

Appendix 1 – Aktuella fakta kring traumarelaterade psykiska störningar

Epidemiologi

Inledning – WHO:s epidemiologiska studie

I följande genomgång har vi valt att till stora delar hänvisa till WHO:s epidemiologiska studie som genomfördes under åren 2001–2012. Det handlar om den största populationsstudien hittills i ett globalt sammanhang med syftet att få en tydligare bild av den psykiska ohälsan i världen. Metodologin var standardiserad och enhetlig och ett gemensamt intervjuinstrument, WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI), användes med omfattande träning och översyn av intervjuare. Prevalenssiffror och riskfaktorer togs fram för en rad psykiatriska diagnoser och ett slumpmässigt urval av närmare 70 000 vuxna individer från 24 länder intervjuades retrospektivt med utgångspunkt från symtomkriterier enligt DSM-IV (Bromet et al., 2018).

Som en del av denna större studie undersöktes även erfarenheter av traumaexponering samt förekomst av symptom på PTSD vilket är vårt fokus här. En central fråga handlade om att bättre förstå de riskfaktorer som bidrar till en mer kronisk utveckling efter en traumatisk händelse och i förlängningen en posttraumatisk symtombild. För att kunna bedöma den risk som typ av trauma utgjorde valdes en metod där varje person fick svara på frågor om sitt värsta trauma men också en slumpmässigt vald traumahändelse. Detta innebar också en möjlighet att minska bias vid bedömningen av prevalens (Kessler et al., 2017).

Flera andra riskfaktorer studerades, bland annat betydelsen av traumahistorik innefattande barndomstrauma, samt den roll som tidigare psykopatologi spelar för utvecklingen av PTSD. Diagnostiska frågeställningar såsom förekomst av kumulativa trauman och komplexa presentationer av PTSD samt evidens för den dissociativa subtyp som tillkommit i DSM-V, valdes också ut för fokuserat närstudium och kommer att presenteras närmare i diagnosavsnittet.

Traumaförekomst

29 potentiellt traumatiserande händelser ingick i WHO:s studie utgående från kriterium A i DSM-IV. Dessa delades upp i 6 övergripande kategorier (samt ett ospecificerat trauma):

- Krigsrelaterade händelser.
- Deltagande i organiserat våld.
- Utsatthet för fysiskt våld.
- Utsatthet för sexuellt våld eller partnervåld.

- Naturkatastrof eller allvarlig skada/sjukdom.
- En övrig kategori innefattande traumatisk förlust av en älskad person, rån eller allvarliga olyckor.

I genomsnitt hade 70 % av tillfrågade individer upplevt ett eller flera av dessa trauman under sin livstid. Flertalet hade varit utsatta för mer än ett trauma. Att lägga märke till är att drygt 30 % hade varit med om fler än 4 traumatyper. Vanligast förekommande av dessa händelser var den traumatiska förlusten av en älskad person (unexpected death of a loved one). Den uppgick till 16 % av samtliga traumahändelser men så många som 30 % av de intervjuade var drabbade av detta trauma. En vanlig traumakategori handlade om allvarlig olycka och skada där trafikolyckor och livshotande sjukdom var frekvent förekommande (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017).

Risikfaktorer för senare traumaexponering

Vi vet idag mer om följderna in i vuxen ålder av att som barn ha utsatts för svåra livshändelser. Den stora ACE studien (Adverse Childhood Experiences) och vidare forskning har inneburit en ökad kunskap om det stora folkhälsoproblem som negativa barndomshändelser utgör (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Herzog & Schmal, 2018). Det pågår idag även omfattande forskning kring hur hjärnan påverkas och behöver anpassa sig till en farofylld omgivning med ökad risk för senare psykisk ohälsa. Vid hjärnabbildning har man konstaterat både strukturella och funktionella förändringar i hippocampus och i ett flertal andra områden som samverkar med amygdala. Inte bara vårt inre system för att upptäcka fara eller hot, utan även strukturer som kan relateras till sensoriska system samt flera nätverk och integrativa delar i hjärnan, liksom corpus callosum har uppvisat påvisbara förändringar (Teicher et al, 2016; Teicher & Samson, 2016).

I WHO:s studie kunde man konstatera att trauman är korrelerade över tid. Den som drabbas av sådana händelser riskerar att utsättas för ytterligare trauman, ofta med start tidigt i livet. Detta innebär att en predisposition eller en sårbarhet föreligger som också påverkar individen under en stor del av livsloppet. Utifrån denna kunskap valde man att i efterhand (post hoc analys) undersöka betydelsen av tidigare psykopatologi och negativa traumatiska händelser under barndomen som riskfaktorer för senare traumaexponering.

I det senare fallet valdes 12 barndomshändelser ut vilka skulle ha drabbat individen innan 18-årsålder. Dessa innefattade bland annat interpersonella förluster (föräldrars död, skilsmässa, avbruten kontakt med föräldrar), missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa hos föräldrar, familjevåld, övergrepp/misshandel, försummelse, allvarlig sjukdom och ekonomiska problem.

I WHO:s studie predicerade barndomstrauma starkast för de traumahändelser senare i livet som innebar utsatthet för fysiskt och sexuellt våld, vilket också flera tidigare studier påvisat. Försummelse eller omsorgsbrist var den traumatyp som visade sig innebära störst risk men även fler av de stressfyllda händelser under

barndomen som valts ut i analysen innebar en ökad risk för senare traumaexponering (Shahly et al., 2018).

PTSD, tidigare mental ohälsa och negativa barndomshändelser

Tidigare epidemiologiska studier har visat att individuella riskfaktorer som mental ohälsa/psykopatologi samt traumabakgrund är viktiga bakomliggande riskfaktorer för att utveckla PTSD vid senare traumaexponering (Ozer et al., 2003; Di Gangi et al., 2013). I WHO:s studie där ett större antal DSM-IV diagnoser undersöktes fann man att flertalet ångestrelaterade tillstånd utgjorde en sådan ökad riskfaktor (Kessler et al., 2018).

När det gäller traumabakgrund så har man i tidigare analyser av den globala psykiska ohälsan kunnat konstatera hur framförallt familjevåld, barnmisshandel och föräldrars psykopatologi haft betydelse för utvecklingen av psykiska störningar hos den vuxna individen. En vidare fråga som man önskade få svar på som en del av PTSD studien var ifall även andra negativa barndomshändelser predicerade en sådan ökad risk. Även här valdes 12 barndomshändelser ut vid analysen (McLaughlin et al., 2018).

