Klinisk retningslinje for psykoterapi til voksne med PTSD med komorbiditet eller kompleks PTSD i ambulant psykiatri

REGION H Psykiatri

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN
– vi er til for dig

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet af:

Forskningsgruppe

Ole Jakob Storebø (leder af forskningsgruppen), Julie Perrine Schaug, Lise Møller, Nina Reinholt, Dyveke Bové Illum, Magnus Tang Kristensen, og Vibeke Grünbaum. Endvidere bidrag fra Line Bang Mikkelsen, Sidsel Christine Buskbjerg Døssing, Adrian Maria Tremel Porsing, Mie Sedoc Jørgensen, Stephen Fitzgerald Austin, Maria Quistgaard, Sophie Juul, Frida Lau Græbe, Oliver Rumle Hovmand, Bent Rosenbaum, Ida-Marie Arendt, og Nina Nørrelykke Paulsen.

Klinisk arbejdsgruppe

Nina Reinholt og Lise Møller (ledere af klinisk arbejdsgruppe), Line Bang Mikkelsen, Jens Christian Arleth Andersen, Flemming Bang Rasmussen, Sanne Greve Rasmussen, Stephen Fitzgerald Austin, Cathrine Wohlert, Mads Christian Jensen og Nicole Rosenberg. Jacob Sander Hansen og Christina Jørck deltog i første arbejdsgruppemøde.

Styregruppe

Sidse Marie Arnfred (leder af styregruppen), Nina Reinholt, Ole Jakob Storebø, Nicole Rosenberg, Lene Falgaard Eplov, Per Sørensen og Tilka Schneider.

Referencegruppe

Sofie Folke, Cæcilie Böck Buhmann, Trine Maria Nørregaard Hansen og Stine Bjerrum Møller. Britta Tendal Jeppesen bidrog med metodisk konsulentbistand.

Kontaktperson

Ole Jakob Storebø
Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien i Region Sjælland, Fælledvej 6, 4200 Slagelse
ojst@regionsjaelland.dk
24965917

Sponsorer / Finansiering

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet med midler bevilliget af Psykiatrien Region Sjælland og Region Hovedstadens Psykiatri samt Nektarfonden.

ISBN:978-87-93639-19-5

Indhold

1. Læsevejledning ... 5
2. Indledning ... 7
3. Psykoterapi til voksne med PTSD: En opsummering af internationale kliniske retningslinjer ... 9
4. Eksponering ved traumefokuseret psykoterapi til voksne med PTSD ... 11
    4.1 Specifikke behandlinger ... 19
        4.1.1 Prolonged Exposure (PE) ... 20
        4.1.2 Kognitiv adfærdsterapi (KAT) ... 20
        4.1.3 Cognitive Processing Therapy (CPT) ... 21
        4.1.4 Kognitiv terapi (KT) ... 21
        4.1.5 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) ... 21
        4.1.6 Narrativ eksponeringsterapi (NET) ... 22
5. Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type ... 23
    5.1 Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT/DAT-PTSD) ... 23
    5.2 Narrativ eksponeringsterapi (NET) ... 29
    5.3 Kognitiv adfærdsterapi (KAT) ... 32
    5.4 Stabiliserende gruppeterapi ... 36
6. Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer ... 40
    6.1 Mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier ... 40
    6.2 Present-Centered Therapy (PCT) ... 45
    6.3 Kognitiv terapi (KT) ... 49
    6.4 Interpersonel psykoterapi (IPT) ... 54
    6.5 Prolonged Exposure (PE) ... 57
    6.6 Cognitive Processing Therapy (CPT) ... 62
    6.7 Eksponeringsterapi med brug af Virtual Reality (VRE) ... 67
    6.8 Kognitiv adfærdsterapi (KAT) ... 71
    6.9 Imagery terapi ... 76
    6.10 Narrativ eksponeringsterapi (NET) ... 80
    6.11 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) ... 84
7. Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbide dissociative lidelser eller dissociative symptomer ... 91
8. Psykoterapi til voksne med kompleks PTSD ... 101
    8.1 Imagery terapi ... 101
    8.2 Gruppeterapi ... 105
    8.3 Færdighedstræning som tillæg til behandling ... 109
9. Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD ... 114
10. Forskningsbaggrund for retningslinjen ... 119
11. Implementering ... 120
12. Opdatering og videre forskning ... 121
13. Beskrivelse af metode ... 122

