



SBU BEREDER

PUBLIKATION NR: 381

ISBN: 978-91-987554-9-7

PUBLICERAD: 26 AUGUSTI 2024

NEDLADDAD: 2 MAJ 2025

Vård för personer som utsatts för sexuellt våld psykologisk behandling av komplex PTSD

En systematisk översikt och etiska aspekter

Innehåll

Populärvetenskaplig sammanfattning	4
Huvudbudskap	4
Slutsatser	4
Hur kan de viktigaste resultaten förstås?	4
Vilka studier ligger till grund för resultaten?	5
Innehållsdeklaration	5
Citera denna rapport	6
1. Inledning	7
1.1 Uppdrag	7
1.2 Syfte	7
1.3 Målgrupper	7
2. Bakgrund	8
2.1 Sexuellt våld	8
2.2 PTSD och komplex PTSD	8
2.3 Behandling	11
3. Metod	14
3.1 Frågor	14
3.2 Metod för översikt av effekter på hälsa	14
3.3 Metod för att undersöka etiska aspekter	17
4. Urval av studier	18
5. Resultat	19
5.1 Sammanfattning av resultaten	19
6. Etiska aspekter	21
6.1 Utgångspunkter	21
6.2 Vilken betydelse kan insatser ha för olika etiska värden?	22
6.3 Professionsetiska aspekter	24
6.4 Forskningsetiska aspekter	24
7. Diskussion	26
7.1 Resultatdiskussion	26
7.2 Metoddiskussion	27
8. Överväganden för forskning	29
8.1 Registrerade protokoll	30
9. Medverkande	31

9.1 Projektgrupp	31
10. Ordförklaringar och förkortningar	33
11. Referenser	34
12. Bilagor	40

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation.
Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och
den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/381

ISBN 978-91-987554-9-7

Populärvetenskaplig sammanfattning

Huvudbudskap

Det behövs mer forskning om psykologisk behandling av komplext posttraumatiskt stressyndrom (komplex PTSD).

Slutsatser

Efter att ha granskat den vetenskapliga litteraturen har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, dragit följande slutsatser:

- Det finns för få välgjorda studier för att kunna dra några slutsatser om effekten av psykologiska behandlingar för vuxna personer med komplex PTSD.
- Personer med komplex PTSD kan känna rädsla eller skam kring att tala om erfarenheter av sexuellt våld liksom rädsla för anhöriga som eventuellt är förövare eller för att privat information sprids. Att bli utsatt för sexuellt våld är ett ytterst allvarligt övergrepp som innebär kränkningar av personens integritet, självbestämmande och värdighet. Det kan medföra en betydande negativ påverkan på framtida hälsa och skada personens möjligheter till att leva ett tryggt, rikt och självständigt liv. Detta innebär att etiska värden som hälsa och välbefinnande, autonomi och integritet men även professions- och forskningsetiska aspekter är viktiga att beakta.

Hur kan de viktigaste resultaten förstås?

Det har inte gått att dra några slutsatser om effekten av psykologiska och psykosociala insatser för personer med komplex PTSD som utsatts för sexuellt våld då endast tre relevanta studier identifierades, och som alla bedömts ha hög risk för systematiska fel. Det betyder inte att det är klarlagt att sådana insatser inte har någon effekt, utan att det behövs fler välgjorda studier för att kunna bedöma effekten. Rapporten visar att det saknas vetenskapligt underlag för insatser, men det finns risker med att låta bli att omhänderta och behandla. Sexuellt våld kan ge upphov till hälsomässiga konsekvenser på både kort och lång sikt. En stor andel av personer som utsatts för sexuellt våld kan utveckla psykiskt trauma, ibland i formen komplex PTSD. Det behövs fler välgjorda studier som specifikt inkluderar individer med komplex PTSD och undersöker effekter på relevanta symtom för personer med denna diagnos.

Vad handlar rapporten om?

Diagnosen komplex PTSD har nyligen utformats för att beskriva en problembild relaterad till psykiskt trauma som är delvis överlappande, men också delvis skild från PTSD. Diagnosen beskriver en form av traumatisering som innefattar både problem som ingår i diagnosen PTSD och ytterligare genomgripande problem med självbilden, sociala relationer och känsloreglering. Diagnosen är särskilt vanlig efter exempelvis sexuellt våld. I och med att det finns oklarheter i hur personer med denna diagnos bör handläggas i vården uppmärksammar denna rapport det vetenskapliga kunskapsläget för psykologiska behandlingsmetoder för patienter med komplex PTSD.

Vilka studier ligger till grund för resultaten?

Efter en systematisk och bred litteratursökning i april år 2023 identifierades tre relevanta randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier). Dessa studerade effekten på symtom av psykologiska interventioner för vuxna personer med komplex PTSD eller med PTSD och symtom på komplex PTSD. Studierna undersökte olika typer av behandlingar, men med olika kontrollgrupper och resultaten kunde därför inte sammanvägas. Alla studierna bedömdes ha en hög risk för snedvridning förknippat med bland annat bortfall och mätmetoder.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En eller flera systematiska översikter
- En bedömning av etiska och sociala aspekter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda. För den här rapporten har vi gjort följande:

Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:

- Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa sakkunniga
- SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- SBU:s vetenskapliga råd

Citera denna rapport

SBU.Vård för personer som utsatts för sexuellt våld: psykologisk behandling av komplex PTSD.
Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2024. SBU Bereder
381. [accessed date]. Available from: <https://www.sbu.se/381>

1. Inledning

1.1 Uppdrag

SBU har fått i uppdrag av regeringen (Kap 5 ur Skr. 2016/17:10)¹ att i samråd med Socialstyrelsen ta fram kunskapsunderlag som Socialstyrelsen behöver för att ta fram kunskapsstöd avseende vård för personer som utsatts för sexuellt våld, inklusive prostitution [1]. Uppdraget omfattar patienter på alla vårdnivåer och såväl i ett akut som i ett senare skede.

¹. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/11/en-nationell-strategi-for-att-forebygga-och-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor/>

1.2 Syfte

I denna rapport uppmärksammas det vetenskapliga kunskapsläget för psykologiska behandlingsmetoder för patienter med komplex PTSD.

1.3 Målgrupper

Socialstyrelsen samt hälso- och sjukvården är viktiga målgrupper. Andra relevanta målgrupper är myndigheter och aktörer såsom Barnahus, Barnafriad, Nationellt centrum för kvinnofriad (NCK), Myndigheten för delaktighet (MFD) samt Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS).

2. Bakgrund

2.1 Sexuellt våld

Världshälsoorganisationen, WHO definierar sexuellt våld som varje genomförd sexuell handling, försök till sexuell handling, oönskad sexuell kommentar eller närmande, eller försök till handel eller styrning av en persons sexualitet, genom tvång av någon annan, oavsett relationen till offret och oavsett omständigheter, innefattande, men inte uteslutande till, hemmet eller arbetsplatsen [2]. Enligt WHO innefattar alltså sexuellt våld allt från oönskade kommentarer och närmanden, som ofta ryms inom begreppet sexuella trakasserier, till våldtäkt, oavsett relation mellan offer och förövare.

Sexuellt våld kan ge upphov till negativa hälsomässiga konsekvenser på både kort och lång sikt [3]. Många som utsatts för sexuellt våld blir traumatiserade av händelsen [4]. Traumatisering kan ta sig olika uttryck hos olika personer, eller över tid hos samma person. Traumatiserade personer kan ibland återhämta sig och läka av egen kraft och med hjälp av närstående och vänner [4]. Ibland behövs behandling. Det finns idag viss kunskap om vilka behandlingar som kan hjälpa [5], men i takt med att kunskapsläget förändras runt hur vi definierar traumatisering behöver vi också uppdatera vår kunskap om hur vi bäst ger vård till olika grupper av traumatiserade personer.

2.2 PTSD och komplex PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), är en form av psykisk traumatisering. PTSD är en psykiatrisk diagnos som beskriver ett tillstånd där en person lider av besvär som uppstod eller förvärrades i samband med en traumatisk händelse. Besvären innefattar återupplevelser av en traumatisk händelse i ofrivilliga minnesbilder och mardrömmar, en förhöjd anspändhet och vaksamhet, och ett beteendemönster med undvikande av sådant som påminner om händelsen [6]. En svensk undersökning fann att var tjugonde svensk någon gång i livet uppfyller kriterier för PTSD [7]. Våld i nära relation bedöms ligga bakom närmare hälften av den totala bördan av PTSD [4].

