



Psykologiska behandlingar vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos flyktingar och asylsökande

SBU KOMMENTERAR | SAMMANFATTNING OCH KOMMENTAR AV ANDRA AKTÖRERS KUNSKAPSÖVERSIKTER

MARS 2019 | WWW.SBU.SE/2019_03

Många människor runt om i världen befinner sig på flykt från sina hem på grund av konflikter, förföljelse och våld. Tortyr, bevittnande av våld och att separeras från nära anhöriga är exempel på djupt traumatiska upplevelser som människor på flykt kan ha utsatts för ([Faktaruta 1](#)). Dessutom kan nya trauman och psykisk stress uppstå hos de som tvingas till ett nytt land, till exempel genom utanförskap och diskriminering. Flyktingar och asylsökande har en kraftigt ökad risk att drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i jämförelse med personer utan sådana erfarenheter, och de har även en ökad förekomst av annan psykisk ohälsa och somatiska sjukdomar [1–5].

PTSD utmärks av påträngande symtom som är associerade med den traumatiska händelsen eller händelserna: undvikande av tankar, minnen, händelser, situationer eller personer som kan påminna om händelsen, försämring av kognitiva funktioner och negativa förändringar i sinnesstämning samt förändrat reaktionsmönster i olika situationer som irritabilitet och argsinthet, lättskrämdhet, överdriven vaksamhet eller koncentrationssvårigheter ([Faktaruta 2](#)).

Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk översikt som gäller effekterna av psykologiska behandlingsinsatser för att minska symtom vid PTSD hos flyktingar och asylsökande.

Kommenterad rapport

Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. [Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis](#). PLoS ONE 2017;12.

Publicerad: 2017-02 • Senaste sökning: 2016-07

SBU:s sammanfattning

Den systematiska översikten visar att det är möjligt att behandlingsmetoden Narrative Exposure Therapy (NET) på kort sikt (2–8 månader) minskar symtom vid PTSD hos flyktingar och asylsökande. NET är en manualbaserad korttidsvariant av kognitiv beteendeterapi med fokus på trauma. Dess effekter på längre sikt är vetenskapligt oklara. För övriga insatser ([Faktaruta 3](#)) var underlaget otillräckligt för att bedöma insatsernas effekter för målgruppen. Det behövs fler studier med hög kvalitet, och långtidseffekter behöver dokumenteras.

SBU:s kommentarer

- ▶ Den systematiska översiktens resultat bygger på studier av insatser vid komplexa, upprepade trauman hos vuxna flyktingar och asylsökande. Resultaten är inte självklart överförbara till andra typer av trauman eller andra målgrupper.
- ▶ Den systematiska översikten bedöms vara relevant för ett svenskt sammanhang eftersom flera av de inkluderade studierna är genomförda i Norden och övriga Europa, och eftersom de flyktinggrupper som har studerats även finns i Sverige.
- ▶ Interventionen Narrative Exposure Therapy (NET) har visats möjligen kunna minska symtom på PTSD i studier med kort uppföljningstid. Det är heller inte uteslutet att NET kan minska depressionssymtom men detta går inte att säkert bedöma utan ytterligare studier.
- ▶ Det kan vara svårt att skilja tillfällig stress från svårare tillstånd hos personer som upplever upprepade svåra påfrestningar och trauman. Dessutom kan språkliga barriärer, svårigheter att känna förtroende för behandlare samt ensamhet utgöra hinder för att flyktingar och asylsökande ska tillgodogöra sig behandling.

Många insatser som idag används är inte vetenskapligt utvärderade på ett sådant sätt att deras effekter kan bedömas och jämföras. Det är dock viktigt att personer med PTSD får vetenskapligt underbyggd och dokumenterat effektiv behandling och att resultaten systematiskt följs upp med standardiserade metoder.