13.1 Fokuserede spørgsmål 122
13.2 Patientpræferencer 126
13.3 Systematiske reviews 127
13.3.1 Kriterier for udvælgelse af studier i systematiske reviews 127
13.3.1.1 Typer af patienter (population) 127
13.3.1.2 Typer af interventioner 127
13.3.1.3 Typer af kontrolgrupper 127
13.3.1.4 Typer af outcomes 127
13.3.1.5 PICO-tabel 128
13.3.2 Systematisk litteratursøgning 130
13.3.2.1 Litteratursøgning i elektroniske databaser 130
13.3.3 Dataindsamling og analyse 131
13.3.3.1 Udvælgelse af studier 131
13.3.3.2 Dataekstraktion og håndtering 131
13.3.3.3 Kvalitetssikring af inkluderede studier 131
13.3.3.4 Metaanalyse 132
13.3.3.5 Undersøgelse af publikationsbias 132
13.3.3.6 Undersøgelse af heterogenitet (subgruppe- og sensitivitetsanalyser) 132
13.3.3.7 GRADE 132
13.3.4 Evaluering af klinisk betydning og anbefalingsstyrke 133
14. Organisation 134
15. Begreber og forkortelser 136
16. Bilag 139
17. Appendix - Quick guide 140
Referencer 140

1. Læsevejledning

For overblik over de kliniske anbefalinger i retningslinjen, se Appendix -Quick guide.

Denne kliniske retningslinje indeholder anbefalinger vedrørende psykoterapi til voksne med PTSD med komorbiditet eller kompleks PTSD i ambulant psykiatri. Evidensbaseret behandling bør inddrage viden fra 1) empirisk evidens, 2) klinikeres erfaring og 3) patienters præferencer. Anbefalingerne i denne kliniske retningslinje er baseret på disse tre videnskilder. Anbefalingerne følger som udgangspunkt Sundhedsstyrelsens metodehåndbog: model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]* og er inddelt i følgende lag:

Lag 1 – Anbefalinger:

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for en intervention, når der er evidens af høj kvalitet, som viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle eller næsten alle patienter vil ønske den anbefalede intervention.

Svag/betinget anbefaling for (Gul)

Der gives en svag/betinget anbefaling for en intervention, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller at den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadelige virkninger er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patientpræferencer varierer. Som udgangspunkt betyder det, at interventionen anbefales, men at klinikere bør gør sig overvejelser, før de anvender interventionen.

Svag/betinget anbefaling imod (Orange)

Der gives en svag/betinget anbefaling imod en intervention, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men at dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Ligeledes anvendes anbefalingen også, når det vurderes, at patientpræferencer varierer.

Stærk anbefaling imod (Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod en intervention, når evidens af høj kvalitet viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod en intervention, når gennemgangen af evidensen viser, at interventionen med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis (konsensus) (Lyseblå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus og ekspertise blandt medlemmerne af den kliniske arbejdsgruppe, som sammen med forskningsgruppen har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end både de stærke og svage evidensbaserede anbefalinger.

Implikationer for forskning (Lys orange)

Implikationer for forskning anvendes, hvor evidensen er sparsom eller helt mangler. Sådanne områder kan med fordel udgøre relevante fremtidige forskningsfelter. Denne anbefaling kan stå alene, hvis arbejdsgruppen vurderer, at der ikke foreligger nok viden til at danne grundlag for en samtidig god praksis anbefaling.

Lag 2 – Grundlaget for anbefalingen:

Under fanen **Forskningsdokumentation** findes:

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens.

Tiltro til evidensen:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Der findes derudover følgende faner:

Nøgleinformationer: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af, hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Der henvises til Kapitel 15, Begreber og forkortelser, for en liste over de begreber og forkortelser der er anvendt i den kliniske retningslinje.

2. Indledning

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) er en kompleks og ofte kronisk lidelse, der har en betydelig indflydelse på patienters livskvalitet *[1][2]* og psykosociale funktion *[3]*. Op mod 78% af patienter med PTSD har samtidigt symptomer på andre psykiske lidelser *[4]* og en markant risiko for selvmord *[5]*. PTSD er en hyppigt forekommende lidelse i dansk psykiatri *[6]*. Et nyligt dansk studie peger på, at 18% af patienter med PTSD henvist til et ambulant pakkeforløb i Psykiatrien Region Sjælland (PRS) opfylder kriterier for en ICD-10 *[7]* PTSD-diagnose eller personlighedsændring efter katastrofelignende oplevelser *[8]*. Endvidere fandt studiet, at 36% af disse patienter også lever op til kriterier for den nye ICD-11 diagnose kompleks PTSD (k-PTSD) *[9]*. K-PTSD er betegnelsen for en patientgruppe, der typisk har oplevet flere og vedvarende traumer. I tillæg til PTSD-symptomer har disse patienter desuden et negativt selvbillede, relationelle vanskeligheder samt problemer med affektregulering *[10]* med betydelig funktionsnedsættelse til følge *[11]*. Det er derfor nødvendigt at kunne tilbyde evidensbaseret behandling, som tager højde for kompleksitet og/eller komorbiditet, til denne gruppe mennesker.