2.2.1 Diagnosen komplex PTSD

Det har under en längre tid diskuterats om PTSD som diagnos tillräckligt väl beskriver de problem som traumatiserade vård sökande uppvisar [8]. Mot bakgrund av dessa diskussioner formulerades en ny diagnos, komplex PTSD som finns med i den kommande, elfte, versionen av ICD [6], som för närvarande är under svensk översättning

(<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-11/>).

För att uppfylla de diagnostiska kriterierna för komplex PTSD ska personen dels uppfylla kriterierna i ICD-11 för PTSD, och därutöver uppfylla kriterier för det som i ICD-11 kallas för ”disturbances in self-organization” (DSO). DSO innefattar tre områden: störningar i känsloreglering, genomgående negativ självbild och stora svårigheter att bibehålla relationer [6] [9]. Dessa symtom ska vara ihållande och genomgripande vilket betyder att de påverkar individens liv i nästan alla situationer i det vardagliga livet över en lång tid. I någon mening är därför karaktären hos komplex PTSD-diagnosen snarlik beskrivningen av symtom på personlighetsstörning i ICD-11, där personlighetssyndrom betraktas som en enda kategori och betonar istället svårighetsgrad längs ett kontinuum som sträcker sig från inga problem till svår personlighetsproblematik. Även om DSO-symtomen har en genomgripande och ihållande karaktär finns det inte någon uttalad hierarki i svårighetsgrad mellan diagnoserna PTSD och komplex PTSD: en person som uppfyller kriterierna för PTSD, men inte för komplex PTSD, kan ha en lindrigare såväl som en svårare symtombörda än någon som uppfyller kriterierna för komplex PTSD. Även om det i diagnoskriterierna anges att diagnosen också är tillämplig för barn, har forskningen hittills främst avsett vuxna personer.

2.2.2 Förekomst av komplex PTSD

Det är oklart hur vanligt förekommande komplex PTSD är i Sverige. Undersökning av representativa befolkningsurval i USA och Tyskland har genom självskattade besvär estimerat en punktprevalens för komplex PTSD på 0,5 till 0,6 procent, vilket var en fjärdedel till en tredjedel så högt som punktprevalensen av PTSD [10] [11]. Detta innebär att i befolkningsurval är det ungefär var tredje till var fjärde person som uppfyller kriterier för PTSD som även uppfyller kriterierna för komplex PTSD. I en svensk studie av 184 personer exponerade för minst en potentiellt traumatisk händelse var det en dryg fjärdedel (28 %) av personerna som uppfyllde kriterier för PTSD som uppfyllde kriterier för komplex PTSD [12], vilket talar för att andelen traumatiserade med komplex PTSD kan vara större i kliniskt relevanta urval.

2.2.3 Komplex PTSD och andra former av traumatisering

Diagnosen komplex PTSD är ny, men diskussionen om hur vi ska definiera andra former av traumatisering än den som beskrivs av diagnosen PTSD har pågått länge [13] [14] [15]. Andra definitioner av traumatisering inbegriper komplex trauma, anknytningstrauma, utvecklingstrauma, polyviktisering samt tillstånden varaktig personlighetsförändring efter katastrofupplevelse i tidigare ICD-versioner och "Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified" (DESNOS) som föreslagits i DSM-systemet [16]. Dessa definitioner beskriver vanligtvis ett spektrum av problem som delvis innefattar sådant som är direkt relaterat till traumatiska erfarenheter, som exempelvis mardrömmar, men också problem som är indirekt relaterade till dessa erfarenheter, som exempelvis stora svårigheter att lita på andra och att upprätthålla nära relationer. En gängse klinisk uppfattning är att personer som beskrivs av dessa definitioner har en svårare traumatisering än de som har PTSD. Komplex PTSD är i både namn och problembeskrivning lik dessa tidigare formuleringar, men skiljer sig på två viktiga punkter. För det första har de ovan nämnda beskrivningarna definierat tillståndet utifrån vad som orsakat traumatiseringen: exempelvis har definitionen på komplex traumatisering varit psykiskt trauma som har orsakats av olika former av långvarig, extrem utsatthet, som exempelvis upprepade sexuella övergrepp [13].

Men komplex PTSD-diagnosen är i ICD-11 formulerad så att tillståndet, liksom PTSD, kan uppstå efter såväl enstaka som omfattande eller upprepade traumatiska händelser, även om det understryks att komplex PTSD är vanligare efter omfattande och upprepade händelser [6], just den typ av händelser som definierat tidigare begrepp som komplex traumatisering. För det andra finns det inte, som nämnts tidigare, någon hierarki i svårighetsgrad mellan PTSD och komplex PTSD i ICD-11. Det finns därmed risk för att definitionen av komplex PTSD förväxlas med de andra definitionerna när komplex PTSD börjar användas som diagnos i vården.

2.3 Behandling

Eftersom komplex PTSD innefattar att personer uppfyller kriterier för PTSD är det relevant att beskriva behandlingar för PTSD. Idag rekommenderas psykologiska behandlingar för PTSD som förstahandsalternativ i vården [17]. I dessa behandlingar träffas terapeuten och patienten vanligtvis veckovis cirka 10–20 gånger, men behandlingarna kan vara både kortare och längre [18]. Bland evidensbaserade terapier finns det flera olika behandlingsprotokoll där alla har ungefär lika stor effekt på PTSD-symtom. I dessa terapier används sessionerna till att terapeuten och patienten på olika sätt närmar sig patientens minnen av de traumatiska erfarenheterna och bearbetar de intryck, tankar och känslor som patienten har, samt arbetar med patientens föreställningar om sig själv och andra som de traumatiska erfarenheterna givit upphov till. Behandlingsprotokoll som helt eller delvis utgörs av att möta minnen av de traumatiska erfarenheterna kallas för traumafokuserade behandlingar, och är de protokoll som har starkast evidens för PTSD idag [5] [17]. Det finns behandlingsprotokoll som gäller olika former av kognitiv beteendeterapi, men det finns också andra alternativ [19]. Det finns också studier som har undersökt om psykologisk behandling för PTSD kan förmedlas i självhjälpsformat via internet [20]. Man kan tänka sig att behandlingar för PTSD kan vara hjälpsamma också för CPTSD, eftersom PTSD-diagnosen ingår som krav för diagnosen komplex PTSD. Individer som skulle uppfylla kriterier för komplex PTSD idag, är delvis representerade i forskningen om PTSD då komplex PTSD innefattar att PTSD-kriterierna är uppfyllda. Det är mycket mera ovisst i vilken utsträckning behandlingar för PTSD kan lindra de besvär hos komplex PTSD som ingår i DSO-symtomen.

Det kan anses relevant att undersöka traumatiserade grupper separat baserat på typen av utlösande händelse, exempelvis sexuellt våld, naturkatastrofer eller trafikolyckor. Men undersökningar av i vilken utsträckning den specifika händelsetypen påverkar behandlingsframgång har inte visat pålitliga effekter av praktisk betydelse, med vissa undantag [21]. Ett överdrivet fokus på vilken slags händelse som orsakat symtomen riskerar dock forma en bild av att behandlingar måste anpassas särskilt efter just händelsetyp [21] [22]. Därför begränsas inte denna rapport till diagnosen komplex PTSD till följd av sexuellt våld, utan inkluderar också andra typer av händelser.

2.3.1 Fasindelad behandling

En annan diskussion rörande behandlingsdispositionen av PTSD-behandling är relevant för komplex PTSD eftersom den nya diagnosen innehåller symtom av en genomgripande karaktär. Diskussionen handlar om huruvida det är olämpligt att påbörja den traumafokuserade delen av terapin utan att först stabilisera patientens hälsoläge så att en traumafokuserad terapi inte försämrar patientens tillstånd. Vissa kliniker och forskare har länge förespråkat en fas-baserad behandlingsstrategi för PTSD och komplex PTSD utifrån resonemanget att om det är känslomässigt påfrestande att närma sig minnen av en traumatisk händelse finns det en risk att patienter med svåra besvär inte klarar av den påfrestningen, vilket resulterar i symtomförsämring och/eller avhopp från behandlingen, och därför behöver en traumafokuserad behandling föregås av ett förberedande arbete [23]. Ibland beskrivs således en behandlingsstrategi som innehåller två behandlingsfaser: en inledande, stabiliserande del som syftar till att öka patientens förmåga att genomföra den efterföljande traumabearbetande delen. Ibland innehåller strategin också en tredje fas som ämnar till att befästa och integrera behandlingsresultaten. Det förekommer att psykiatriska mottagningar i Sverige erbjuder stabiliseringsbehandlingar i grupp. Evidensläget är inte helt klarlagt för om fas-baserade behandlingsprotokoll har större effekt på symtom på PTSD eller komplex PTSD än endast traumafokuserade protokoll. Studier som har jämfört fas-baserade strategier med endast traumafokuserade protokoll har inte visat på tydliga fördelar utan effekten på PTSD-symtom har varit tämligen likartad, men det utesluter inte att personer med komplex PTSD kan gagnas av fas-baserade strategier [24] [25].