Fysiska och sexuella övergrepp, försummelse samt föräldrars psykopatologi var alla associerade med en ökad risk för att utveckla PTSD efter traumaexponering. Risken visade sig också vara additiv, riskökningen avtog inte vid flerfaldiga barndomstrauman som en del tidigare forskning antytt. Något som förvånade var att det aktuella traumats karaktär inte hade någon betydelse för utfallet och det förefaller som att en viss typ av negativa barndomshändelser skapar en generell sårbarhet oavsett den aktuella traumahändelsen (McLaughlin et al., 2018).

PTSD – prevalens och förlopp

Livstidsprevalensen för PTSD i relation till samtliga tillfrågade individer i WHO:s studie beräknades till 4 %. Den generella risken för att utveckla PTSD efter traumaexponering var 5,6 % men varierade kraftigt beroende på typ av trauma (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2018). Kategorimässigt var sexuellt våld eller partnervåld så kallat våld i nära relationer associerat med den högsta risken. Mer specifikt var våldtäkt, misshandel av partner, kidnappning och andra sexuella övergrepp de enskilda händelser som var förknippade med högst risk.

I en svensk epidemiologisk studie (Frans et al., 2005) där 1824 slumpmässigt valda individer tillfrågades om traumaexponering och symtombild avseende PTSD hade 80 % upplevt åtminstone en traumahändelse i sitt liv och bland dessa bedömdes 6,9 % uppfylla diagnoskriterier enligt PTSD i DSM-IV.

I WHO:s studie undersöktes det generella återhämtningsförloppet men också faktorer som kan påverka remission vid PTSD (Rosellini et al., 2018). Tidigare har bland annat Morina et al (2014) genomfört en metaanalys för att kartlägga långtidsförloppet av PTSD och i vilken utsträckning diagnostiserade personer uppvisat spontan remission utan behandling. En slutsats som drogs var att ungefär hälften av dessa individer återhämtar sig inom en period på tre år.

Sammantaget fann man i WHO:s studie att hälften av PTSD fall hade återhämtat sig inom två år och att 25 % ännu ej var symtomfria efter 10 år. Traumatyp visade inget signifikant samband med långtidsförloppet. Däremot fanns tecken på att tidigare ångestrelaterad psykopatologi påverkade återhämtningen negativt. Att som barn bli utsatt för familjevåld visade också ett signifikant om än något svagare samband med ett långsammare återhämtningsförlopp (Rosellini et al., 2018).

PTSD, Komplex PTSD och komorbiditet

Karatzias et al (2019) undersökte riskfaktorer och komorbiditet hos 1051 slumpmässigt valda personer som tidigare screenats positivt för upplevda livstidstrauman utifrån en reviderad version av Life Events Checklist (LEC). Diagnoskriterier enligt ICD-11 PTSD och komplex PTSD (CPTSD) verifierades med hjälp av The International Trauma Questionnaire, ITQ. 5.3 % respektive 12.9 % av individer i samplet uppfyllde dessa diagnoser.

Komorbiditets tillstånd som ingick i studien var egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom, alkoholmissbruk, suicidalitet och kronisk somatisk sjukdom. Komorbiditetsnivåer för PTSD varierade från 30 % till 60 % där samvariationen med alkoholmissbruk samt suicidalitet var mest uttalad. För CPTSD fann man nivåer från 45 % till 89 % där samtidig egentlig depression samt generaliserat ångestsyndrom var mest frekvent. Det konstaterades att nära hälften av individer vilka uppfyllt antingen PTSD eller CPTSD led av en aktuell kronisk sjukdom och att suicidrisken ökade mer än tre gånger hos dessa personer jämfört med andra traumautsatta i samplet.

Diagnostiska överväganden

Inledning – diagnostiska stridsområden

Alltsedan diagnosen PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, introducerades i DSM-III 1980 har den debatterats livligt och varit kontroversiell på flera sätt. Initiala reaktioner vid införandet handlade bland annat om att den av vissa kritiker uppfattades patologisera eller medikalisera normala stressreaktioner (Brewin et al., 2009). Det har också visat sig märkvärdigt svårt att skapa en mer generell och entydig definition av kriterium A gällande vilka traumahändelser det ska innefatta och hur snävt eller brett dessa potentiellt traumatiska situationer ska avgränsas (Weathers & Keane, 2007). Alltmer har också höjts röster för att ta hänsyn till den traumautsatta populationens heterogenitet och finna behandlingsformer som tar hänsyn till en mer komplex och långvarig traumahistorik, ofta med en bakgrund i svåra uppväxtvillkor (Herman, 1992).

PTSD – kriterium A

En del av den tidiga kritik som riktats mot PTSD diagnosen har kunnat tillbakavisas där epidemiologiska och neurobiologiska studier visat på hur extrem stress kan leda till långvarig psykopatologi och där man funnit distinkta profiler vid hjärnabbildning av personer med PTSD (Brewin et al., 2009). Weathers & Keane (2007) liksom Brewin et al (2009) redovisar en del av de frågor som

däremot fortsatt omgärdat svårigheten att avgränsa kriterium A i DSM-IV med delvis olika slutsatser. I grunden handlar detta om utmaningen i att finna en definition som både är tillräckligt sensitiv men också tillräckligt specifik.

Weathers & Keane (2007) summerar sin ståndpunkt och menar att det är ändamålsenligt att använda en definition som har hög sensitivitet för att undvika falska negativ. Efterföljande symtomkriterier blir viktiga delar i att ytterligare avgränsa diagnosen PTSD från andra traumarelaterade diagnoser. Författarna menar utöver detta att diagnosmanualen ger klinkern uttryckliga anvisningar om distinktionen mellan traumatiska och icke-traumatiska stressorer. Samtidigt ger den också en viss frihet där det kliniska omdömet behöver användas tillsammans med både kriterietexten och den bifogade förklarande text som finns med i DSM diagnostiken.

Brewin et al (2009) argumenterar för att avskaffa kriterium A helt och hållet och att istället fokusera på ett mindre antal kärnsymtom utifrån praktiska svårigheter att skapa en tillräckligt inkluderande men också avgränsad definition. Författarna menar dessutom att symtomprofilen för den enskilde individen beror av flera faktorer, biologiska och miljömässiga, och att det av den anledningen inte heller är önskvärt att definiera en utlösande faktor. Fokus i diagnostiken bör istället utgå från återupplevandesymtomen som visar sig i påträngande multisensoriska bilder åtföljda av rädsla och skräck. Dessa behöver kompletteras med andra närbesläktade symtom specifika för PTSD och i mindre grad speglade en generell dysfori för att förhindra en överlappande symtombild med andra psykiatriska diagnoser.