Psykoterapi har vist sig effektiv til behandling af PTSD og anbefales som førstevalgsbehandling på linje med eller fremfor psykofarmakologisk behandling i en række udenlandske kliniske retningslinjer *[12][13]* (se Kapitel 3, Psykoterapi til voksne med PTSD: En opsummering af internationale kliniske retningslinjer). Sundhedsstyrelsen i Danmark har ikke tidligere udarbejdet en national klinisk retningslinje (NKR) til at vejlede behandlingen på området. Sundhedsstyrelsen laver nu såkaldte nationale kliniske anbefalinger (NKA) i stedet for NKR'er, men har ikke konkrete planer om at lave NKA´er vedrørende behandling af PTSD.

I 2022 indledte Enhed for Tema-Baseret Samarbejde (TBS) et samarbejde med Center for Evidensbaseret Psykiatri (CEBP) i PRS og Klinisk Akademisk Gruppe for Psykoterapi (KAG Psykoterapi) i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) om nærværende klinisk retningslinje målrettet psykoterapi til voksne med PTSD i den ambulante regionale psykiatri.

Dette arbejde blev nødvendiggjort af, at TBS erfarede, at de ambulante psykiatriske klinikker i PRS oplevede et stigende antal henvisninger til standardiserede og tidsbegrænsede pakkeforløb under diagnosen PTSD *[14]*. Desuden viste en kortlægningsrapport fra 2021, at udmøntningen af pakkeforløbet for PTSD var meget forskellig blandt enhederne i regionen og ofte betinget af lokale forhold såsom aktuelle kompetencer hos medarbejdere snarere end af systematisk evidens på området. Selvom diagnosen k-PTSD ikke er taget i anvendelse i Danmark endnu, var det erfaringen i de psykiatriske klinikker, at en betydelig andel af patienter, der blev henvist til de standardiserede og tidsbegrænsede pakkeforløb, havde betydelig psykiatrisk komorbiditet og/eller opfyldte kriterier for k-PTSD.

Baseret på lignende erfaringer, havde KAG Psykoterapi i RHP på samme tidspunkt indledt en proces henimod at udarbejde en udmøntningsrapport vedrørende psykoterapi til patienter med k-PTSD i de ambulante psykiatriske klinikker i regionen.

For at sikre højest mulig kvalitet i de to regioners projekter besluttede TBS og KAG Psykoterapi at udvide deres eksisterende samarbejde med en fælles udarbejdelse af nærværende retningslinje. Ønsket var:

1. At udarbejde en regional klinisk retningslinje for behandling af PTSD fokuseret på psykoterapi målrettet voksne med PTSD med komorbiditet eller k-PTSD i den ambulante regionale psykiatri.

2. At beskrive en arbejdsmodel for udvikling af kliniske retningslinjer i PRS og RHP, der kunne sikre, at anbefalingerne implementeres i den kliniske praksis og kommer den enkelte patient til gode.

Den kliniske retningslinje er udarbejdet fra september 2022 til maj 2024 af kliniske fagspecialister og forskere fra PRS og RHP (se Kapitel 14, Organisation). Derudover har der været ansat en projektforskningsmedarbejder (fuld tid) i PRS og en projektforskningsmedarbejder (halv tid) i RHP. Projektet er gennemført med midler fra PRS, RHP og Nektarfonden. Psykiatrisk Center Glostrup har bevilliget arbejdstid til forskningsmedarbejder Lise Møller.

Nærværende retningslinje supplerer internationale retningslinjer for behandling af PTSD ved at fokusere på centrale kliniske spørgsmål vedrørende patienter med PTSD med komorbiditet eller k-PTSD i behandling i den regionale psykiatri. Desuden besvares et centralt klinisk spørgsmål vedrørende eksponering som element i psykoterapier til PTSD generelt. Retningslinjen besvarer ikke spørgsmål vedrørende udredning, medicinsk behandling eller det samlede behandlingsforløb af PTSD.