2.3.2 Hinder för behandling

Trots att det finns visst vetenskapligt stöd för flera behandlingsprotokoll för PTSD, finns det hinder för tillgång till behandling i vården [26] [27]. Det är inte alltid lätt att identifiera psykiskt trauma som orsaken till att en patient söker vård. De kan ofta söka för nedstämdhet, ångest, sömnproblem, eller andra psykiska besvär, eller för smärta eller andra kroppsliga besvär. Det pågår arbete med att utveckla screening- och bedömningsmetoder för komplex PTSD för svensk vård se till exempel [12]. Det finns också stigma och andra rädslor runt att prata om traumatiska erfarenheter som sexuellt våld. Ytterligare svårigheter gäller exempelvis tillgång till kompetens inom och implementering av evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder [28].

Människor som utsätts för sexuellt våld har ofta en upprepad utsatthet, varför komplex PTSD är särskilt relevant att undersöka i denna grupp. Eftersom komplex PTSD är en diagnos som kommer att börja användas i Sverige vid införandet av ICD-11, är det angeläget att sammanställa

kunskapsläget över behandling av komplex PTSD. Utifrån förhållandet mellan diagnoserna komplex PTSD och PTSD som det är beskrivet i ICD-11, är det rimligt att utgå från de behandlingar som utifrån kunskapsläget är prioriterade för PTSD, det vill säga psykologiska behandlingsformer.

3. Metod

Detta avsnitt beskriver frågor, urvalskriterier och metodik för den systematiska översikten. Centralt för en systematisk översikt är att processen ska genomföras så att resultaten blir så objektiva som möjligt och att tillvägagångssättet beskrivs på ett transparent sätt. För mera utförlig information om metodiken hänvisar vi till SBU:s metodbok [33].

Projektet har registrerats i International prospective register of systematic reviews https://www.crd.york.ac.uk/prospero/CRD_42024519015

3.1 Frågor

Vilka psykologiska behandlingar är effektiva för vuxna personer med komplex PTSD?

3.2 Metod för översikt av effekter på hälsa

3.2.1 Urvalskriterier

För att en studie skulle inkluderas krävdes att den uppfyllde följande kriterier för population (P), intervention (I), kontroll eller jämförelsealternativ (C), utfallsmått (O) och studiedesign (S).

3.2.1.1 Population (P)

Detta avsnitt beskriver frågor, urvalskriterier och metodik för den systematiska översikten. Centralt för en systematisk översikt är att processen ska genomföras så att resultaten blir så objektiva som möjligt och att tillvägagångssättet beskrivs på ett transparent sätt. För mera utförlig information om metodiken hänvisar vi till SBU:s metodbok [33]. Personer 18 år eller äldre med diagnosen komplex PTSD enligt ICD-11 eller med PTSD och symtom på "disturbances in self-organisation" (DSO) som inkluderar tre typer av symtomgrupper, nämligen svårigheter med affektreglering, negativ självuppfattning och svårigheter att bibehålla relationer. För att en studie skulle inkluderas behövde studiedeltagarna visa tecken på besvär inom alla tre symtomgrupperna för att på så vis kunna nå slutsatser om effekter med hög relevans för personer med komplex PTSD-diagnos.

3.2.1.2 Intervention (I)

Psykologiska behandlingar som kan ges inom ramen för hälso- och sjukvården i Sverige. Som psykologisk behandling definierades samtalsterapier som bygger på en psykologisk teori. Beskrivningar av steget före behandling, utredning och olika bedömningar, ingår inte.

3.2.1.3 Kontrollbehandling (C)

En annan behandling än den som ges till interventionsgruppen. Behandlingen ska vara relevant ur en svensk kontext och kan vara sedvanlig behandling, läkemedel, väntelista eller aktiv kontroll.

3.2.1.4 Utfall (O)

Symtom på komplex PTSD, remissionsgrad, funktionsnivå. Symtom på komplex PTSD avser både symtom på PTSD och DSO utifrån hur diagnosen är definierad i ICD-11.

3.2.1.5 Studiedesign

Randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) samt systematiska översikter som baseras på RCT-studier.

3.2.2 Process för urval av studier

3.2.2.1 Litteratursökning

En informationsspecialist utformade och genomförde systematiska litteratursökningar i samråd med projektets sakkunniga och projektledare. Sökstrategierna utformades för att vara uttömmande och förutsättningslösa i syfte att fånga så många relevanta studier som möjligt. Sökstrategierna redovisas i sin helhet i [Bilaga 1](#). Litteratursökningarna utfördes i april år 2023. Sökningarna gjordes i följande internationella databaser:

- CINAHL (EBSCO)
- Cochrane Library (Wiley)
- Criminal Justice Abstracts (EBSCO)
- EMBASE (Embase.com)
- Ovid MEDLINE(R) ALL
- APA Psycinfo (EBSCO)
- PTSDpubs (ProQuest)
- Scopus (Elsevier)
- Social Services Abstracts (ProQuest)

- Sociological Abstracts (ProQuest)
- SocINDEX (EBSCO)

Kompletterande sökningar efter pågående och publicerade systematiska översikter och HTA-rapporter gjordes i följande databaser:

- The Campbell Collaboration
- Epistemonikos
- International HTA Database
- PROSPERO

Därutöver genomfördes sökningar efter pågående kliniska studier i ClinicalTrials.gov och International Clinical Trials Registry Platform. Sökningarna är avgränsade med sökfilter för att fånga randomiserade kontrollerade studier samt systematiska översikter. Konferensabstrakt har exkluderats från sökningen i Embase. Där så varit möjligt har sökningarna begränsats till språken engelska, svenska, danska och norska. Före relevansgranskningen rensades dubletter mellan databaser bort i EndNote 20 [29] [30].

3.2.2.2 Bedömning av relevans

Två projektledare vid SBU gallrade bort irrelevanta artikelsammanfattningar (abstrakt) med stöd av programmet Rayyan [31], först oberoende av varandra och därefter gemensamt i de fall de var oense, för att nå samsyn. Inkluderade referenser beställdes i fulltext.

Studierna i fulltext bedömdes av sakkunnig och en projektledare med stöd av programmet Covidence [32], först oberoende av varandra, och därefter gemensamt i de fall de var oense, för att nå samsyn. De studier som uppfyllde urvalskriterierna bedömdes vara relevanta och inkluderades.

3.2.2.3 Bedömning av risk för bias

Risken för att resultaten i studierna blivit snedvridna, det vill säga risken för bias, bedömdes av sakkunnig och en projektledare oberoende av varandra varefter de kom fram till en gemensam bedömning. SBU:s granskningsmall för RCT-studier användes som stöd för bedömningarna ([Bilaga 4](#)). Risken för bias klassificerades som låg, måttlig eller hög. Karakteristika för relevanta studier presenteras i ([Bilaga 3](#)).

3.2.3 Syntes

Inga studier med låg eller måttlig risk för bias har jämfört samma behandlingsmetoder på samma utfall. Därmed har ingen sammanvägning varit möjlig.

3.2.4 Bedömning av de sammanvägda resultatens tillförlitlighet

Vi planerade att bedöma tillförlitligheten till det samlade vetenskapliga underlaget. Vid en sådan bedömning använder SBU det internationellt utarbetade GRADE-systemet (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluations). För mer information om metodiken hänvisar vi till SBU:s metodbok [33]. Då inga studier höll tillräckligt låg risk för bias och var så pass olika att de inte kunde sammanvägas utgick den formella evidensbedömningen, bedömning av tillförlitligheten.