- För att vetenskapligt kunna fastslå vilka metoder som fungerar bäst vid PTSD är det angeläget att metoderna prövas i randomiserade studier av hög kvalitet, med relevant kontrollgrupp och uppföljning efter minst ett år. Även långtidseffekter av NET behöver dokumenteras.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporten

Den systematiska översiktens författare bedömde att 14 studier (med totalt 888 deltagare) var relevanta och höll tillräcklig metodologisk kvalitet för att inkluderas i den systematiska översikten. Två av dessa kunde inte användas i metaanalyserna på grund av att de saknade data. Av de 14 studierna var 12 randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) och 2 studier hade en före- och eftermätning med kontrollgrupp. Totalt 9 studier hade väntelista som kontrollalternativ och 5 studier sedvanlig vård (t.ex. samtalsstöd och praktiska råd). Den genomsnittliga uppföljningstiden i studierna var 5 månader (2–12 månader). Av de 14 studierna var 9 genomförda i Europa (Tyskland, Danmark, Nederländerna, Österrike och Norge) och 5 i USA. Deltagarna kom från olika länder i Afrika, Mellanöstern (t.ex. Iran, Irak och Afghanistan), Asien (t.ex. Vietnam och Kambodja) och Balkanhalvön (t.ex. Bosnien). Tiden sedan inflyttningen till det nya landet varierade från 2 till 16 år. Studierna var genomförda mellan 2004 och 2016.

Insatserna

Samtliga insatser i studierna var psykologiska behandlingsmetoder: 5 RCT-studier utvärderade Narrative Exposure Therapy (NET), som är en manualbaserad kortvariant av kognitiv beteendeterapi (KBT) med traumafokus, 5 RCT-studier (varav 4 ingår i metaanalyserna) utvärderade andra former av KBT, 2 kvasiexperimentella studier utvärderade traumafokuserad psykoterapi (TFP), en RCT-studie utvärderade Culture-Sensitive Oriented Peer (CROP) och en RCT-studie utvärderade Family Group Intervention (FGI), även om denna inte ingår i metaanalyserna. I genomsnitt fick deltagarna 17 behandlingssessioner (3–25 sessioner).

Utfallsmåtten

Översiktens primära utfallsmått var PTSD som mättes med vedertagna och validerade instrument. I 4 av studierna användes Clinician Administered PTSD Scale (CAPS), 7 studier använde Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) och 2 studier Post Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Det sekundära utfallsmåttet depression mättes i 3 studier med Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Det är oklart vilka skalor övriga 5 studier använde för att mäta depression. Andra sekundära utfallsmått var symtom på PTSD vid uppföljningen, antal personer med diagnostiserad PTSD vid uppföljningen samt så kallat allmänt fungerande (eng. global functioning).

Resultat

Behandlingsinsatsen NET minskade symtomen vid PTSD mer (mätt med validerade skalor), jämfört med kontrollalternativet (5 studier, 187 deltagare, $SMD = -0,78$, (95 % KI, $-1,18$ till $-0,28$); $NNT = 6,7$) (⊕○○○)¹. Inga statistiskt säkerställda effekter kunde visas för annan KBT-behandling jämfört med kontrollalternativet avseende minskad PTSD (4 studier, 230 deltagare; $SMD = -0,97$, (95 % KI, $-2,2$ till $0,26$) (⊕○○○). För insatserna TFP och CROP var det vetenskapliga stödet för svagt för att dra några slutsatser (⊕○○○). Effekten av NET när det gällde att minska depression jämfört med kontrollalternativet (3 RCT-studier, 116 deltagare; $SMD = -0,86$, (95 % KI, $-1,65$ till $-0,06$; $NNT = 4$) bedömdes av författarna ha för svagt vetenskapligt stöd för att de skulle kunna dra några slutsatser (⊕○○○). Inga statistiskt säkerställda effekter kunde visas för KBT jämfört med kontrollgruppen avseende minskad depression (3 studier, 152 deltagare; $SMD = -1,54$, (95 % KI, $-3,38$ till $0,29$) (⊕○○○). För insatserna TFP och CROP var det vetenskapliga stödet för svagt för att man skulle kunna dra några slutsatser (⊕○○○)².

Författarna till översikten redovisar även metaanalyser av en sammanslagning av de psykologiska metoderna för utfallen PTSD och depression, se originalrapporten.

Originalrapportens slutsatser

- Författarna till översikten konstaterar att Narrative Exposure Therapy (NET) är den av de studerade insatserna som har starkast stöd i forskningen.

