

Appendix 4 – Alternativa och kompletterande behandlingsmodeller vid PTSD samt kliniskt handhavande av samsjuklighet och komplex PTSD

Inledning

Vi har i tidigare appendix och behandlingsavsnitt redovisat psykologiska behandlingsmetoder med en stark och likvärdig evidens framförallt vid behandling av PTSD. Det handlar i första hand om exponeringsbaserade metoder som också visat sig möjliga att använda även för individer med mer komplexa symtombilder (Hamblen et.al., 2019). Metaanalyser har dock indikerat att icke-specifika faktorer kan ha en ökad betydelse för utfallet vid störningar i självorganisering. Det handlar om individer som helt eller delvis uppfyller diagnoskriterier för komplex PTSD i ICD-11 (Karatzias et al., 2019b). För personer som uppvisar mer omfattande traumarelaterade svårigheter pågår idag aktuell forskning för att anpassa eller vidareutveckla traditionella psykoterapimodeller (Cloitre, Karatzias & Ford, 2020). Utöver detta har man i enskilda randomiserade studier kunnat påvisa en likartad effekt för behandlingsmodeller utan ett uttalat traumafokus både individuellt och i gruppformat (Markowitz et al., 2015; Mahoney et al., 2019).

Vi har redan tidigare hänvisat till forskning där evidensen är något svagare eller oklar där fortsatta studier behövs. Det handlar bland annat om tidiga insatser för att förebygga långvariga traumarelaterade svårigheter samt mer begränsade behandlingsprotokoll vilka kan användas på primärvårdsnivå. Vi har också redogjort för de naturalistiska studier som genomförts gällande psykoedukativa insatser för individer med allvarliga dissociativa störningar där randomiserade prövningar planeras i framtiden. När det gäller farmakologisk behandling vid PTSD har vi valt att i ett separat appendix beskriva evidensbasen även där den idag är otillräcklig.

För att göra bilden mer fullständig gällande vilka alternativa behandlingsmöjligheter som finns vid PTSD och komplex PTSD har vi på liknande sätt i detta separata appendix kortfattat önskat redovisa metoder med ett svagare eller begynnande evidensunderlag utifrån de rekommendationer som framkommit i internationella clinical practice guidelines.

Vi kommer i det följande att inledningsvis lyfta fram traditionella psykologiska behandlingsmodeller vilka i första hand riktar sig till individer med diagnosen PTSD. Vi redovisar därefter, alternativa metoder eller kompletterande mer holistiska eller integrativa behandlingsinslag med begynnande evidens i rekommendationer från ISTSS och Phoenix Australia. Dessa kan användas som

komplement till andra psykologiska behandlingsmodeller för gruppen komplext traumatiserade personer.

Vi önskar därefter fördjupa diskussionen kring behandling vid samsjuklighet samt avslutningsvis ge en översiktlig introduktion till den diskussion som idag förs kring komplex PTSD i aktuella guidelines. Vi beskriver hänsynstaganden som behöver göras för denna sistnämnda patientgrupp utifrån det osäkra evidensläge som fortfarande råder inom området. I samband med detta beskrivs den evidens som idag finns för behandlingsmetoder med en tydligare individualiserad och symtomorienterad ansats.

För ytterligare information om aktuella guidelines, referenser och förkortningar hänvisas till behandlingsavsnitt i appendix 1.

Traditionella psykologiska behandlingar med ett svagare eller begynnande evidensunderlag

Inledning

Här följer de metoder som i aktuella guidelines bedömts ha ett något lägre evidensunderlag. Benämningen av evidensgraden liksom i vissa fall antalet nivåer skiljer sig något åt mellan riktlinjerna men det handlar om metoder som visat god evidens även om den ej visat sig vara lika robust som för de behandlingsprotokoll som fått den starka graderingen. I flertalet fall handlar det här om metoder som inbegriper ett uttalat fokus på bearbetning av traumatiska minnen. Att bidra till minskat undvikande och ge verktyg till att förändra den kognitiva värderingen och betydelsen av traumat är andra viktiga delar i dessa terapimetoder. Det är samtidigt viktigt att påpeka att det också finns metoder utan explicit traumafokus som erhållit en villkorlig rekommendation utan att samtliga dessa element ingår. Vi har även listat behandlingsmetoder med emerging evidence och research recommendations.