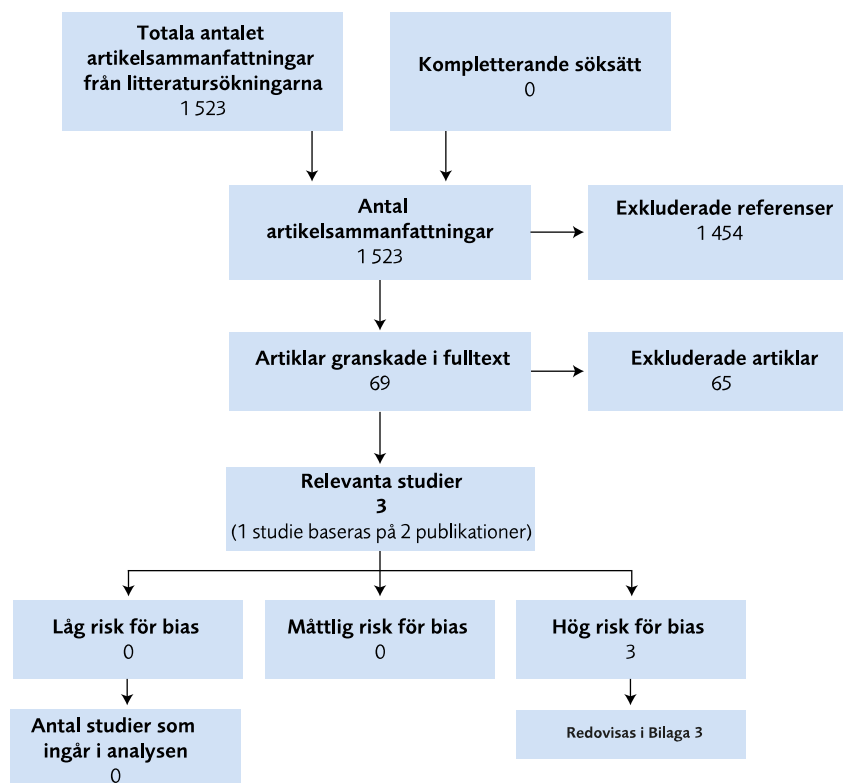
3.3 Metod för att undersöka etiska aspekter

För att undersöka etiska aspekter användes relevanta forskningspublikationer, SBU:s vägledning för att identifiera relevanta etiska aspekter inom hälso- och sjukvården [34] samt diskussioner med projektgruppens medlemmar. Den etiska analysen strukturerades utifrån relevanta generella aspekter som återfinns i SBU:s etikvägledning och med hjälp av dessa identifierades hur etiska dilemman och frågeställningar kan uppkomma i samband med insatser och forskning för personer med komplex PTSD som utsatts för sexuellt våld.

4. Urval av studier

Litteratursökningen i de databaser som beskrivs i metoddelen resulterade i 1 523 träffar. En artikel som redovisade en systematisk översikt från år 2018 [35] bedömdes täcka relevant litteratur fram till år 2017, då den identifierade randomiserade studier av behandlingar för PTSD som redovisade förändringsmått på en, två eller tre av de symtomgrupper som ingår i DSO. Efter en granskning av artiklar nyare än år 2017 bedömdes 2 studier vara relevanta, utöver en studie som identifierades i den systematiska översikten. De tre relevanta studierna bedömdes ha en hög risk för bias. I Figur 4.1 sammanfattas ett flödesschema över studieurvalet i de olika granskningsstegen.

Figur 4.1 Flödesschema över studieurvalet.



5. Resultat

5.1 Sammanfattning av resultaten

Det saknas vetenskapliga studier med låg eller måttlig risk för bias som har studerat effekten av psykologiska behandlingar för personer med diagnosen komplex PTSD. Den bedömningen har vi kommit fram till efter att sökt efter vetenskapliga studier som publicerats i vetenskapliga tidskrifter, och endast identifierat tre relevanta studier beskrivna i fyra rapporter vilka bedömdes ha en hög risk för bias [36] [37] [38] [39]. Studier som exkluderades finns i [Bilaga 2](#). En vanlig orsak till att studier bedömdes vara irrelevanta var att de inte rapporterade utfall som täckte de tre DSO-symtomgrupperna.

5.1.1 Beskrivning av relevanta studier

Tre studier beskrivna i fyra rapporter bedömdes vara relevanta för denna rapports frågeställning [36] [37] [38] [39]. Studierna beskrivs i [Bilaga 3](#). En studie utfördes i Litauen och inkluderade universitetsstudenter [37] medan två utfördes i Nederländerna i en klinisk kontext [38] [39]. De hade mellan 71 och 121 deltagare och alla var vuxna med PTSD enligt DSM-5 [39], enligt DSM-IV [38] eller enligt ICD-11 [37] och hade symtom på komplex PTSD. Studierna gällde olika former av behandlingar och jämförde behandlingarna mot olika betingelser: en studie utvärderade en internetförmedlad mindfulness-baserad behandling jämfört med väntelista [37], en studie undersökte om en fas-baserad behandlingsapproach är mer effektivt än att genast påbörja traumafokuserad behandling [38] och en studie testade om en stabiliserande grupp-behandling hade någon effekt utöver sedvanlig behandling [39]. En studie mätte PTSD och DSO-symtom med instrument utvecklade för ICD-11 [37]. Två studier använde olika mått på PTSD-symtom och mätte DSO-symtom med en reviderad version av *The Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES) samt med ytterligare skattningsskalor [38] [39].

Risken för bias bedömdes vara hög i alla tre studierna på grund av hög andel bortfall, brister i mätning av utfallet och rapporteringsbias. Inga studier med låg eller måttlig risk för bias har jämfört samma metoder på samma utfall. Därmed har ingen sammanvägning varit möjlig. Då inga studier höll tillräckligt låg risk för bias utgick den formella evidensbedömningen, det vill säga bedömning av tillförlitligheten. Även om rapporten inte identifierade någon studie som kunde inkluderas i en evidensgradering, är

det av kliniskt värde att ge en kort beskrivning av de tre studier som bedömdes relevanta men som var förknippade med hög risk för systematiska fel.

I studien som jämförde en internetförmiddad behandling med väntelista var behandlingen att likna vid en självhjälpsbehandling med information och övningar som deltagarna arbetade igenom på egen hand [37]. Deltagarna hade möjlighet till stöd från behandlare, men det absoluta flertalet deltagare använde inte stödet. Behandlingen utvecklades specifikt för denna studie och var inte en anpassning av beprövad behandling till internetformat. Deltagarna följdes upp efter tre månader [36]. Studien redovisade interventionseffekter avseende två av tre DSO-symtomgrupper men inte gällande PTSD-symtom.

Studien som undersökte en stabiliserande gruppbehandling som tillägg till sedvanlig behandling, inkluderade deltagare med symtom på CPTSD och som hade varit utsatta för sexuella eller fysiska övergrepp i barndomen [38]. Den stabiliserande gruppbehandlingen utgick från ett KBT-ramverk. Sedvanlig behandling gavs till alla och var inte protokollstyrd; deltagarna kunde träffa olika vårdprofessioner som gav behandling efter behov, dock gavs inte exponeringsbehandling inom ramen för sedvanlig behandling. Studien kunde inte detektera någon statistiskt signifikant skillnad i symtom på komplex PTSD mellan grupperna.

I studien som utvärderade om en fas-baserad behandlingsapproach är mer effektivt än att genast påbörja traumafokuserad behandling inkluderades deltagare med PTSD relaterat till barndomstrauma [39]. Behandlingsgruppen fick en fas-indelad behandling, Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR), följt av en traumafokuserad behandling. Kontrollgruppen fick endast den traumafokuserade behandlingen. Viss symtomförändring avseende komplex PTSD rapporterades inom båda grupperna, men ingen skillnad kunde påvisas mellan grupperna, vid eftermätning eller uppföljningarna vid 3 respektive 6 månader.

6. Etiska aspekter

6.1 Utgångspunkter

6.1.1 Syfte

Etikavsnittet syftar till att ge en överblick över vilka etiska utmaningar som vård av och forskning kring personer med komplex PTSD som utsatts för sexuellt våld kan ge upphov till. Förhoppning är även att det ska klargöra etiska dilemman och hur olika etiska överväganden kan behöva vägas mot varandra samt hur sådana vägningar kan påverka hur insatser utformas. Däremot dras inga slutsatser när eller om insatser bör sättas in.

6.1.2 Svårighetsgrad – utsatthet och konsekvenser

Att utsätta en person för sexuellt våld utgör ett ytterst allvarligt övergrepp som innebär kränkningar av personens integritet, självbestämmande och värdighet. Det kan medföra en betydande risk för negativ påverkan på framtida hälsa och livskvalitet och för att skada personens möjligheter till att leva ett tryggt, rikt och självständigt liv.

Som framgår av denna rapport kan komplex PTSD resultera i svårigheter privat, i familjen, socialt, i utbildningar, yrkesmässigt eller andra områden. Dessa svårigheter kan också innebära en risk för att utsättas för sexuellt våld under längre tid och hinder till att nå vården samtidigt som behovet av vård eller stöd oftast är stort. Det är viktigt att notera att personer med komplex PTSD utgör en heterogen grupp och att följande resonemang kan gälla personer i gruppen i olika grad och att anpassning av resonemangen alltid behöver göras till enskilda personens behov och förutsättningar. Som framgår av denna rapport saknas vetenskapligt underlag för psykologiska behandlingar för personer med komplex PTSD vilket är problematiskt.