PTSD i DSM-V

I DSM-V har en egen kapitelrubrik skapats för så kallade, trauma- och stressrelaterade störningar, där PTSD diagnosen tidigare har sorterats in under rubriken ångeststörningar. Det beslutades också att inte längre behålla det subjektiva traumakriterium som införts i DSM-IV, då senare epidemiologisk forskning visat att det inte på något avgörande sätt bidrar till riskbedömningen kring PTSD (Bedard-Gilligan & Zoellner, 2008; Friedman et al., 2010). Kriterium A kvarstår dock, något utökat, men samtidigt med snävare kriterier för vissa tidigare mer otydligt avgränsade traumahändelser i DSM-IV. Utöver detta så introducerades en ny dissociativ subtyp av PTSD i DSM-V utifrån bland annat aktuell neurobiologisk forskning (Lanius et al., 2012).

Friedman et al (2011) beskriver de argument och avgöranden som legat bakom beslutet att flytta PTSD diagnosen till en egen grupp i DSM-V. Författarna redovisar den heterogenitet och det spektrum av kliniska manifestationer som symtombilden uppvisar vilket i sin tur har inneburit svårigheter att betrakta den enbart som en ångeststörning eller alternativt en rädslobaserad stressreaktion. Det har också visat sig svårt att klassificera PTSD i termer av ett internaliserande eller externaliserande syndrom.

Enligt författarna är det på grund av heterogeniteten i symtombilden som PTSD tillsammans med Akut Stressyndrom (ASD) och Anpassningsstörning (AD) istället bättre grupperas utifrån logiken att det finns en gemensam grund i en plötslig, oväntad föregående händelse som är att betrakta som ett miljöbetingat toxin. Diskussioner fördes även kring att införliva de dissociativa störningarna i denna grupp men oklarheten kring uppkomsten i ett näraliggande trauma som utlösande faktor i samtliga fall kunde inte säkert fastslås. Däremot är anknytningsrelaterad och långvarig traumatisering under barndomen en predisponerande faktor för dissociativa svårigheter i vuxen ålder liksom flera andra psykiatriska störningar (Sroufe et al., 2005).

Komplex traumatisering

Att bedöma prevalensen gällande ICD-11 Komplex PTSD var inte en del av WHO:s uppdrag eftersom inga officiella diagnoskriterier ännu fastställts vid tidpunkten för studien. En mindre delstudie (Karam et al., 2018) omfattade dock individer med erfarenhet av multipla trauman, något som är vanligt förekommande i den allmänna populationen, så även i WHO:s studie. I kliniska sammanhang har dessa individer konstaterats ha en allvarligare symtombild och mer påtagliga funktionssvårigheter än vanlig PTSD, se vidare nästa avsnitt. För att närmare undersöka detta närstuderades personer som under de senaste 12 månaderna upplevt en PTSD relaterad symtombild, bland annat gällande kumulativa livstidstrauman. I detta sammanhang valdes traumatyp, men inte frekvens, ut för analys vilket var en begränsning i studien (Karam et al., 2018). 12-månaders prevalensen för PTSD i samplet var 1.1 %. Av dessa drygt 1000 personer hade 19.8 % upplevt fler än ett trauma som påverkade deras aktuella PTSD symtomatologi. Individer med 4+ trauman visade sig ha allvarligare funktionssvårigheter avseende arbete, vardagsfunktion, nära relationer och social funktion i övrigt. Deras upplevda trauman skilde sig också från övriga med PTSD som rapporterat färre typer av trauman. Familjevåld, våld i nära relationer och fysiska övergrepp var vanligare förekommande. Komorbiditeten var även den mer uttalad med ångeststörningar, depressionstillstånd och hyperarousal.

PTSD och komplex PTSD i ICD-11

Brewin et al (2017) redogör för de kriterieförändringar som diskuterats i förarbetet till ICD-11 kring diagnosen PTSD. I motsats till DSM systemet, där ytterligare symtomkriterier har tillkommit, har man valt att förenkla dess symtompresentation och på så vis minska dess heterogenitet bland annat för att underlätta diagnostisering. Författarna menar dessutom att flera symtom i DSM-V diagnostiken överlappar med andra psykiska störningar och skapar en missvisande bild av samsjuklighet vilket också försvårat möjligheten att finna specifika biomarkörer för störningen. En föreslagen trefaktorstruktur med två kärnsymtom vardera har nu också antagits i den slutgiltiga versionen av diagnosmanualen. Prevalenssiffror för PTSD har visat sig hamna betydligt lägre än för ICD-10, även jämfört med DSM-IV och DSM-V. Brewin et al (2017) redogör också för den forskning som lett till det nu antagna förslaget att införa en syskondiagnos, Komplex PTSD, i ICD-11. Ett beslut som bland annat grundar sig på den mer

komplexa symtomprofil som framkommit i faktoranalytiska studier och latenta klassanalyser både i kliniska grupper och i andra populationsstudier av PTSD.

Diagnosen EPCACE, Enduring Personality Change After Catastrophic Experience, i ICD-10 har tidigare använts för att beskriva störningar i självorganisering som ibland drabbar individer som varit utsatta för multipla, kroniska och upprepade trauman både i vuxenlivet men kanske framförallt under barndomen. Fältstudier som genomfördes inför den nya uppdaterade diagnosmanualen DSM-V där en liknande diagnos DESNOS, Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified föreslagits ingå, visade att personer som utsatts för långvarig traumatisering tidigt i livet upplevde en högre symtombelastning inom områden som affektreglering, självupplevelse och relationsförmåga (van der Kolk et al., 2005). I kontrast till EPCACE krävs inte längre någon påvisbar personlighetsförändring för att ställa diagnosen Komplex PTSD. Det har debatterats ifall Komplex PTSD egentligen är att förstå som PTSD med komorbid Borderline Personality Disorder. Brewin et al (2017) menar dock att det förutom gemensamma svårigheter relaterade till affektreglering också finns distinkta skillnader inom andra symtomdomäner, bland annat gällande graden av instabilitet i självbild och i relationsförmåga över tid.

Pågående forskning kring den dissociativa subtypen i DSM-V

Longitudinella studier har visat på hur traumatiska erfarenheter tidigt under uppväxten i form av desorganiserad anknytning är en riskfaktor för senare psykopatologi men också mer specifikt för dissociativa tillstånd i vuxen ålder (Carlson, 1998; Sroufe et al., 2010). Lanius redovisar de fakta som legat till grund för att införa en dissociativ subtyp i DSM-V. Utöver den traumabakgrund som påvisats hos flertalet av dessa individer har man funnit specifika neurobiologiska mekanismer relaterade till dissociation. Dissociativa tillstånd har också visat sig predicera ett sämre utfall vid behandling av PTSD (Lanius et al., 2012).