International Society for Traumatic stress Studies

327 randomiserade studier ingick i de metaanalyser som genomfördes av ISTSS. Graderingen av evidensstyrkan delades upp i 5 nivåer: Strong, Standard, Low Effect, Emerging Evidence, Insufficient Evidence to Recommend. För att listas behövde minst en RCT finnas med i en av de metaanalyser som genomfördes. Vi har tidigare redogjort för fyra specifika behandlingar som erhållit en stark rekommendation i guidelines från ISTSS: CPT, PE, CT-PTSD och EMDR. Därutöver listades en odifferentierad metod CBT-T vilken regelmässigt innehåller viktiga gemensamma behandlingsinslag med övriga.

Det stora flertalet av de psykologiska behandlingsmetoder som redovisas i ISTSS riktlinjer vilka fått en svagare evidensgradering, är exponeringsbaserade. Följande gavs en standardrekommendation:

- Group CBT with a trauma focus.
- Guided Internetbased CBT.

- Narrative Exposure Therapy.

Metoder med exponeringsinslag som visat Emerging Evidence (begynnande evidens):

- Couple CBT with a trauma focus.
- Group and individual CBT (combined) with a trauma focus.
- Reconsolidation of traumatic memories.
- Single-session CBT.
- Virtual Reality Therapy.
- Written Exposure Therapy.

Följande icke traumafokuserade behandlingsmodeller gavs en standardrekommendation:

- Present Centered Therapy.
- Group CBT without a trauma focus.

Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health

Följande graderingar av evidensstyrkan används i riktlinjerna: *Strong for*, *Conditional for*, *Conditional against*, *Research Recommendations*. CBT-T, CPT, PE, CT-PTSD samt EMDR rekommenderas som förstahandsval och Strong for. En villkorlig rekommendation gavs till följande exponeringsbaserade behandlingsmodeller:

- Group CBT with a trauma focus.
- Guided Internetbased CBT.
- Narrative Exposure Therapy.

Följande icke traumafokuserade behandlingsprotokoll gavs en villkorlig rekommendation:

- Present Centered Therapy.
- Stress Inoculation Training.

Ett flertal psykologiska behandlingsmodeller finns med som *Research Recommendations* i Phoenix Australias uppdaterade riktlinjer från 2020, flertalet exponeringsbaserade:

- Couple TF-CBT.
- Group and individual (combined) TF-CBT.
- Meta-cognitive Therapy.
- Non-trauma focused CBT (affect regulation).
- Reconsolidation of traumatic memories (RTM).
- Single-session TF-CBT.
- Virtual Reality Therapy.
- Written Exposure Therapy (WET).

American Psychological Association

Graderingen av evidensstyrkan bedömdes enligt följande: *Strong for, Conditional for, Insufficient Evidence, Against*. CBT-T, CPT, PE, CT-PTSD rekommenderas som förstahandsval. Följande behandlingsmodeller erhöll en villkorlig rekommendation:

- EMDR.
- Brief Eclectic Psychotherapy.
- Narrative Exposure Therapy.

VA/DoD

Evidensstyrkan i riktlinjerna uttrycktes enligt följande: *Strong for, Weak for, No recommendation for or against, Weak against, Strong against*. Traumafokuserade behandlingsmetoder som CPT, PE, CT-PTSD och EMDR erhöll en stark rekommendation. Även Brief Eclectic Psychotherapy, Narrative Exposure Therapy samt Written Narrative Exposure tillhörde denna grupp. Följande icke traumafokuserade metoder bedömdes som *Weak for*:

- Stress Inoculation Training.
- Present Centered Therapy.
- Interpersonal Psychotherapy.