Med detta som utgångspunkter har vi valt att diskutera etiska aspekter av vård och stöd för personer med komplex PTSD som utsatts för sexuellt våld under olika frågeställningar. Tyngdpunkten ligger på olika etiska värden som hälsa och välbefinnande, autonomi och integritet samt professions- och forskningsetiska aspekter.

6.2 Vilken betydelse kan insatser ha för olika etiska värden?

I detta delavsnitt diskuteras i första hand etiska frågeställningar kring hur insatser kan påverka välfärden, autonomi och integriteten hos personer med komplex PTSD som utsatts för sexuellt våld samt rättviseaspekter.

6.2.1 Hur kan insatser påverka hälsa och livskvalitet?

Att inte vårda eller behandla en person som utsatts för sexuellt våld innebär hög risk för negativa konsekvenser för patienten i fråga vilket gör riskbedömning, upptäckt, vård och stöd mycket viktiga för personens framtida hälsa och livskvalitet. Även om denna rapport visar att det saknas vetenskapligt underlag för insatser vid komplex PTSD finns det risker med att låta bli att omhänderta och behandla när det finns vetenskapligt stöd för behandling av PTSD, depression och andra psykiatriska tillstånd som är vanliga hos personer som utsatts för sexuellt våld.

6.2.1.1 Kan personer med komplex PTSD ta skada av insatser?

En oro bland vårdpersonal kan vara att omhändertagande, samtal och vård som inriktas på att bearbeta traumatiska händelser kan orsaka lidande och eventuellt mer trauma. Flera studier har gjorts för att förstå varför personal inte använder evidensbaserade terapier för PTSD i den utsträckning som behövs för att möta upp antalet traumatiserade patienter i vården [26] [27] [40] [41]. Flera organisatoriska faktorer kan bidra till negativa upplevelser, exempelvis hög personalomsättning, begränsade resurser och otillräcklig utbildning [42].

6.2.2 Autonomi och komplex PTSD

Respekt för personlig autonomi är en grundläggande etisk och juridisk norm inom hälso- och sjukvård. Autonomi förstås här som individens förmåga att fatta beslut om sitt liv baserat på egna önskningar, utan otillbörlig påverkan, och med förståelse samt rimliga resonemang. Autonomi är något som varierar i grad över tid och ökar med kognitiv och emotionell utveckling. Det är viktigt att notera att normen om respekt för autonomi bör tolkas brett och inkludera även viljeyttranden från personer med begränsad autonomi [43] [44] [45], både som en etisk princip och som en juridisk regel. Personer kan befinna sig i starka beroenderelationer, vilket begränsar deras frihet. De kan också, på grund av sitt tillstånd, ha svårt att nå fram till vården och rapportera övergrepp. Vidare kan det finnas behov att anpassa samtyckesprocesser [46] (se [Avsnitt 6.4.1](#)).

6.2.1.2 Kan anhöriga utgöra hinder för deltagande i vård och behandling?

Utsattheten för sexuellt våld pågår ofta över tid och förövare är inte sällan personer som på olika sätt står offret nära [3] [47]. Det innebär att anhöriga, vårdare eller andra personer som i sin yrkesroll är förövare och kan utgöra hinder för dessa personers tillgång till behandling.

6.2.3 Kan integritet skadas av insatser?

En sådan risk kan finnas, men insatser kan fortfarande vara viktiga. Respekt för personers integritet utgör en grundläggande etisk och juridisk norm. Att ha integritet innebär att inneha en privat svär som andra inte utan vidare har tillgång till och till skillnad från autonomi kräver integritet inte någon kognitiv eller emotionell förmåga. Exempelvis uppfattas nyfödda, svårt dementa och även avlidna att ha integritet som förtjänar respekt. Personer med autonomi har, till skillnad från dessa exempel, möjlighet att gentemot andra dra gränser för sin integritet. Integritetskränkningar är särskilt allvarliga när individer har svårigheter att dra gränserna för sin privata sfär. Men liksom andra etiska principer så är principen om att respektera andras integritet relativ i den meningen att andra värden i enskilda fall kan väga tyngre. I ett sådant fall kan det vara viktigare för en persons hälsa och framtida livskvalitet att samtala om övergrepp och göra en undersökning, även om detta innebär en viss integritetskränkning. Exempelvis kan vården behöva överväga hur detaljerad information som är nödvändig för den aktuella åtgärden för att undvika att patienter i onödan behöver redogöra detaljerat för mycket stressande upplevelser.

6.2.4 Vilka rättvise- och jämlikhetsaspekter finns?

De relevanta rättvise- och jämlikhetsaspekter i den här rapportens sammanhang gäller i första hand tillgänglighet. Det finns olika hinder som kan stå i vägen för att personer med komplex PTSD ska kunna rapportera och söka vård för övergrepp [27]. Det kan finnas rädsla eller oro kring att tala om svåra erfarenheter av sexuellt våld som kan vara förbundna med stigma. Det kan finnas rädsla för klander från anhöriga som eventuellt är förövare eller rädsla för att privat information sprids. Det kan vara svårt för vårdpersonal att identifiera personer i gruppen som kanske söker för andra och lindrigare besvär.

6.3 Professionsetiska aspekter

Ett generellt och svårt professionsetiskt dilemma är det mellan att å ena sidan ge insatser som saknar eller har svagt vetenskapligt stöd till de som har behov av vård eller stöd, eller å andra sidan låta bli. Insatser med osäker evidens eller helt oprövade metoder kan vara skadliga och bör ofta undvikas, men samtidigt kan vårdbehovet vara både akut och stort. Beslut måste fattas från fall till fall och vila på så goda medicinska, omvårdnadsrättsliga, etiska och juridiska grunder som möjligt, vare det sig är att ge en insats eller inte.

Ett förhållandevis nytt begrepp i den internationella medicin-etiska litteraturen är *defensiv vård* vilket vanligtvis definieras som att vårdpersonal över- eller underbehandlar en patient för att på något sätt skydda sig själva och av andra skäl än rent medicinska. Anledningar till att defensiv vård förekommer kan vara oro för kritik från kollegor och chefer [48], tidsbrist, osäkerhet och att man vill undvika riskabla och komplicerade behandlingar. Defensiv vård har identifierats ge upphov till dålig vård, negativa effekter för patienters hälsa, minska förtroende för sjukvården och ökade och onödiga sjukvårdskostnader [49] [50]. I denna rapports sammanhang kan defensiv vård innebära att vårdpersonal undviker att ge vård av en, förvisso begriplig, oro för att skada patienten. Det är viktigt att föra en professionsetisk diskussion kring detta dilemma för att så långt som möjligt undvika att defensiv vård utgör motiv till att ge eller underlåta att ge insatser.

6.4 Forskningsetiska aspekter

På samma sätt som det finns svårigheter med att fånga upp och ge vård till personer med komplex PTSD så finns det hinder för att inkludera dessa personer i forskningsstudier. Bland anhöriga, forskare och myndigheter som finansierar och ger tillstånd till forskning kan det finnas oro för att sårbara personer kan få ökat lidande av deltagande i forskning. Det finns dock starka etiska och vetenskapliga skäl till att underlätta även för svårt traumatiserade personer att som aktiva forskningspersoner delta i forskningsstudier. Studier indikerar vidare att deltagande i forskning inte i sig ger upphov till upplevt lidande eller stress [51] [52] [53] [54] [55]. Det kan dock vara viktigt att i studier med denna grupp också ha resurspersoner som kan ge samtalsstöd till forskningspersoner som så önskar [52]. Det är möjligt att mer organisatoriska och processorienterade faktorer bidrar till att personer i gruppen är understuderad. Forskare börjar antagligen med majoritetspopulationen och tänker sig i bästa fall att bredda studierna till mindre grupper som uppfattas som mindre tillgängliga. Tids- och resursbegränsningar kan göra att sådana utvidgade studier ofta inte blir av.

6.4.1 Samtycke till deltagande i forskning

Det är viktigt att samtyckesprocessen anpassas till behov som kan finnas i denna grupp. En ytterligare aspekt av det informerade samtycket gäller frivillighet i relation till vårdpersonal. Det kan finnas risk att man vill vara tillmötesgående och har svårt att säga nej om frågan kommer från vårdpersonal [56].

6.4.2 Kan bedömningar kring etikprövning utgöra ett hinder för forskning?

Det är möjligt att forskare kan uppfatta det som svårt att få ett etikgodkännande för en studie med svårt traumatiserade personer och därför väljer att avstå från att studera denna grupp. Även om det kan ha varit så att etikprövningsmyndigheter har månat om att skydda sårbara grupper från risker så finns det stora möjligheter att med rätt utformade studier inkludera personer med komplex PTSD [57]. Framåt kan det vara viktigt att vidga den forskningsetiska diskussionen kring etikprövning till att också omfatta avvägningar kring personers deltagande i forskningsstudier och undvika att de vanemässigt exkluderas.