Den kliniske retningslinje er som udgangspunkt opbygget efter Sundhedsstyrelsens metodehåndbog: model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]* tilpasset organisationstrukturen i PRS og RHP; dog følger implementering og monitorering lokale planer, ligesom der blev foretaget en prøvesøgning af litteratur mhp. kvalificering af de fokuserede spørgsmål samt foretaget en spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD.

Protokollen for det systematiske review, der ligger til grund for retningslinjen, er registreret i PROSPERO (PROSPERO 2022 CRD42022376117). Det systematiske review, der inkluderer de kliniske retningslinjer, er indsendt til publikation i et internationalt videnskabeligt tidsskrift.

Emneafgrænsning

Den kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte og afgrænsede kliniske problemstillinger (fokuserede spørgsmål). De fokuserede spørgsmål er prioriteret af den kliniske arbejdsgruppe (KA) med udgangspunkt i de områder, hvor denne arbejdsgruppe har skønnet størst behov for afklaring af evidensen. Fem fokuserede spørgsmål med tilhørende effektmål (outcomes) danner grundlaget for retningslinjen:

1. Bør traumefokuseret psykoterapi inkludere eksponering ved behandling af voksne med PTSD?

2. Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse?

3. Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer?

4. Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer?

5. Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med kompleks PTSD (k-PTSD)?

Bemærk, fokuseret spørgsmål 1 vedrører inddragelse af eksponering som intervention i psykoterapier til patienter med PTSD generelt og fokuserer således ikke på patienter med PTSD med komorbiditet eller k-PTSD i psykiatrien, som de øvrige fokuserede spørgsmål.

Afgrænsning af patientgruppe

Patientgruppen, som undersøges i nærværende retningslinje, er voksne med PTSD som primær diagnose (ICD-10: F43.1; ICD-11: 6B40; DSM-5: 309.81), der i tillæg enten har en komorbid personlighedsforstyrrelse (ICD-10: F60.-, overkategori, F60.31, emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type; DSM-5: 301.83, Borderline personlighedsforstyrrelse), komorbid depressiv lidelse eller moderate-svære depressionssymptomer (ICD-10: F32.1-2, F32.9, F33.1-2, F33.9; DSM-5: 296.22-3, 296.20, 296.32-3, 296.30), eller komorbid dissociativ lidelse eller kliniske dissociative symptomer (ICD-10: F44.-, overkategori; DSM-5: 300.6, 300.11, 300.12, 300.14, 300.15, 300.16; DSM-5: 309.81 subtype). Denne retningslinje omfatter desuden voksne med k-PTSD (ICD-11: 6B41). Diagnosen k-PTSD er en ny diagnose, der endnu ikke er taget i anvendelse i Danmark. Nærværende retningslinje har medtaget studier, der inddrager patienter med den formelle ICD-11 k-PTSD diagnose eller patienter med ICD-10 PTSD-diagnosen samt symptomer på vedvarende forstyrrelse af personlighedsfunktionerne (DSO-symptomer; vedvarende problemer med emotionsregulering, negativt selvbillede og interpersonelle forstyrrelser). For at sikre implementering af evidensbaseret behandling i den regionale psykiatri fandt vi det væsentligt at fokusere den kliniske retningslinje på psykoterapi, komorbiditet og k-PTSD samt patienter i behandling i ambulant psykiatri. Studier med andre PTSD-populationer (f.eks. flygtninge og veteraner) er inkluderet i evidensgrundlaget; dog er der blevet udført sensitivitetsanalyser, hvor kun studier omhandlende en psykiatri-populationen er inkluderet. Se venligst Kapitel 13, Beskrivelse af metode.

Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig primært til sundhedsfagligt personale involveret i psykoterapi til voksne med PTSD (læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere mv.), alment praktiserende læger og andre beslutningstagere inden for området. Sekundært henvender retningslinjen sig til mennesker med PTSD, pårørende eller andre, der ønsker mere viden om området.

Patientperspektivet

I nærværende retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via medlemmer af Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende (https://lptsd.dk), som har deltaget i en spørgeskemabaseret undersøgelse udviklet af forskningsgruppen (se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD). Derudover har en brugerrepræsentant i psykiatrien indgået som medlem af styregruppen.

3. Psykoterapi til voksne med PTSD: En opsummering af internationale kliniske retningslinjer

Internationale kliniske retningslinjer for psykoterapi til voksne med PTSD

Flere internationale retningslinjer besvarer centrale spørgsmål vedrørende effekten af psykoterapi til voksne med PTSD, herunder effekten af forskellige psykoterapeutiske metoder samt effekten af psykoterapi sammenholdt med andre behandlingsmetoder. Nærværende retningslinje supplerer disse internationale retningslinjer ved at besvare centrale spørgsmål vedrørende patienter med komplekse eller komorbide PTSD-tilstande samt eksponering som element i psykoterapier til PTSD med særligt fokus på psykiatri-populationen. Som kontekst for nærværende retningslinje gives i nedenstående et overblik over psykoterapier, der har fået stærke anbefalinger i anerkendte internationale kliniske retningslinjer (udgivet inden for de seneste 10 år).