NICE

Graderingen av evidensstyrkan angavs enligt terminologin: *Offer, Consider, Do not offer*. CPT, PE, CT-PTSD, NET samt EMDR (non-combat related trauma) erhöll den starkaste rekommendationen. Följande behandlingsmodeller bedömdes med villkor, *Consider*:

- EMDR (1-3 months after non-combat related trauma).
- iCBT (Traumafocused and supported, without severe PTSD symptoms).

Nyare alternativa och kompletterande behandlingsmodeller

Inledning

Patientpreferenser är viktiga att förhålla sig till och personer med PTSD söker alternativ till traditionella psykologiska och farmakologiska behandlingar. Kvarvarande symtom och funktionsnedsättningar är också vanliga vid PTSD även efter genomgången evidensbaserad behandling. Symtombilden framförallt vid mer allvarliga svårigheter präglas dessutom av ett komplext samspel inbegripet kognitiva, emotionella och fysiska symtom.

Det finns således utifrån ett sådant perspektiv ett behov av kompletterande och alternativa behandlingsinslag också utifrån ett mer holistiskt synsätt. Enskilda studier har genomförts avseende meditation, mindfulness orienterade terapiformer, akupunktur, yoga och fysisk aktivitet.

Under senare år har dessutom några lovande behandlingsmodeller vuxit fram som syftar till att förändra hjärnaktiviteten hos traumatiserade individer; transcranial

magnetic stimulation och neurofeedback. Då antalet RCT studier hittills är litet med få deltagare behövs ytterligare forskning på området.

International Society for Traumatic stress Studies

Följande metoder har visat *Emerging Evidence* (begynnande evidens) i ISTSS guidelines:

- Akupunktur.
- Yoga.
- Somatic experiencing.
- Neurofeedback.
- Transcranial Magnetic Stimulation (TMS).

Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health

Research Recommendations gavs till följande icke psykologiska behandlingsmodeller med preliminär evidens och som bedöms som löftesrika:

- Akupunktur.
- Mindfulness-based stress reduction (MBSR).
- Neurofeedback.
- Physical exercise.
- Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS).
- Transcendental Meditation.
- Yoga.

NICE

Other Recommendations for research:

- Emotional Freedom Techniques (EFT).

Komorbida tillstånd vid PTSD

Inledning

Vi har tidigare i appendix 1 redovisat den forskning som bedrivs kring PTSD och samtidigt förekommande sustansbrukssyndrom där följsamhet och motivationsfaktorer ofta har en ökad betydelse för utfallet. Vi konstaterade också att samsjuklighet är mycket vanligt vid PTSD, något som även ISTSS lyfter fram i sina senaste behandlingsrekommendationer. Mer än 90 % av individer i kliniska populationer har påvisats lida av annan samtidig psykisk ohälsa. Det handlar ofta om komplexa samband där forskningsbaserade nätverksanalyser visat på de många vägar som leder till komorbida tillstånd.

Kliniska prövningar utesluter många gånger personer med allvarigare och kliniskt mer utmanande samsjuklighet såsom psykos, personlighetsstörningar och självskada. Under senare år har dock en ökad andel studier fokuserat på PTSD hos personer som också uppvisar enstaka andra psykiatriska tillstånd. Komorbida tillstånd innebär att klinikern behöver prioritera behandlingsmål och hantera de

risker som kan uppstå under en behandling för dessa individer vilka ofta har en lägre grad av livskvalitet och funktionsförmåga. Ett antal olika behandlingsstrategier har föreslagits med sekventiella och integrativa samt transdiagnostiska angreppssätt. Mycket av informationen i detta avsnitt följer Roberts, Back, Mueser & Murray, Treatment Considerations for PTSD Comorbidities publicerad i Effective Treatments for PTSD (2020). För flertalet refererade studier hänvisas till denna text.

Samsjuklighet, förekomst och behandlingsevidens Depression

Depression är det vanligaste komorbida tillståndet vid PTSD vilket runt 50 % av traumautsatta individer uppvisar. Samtidig depression innebär ofta en ökad symtomgrad och försämrad funktion men kan också inverka på möjligheten att engagera patienterna i traumafokuserad behandling. Prospektiva studier har visat på komplexa samband mellan dessa diagnoser när det gäller framväxt och underliggande gemensamma riskfaktorer.