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

SBU fann ingen RCT-studie med låg eller måttlig risk för bias som undersökte om psykologiska behandlingar är effektiva för att lindra symtom på komplex PTSD hos personer diagnostiserade med eller med tydliga symtom på komplex PTSD. Tre relevanta studier med vuxna deltagare identifierades där samtliga bedömdes ha hög risk för bias [36] [37] [38] [39]. Rörande forskning med komplex PTSD finns det flera viktiga etiska aspekter att förhålla sig till.

Det har gått sex år sedan diagnosen komplex PTSD antogs formellt i och med färdigställandet av ICD-11 från WHO år 2019. Fenomenet har dock diskuterats långt mycket längre [13]. Diagnosens utformning presenterades för över tio år sedan [9], och har väckt både stort intresse och kontrovers i det internationella forskarsamfundet [58] [59]. Trots den långa och aktiva diskussionen om problembilden som förts inom fältet har vi inte kunnat identifiera någon relevant RCT-studie med låg eller måttlig risk för systematiska fel för personer med komplex PTSD.

Symtom på PTSD kan behandlas framgångsrikt över ett brett spektrum av patientgrupper med PTSD, med flera olika psykologiska behandlingar, inklusive ett flertal kognitiva och beteendeterapeutiska behandlingsprotokoll vilket kommenterats av SBU i en tidigare rapport [5]. Men kunskapsläget är alltså fortsatt oklart gällande DSO-symtom. Det finns dock flera översikter som har gjort post-hoc analyser av redan genomförda studier som gällt PTSD-populationer [25] [35] [60]. Den metaanalys som genomförts av Karatzias och medarbetare år 2019 undersökte om RCT-studier för PTSD redovisade utfallsmått relaterade till en eller flera DSO-symtomgrupper [35]. En annan metaanalys med liknande metod avgränsade sig till DSO-symtomgruppen negativ självuppfattning [60]. En viktig omständighet för att dra slutsatser från dessa översikter är att resultaten inte är avgränsade till personer med en diagnos på komplex PTSD eller personer med höga nivåer av DSO-symtom. Jämfört med PTSD beskriver komplex PTSD mera genomgripande problem, och det finns därmed en risk att studier som avgränsar studiepopulationen till denna patientgrupp skulle se andra effekter. Det är osäkert hur detta skulle påverka – det är tänkbart att effekterna är större i denna grupp på grund av att initialt markerade symtom kan ha större rörlighet nedåt vid effektiv behandling, men det är också möjligt att gruppens komplexa symtombild kräver andra insatser och skulle resultera i mindre förändring i symtom av PTSD-behandlingar.

En översikt avgränsade studiepopulationen till personer som har varit med om vissa typer av traumatiska händelser: Coventry och medarbetare sammanställde år 2020, randomiserade och icke-randomiserade studier av effekten av behandlingar för PTSD för personer som hade varit med om extrema och utdragna eller upprepade händelser som upplevs som extremt hotande eller hemska och är svåra eller omöjliga att fly från [25]. Som typiska sådana händelser angavs sexuella övergrepp, våld i nära relation, tvångsförflyttning, tortyr, väpnad konflikt eller strid samt trafficking. Baserat på 116 studier för PTSD-symtom, men endast två till sju studier för vardera DSO-symtomgrupp, drar författarna slutsatserna att traumafokuserade behandlingar har en god effekt på PTSD-symtom, men lägre effekt på DSO-symtom [25]. Den låga rapporterade effekten på DSO-symtom kan dock ha påverkats av att deltagare i de inkluderade studierna hade subkliniska nivåer av dessa symtom, vilket väcker frågor om generaliserbarheten till patienter med diagnosen komplex PTSD. Liknande farhågor finns rörande en översikt av fas-baserad behandling som inkluderade studier som gällde deltagare med komplex PTSD eller som upplevt interpersonellt våld före 18 års ålder, där PTSD-symtom var det primära utfallsmåttet [24].

Det finns en klar risk för publikationsbias i de ovan nämnda metaanalyserna. I RCT-studier för PTSD är symtom på PTSD av naturliga skäl vanligtvis primära utfallsmått, och utfall relaterade till DSO-symtom, i den mån de mäts, är sekundära eller tertiära utfallsmått. Därmed kan det vara så att sekundära behandlingseffekter på DSO-symtom oftare redovisas om de är positiva, och mera sällan tas med i rapporteringen om analysen inte visar på någon behandlingseffekt på dessa symtom.

7.2 Metoddiskussion

Denna rapport avsåg belysa kunskapsläget för en patientpopulation med diagnosen komplex PTSD med utgångspunkt i att detta tillstånd är vanligt förekommande efter sexuellt våld. Rapporten omfattar dock komplex PTSD efter alla typer av händelser, inte bara sexuellt våld. Detta vägval bygger på att tidigare försök att avgränsa traumatiserade studiepopulationer utifrån händelsetyp medför få fördelar, men riskerar samtidigt leda till en felaktig bild av att den traumatiska händelsens typ skulle vara en avgörande faktor för behandlingsöverväganden. Den samlade bilden idag pekar dock på att varken val av behandlingsprotokoll eller behandlingsprognos väsentligen påverkas av vad för slags händelse som orsakat traumat. Det kan snarare vara så att det är den nuvarande symtombilden som är relevant i dessa överväganden. Det bör dock nämnas att forskningen om prediktorer för behandlingsframgång vid behandling av psykiskt trauma hittills har haft begränsad praktisk nytta [21] [61].

På grund av hur diagnosen komplex PTSD definierats gjordes vissa avgränsningar gällande populationens symtom. För att bedömas som relevanta studier att ta med i denna rapport, behövde studierna ha inkluderat deltagare som uppfyllde kriterier för diagnosen komplex PTSD eller uppfyllde kriterier för PTSD samt hade förhöjda nivåer på DSO-symtom. Denna avgränsning ansågs viktig då befintliga metaanalyser som selekterat studier baserat på typ av traumatisk händelse är förknippade med osäkerheter runt generaliserbarheten till en population med komplex PTSD. Föreliggande rapport delar dock bristen gällande publikationsbias eftersom det bedömdes utsiktslöst att kräva att DSO-symtom skulle vara primära utfallsmått.

8. Överväganden för forskning

Aspekter som är viktiga för fortsatt forskning inom detta område rör vetenskapliga kunskapsluckor vilket utvecklas nedan. Sammanfattningsvis handlar det om:

- Utfallen: det vill säga symtom (DOS och PTSD), men även remissionsgrad och funktionsnivå
- Behandlingarna: internetförmedlad mindfulness-baserad behandling, fas-baserad behandlingsapproach, traumafokuserad behandling och stabiliserande grupp-behandling, men även andra psykologiska behandlingar för denna grupp av vuxna personer
- Uppföljningstid.

Sammantaget saknas det fortfarande studier med måttlig eller låg risk för bias som undersöker effekten av psykologiska behandlingar för komplex PTSD. Eftersom komplex PTSD kräver en PTSD-diagnos vore en förväntad utveckling, efter att komplex PTSD-diagnosen togs fram, att i RCT-studier utvärdera effekten av befintliga rekommenderade behandlingar för PTSD på symtomen som ingår i komplex PTSD-diagnosen, med särskilt fokus på DSO-symtom, hos deltagare med fastställd eller trolig komplex PTSD. Av de tre studier som inkluderades i föreliggande rapport var dock ingen en klinisk prövning av en evidensbaserad PTSD-behandling, utan alla tre var olika varianter av nya oprövade protokoll eller kombinationer av sådana insatser. Det finns indikationer från befintlig litteratur att beprövade behandlingar för PTSD har god effekt i klinik på PTSD-symtom även för personer med mycket svåra symtom, det vill säga sådant som traditionellt har kallats komplext trauma [18] [62]. Så även om det är oklart vad gäller patienter som uppfyller komplex PTSD-diagnosen, samt effekter på DSO-symtom, har eventuellt en sammanblandning av begrepp bidragit till en fördunkling av vad som fungerar för vilka symtom hos vilken grupp.