En delstudie i WHO:s epidemiologiska undersökning önskade klarlägga evidens för den dissociativa subtypen i DSM-V. 25 018 intervjupersoner svarade på ett utökat frågebatteri som kretsade kring icke specifik psykologisk stress där också frågor om dissociation fanns med. Prevalenssiffror men också prediktorer, bland annat tidigare traumabakgrund och komorbiditet, samt konsekvenser i form av exempelvis ökad symtomgrad och suicidalitet ingick i studien (Stein et al., 2013). Författarna redovisar riskerna med att dra alltför långtgående slutsatser utifrån bristen på en tydlig operationalisering av kriterier för depersonalisation och derealisation då DSM-V fortfarande var i draft form när undersökningen gjordes. Studien är dock den första i sitt slag att försöka klarlägga förekomsten av dissociativa symtom i en icke klinisk global population.

En systematisk litteraturstudie har visat på prevalenssiffror från 6 % till 45 % för dissociativa symtom i traumautsatta grupper (Hansen et al., 2017). I WHO:s studie uppfyllde 14.4 % av deltagande individer som fått en PTSD diagnos kriterier för den dissociativa subtypen. I jämförelse med vanlig PTSD, var den förknippad med ökat antal återupplevande symtom, manligt kön, trauma under

barndomen, tidigare traumahistorik, en hög grad av psykiatrisk komorbiditet, allvarlig funktionsnedsättning och självmordsbenägenhet (Stein et al., 2013).

Schiavone et al (2018) redovisar studier som indikerar att den dissociativa subtypen kan associeras med ett bredare spektrum av dissociativa symptom hos berörda individer än vad som för närvarande fångas upp av de diagnostiska kriterierna. Författarna refererar även ett flertal studier som visat på hur patienter med allvarlig PTSD och dissociativa symptom upplevt en större andel sexuella och fysiska övergrepp under barndomen. I WHO:s studie konstaterar man i sin slutsats att det snarare är tidig och upprepad exponering för trauma och inte traumatyp som är mer avgörande som riskfaktor för att utveckla den dissociativa subtypen av PTSD (Stein et al., 2013)

Tidiga insatser – utredning

Inledning – tidig upptäckt

Flertalet forskare betonar idag vikten av tidig diagnostik och upptäckt som en avgörande faktor för att fler ska få tillgång till preventiva åtgärder samt effektiv behandling för traumarelaterade psykiska störningar (Roberts et al., 2019). WHO:s epidemiologiska studie visar liksom tidigare forskning att traumautsatta sällan erbjuds eller själva ser till att de får nödvändig hjälp (Thornicroft et al., 2018). Personer med PTSD är vanligt förekommande inom primärvården och epidemiologiska studier har visat på en betydande underdiagnostisering om vårdpersonal inte ställer direkta frågor om traumatiska händelser i patientens liv (Greene et al., 2016). Ett allmänt screeningförfarande anses dock inte vara resurseffektivt men tydliga och direkta frågor till riskgrupper och patienter med oförklarade somatiska symptom underlättar tidig upptäckt (Sonis, 2013; Greene et al., 2016).

Prevention – tidiga interventioner

Roberts et al (2019) genomförde en systematisk genomgång av studier där ett antal varierade behandlingsinsatser erbjudits individer i ett tidigt skede efter en traumahändelse. Utöver mer erkända manualiserade traumafokuserade psykoterapier ingick även en heterogen grupp av avgränsade interventioner med psykoedukativa och traumafokuserade inslag. Flera studier utvärderade även en modell för ”stepped care/collaborative care”. Metaanalysen var en del av ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) reviderade guidelines där 61 randomiserade studier ingick med ett inklusionskriterium som krav att dessa personer erbjudits behandling inom tre månader efter en potentiellt traumatiserande händelse. Antal behandlingstimmar varierade stort från 2 timmar till 16 timmar. Ingående studier fördelades på tre grupper beroende på om dessa studier haft som syfte att utvärdera behandling för samtliga individer som utsatts för en potentiellt traumatiserande händelse oavsett symtombild eller om de enbart riktats mot symtomatiska personer för att förhindra PTSD eller om behandlingen syftat mot att behandla de som utvecklat diagnos ASD eller PTSD.

Det framkom utifrån denna metaanalys ingen tydlig evidens för att interventioner som erbjudits samtliga individer efter en traumatisk händelse varit signifikant effektiva, inte heller kliniskt betydelsefulla. För symtomatiska individer visade Traumafokuserad KBT (CBT-T), Kognitiv psykoterapi utan exponering samt EMDR på kliniskt betydelsefulla skillnader i reducering av symtom gentemot väntelista och Treatment As Usual (TAU). Endast Traumafokuserad KBT prövades mot en aktiv kontroll och var utöver Kognitiv psykoterapi den enda metod som utvärderades avseende individer med diagnostiserad ASD eller PTSD. De bör förtydligas att behandlingsprotokollen var något modifierade vilket innebär att EMDR var en kortare intervention på 2-4 timmar. Traumafokuserad KBT där flertalet studier baserades på Prolonged Exposure varierade från 2-16 timmar.

PTSD behandling inom primärvård

Det pågår forskning kring avgränsade insatser som kan vara lämpliga att använda på primärvårdsnivå oavsett tidpunkten för traumahändelsen. Possemato (2011) har i sin översikt beskrivit ett antal behandlingsmetoder som prövats dels i en primärvårdskontext men också på medicinska traumaenheter och i form av internetbaserade interventioner vilka hon menar kan inspirera utvecklingen av framtida behandlingar inom primärvårdens ram. Hon konstaterar att dessa mer begränsade behandlingsprotokoll åtminstone preliminärt visat sig vara effektiva för ett flertal patienter och att en fortsatt metodutveckling är betydelsefull för att kunna möta upp fler traumautsatta personer.