Det finns begränsat med studier kring behandlingsmodeller för detta specifika komorbida tillstånd. Däremot har förbättringar av depressiva symtom konstaterats efter evidensbaserade PTSD interventioner som PE, CPT och EMDR jämfört med kontrollgrupp. Allvarligare depressiva symtombilder har dock antytt ett sämre utfall och understryker vikten av noggrann utredning och en individualiserad behandlingsplanering. Farmakologisk behandling kan bli aktuell och särskilda metoder som CPT och CT-PTSD kan övervägas för att specifikt rikta in sig mot den depressiva kognitiva komponenten såsom kronisk skuld.

Paniksyndrom

Panikångest och PTSD som komorbida tillstånd har i studier från 1990-talet visat på en livstidsprevalens runt 11%. I senare forskning har nivåer så höga som 35% framkommit i traumautsatta populationer. Individer med denna typ av komorbiditet har också visat sig vara mer sårbara för annan samsjuklighet såsom substansmissbruk, ökat suicidalt beteende och kroniska smärttillstånd. En sårbarhet som också är relaterad till begränsningar interpersonellt och i arbetsförmåga. Komorbid PTSD och paniksyndrom har visat sig förutsäga allvarligare psykiatriska svårigheter jämfört med PTSD som enda diagnos.

Det finns idag en brist på forskning gällande sambandet mellan PTSD och paniksyndrom. Kronisk hyperarousal som en följd av PTSD och förändringar i denna arousal, på grund av inre reaktioner hos individen när traumarelaterade minnesnätverk aktiveras, kan vara en faktor som leder till panikreaktioner. Av den anledningen kan dessa individer också vara ovilliga att engagera sig i en traumafokuserad behandling.

Idag finns endast ett fåtal studier kring anpassade eller alternativa behandlingsmodeller för denna grupp patienter. Ångestsymtomen tenderar generellt att förbättras tillsammans med andra symtom vid kliniska prövningar av

evidensbaserade behandlingar för PTSD men få av dessa har använt sig av diagnostiska kriterier för paniksyndrom som utfallsvariabel. Där sådana utdata finns har en inte obetydlig andel patienter upplevt att sådana förbättringar uteblivit. Utifrån gemensamma inslag i behandlingsmodeller för de båda separata tillstånden har en kombinerad modell förelagits och prövats i små randomiserade studier, Multiple channel exposure therapy (M-CET). Preliminära data är uppmuntrande men det är ännu oklart om metoden innebär en förbättring jämfört med traditionell behandling av PTSD.

Substansbrukssyndrom

Substansbrukssyndrom (SUD) är betydligt vanligare hos individer med PTSD än i den generella populationen. Ett flertal hypoteser och förklaringsmodeller har föreslagits bakomliggande detta samband där självmedicinering är en av de mer framträdande teorierna. Överkonsumtion av alkohol och droganvändning kan ses som försök att hantera bland annat sömnproblem och/eller påträngande traumarelaterade minnesbilder. Studier som stödjer denna föreslagna modell har visat på att PTSD vanligtvis föregår SUD och att en minskning av symtomgraden gällande PTSD har en större inverkan på SUD än det omvända. Andra teorier har framlagts kring mer komplexa orsakssamband.

Historiskt har denna patientgrupp först erhållit behandling för sitt substansbruk och därefter för sina traumarelaterade symtom. Undersökningar visar dock att flertalet av dessa individer föredrar en integrerad behandling. Anledningar till denna diskrepans har i studier visat sig bland annat handla om en underskattning gällande prevalensen för denna specifika typ av samsjuklighet. Det har också funnits en rädsla för att detta behandlingsupplägg ska leda till ett ökat sug och en aggravering av missbruket. Som vi tidigare har redovisat innebär denna specifika samsjuklighet utmaningar då avhopp är ett vanligt kliniskt problemområde som också behöver adresseras vid utvecklandet av nya behandlingsmetoder. Integrerade behandlingsinsatser kan innehålla traumafokuserade interventioner där psykoedukation och exponering är viktiga delar för att individen bättre ska kunna hantera tidigare traumatiska erfarenheter. Det kan också handla om en behandlingsmodell inriktad mot att utveckla personens egna copingorienterade strategier i nuvarande livssituation för att bidra till en ökad självacceptans och ett förbättrat självomhändertagande snarare än att bearbeta tidigare traumatiska händelser.