¹ Evidensgradering av samtliga redovisade resultat är utförda av författarna till den systematiska översikten.

² SBU bedömer att det vetenskapliga stödet för CROP är otillräckligt då det baseras på en enskild studie med 28 deltagare.

- Det finns få studier, och den metodologiska kvaliteten hos studierna är begränsad. Det behövs därför fler rigorösa och väl genomförda studier.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

Författarna till översikten efterfrågar fler rigorösa studier som fokuserar på olika typer av psykisk ohälsa. Man behöver följa upp effekterna över lång tid för att se om de håller i sig. Jämförande studier behövs också för att undersöka om det finns skillnader mellan personer som nyligen anlant och personer som varit i ett nytt land länge. Framtida forskning behöver även undersöka hur psykosociala insatser kan anpassas baserat på individernas uppfattning och upplevelse av traumatiska händelser och psykisk stress. Vidare behövs studier som jämför olika insatsers effekter samt kostnadseffektivitet.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt. Litteratursökningen är genomförd 2016. Nya studier kan ha tillkommit sedan dess.

Faktaruta 1 Människor på flykt.

Enligt UNHCR är cirka 68,5 miljoner människor i världen på flykt från sina hem på grund av konflikter, förföljelse och våld. Omkring 25,4 miljoner av dessa beräknas vara flyktingar som har flytt sitt hemland, och 3,1 miljoner beräknas vara asylsökande. Antalet asylsökningar till europeiska länder har ökat med över 80 procent de senaste åren. I flyktingkrisen år 2015 sökte över 160 000 personer asyl i Sverige och år 2018 var siffran 21 502 personer [6,7].

Faktaruta 2 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Enkla trauman handlar om en avgränsad händelse som till exempel en trafikolycka, en brand eller ett rån. Komplexa trauman innefattar att personen har utsatts för händelser med skadlig emotionell och kognitiv påverkan upprepade gånger under en lång period där det varit svårt eller omöjligt att undvika eller fly från situationen. Det kan till exempel vara tortyr, slaveri, folkmord, långvarigt och upprepat våld i nära relationer, sexuella eller fysiska övergrepp. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) utmärks av

- påträngande symtom som är associerade med den traumatiska händelsen eller händelserna
- undvikande av tankar, minnen, händelser, situationer eller personer som kan påminna om händelsen
- försämrade kognitiva funktioner och negativa förändringar i sinnesstämning
- överspändhet som till exempel irritabilitet och argsinthet, lättskrämthet, överdriven vaksamhet eller koncentrationssvårigheter.

I diagnossystemet ICD-11, ett diagnosystem som utvecklats av världshälsoorganisationen WHO, föreslås att komplex PTSD införs som ett komplement till diagnosen PTSD. Utöver de tidigare nämnda symtom som ingår i PTSD uppmärksammas i ICD-11 även ihållande och varaktiga svårigheter med affektreglering, självuppfattning och sociala relationer. Detta beror på att det nu anses finnas tillräckligt empiriskt stöd för att det går att särskilja PTSD från komplex PTSD, att prognosen vid komplex PTSD är sämre samt att patienter med komplex PTSD svarar sämre på behandling [8,9].

Faktaruta 3 Insatserna som ingick i översikten.

Narrative Exposure Therapy (NET)

NET är en manualbaserad korttidsvariant av trauma-fokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT), anpassad för personer som överlevt krig och tortyr. Under terapin skapar klienten en detaljerad och kronologisk berättelse om sitt eget liv. Berättelsen dokumenteras skriftligt av terapeuten. Vid inledningen av varje terapiesession läser terapeuten upp berättelsen som sedan diskuteras och revideras av klienten. Syftet med den terapeutiska modellen är att reorganisera fragmentariska traumatiska minnen till en sammanhängande berättelse. Klienten konfronterar svåra livshändelser tillsammans med terapeuten och utforskar vilka emotionella, fysiologiska, kognitiva och beteendemässiga reaktioner händelserna har skapat. Vid det sista terapitillfället får klienten den skrivna berättelsen. I studierna som inkluderats i den systematiska översikten pågick insatserna från tre till tolv tillfällen med minst 90 minuter per tillfälle.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