DSO-delen av komplex PTSD-diagnosen innefattar symtom som är breda till sin karaktär och som återfinns hos många psykiatriska patienter. Därför vore en annan förväntad utveckling att det genomfördes utvärderingar om befintliga behandlingar som idag används för att lindra negativ självbild, interpersonella svårigheter eller affektregleringssvårigheter kan ge god effekt om de ges till personer med komplex PTSD. Föreliggande rapport har dock inte kunnat identifiera sådana studier. En del av osäkerheten gällande hur man effektivt kan behandla DSO-symtom är relaterad till att det är oklart om DSO-symtomen vidmakthålls av liknande principer när de är traumarelaterade jämfört med när de uppträder i samband med andra psykiatriska tillstånd. Här kan mekanistisk forskning förhoppningsvis bidra

till att skingra denna osäkerhet framgent, liknande de specifika interventioner som har utvecklats för specifika PTSD-symtom som plågsamma minnesbilder och mardrömmar [5].

Angående tid till uppföljning hade en av de relevanta studierna en 3-månadersuppföljning och en studie hade en uppföljning efter sex månader. Den sista studien redovisade ingen uppföljning bortom mätningen vid behandlingsavslut. Det finns skäl att överväga om ytterligare uppföljningstid vore relevant givet den genomgripande karaktären på de symtom som karakteriserar komplex PTSD.

8.1 Registrerade protokoll

Behandlingsstudier för psykiatriska diagnoser registreras numera ofta i förväg i öppna databaser. Vid tidpunkten för denna rapports färdigställande gjordes en sökning i WHO:s International Clinical Trials Registry Platform på tillståndet PTSD och ordet ”complex” i titeln: Sökresultatet innehöll fem registrerade RCT-studier som riktade sig till personer med komplex PTSD, varav en studie med ungdomar, en med soldatveteraner, en med vuxna med samtidiga schizofrenitillstånd och två rörande fas-indelad terapi. En av studierna om fas-indelad terapi publicerades efter tidpunkten för denna rapports litteratursökning: baserat på 92 vuxna patienter på en norsk specialistvårdsenhet fann författarna inte stöd för att fas-indelad terapi gav större effekt på komplex PTSD-symtom än icke fas-indelad traumafokuserad terapi med över ett års uppföljning och de drar slutsatsen att ytterligare forskning behövs [63].

En tolkning av att det endast går att identifiera relativt få relevanta befintliga och planerade randomiserade studier kan vara att man anser att befintliga randomiserade PTSD-studier och översikter av post-hoc natur – att i efterhand gå tillbaka och analysera sekundära utfallsmått i redan genomförda studier – är tillräckligt underlag för att använda befintliga PTSD-behandlingar även för målgruppen komplex PTSD. En sådan tanke framförs exempelvis i översikten av Karatzias och medarbetare [35]. Det kan bero på att man anser att komplex PTSD-diagnosen är så pass lik den traditionella PTSD-symtombilden, eller de tidigare definitionerna på komplex traumatisering, att mera grundläggande studier inte behövs. En sådan tolkning riskerar skapa osäkerhet i vården. Osäkerheten riskerar dessutom förvärras vid introducerandet av ICD-11 på grund av de många olika definitionerna som används för att beskriva gruppen svårt traumatiserade. De utmaningar och hinder för vård som rapporterats för svårt traumatiserade patienter, och de etiska frågeställningar som är förknippade med forskning och vård av denna grupp, kan därmed bli svårare att komma till rätta med om evidensläget för behandlingar av denna nya diagnos inte blir tydligare.

9. Medverkande

9.1 Projektgrupp

9.1.1 Sakkunniga

- Filip Arnberg, docent, Uppsala universitet
- Ulrik Kihlbom, professor, Karolinska institutet

9.1.2 Kansli

- Gunilla Fahlström, projektledare från april 2024
- Maria Ahlberg, projektadministratör
- Jessica Dagerhamn, projektdeltagare
- Helena Domeij, projektledare från september 2023 till och med mars 2024
- Margareta Hedner, projektledare till och med september 2023
- Lina Leander, biträdande projektledare till och med september 2023
- Klas Moberg, informationsspecialist
- Jonas Bergström, projektansvarig chef

9.1.3 Externa granskare

Sean Perrin, professor, Lunds universitet

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. De har kommit med värdefulla kommentarer som förbättrat rapporten. SBU har dock inte alltid möjlighet att tillgodose alla ändringsförslag och de externa granskarna står därför inte med nödvändighet bakom samtliga slutsatser och texter i rapporten.

9.1.4 Bindningar och jäv

Sakkunniga och externa granskare har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklarationer om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

9.1.5 SBU:s vetenskapliga råd

- Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)
- Anna Ehrenberg, Högskolan Dalarna, vice ordförande, (omvårdnad)
- Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)
- Ulrik Kihlbom, Karolinska institutet (etik)
- Ylva Nilsagård, Örebro universitet (fysioterapi)
- Titti Mattsson, Lunds universitet (etik, juridik)
- Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)
- Jahangir Khan, Göteborgs universitet (hälsoekonomi)
- Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)
- Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)
- Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)
- Eva Uustal, Linköpings universitet (medicin)
- Carina Berterö, Linköpings universitet (omvårdnad)
- Ata Ghaderi, Karolinska institutet (psykologi)
- Petter Gustavsson, Karolinska institutet (psykologi)
- Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)
- Lena Dahlberg, Högskolan Dalarna (socialt arbete)
- Urban Markström, Umeå universitet (socialt arbete, funktionstillstånd- och funktionshinder)
- Christina Nehlin Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)

10. Ordförklaringar och förkortningar

CPTSD

Complex post-traumatic stress disorder, komplext posttraumatiskt stressyndrom

Defensiv vård

Definieras vanligtvis som att vårdpersonal över- eller underbehandlar en patient för att på något sätt skydda sig själva och av andra skäl än rent medicinska

Polyviktisering

De som är utsatta för flera olika typer av våld eller våld vid upprepade tillfällen

PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder, posttraumatiskt stressyndrom är en psykiatrisk diagnos

RCT

Randomized controlled trial, randomiserad kontrollerad studie. Studie som är randomiserad, vilket innebär att den har en kontrollgrupp samt slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en studie

Sexuellt våld

Varje genomförd sexuell handling, försök till sexuell handling, oönskad sexuell kommentar eller närmande, eller försök till handel eller styrning av en persons sexualitet, genom tvång av någon annan, oavsett relationen till offret och oavsett omständigheter, innefattande, men inte uteslutande till, hemmet eller arbetsplatsen

SIDES

The Structured Interview for Disorders of Extreme Stress

Snedvridning

Risk för ett resultatfel i forskningsprocessen som uppstått i en studies uppläggning, genomförande, effektbedömning, publikation eller annan hantering av resultaten, och som inte beror på slumpen (risk för bias)

STAIR

Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation

11. Referenser

1. Regeringen. 2023:Regeringsbeslut 2023-03-09, S2023/00970 (delvis) Uppdrag att genomföra insatser för att stödja en jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård för personer som har utsatts för sexuellt våld. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://www.regeringen.se/contentassets/58554cc9664545478e1221630456ab30/uppdrag-att-genomfora-insatser-for-att-stodja-en-jamlik-och-kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard-for-personer-som-har-utsatts-for-sexuellt-vald.pdf>.
2. WHO. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, (WHO); 2002. [accessed May 7 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.
3. NCK. Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. NCK-rapport 2014:1. Uppsala; 2014. [accessed May 3 2024]. Available from: https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/418/NCK-rapport_prevalens_Vald_och_halsa_www.pdf.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(sup5):1353383. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.
5. SBU. Psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU Kommenterar 2019_12. [accessed May 3 2024]. Available from: https://www.sbu.se/2019_12.
6. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). World Health Organization, WHO; 2019/2021. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://icd.who.int/browse11>.
7. Frans O, Rimmö PA, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatr Scand. 2005;111(4):291-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>.
8. Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. Behavior Therapy. 2005;36(2):119-24. Available from: [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7).
9. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry. 2013;12(3):198-206. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20057>.
10. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. J Nerv Ment Dis.