Ett antal systematiska litteraturöversikter och metaanalyser har studerat psykologiska interventioner för komorbid PTSD/SUD sedan 2010. Utifrån dessa har man kunnat konstatera att samtidig behandling är ett säkert behandlingsupplägg bidragande till en minskad symtomgrad gällande både SUD och PTSD (Roberts et al, 2015; Simpson et al, 2017). Som vi tidigare redovisat i appendix 1 önskade Simpson et al (2017) i sin senaste systematiska översikt utöver detta även klargöra evidensläget i studier där man använt sig av en aktiv kontrollgrupp som matchats med den integrerade behandlingen gällande likvärdighet i tid och uppmärksamhet. Ett intressant fynd i dessa RCT studier var

att även kontrollgruppen i samtliga fall uppvisade en tydligt minskad symtombelastning avseende både PTSD och SUD. Sammanfattningvis påpekar författarna det faktum att det fortfarande handlar om en grupp patienter som är svårbehandlad där vi idag uppnår begränsade resultat oavsett behandling. Robusta säkerställda skillnader i behandlingsresultat har således inte kunnat påvisas och vi behöver fortsatt inte bara utveckla nya behandlingar utan också ta hänsyn till patientpreferenser och utforska olika möjligheter till att individualisera behandlingen.

Psykos och bipolär sjukdom

Det finns omfattande evidens för att både schizofreni och bipolär sjukdom är associerade med en ökad grad av komorbid PTSD. Metaanalyser har konstaterat nivåer mellan 12-29 % för schizofreni och 16 % för bipolär sjukdom. PTSD diagnosen blir dessutom ofta oupptäckt eller odiagnostiserad hos personer med dessa svårigheter.

Det finns fler anledningar till den höga samsjukligheten. En faktor som påvisats är att traumatiska händelser under barndomen inte bara ökar risken för att utveckla PTSD utan också sårbarheten för psykotiska symptom och psykossjukdom. PTSD och sammanhängande stress kan i vissa fall också leda till sekundära psykotiska symptom. Psykossjukdom har även visat sig öka risken för att utveckla PTSD bland annat som en följd av en ökad traumabelastning relaterad till en interpersonell utsatthet och viktimering. Det finns också evidens för en gemensam underliggande genetisk sårbarhet.

Utvecklandet av behandlingsinsatser för PTSD hos personer med psykossjukdom har släpat efter bland annat på grund av att kliniker har uppfattat dessa upplevda traumarelaterade symptom som otillförlitliga. Forskning har dock påvisat att standardiserade instrument för bedömning av traumahistorik och PTSD symptom i denna patientgrupp är reliabla och ger valida diagnoser. Det har också funnits en oro för att ett fokus på trauma skulle kunna bidra till återinsjuknande vilket dock inte är farhågor som har besannats. Intresset för traumarelaterade behandlingsinsatser för denna patientgrupp har växt fram utifrån en ökad medvetenhet om den stora andel individer med odiagnostiserad PTSD.

Det finns ett ökat evidensbaserat stöd för positiva effekter av att behandla PTSD hos patienter med schizofreni och bipolär sjukdom. Randomiserade studier har visat på signifikanta förbättringar jämfört med treatment as usual med ett behandlingsprogram innehållande psykoedukation, kognitiv omstrukturering och andningstekniker. Efterföljande studier har konstaterat att dessa vinster troligtvis är större vid mer allvarliga symptom på PTSD. Evidensbaserade traumafokuserade metoder såsom PE och EMDR har också studerats hos denna patientgrupp. En randomiserad studie där dessa metoder jämfördes med treatment as usual fann en minskad grad av symptom på PTSD hos patienter i båda dessa aktiva behandlingsgrupper vilka kvarstod vid uppföljning efter 6 månader. Personer i

den aktiva gruppen var dessutom mindre benägna till symtomförsämring, senare negativa händelser och reviktisering.

