disasters**

*Psychosocial support in disasters and catastrophes should be arranged well, and all helpers must participate in its realization. Certain principles for psychological first aid are recommended during the rescue phase. Thereafter, it is essential to recognize victims who may develop post-traumatic stress disorder or any other psychic disorder. The majority of those exposed will, however, recover without specific medical care, merely with good social support and observation. Psychotherapy is the first-line treatment in severe stress disorders but pharmacotherapy or a combination of these is often necessary. The prognosis of psychosocial recovery in Finland is moderately fair.*

## Referenser

1. Ponteva M. Psykososiaalinen tuki. Kapitel 14 i boken Suuronnettomuusopas, red. Castrén M, Ekman S, Martikainen M, Sahi T, Söder J. Kustannus Oy Duodecim, Helsingfors 2006:125–134.
2. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2009:16. Psykososiaalinen tuki ja palvelut. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2009:16. Psykososiaalinen tuki ja palvelut. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2009:16. Psykososiaalinen tuki ja palvelut. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö: Julkaisuja 2009:16.
3. Henriksson M, Laukkala T. Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. Duodecim 2010;126:2643–4.
4. Psykiatrisk klassifikation av sjukdomar. Psykiatrirelaterade diagnoser i den finländska sjukdomsklassifikationen ICD-10. Institutet för hälsa och välfärd: Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar 1/2012.
5. Ponteva M. Katastrofpsykiatria. Kapitel 65 i boken Traumatologia, 7 upplagan, red. Kröger H, Aro H, Böstman O, Lassus J, Salo J. Kandidaattikustannus Oy, Helsingfors 2010:797–808.
6. Ponteva M. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö. Kapitel 35.36 i boken/webbpublikationen Lääkäriin käsikirja, 11 upplagan Kustannus Oy Duodecim, Helsingfors 2013:1303–6.
7. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Rekommandation för god medicinsk praxis. Duodecim 2009.
8. Henriksson M, Lönnqvist J. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Kapitel 12 i boken Psykiatria, 9.-10. upplagan, red. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Kustannus Oy Duodecim, Helsingfors 2011:257–281.
9. Laukkala T, Ponteva M. Traumaperäinen stressihäiriö. Ann Med Milit Fenn 2014;89:41–44.
10. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art No: CD003388.
11. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art No: CD002795.
12. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA et al. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Comparative Effectiveness Review No 92, AHRQ Publication No 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, April 2013.
13. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. Epidemiol Rev 2005;27:78–91.
14. Reifels L, Pietrantonio L, Prati G et al. Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. European Journal of Psychotraumatology 2013;4:22897 – <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22897>.
15. Haravuori H, Suomalainen L, Marttunen M. Jokelan ja Kauhajoen nuorten psykkinen hyvinvointi – miten nuoret voivat tänään. Duodecim 2010;126:2661–8.