- 2018;206(4):270-6. Available from:
<https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000790>.
11. Wolf EJ, Miller MW, Kilpatrick D, Resnick HS, Badour CL, Marx BP, et al. ICD-11 Complex PTSD in US National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations with PTSD. *Clin Psychol Sci*. 2015;3(2):215-29. Available from:
<https://doi.org/10.1177/2167702614545480>.
 12. Bondjers K, Hyland P, Roberts NP, Bisson JI, Willebrand M, Arnberg FK. Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1665617. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>.
 13. Herman JL. Trauma and recovery. New York: Basic Books; 1992.
 14. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):389-99. Available from: <https://doi.org/10.1002/jts.20047>.
 15. Bryant RA. The complexity of complex PTSD. *Am J Psychiatry*. 2010;167(8):879-81. Available from:
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040606>.
 16. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(9):750-69. Available from:
<https://doi.org/10.1002/da.20767>.
 17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Nationella riktlinjer. [accessed May 3 2024]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>.
 18. Forbes D. Effective treatments for PTSD : practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. 3 ed. New York: The Guilford Press; 2020.
 19. Wright SL, Karyotaki E, Cuijpers P, Bisson J, Papola D, Witteveen A, et al. EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*. 2024;1-9. Available from: <https://doi.org/10.1017/s0033291723003446>.
 20. SBU. Internetförmiddlad psykologisk behandling: jämförelse med andra behandlingar vid psykiatriska syndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU Utvärderar 337. [accessed May 3 2024]. Available from: <https://www.sbu.se/337>.
 21. McLean CP, Levy HC, Miller ML, Tolin DF. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2022;91:102115. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115>.
 22. Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, Baird SO, Witcraft SM, Stein AT, et al. A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Ther*. 2019;48(1):1-14. Available from:
<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>.
 23. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert

- clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*. 2011;24(6):615-27. Available from: <https://doi.org/10.1002/jts.20697>.
24. Darby RJ, Taylor EP, Cadavid MS. Phase-based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023;14:100628. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628>.
 25. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, et al. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(8):e1003262. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>.
 26. Finch J, Ford C, Grainger L, Meiser-Stedman R. A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *J Affect Disord*. 2020;263:175-86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.143>.
 27. Smith JR, Workneh A, Yaya S. Barriers and Facilitators to Help-Seeking for Individuals With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Stress*. 2020;33(2):137-50. Available from: <https://doi.org/10.1002/jts.22456>.
 28. Bäärnhielm S, Ramel B, Theunis E, Mijaljica G, Dyster-Aas J, Arnberg FK. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD): En klinisk kunskapsuppdatering. *Läkartidningen*. 2024;121:23090.
 29. Bramer WM, Giustini D, de Jonge GB, Holland L, Bekhuis T. De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. *J Med Libr Assoc*. 2016;104(3):240-3. Available from: <https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.3.014>.
 30. The EndNote Team. EndNote. Philadelphia, PA: Clarivate; 2013.
 31. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5(210).
 32. Covidence systematic review software. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation; 2023 Available from: <https://www.covidence.org/>. Available from: <https://www.covidence.org/>.
 33. SBU. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2023. [accessed May 6 2024]. Available from: <https://www.sbu.se/metodbok>.
 34. SBU. Etiska aspekter på insatser inom hälso- och sjukvården. En vägledning för att identifiera relevanta etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (SBU); 2021. [accessed May 6 2024]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/etiska_aspekter_halso_sjukvarden.pdf.
 35. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(11):1761-75. Available from: <https://doi.org/10.1017/s0033291719000436>.

36. Dumarkaite A, Truskauskaitė-Kuneviciene I, Andersson G, Kazlauskas E. The Effects of Online Mindfulness-Based Intervention on Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial With 3-Month Follow-Up. *Front Psychiatry*. 2022;13:799259. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.799259>.
37. Dumarkaite A, Truskauskaitė-Kuneviciene I, Andersson G, Mingaudaite J, Kazlauskas E. Effects of Mindfulness-Based Internet Intervention on ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Mindfulness* (N Y). 2021;12(11):2754-66. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01739-w>.
38. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, Draijer N. Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to child abuse based on psychoeducation and cognitive behavioural therapy: a multisite randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2012;81(4):217-25. Available from: <https://doi.org/10.1159/000335044>.
39. van Vliet NI, Huntjens RJC, van Dijk MK, Bachrach N, Meewisse ML, de Jongh A. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych Open*. 2021;7(6). Available from: <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>.
40. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther*. 2004;42(3):277-92. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00138-4).
41. van Minnen A, Hendriks L, Olff M. When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behav Res Ther*. 2010;48(4):312-20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.003>.
42. Huo Y, Couzner L, Windsor T, Laver K, Dissanayaka NN, Cations M. Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. *Implement Sci Commun*. 2023;4(1):49. Available from: <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0>.
43. United Nations Treaty Collection. United Nations convention on the rights of persons with disabilities. New York; 2006. [accessed May 7 2024]. Available from: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=iv-15&chapter=4&clang=en.
44. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet. [accessed 29 Feb 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.
45. SFS 2010:Patientsäkerhetslag (2010:659). Svensk författningssamling. [accessed May 7 2024]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/.
46. Lin YK, Liu KT, Chen CW, Lee WC, Lin CJ, Shi L, Tien YC. How to effectively obtain informed consent in trauma patients: a systematic

- review. BMC Med Ethics. 2019;20(1):8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0347-0>.
47. Polismyndigheten. Våldsbrott i nära relationer och sexualbrott mot vuxna: En gemensam granskning av polisens och åklagarens handläggning. Göteborg; 2019. Tillsynsrapport 2019:1. [accessed May 3 2024]. Available from: <https://www.aklagare.se/globalassets/dokument/rapporter/tillsynsrapport/tillsynsrapport-20191-vald-i-nara-relationer-och-sexualbrott-mot-vuxna.pdf>.
 48. Ries NM, Johnston B, Jansen J. A qualitative interview study of Australian physicians on defensive practice and low value care: “It’s easier to talk about our fear of lawyers than to talk about our fear of looking bad in front of each other”. BMC Medical Ethics. 2022;23. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00755-2>.
 49. Pischedda G, Marinò L, Corsi K. Defensive medicine through the lens of the managerial perspective: a literature review. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1104. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10089-3>.
 50. Strobel CJ, Oldenburg D, Steinhäuser J. Factors influencing defensive medicine-based decision-making in primary care: A scoping review. J Eval Clin Pract. 2023;29(3):529-38. Available from: <https://doi.org/10.1111/jep.13799>.
 51. Newman E, Kaloupek DG. The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. J Trauma Stress. 2004;17(5):383-94. Available from: <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000048951.02568.3a>.
 52. Galea S, Nandi A, Stuber J, Gold J, Acierno R, Best CL, et al. Participant reactions to survey research in the general population after terrorist attacks. J Trauma Stress. 2005;18(5):461-5. Available from: <https://doi.org/10.1002/jts.20053>.
 53. Ferrier-Auerbach AG, Erbes CR, Polusny MA. Does trauma survey research cause more distress than other types of survey research? J Trauma Stress. 2009;22(4):320-3. Available from: <https://doi.org/10.1002/jts.20416>.
 54. Campbell R, Adams AE. Why do rape survivors volunteer for face-to-face interviews? A meta-study of victims' reasons for and concerns about research participation. J Interpers Violence. 2009;24(3):395-405. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260508317192>.
 55. Brown VM, Strauss JL, LaBar KS, Gold AL, McCarthy G, Morey RA. Acute effects of trauma-focused research procedures on participant safety and distress. Psychiatry Res. 2014;215(1):154-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.038>.
 56. Seedat S, Pienaar WP, Williams D, Stein DJ. Ethics of research on survivors of trauma. Curr Psychiatry Rep. 2004;6(4):262-7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0075-z>.
 57. Newman E, Risch E, Kassam-Adams N. Ethical issues in trauma-related research: a review. J Empir Res Hum Res Ethics. 2006;1(3):29-46. Available from: <https://doi.org/10.1525/jer.2006.1.3.29>.
 58. Keane TM, Najavits LM. Interview: Does Complex Trauma Exist? A “Long View” Based on Science and Service in the Trauma Field. Journal of Clinical Psychology. 2013;69(5):510-5. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.21991>.

59. Miller MW, Wolf EJ, Keane TM. Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria and Controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2014;21(3):208-20. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cpsp.12070>.
60. Banz L, Stefanovic M, von Boeselager M, Schäfer I, Lotzin A, Kleim B, Ehring T. Effects of current treatments for trauma survivors with posttraumatic stress disorder on reducing a negative self-concept: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(2):2122528. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2122528>.
61. White WF, Burgess A, Dalgleish T, Halligan S, Hiller R, Oxley A, et al. Prevalence of the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2022;52(9):1629-44. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291722001647>.
62. Bækkelund H, Endsjø M, Peters N, Babaii A, Egeland K. Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(2):2116827. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>.
63. Sele P, Hoffart A, Cloitre M, Hembree E, Øktedalen T. Comparing phase-based treatment, prolonged exposure, and skills-training for Complex Posttraumatic Stress Disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2023;100:102786. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102786>.

12. Bilagor

- Bilaga 1. Sökdokumentation
- Bilaga 2. Tabell över exkluderade studier
- Bilaga 3. Studier med hög risk för bias
- Bilaga 4. Granskningsmallar

[Till bilagorna](#)