Emotionell Instabil Personlighet (EIP)

EIP har konceptualiserats som en traumarelaterad störning med överlappande kriterier mot PTSD. Framförallt har övergrepp och försummelse under barndomen i ett flertal studier kunnat associeras med detta personlighetssyndrom även om en del av orsakskedjan också har kunnat knytas till neurobiologiska processer och en genetisk sårbarhet. Komorbiditeten är hög där forskning har påvisat prevalenssiffror mellan 25-56 %. Trots detta har få studier undersökt behandlinginsatser avseende PTSD för denna patientgrupp. Under senare tid har dock en stegvis modell utgående från DBT och PE utvecklats där preliminära data från en randomiserad pilotstudie visat på ett förbättrat utfall gällande PTSD symtom jämfört med DBT som ensam behandlingsintervention.

Två randomiserade studier har undersökt huruvida patienter med PTSD och EIP har mindre nytta av sedvanlig traumafokuserad behandling än individer med PTSD som enda diagnos. Det handlar i båda dessa studier om personer som blivit utsatta för sexuellt våld och som utöver PTSD diagnosen även screenats för EIP. Det begränsade samplet i den första studien och användningen av självskattningsinstrument för fastställande av EIP i den andra innebar att inga definitiva slutsatser kunde dras även om personer med EIP hade viss nytta av behandlingen.

Utöver detta kan nämnas två RCT studier gällande ett program för kognitiv omstrukturering. Patienter med allvarlig psykisk ohälsa, SMI (Severe Mental Illness) inkluderades i dessa studier. Deltagarna screenades även för EIP med SCID-II. Den traumafokuserade interventionen tolererades väl i denna grupp. Förbättringar gällande PTSD symtom var också större jämfört med TAU, treatment as usual, i båda dessa interventionsgrupper.

Huvudprinciper i arbetet med personer med allvarlig komorbiditet

Komorbid presentationer utgör en utmaning för kliniker, forskare och vårdgivare. Det finns dock en ökad evidens för kombinerade och integrativa ansatser när det gäller substansbrukssyndrom som samsjuklighet till PTSD. Ett visst stöd finns också vid komorbida diagnoser som paniksyndrom och kroniska smärttillstånd.

- Individer med konstaterad PTSD bör screenas rutinmässigt för vanliga förekommande komorbida tillstånd samt utredas närmare när det är indikerat.
- PTSD är en vanlig samsjuklighet till många andra psykiatriska tillstånd och bör alltid screenas för inom all psykiatrisk vård.
- Kliniker bör rutinmässigt utveckla en biopsykosocial fallbeskrivning för att stödja förståelsen av vad som lett fram till och underhåller PTSD

diagnosen och dess komorbida tillstånd. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt bidragande faktorer, nuvarande aktuella stressorer och triggers samt ömsesidigt upprätthållande faktorer och symtominteraktion.

- Kliniker bör inte utesluta patienter med psykosdiagnos, substansbruk och emotionellt instabil personlighetsstörning från traumafokuserad psykoterapi. Beredskapen och motivationen till att engagera sig i en evidensbaserad behandling behöver bedömas individuellt.
- Problemområden med hög risk bör normalt prioriteras interventionsmässigt.
- Psykoedukation anpassad till individens förståelsenivå är ofta en viktig del av att engagera patienten. Att främja en förståelse för sambandet mellan PTSD och annan aktuell samsjuklighet kan också bidra till patientens motivation.
- Under utredningsfasen behöver klinikern bedöma ifall komorbida störningar och symtom riskerar att bli ett hinder i traumafokuserad psykoterapi och överväga att erbjuda samtida interventioner, såsom COPE eller M-CET.
- När betydande samsjuklighet förekommer bör klinikern överväga evidensbaserade interventioner som riktar sig mot ihållande symtom.