En systematisk översikt och metaanalys av Lewis et al (2018) innefattade 10 randomiserade studier med sammanlagt 720 individer vilka genomgått internetbaserad KBT behandling (iCBT) för sina traumarelaterade svårigheter. Ett inklusionskriterium var att minst 70 % av deltagare (16 år eller äldre) i dessa studier uppfyllt diagnoskriterier för PTSD. Däremot fanns inga krav gällande typ av trauma, symtomgrad, duration av symtom eller tid som passerat sedan traumahändelsen. Behandlingslängden varierade från 4 veckor till 12 veckor. Aktiva behandlingar jämfördes i flertalet fall med väntelista och författarna konstaterar att dessa sammantaget visat på en möjlig positiv skillnad i effekt gällande reducering av symtom på PTSD, depression och ångest vid avslut av behandling. Skillnaden i effektstyrka var dock mindre än vid sedvanlig traumafokuserad KBT behandling och förändringen i livskvalitet skilde sig inte åt från kontrollgruppen. Studiernas heterogenitet samt risken för bias och det faktum att det fortfarande handlar om ett fåtal studier föranleder författarna att vara försiktiga i sina slutsatser.

Cigrang et al (2017) genomförde en randomiserad studie där 67 personer i aktiv militärtjänst erhöll prolonged exposure i kortformat utvecklad för primärvården. 50 män och 17 kvinnor ingick i studien. Behandlingsprotokollet innehöll 4 sessioner á 30-minuter fördelade på 4-6 veckor. Uppföljning 6 månader efter avslutad behandling visade stabila positiva och signifikanta förändringar på samtliga utfallsmått även om en del av dessa inte visade på statistiskt säkerställda skillnader jämfört med kontrollgrupp.

Både Cigrang et al (2017) samt Possemato (2011) resonerar kring betydelsen av stigma som ett hinder för att söka hjälp. Primärvården är av den anledningen viktig för att nå ut till fler grupper av patienter där tidiga insatser också kan bidra till att förhindra en ökad komorbiditet och symtombelastning över tid. Utifrån en ”stepped care/collaborative care” modell för patienter inom primärvården ser Cigrang et al (2017) också dessa avgränsade tidiga behandlingsinsatser som en möjlighet att möta upp patienter med milda eller medelsvåra symtom redan i den första kontakten och att specialistvårdens resurser kan fokusera på mer tidsintensiva behandlingar. Patienter som motiverats till behandling kan erbjudas utökad hjälp om denna kortvariga insats inte varit tillräcklig. Även Lewis et al (2018) och aktuella guidelines från Departments of Veteran Affairs and Defense (VA/DoD, 2017) föreslår en modell enligt stepped care inom primärvården även om evidensen i dagsläget är något svag eller oklar (VA/DoD, 2017).

Utredningsinstrument

Det finns idag flera självskattningsinstrument samt strukturerade intervjuer som har visat god reliabilitet och validitet vid diagnostisering av PTSD. Utöver detta, och med anledning av att WHO i sin senaste revidering ICD-11 nu antagit och avgränsat en komplex form av PTSD (CPTSD) pågår också en utveckling av instrument för självskattning och strukturerad klinisk intervju för denna diagnosgrupp. I förlängningen innebär det en möjlighet att förstå mer av tillståndet och utveckla mer effektiva behandlingsinsatser. Vi har i följande genomgång valt att följa Spinazzola & Briere (2020) i redovisningen av den evidens som föreligger för några av de bedömningsinstrument som används inom traumaområdet.

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) är ett av två självskattningsinstrument som visat god prediktiv validitet och som kan användas för screening av PTSD och symtomskattning enligt DSM-5. Psykometrisk forskning har visat på god intern konsistens, test - retest reliabilitet samt tillräcklig sensitivitet för att kunna följa behandlingseffekter över tid. Normativa standardiserade data saknas dock vilket för övrigt gäller för flertalet självskattningsskalor. The Trauma Symptom Inventory 2 (TSI-2) och The International Trauma Questionnaire (ITQ) är instrument specifikt utformade för att bedöma reaktioner och symtom relaterade till komplex PTSD. De har båda robusta psykometriska egenskaper. ITQ har validerats i större internationella studier (Karatzias et al., 2017; Cloitre et al., 2018) och har visat sig kunna differentiera PTSD, komplex PTSD och Borderline Personality Disorder från varandra. Instrumentet är tänkt att användas som det primära diagnostiska verktyget för PTSD och komplex PTSD i ICD-11. Det är dock ännu ej standardiserat och saknar en normering.

Få instrument för självskattning har standardiserats och validerats inom dissociationsområdet. DES är fritt tillgängligt och har använts mer generellt även om det saknar normering. Valideringsstudier har visat på begränsningar i tillförlitlighet och oklara psykometriska egenskaper. Framförallt kan det användas som ett enkelt screeninginstrument för en första initial bedömning av den dissociativa dimensionen och symtombelastningen. Som ett alternativ för

framtiden finns bland annat The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID) av Paul Dell som har visat goda psykometriska egenskaper. Det är däremot inte normerat och standardiserat. Det saknas även en svensk översättning i dagsläget.

The Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) är en traumaspecifik strukturerad diagnostisk intervju som kliniker kan använda för att både säkerställa diagnosen PTSD men också bedöma graden av symtombelastning. Den är nu uppdaterad med symtomkriterier enligt DSM-5. Tidigare validerade versioner har ett stort forskningsunderlag. Sedan 1994 finns The Structured Clinical Interview för Dissociative Disorders (SCID-D) vilket är det instrument som har visat bäst validitet vid bedömning av dissociativa symtom och dissociativa störningar. En uppdaterad version för DSM-5 är för närvarande under utveckling.

Utöver ovanstående redovisning av aktuella bedömningsinstrument från Spinazzola & Briere (2020) ska här också nämnas The International Trauma Interview (ITI) vilken har validerats i svensk översättning (Bondjers et al., 2019). Intervjun är tänkt att användas som ett strukturerat instrument för att diagnostisera ICD-11 PTSD och Komplex PTSD. Psykometriska egenskaper visar på god intern konsistens och interbedömar reliabilitet samt tillfredsställande validitet.

Pågående forskning kring riskmodeller

Under senare år har betydelsen av riskmodeller för predicering av PTSD blivit aktuella för att bättre fånga in personer med risk för att utveckla mer kroniska långvariga problem som en följd av traumaexponering. Det handlar om att kunna erbjuda dessa personer evidensbaserade preventiva interventioner och påverka förloppet i ett tidigt skede. Tidigare metaanalyser och systematiska översikter har kunnat peka på fem särskilt lovande prediktorer som i så fall behöver bedömas i nära anslutning till en traumahändelse. En modell som diskuterats inrymmer bland annat: typ och allvarlighetsgrad av trauma, socio-demografiska data, kumulativa trauman innefattande negativa och skadliga händelser under barndomen, tidigare psykisk ohälsa, samt akuta peritraumatiska känslomässiga och fysiologiska reaktioner (Kessler et al., 2014).