De KBT-baserade interventionerna var manualbaserade och infattade olika element som är vanliga vid KBT-behandling som till exempel:

- psykoedukation där man bland annat ger information om PTSD, hur nervsystemet fungerar och betydelsen för reglering av ångest och hur påträngande traumaminnen och katastroftänkar kan leda till panikångestattacker
- olika avslappningstekniker som fokuserad andning, diafragmatisk andning (magandning) och tillämpad avslappning
- olika former av exponering som att utsätta sig för ångestframkallande kroppsliga reaktioner (interoceptiv) eller situationer i verkliga livet som framkallar ångest (in vivo)
- kognitiv bearbetning och omstrukturering, framför allt kring traumaminnen och katastroftänkar och misstolkning av kroppsliga upplevelser.

Utöver detta har också metoder från Acceptance Commitment Therapy (ACT) och medveten närvaro (mindfulness) använts i studierna. I studierna pågick insatserna vid 10–16 tillfällen.

Faktarutan fortsätter i nästa spalt

Faktaruta 3 fortsättning

Culture-Sensitiv and Resource Oriented Peer Groups (CROP)

Insatsen CROP riktar sig till flyktingar och asylsökande och bygger på deltagande i självhjälpsgrupper ledda av facilitatorer. Syftet är att reducera symtom på PTSD med hjälp av kulturella element för att lära sig hantera sina trauman. I den inkluderade studien ägde gruppträffarna rum en gång i veckan vid 16 tillfällen.

Traumafokuserad psykoterapi (TFP)

TFP är en modell där asylsökande och flyktingar får traumabehandling under fem faser. Behandlingen kombinerar bland annat psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi för att klienten ska bearbeta traumatiska minnen genom att placera dem i ett livstidsperspektiv. I den inkluderade studien pågick insatsen varje vecka i en till tre månader.

Lästips

- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12.
- Patel N, Kellezi B, Williams ACDC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. NICE guideline NG116 Evidence reviews. December 2018.
- Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, Humayun A, Jones LM, Kagee A, Rousseau C, Somasundaram D, Suzuki Y, Wessely S, van Ommeren M, Reed GM. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017 Dec;58:1-15.

Referenser

1. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352.
2. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burstrom B, Borrell C, Ekblad S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol* 2012;41:1153-61.
3. Sigvardsson E, Vaez M, Rydholm Hedman AM, Saboonchi F. Prevalence of torture and other warrelated traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Torture* 2016;26:41-73.
4. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA* 2002;288.
5. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365: 1309-14.
6. Statistiska centralbyrån. Snabbfakta. Invandring till Sverige. Hämtad 2019-02-28 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/invandring-till-sverige/>
7. UNHCR. Global Report 2017. Hämtad 2019-02-28 från: http://reporting.unhcr.org/publications#tab-global-report&_ga=2.89749019.1495453571.1545396256-2120880016.1545396256
8. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
9. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1-15.

Projektgrupp

Sakkunnig

- Ulf Axberg, docent i klinisk psykologi, Göteborgs universitet

SBU

- Lina Leander, projektledare
- Caroline Jungner, projektadministratör
- Jenny Stenman, projektadministratör

Granskare

- Sofie Bäärnhielm, leg läkare, med dr, docent i psykiatri vid Karolinska Institutet, Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU kommenterar och sammanfattar andra aktörers kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

Innehållsdeklaration

- Utvärdering av ny/etablerad metod
- Systematisk litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- Sammanvägning av resultat
- Evidensgradering gjord av SBU
- ✓ Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturöversikt

SBU Kommenterar nr 2019_03

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU
Produktsamordnare: Frida Mowafi, SBU
Grafisk produktion: Anna Edling, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Telefon: 08-412 32 00
E-post: registrator@sbu.se
Webbplats: www.sbu.se

- Konsensusprocess
- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
- Patienter/brukare medverkat
- Etiska aspekter
- Ekonomiska aspekter
- Sociala aspekter
- ✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
- Godkänd av SBU:s nämnd