Komplex PTSD i aktuella guidelines

Inledning

Vissa forskare och kliniker uttrycker en brist på vägledning när det gäller det kliniska handhavandet av gruppen patienter med komplex PTSD. I nuvarande clinical practice guidelines (CPGs) förs inte någon tydlig diskussion kring hur det tidsmässigt ska vara möjligt att skapa en hållbar allians med mer allvarligt traumatiserade individer där återkommande kriser också kan komma att behöva hanteras. Tillräcklig tid ges inte heller den senare fasen i terapin där framsteg i behandlingen ska integreras och bli till en varaktig förändring i individens dagliga liv (Ford & Courtois, 2020).

Av den anledningen och som ett uttryck för denna avsaknad inkluderades feedback från kliniker, patientgrupper och specifika fokusgrupper i guidelines från APA och VA/DoD vid den senaste uppdateringen. Där rekommenderades en tydligt personcentrerad behandling med en kollaborativ ansats, med hänsynstagande till kulturella faktorer, där klinikern också behöver ha erfarenhet av patienter med liknande bakgrund och svårigheter.

En arbetsgrupp är nu tillsatt inom APA för att arbeta fram rekommendationer som ska komplettera dessa riktlinjer när det gäller ett ansvarsfullt klientcentrerat förhållningssätt för att möta upp och hantera de utmaningar som denna patientgrupp innebär (Ford & Courtois, 2020).

Kliniskt handhavande utifrån nuvarande clinical practice guidelines

För personer med ytterligare behov, inklusive individer med komplex PTSD skriver NICE:

- Bygg in extra tid för att utveckla förtroende med personen, genom att öka varaktigheten av, eller antalet, behandlingssessioner utifrån personens behov.
- Ta hänsyn till säkerhet och stabilitet i personens livsomständigheter (till exempel deras bostadssituation) och hur detta kan påverka engagemang och en lyckad behandling.
- Hjälプ personen att hantera eventuella problem som kan vara ett hinder för att engagera sig i traumafokuserad terapi, såsom substansmissbruk, dissociation, känslomässig dysreglering, interpersonella svårigheter eller negativ självuppfattning.
- Arbeta med personen för ett planerat fortsatt stöd som de kan behöva efter avslutad behandling, till exempel för att hantera eventuella kvarvarande symtom avseende PTSD eller annan samsjuklighet.

I riktlinjer från Phoenix Australia 2020, ägnas ett särskilt avsnitt åt komplex PTSD. Där beskrivs utmaningen i att forskningsmässigt studera denna diagnosgrupp. Komplext traumatiserade personer uppvisar ofta en rad svårigheter med samsjuklighet, somatiska problem, våldsutsatthet, substansmissbruk, suicidalitet och dissociation vilka ofta är exklusionskriterier vid utfallsstudier. Utgångspunkten är dock ett bemötande som kännetecknas av traumamedveten omsorg där det ska finnas en beredskap att ställa frågor om traumahistorik och förstå hur det har påverkat den enskilda individen. I detta ingår också att skapa trygghet samt visa respekt för behovet av integritet hos de drabbade. Vården behöver också vara resursbaserad och inriktad på att stärka traumautsatta personers kompetens och agentskap.

Behandlingsinslag vid komplex PTSD

Vi kommer här att följa Cloitre, Karatzias & Ford, Treatment of Complex PTSD publicerad i Effective Treatments for PTSD (2020). Inledningsvis konstateras att komplex PTSD är en ny diagnos där en tydlig evidens saknas i dagsläget. Oavsett detta menar författarna så behöver en behandlingsplanering utgå från patientens värderingar, preferenser och särskilda bakgrund där den enskilda klinikern bidrar med sin erfarenhet.