Som en del av WHO:s epidemiologiska studie utarbetades en sådan databaserad riskalgoritm där tre av dessa prediktorer ingick. Den överväldigande majoriteten av konstaterade PTSD fall visade sig vara relaterad till de 10 % av trauman som predicerats ha högst risk enligt denna modell. Prospektiva studier pågår för att bedöma och validera WHO:s riskmodell (Kessler et al., 2014).

Behandling PTSD/komplex PTSD

Inledning – clinical guidelines

Denna vårdriktlinje vilar till stora delar på aktuell forskning och internationella så kallade ”clinical practice guidelines” vilka kommer att presenteras nedan. Dessa har bland annat som mål att stödja kliniker i de val som behöver göras gällande

behandlingsinriktning. Det finns en uttalad vilja att underlätta beslut utifrån tillgänglig evidens men samtidigt inte diktera eller föreskriva en enskild behandlingsmodell som passar alla. En viktig princip i dessa guidelines är att de ska baseras på en transparent process för att reducera intressekonflikter och bias och att öppet redovisa den evidens som ligger till grund för de rekommendationer som ges (Hamblen et al., 2019).

Ett flertal psykologiska behandlingar har idag god evidens vid traumarelaterade psykiska störningar. Däremot behöver fler få tillgång till effektiva metoder. En metodutveckling behöver också ske för de patientgrupper som idag inte blir tillräckligt hjälpta (Bradley et al., 2005; Cloitre, 2015).

Psykoterapiforskningen är stadd i ständig förändring där nya studier och även analysmetoder kan revidera tidigare slutsatser. Vi kommer i det följande att ge exempel på den osäkerhet som trots ett tydligare evidensläge fortfarande råder inom området. Detta är också en anledning till varför vi i vårdriktlinjen valt att använda ett appendix för att kunna uppdatera kunskapsläget inom traumafältet utifrån nytillkommen forskning.

Med tanke på heterogenitet och preferenser hos de som söker hjälp för framförallt mer omfattande traumarelaterade svårigheter har det som en del av arbetet med riktlinjer uttryckts ett behov att utveckla förståelsen av den kontext som den psykiatriska miljön utgör. Det kan handla om att bättre förstå hur psykosocialt stöd och omvårdnadsinsatser, som ofta blir aktuellt för dessa patientgrupper, understödjer evidensbaserade och mer manualiserade behandlingsprotokoll (Cloitre, 2015).

Behandling vid PTSD

Hamblen et al (2019) har sammanfattat det rådande evidensläget gällande PTSD. Fem internationellt erkända guidelines har närstuderats avseende deras bedömning och gradering av evidensstyrkan för flera större psykologiska behandlingsmodeller. Redovisningen baseras på guidelines från American Psychological Association (APA, 2017), The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, 2018a), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2005; 2018), The Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health (2013; 2020) samt The U.S. Departments of Veteran Affairs and Defense (VA/DoD, 2017).

Samtliga guidelines gav starka rekommendationer för traumafokuserad psykoterapi innefattande Prolonged Exposure (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Cognitive Behavioral Therapy with a trauma focus (CBT-T) samt Kognitiv Psykoterapi för PTSD (CT-PTSD). Vissa skiljelinjer framkom gällande evidensstyrkan för andra traumafokuserade behandlingar där fyra av fem riktlinjer även gav en stark rekommendation för Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Socialstyrelsen har i sina riktlinjer (Socialstyrelsen, 2017) i likhet med aktuella guidelines från APA (2017) bedömt evidensstyrkan lägre. Variationen i bedömningen var något mer uttalad för Narrative Exposure Therapy

(NET) och Brief Eclectic Psychotherapy (BEP). Vissa guidelines gav dessutom rekommendationer för behandlingsmodeller utan ett tydligt exponeringsbaserat traumafokus såsom Present Centered Psychotherapy (PCT) liksom för gruppoch internetbaserade interventioner, av vilka en del erhållit en “måttlig” rekommendation.

Hamblen et al (2019) betonar i sin översikt att flera ingående randomiserade studier baserar sin evidens på patientgrupper med varierade och komplexa problem. Dessa guidelines stödjer av den anledningen även användandet av dessa behandlingsmodeller för patienter med allvarliga och komorbida symtombilder.

PTSD och flyktingbakgrund

Traumaproblematiken är utbredd hos flyktingar och asylsökande. De studier som finns avseende psykologisk behandling vid PTSD hos dessa personer ger visst stöd för traumafokuserade behandlingsmodeller. Flera systematiska översikter och metaanalyser har gjorts under senare år med något motsägelsefulla resultat. Turrini et al (2019) genomförde en metaanalys baserad på totalt 26 studier och 1959 individer. Interventioner som ingick i analysen var bland annat NET, EMDR och Traumafokuserad KBT. Dessa interventioner visade sig sammantaget vara effektiva och bidragande till en minskning av PTSD symtom jämfört med kontrollgrupp. Förbättringen visade sig vara stabil vid uppföljning en månad eller senare efter behandling. Typ av intervention hade betydelse för utfallet. KBT med traumafokus visade sig ha en signifikant effekt emedan däremot evidensen för EMDR och NET visade på brister. Tidigare liknande översikter (Nosé et al., 2017; Thompson et al., 2018) har påvisat en tydligare evidens för behandlingsmodeller som NET och EMDR.

PTSD, samsjuklighet och substansbrukssyndrom

Samsjuklighet är mycket vanligt vid PTSD och minst 2 av 3 personer uppfyller även kriterier för andra psykiatriska diagnoser. Depression, ADHD, alkohol- och drogmissbruk liksom kroniska somatiska sjukdomstillstånd är frekvent förekommande (Kessler et al., 2018). PTSD och substansbrukssyndrom förekommer således ofta tillsammans och är vanliga komorbida tillstånd både vid enkel PTSD och komplex PTSD (Karatzias et al., 2019a).

Roberts et al (2015) beskriver i sin systematiska översikt och metaanalys de svårigheter som denna grupp patienter innebär behandlingsmässigt. Både följsamhet och minskad motivation att stanna kvar i behandling påverkas negativt av substansbruket. Vanligt är också att personer med missbruksrelaterade svårigheter ej utreds eller behandlas för sin PTSD. 14 randomiserade studier med totalt 1506 deltagare ingick i metaanalysen där både individuella traumafokuserade behandlingar samt individ- och gruppbaseade interventioner utan traumafokus utvärderades, i flertalet fall gentemot TAU, Treatment As Usual (Roberts et al., 2015). I samtliga av dessa fanns en betydande andel som inte fullföljde behandlingen. Personer med allvarlig psykisk sjukdom samt förhöjd suicidrisk exkluderades från flertalet studier. Sammantaget visade resultatet av metaanalysen att samtidig behandling av PTSD och SUD bidrog till en minskning

av symtomnivåer (framförallt avseende PTSD symtom) jämfört med kontrollgrupp. Författarna konstaterar utöver detta i sin slutsats att traumafokuserad behandling som enda intervention inte visat signifikanta skillnader i symtomförbättring. Inte heller interventioner utan ett uttalat traumafokus visade på en statistiskt säkerställd skillnad gentemot kontrollgrupp.

Simpson et al (2017) önskade komplettera bilden av tidigare metaanalyser då de menar att dessa inte tagit hänsyn till och matchat aktiva behandlingar gentemot en kontrollgrupp som erhållit en likvärdighet i tid och uppmärksamhet. 24 randomiserade studier identifierades i deras systematiska översikt. 7 av dessa var exponeringsbaserade, 6 primärt riktade mot beroendeproblematiken och 11 copingbaserade. 7 av dessa 24 studier inkluderade en kontrollgrupp enligt författarnas villkor. Utifrån deras granskning framkom att flertalet randomiserade studier visat på signifikanta (men små) förbättringar av symtom både i gruppen som erhållit den aktiva behandlingen men även i kontrollgruppen. Författarna diskuterar det faktum att mellangruppskillnader inte visat sig vara pålitligt robusta när hänsyn tagits till symtomförbättring gällande både PTSD och SUD. En slutsats som de drar är att det fortsatt är viktigt att inte stänga några dörrar (No Wrong Doors) och kunna erbjuda ett flertal behandlingsmodeller utifrån bland annat patientpreferenser som ett led i att stärka motivationen till att stanna kvar i behandling.

Behandling vid komplex PTSD

Vid mer komplex problematik, som vid komplex PTSD, pågår idag aktuell forskning för att bland annat pröva ut hur traditionella terapier kan modifieras för att passa den heterogena grupp som den traumautsatta patientpopulationen utgör. Någon tydlig samstämmighet råder ännu inte på området (Cloitre, 2015) och en del av de polariserade ställningstaganden som fortfarande framskymtar handlar bland annat om ifall en stabiliserande fas verkligen är påkallad innan exponering för trauma påbörjas (De Jongh et al., 2016; van Woudenberg et al., 2018) men också om nödvändigheten av traumafokuserade inslag i behandlingen (Markowitz et al., 2015).

Karatzias et al (2019b) genomförde en systematisk översikt och metaanalys av 51 randomiserade kontrollerade studier där deltagande personer utöver uppfyllda kriterier för PTSD också hade ett eller flera kliniskt signifikanta symtom på komplex traumatisering enligt ICD-11 med störningar i självorganisering. De konstaterar i sin slutsats att existerande traumafokuserade behandlingar visat sig vara effektiva även när det gäller några av dessa mer komplexa symtombilder. Det fanns dock samtidigt en indikation på att icke-specifika faktorer svarade för en större del av utfallet när det gäller denna patientgrupp.

Ett uttryck för det osäkra evidensläget gällande komplex PTSD är det ”position paper” som ISTSS valt att benämna sin senaste uppdatering av tidigare riktlinjer (ISTSS, 2018b). Det handlar således inte om någon systematisk genomgång av forskningslitteraturen utifrån givna frågeställningar utan snarare en diskuterande

text kring den mer komplexa symtombilden och forskningsstrategier framöver för att utveckla och individualisera existerande terapiformer.

Pågående forskning kring dissociativa störningar

The Treatment of Patients with Dissociative Disorders (TOP DD) Studies är ett pågående forskningsprojekt för att identifiera effektiva behandlingar för personer med framförallt allvarliga dissociativa störningar. Hittills har två större studier genomförts, bland annat en prospektiv naturalistisk studie med 290 terapeuter och deras patienter från 19 länder. Data samlades in vid fyra tillfällen under en period av 30 månader och visade genomgående på positiva förändringar avseende såväl symtomnivåer som självskada och adaptiv funktion (Brand et al., 2013). En aktuell och nyligen avslutad studie har haft som syfte att utvärdera hur individuell psykoterapi tillsammans med ett web-baserat utbildningsprogram kan leda till ökad effektivitet jämfört med enbart individuell behandling för denna utsatta patientgrupp. Uppföljningsdata finns tillgängligt för 111 patienter efter 1 år samt 2 år. Förbättringen bland de mest självskadande patienterna var särskilt tydlig (Brand et al., 2019). Ett uppdaterat utbildningsprogram planeras ingå i en kommande randomiserad kontrollerad studie där feedback från deltagande terapeuter och patienter kommer att användas som underlag.

Referenser

Epidemiologi

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine* 46, 327-343.

Bromet, E. J., Karam, E. G., Koenen, K. C., Stein, D. J. (2018). The Global Epidemiology of Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: a systematic review of the literature. *Clinical psychology review*, 33, 728-744.

Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., Fredriksson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14, 245-258.

Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Frontiers in psychiatry*, 9, 420.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and metaanalysis. *The Lancet. Public health*, 2(8), e356–e366.

Karam, E. G., Bromet, E. J., Kessler, R. C., Viana, M. C., Koenen, K. C. (2018). Simple versus Complex Posttraumatic Stress Disorder. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample in the United Kingdom. *Journal of Depression and Anxiety*, 36, 887-894.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.

Kessler, R. C., Bromet, E. J., Pennell, B., Karam, E. G. (2018). The Effects of Prior Psychopathology. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A. Bromet, E. J., Karam, E. G., Stein, D. J. (2018). Population Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

McLaughlin, K. A., Gureje, O., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kessler, R. C. (2018). The effects of Childhood Adversities. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press.

Morina, N., Wicherts, J. M., Lobrecht, J., Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and metaanalysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 249-255.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.

Rosellini, A. J., Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Kessler, R. C. (2018). Recovery from DSM-IV posttraumatic stress disorder in the WHO World Mental health surveys. *Psychological Medicine*, 48, 437-450.

Shahly, V., Benjet, C., Cardoso, G., Degenhardt, L., Karam, E. G. (2018). Childhood Adversities and Preexisting Psychopathology as Predictors of Trauma. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews. Neuroscience*, 17, 652–666.

Teicher, M., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring Neurobiological Effects of Childhood Abuse and Neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 241-266.

Diagnostik

Bedard-Gilligan, M. & Zoellner, L. A. (2008). The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1062–1069.

Birrer, E., Michael, T., & Munsch, S. (2007). Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2053–2065.

Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSMV: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366–373.

Brewin C.R., Cloitre M., Hyland P., Shevlin M., Maercker A., Bryant R.A., ... Reed G.M. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. (2017). *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15.

Carlson, (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2010). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750–769.

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28, 737–749.

Hansen, M., Ross, J., & Armour, C. (2017). Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *Journal of affective disorders*, 213, 59–69.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 232-239.

Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, 29, 701–708.

Schiavone, F. L., Frewen, P., McKinnon, M., Lanius, R. A. (2018). The dissociative subtype of PTSD: an update of the literature. *PTSD Research Quarterly: National Center for PTSD* 29 (3).

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesotastudy of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A., Coffino, B., Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental Review*, 30, 36-51.

Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... Kessler, R. C. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological psychiatry*, 73, 302–312.

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399

Weathers, F. W. & Keane, T. M. (2007). The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107-121.

Tidiga insatser

Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1665617.

Cigrang, J. A., Rauch, S. A., Mintz, J., Brundige, A. R., Mitchell, J. A., Najera, E., Litz, B. T., YoungMcCaughan, S., Roache, J. D., Hembree, E. A., Goodie, J. L., Sonnek, S. M., Peterson, A. L., & for the STRONG STAR Consortium. (2017). Moving effective treatment for posttraumatic stress disorder to primary care: A randomized controlled trial with active duty military. *Families, Systems, & Health*, 35, 450–462.

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138, 536–546.

Greene, T., Neria, Y. & Gross, R. (2016). Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23, 160–180.

Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103.

Kessler, R. C., Rose, S., Koenen, K. C., Karam, E. G., Stang, P. E., Stein, D. J., ... Carmen Viana, M. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13, 265–274.

Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD011710.

Possemato, K. (2011). The current state of intervention research for posttraumatic stress disorder within the primary care setting. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 268–280.

Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Mark, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., ... Tiet, Q. Q. (2016). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31, 1206-1211.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C., Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and metaanalysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10.

Sonis, J. (2013). PTSD in primary care—An update on evidencebased management. *Current Psychiatry Reports*, 15, 1–9.

Spinazzola, J. & Briere, J. (2020). Evidence-Based Psychological Assessment of the Sequelae of Complex Trauma. J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorder in Adults*. London: Guilford Press.

Thornicroft, G., Evans-Lacko, S., Koenen, K. C., Kovess-MasfÉty, V., Williams, D. R., Kessler, R. C. (2018). Patterns of Treatment and Barriers to Care in Posttraumatic Stress Disorder. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives*

from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge: Cambridge University Press.

Behandling

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., Pain, C., & Putnam, F. W. (2013). A Longitudinal Naturalistic Study of Patients With Dissociative Disorders Treated by Community Clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 301-308.

Brand, B. L., Schielke, H. J., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Loewenstein, R. J., Myrick, A., ... Lanius, R. A. (2019). An Online Educational Program for Individuals With Dissociative Disorders and Their Clinicians: 1-Year and 2-Year Follow-Up. *Journal of traumatic stress*, 32, 156-166.

Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27344.

Cloitre, M., Karatzias, T. & Ford, J. D. (2020). *Treatment of Complex PTSD*. London: Guilford Press.

De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., ... Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and anxiety*, 33, 359-369.

Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2020). Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders. J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds). *Treating Complex Traumatic Stress Disorder in Adults*. London: Guilford Press.

Hamblen, J. L., Norman, S. B., Sonis, J. H., Phelps, A. J., Bisson, J. I., Nunes, V. D., ... Schnurr, P. P. (2019). A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update. *Psychotherapy*, 56, 359-373.

Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Shevlin, M. (2019a). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample in the United Kingdom. *Journal of Depression and Anxiety*, 36, 887-894.

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... Hutton, P. (2019b). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and metaanalysis. *Psychological Medicine*, 49, 1761- 1775.

Kessler, R. C., de Jonge, P., Huang, Y., McGrath, J. J., Karam, E. G., Scott, K. (2018). The Associations of Posttraumatic Stress Disorder with Secondary Mental and Physical Health Disorders. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen & D. J. Stein (Eds). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.

Knefel, M., Karatzias, T., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., Lueger-Schuster, B., & Maercker, A. (2019). The replicability of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder symptom networks in adults. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 214(6), 361–368.

Mahoney, A., Karatzias, T., & Hutton, P. (2019). A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder. *Journal of affective disorders*, 243, 305–321.

Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., ... Marshall, R. D. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 172, 430–440.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. (2017). Stockholm: Socialstyrelsen.

Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and metaanalysis. *PloS one*, 12(2), e0171030.

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and metaanalysis. *Clinical psychology review*, 38, 25–38.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., ... Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi: 10.3402/ejpt.v6.28186.

Simpson, T. L., Lehavot, K., Petrakis, I. L., (2017). No Wrong Doors: Findings from a Critical Review of Behavioral Randomized Clinical Trials for Individuals with Co-Occurring Alcohol/Drug Problems and Posttraumatic Stress Disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 41, 681-702.

Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: a systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66–79.

Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, J., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum

seekers and refugees: systematic review and metaanalysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28, 376–388.

Van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., Minnen, A. V. & De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1487225.

Internationella guidelines

American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C. ... & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*, 32.

Department of Veteran Affairs and Department of Defense (VA/DoD). (2017). *VA/DoD Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. Washington, DC.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2018a). ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines: *Methodology and recommendations*.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2018b). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in adults*.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2005; 2018). *Post-traumatic stress disorder*. NICE.

Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Australia: Pheonix.

Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2020). *Australian guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and Complex PTSD*. Melbourne, Australia: Pheonix.

Diagnosinstrument och regionala vårdprogram

American Psychiatric Association (översättning till svenska av Jörgen Herlofsson). (2014). *MINI-D5, diagnostiska kriterier enligt DSM 5, 5:e upplaga*. Stockholm: Pilgrim press.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Nedladdad från <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala Universitet. (2007).
Vårdprogram för traumarelaterade störningar.

Psykiatristöd, Region Stockholm. (2019). *Regionala vårdprogram.
Posttraumatiskt stressyndrom – PTSD.*

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, SFBUP. (2019). *Riktlinje
trauma och stressrelaterade syndrom.*

Västra Götalandsregionen. (2016). Posttraumatiskt stressyndrom-PTSD (vuxna):
Regional medicinsk riktlinje.

Läkemedelsbehandling

Bisson, J. L., Hoskins, D. M., Stein, D. J. (2020). *Effective treatment for PTSD –
Pharmacological and Other Biological Treatments.* London: Guilford Press.