Författarna hänvisar till en nypublicerad studie (Knefel et al., 2019) där en del tyder på att den negativa självuppfattningen är den mest centrala aspekten av symtombilden vid komplex PTSD följt av den bristfälliga affektregleringen. Personer med komplex PTSD upplever genomgripande tvivel på sitt värde med djupa känslor av skam och underlägsenhet, av att vara defekta och misslyckade. I studien framstår de interpersonella svårigheterna som sekundära till den negativa självbilden och problemen med affektreglering. PTSD symtomen förefaller mindre centrala och avhängiga svårigheter med självorganisering (DSO). Utifrån denna bild presenteras i det följande interventioner med visst forskningsmässigt stöd.

Självmedkänsla handlar om att vara vänlig mot sig själv vid motgångar och svårigheter men också att se sig själv och sin strävan utifrån en gemenskap med

andras kamp. Detta för att minska isolering och att bejaka och förstå det egna livsödet. Interventioner handlar om att minska självanklagelser, ältande och känslor av att vara åtskild från andra. Författarna föreslår att compassion inriktade behandlingsinslag kan vara speciellt viktiga för personer med en komplex traumabakgrund och allvarliga problem med självkänslan.

Två tidsbegränsade behandlingsprotokoll för att arbeta med svårigheter relaterade till affektreglering samt även interpersonella problemområden är TARGET (Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy) och STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation). Dessa har i enskilda icke randomiserade studier visat resultat som tyder på en förbättrad affektreglering och även minskade interpersonella problem samt PTSD symtom jämfört med kontrollgrupp. Interpersonal Psychotherapy (IPT) med sitt tydliga interpersonella fokus har i en randomiserad studie visat jämförbara resultat med Prolonged Exposure (PE) och större effektstorlekar än relaxation therapy på flera utfallsvariabler. Avhoppen visade sig också vara färre i den del av samplet som varit mer långvarigt sexuellt traumatiserade.

Här kan det också vara viktigt att nämna den forskning som bedrivs kring gruppbehandling för individer med mer komplexa symtombilder. Det handlar här om personer som varit utsatta för interpersonella trauman. Mahoney et al (2019) redovisar i sin metaanalys 36 randomiserade studier där man önskat jämföra olika typer av behandlingsupplägg men också effektstorlekar av en sådan gruppbehandling. Författarna kunde konstatera att både gruppen med traumabearbetande inslag, men även de som erhållit behandling i huvudsak utifrån en psykoedukativ ansats, uppvisade symtomförbättringar jämfört med sedvanlig behandling. Effektstorlekarna var dock något lägre i den senare gruppen och ej signifikanta. Mer anmärkningsvärt är att i ett mindre antal studier där dessa metoder prövades mot varandra visade resultatet sig vara mer tvetydigt och utan påvisbara signifikanta skillnader i utfall. Intressant nog visade dessa behandlingsprotokoll på styrkor inom skilda symtomdomäner och kan på så vis tänkas komplementera varandra när det gäller personer med mer komplex problematik.

Multimodulära interventioner

ISTSS skriver i sin senaste guideline om möjliga framtida forskningsstrategier vid komplex PTSD där utgångspunkten är att allvarlighetsgrad och typ av symtompåverkan kommer att ha betydelse för den mer individualiserade behandlingsplaneringen. Det handlar bland annat om att utvärdera ifall tillägg till nuvarande traditionella interventioner är av nytta. Vidare hur dessa i så fall ska integreras tidsmässigt och huruvida det krävs en ökad flexibilitet utifrån traumagruppens heterogenitet där skilda moduler används som inslag i behandlingen beroende på individens symtombild.

I ISTSS genomgång har man funnit fyra randomiserade studier gällande sekventiella behandlingar vid mer komplexa symtombilder. Samtliga studier innefattade kvinnor med en historia av interpersonell traumatisering vilka

diagnostiserats med antingen PTSD eller BPD och PTSD. Två av dessa inbegrep STAIR och ytterligare ett behandlingsinslag, Narrative Exposure Therapy. Övriga två prövade ett sekventiellt behandlingssupplägg med DBT och PE i det ena fallet, samt DBT och CPT i det andra. Samtliga studier indikerade att ett sådant sekventiellt förfarande skulle kunna innebära fördelar för vissa patientgrupper (Cloitre, Karatzias & Ford, 2020).