Fem internationale kliniske retningslinjer blev fremsøgt i forbindelse med litteratursøgning til nærværende retningslinje og er inkluderet i overblikket:

• **Phoenix Australia** – Centre for Posttraumatic Mental Health: Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Complex Posttraumatic Stress Disorder (2020) *[16]*

• International Society for Traumatic Stress Studies (**ISTSS**): Effective Treatment for PTSD: Practice Guideline from the International Society for Traumatic Stress Studies (2020) *[17]*

• National Institute for Clinical Excellence (**NICE**): Post-traumatic stress disorder, NICE guideline (2018) *[18]*

• American Psychological Association (**APA**): Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults (2017) *[19]*

• Department of Veteran Affairs/Department of Defence (**VA/DoD**): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder (2023) *[20]*

Opsummering: specifikke psykoterapier til behandling af PTSD

Psykoterapi	Anbefalingens styrke				
	Phoenix Australia *[16]*	ISTSS *[17]*	NICE *[18]*	APA *[19]*	VA/DoD *[20]*
Cognitive Processing Therapy (CPT)	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Stærk for
Prolonged Exposure (PE)	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Stærk for
Kognitiv Adfærdsterapi med et traumefokus (TF-KAT)	Stærk for	Stærk for [a]	Stærk for [a]	Stærk for [a]	Ingen anbefaling [b]
Kognitiv Terapi til PTSD (KT-PTSD)	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Svag for
Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	Stærk for	Stærk for	Stærk for	Svag for	Stærk for
Narrativ eksponeringsterapi (NET)	Betinget [c]	Svag for	Stærk for	Svag for	Ingen anbefaling

[a] TF-KAT bliver i disse retningslinjer betegnet som en uspecificeret kategori eller en samlebetegnelse. **APA** *[19]* anser TF-KAT som en kategori, der inkluderer interventioner, som bruger aspekter af KAT, men som ikke nødvendigvis kan placeres i en af de andre KAT-terapier (f.eks. CPT, PE, KT-PTSD, NET mv.). På samme vis anser **NICE** *[18]* TF-KAT som en samlebetegnelse for diverse psykoterapier og specificerer, at TF-KAT interventioner inkluderer CPT, KT-PTSD, NET og PE. **ISTSS** *[17]* reserverer termen TF-KAT til individuel traumefokuseret KAT.

[b] **VA/DoD** *[20]* giver udelukkende anbefalinger for specifikke psykoterapier og ikke for kategorier.

[c] **Phoenix Australia** *[16]* anbefaler NET til patienter med PTSD, hvis traumet er forbundet med folkemord, civil konflikt, tortur, politisk fængsling eller fordrivelse.

ISTSS = International Society for Traumatic Stress Studies; NICE = National Institute for Clinical Excellence; APA = American Psychological Association; VA/DoD = Veteran Affairs/Department of Defence.

Opsummering: øvrige anbefalinger for psykoterapi til voksne med PTSD

Alle fem kliniske retningslinjer giver følgende stærke anbefaling: Voksne med PTSD bør behandles med individuel traumefokuseret psykoterapi. NICE *[18]* specificerer, at psykoterapi bør baseres på en valideret manual, samt at terapeuten bør være uddannet i metoden og modtage supervision.

ISTSS *[17]* præciserer, at de psykoterapier, der har modtaget stærke anbefalinger, inkluderer følgende kerneelementer:

- Adressering af traumerelaterede kognitioner
- Inddragelse og aktivering af traumeerindringer
- Adressering af oplevelsesmæssig undgåelse
- Inklusion af arbejde med og aktivering af den traumatiske erindring på et eller andet niveau

NICE *[18]* anbefaler, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi, herunder CPT, KT-PTSD, NET og PE, inkluderer følgende elementer:

- Psykoedukation om traumereaktioner, strategier til håndtering af øget vagtsomhed, flashbacks og risikohåndtering
- Bearbejdning af traumerelaterede erindringer og følelser, herunder skam, skyld, tab og vrede
- Omstrukturering af traumerelaterede kognitioner
- Hjælp til at overvinde undgåelse
- Fokus på at øge funktionsniveauet, f.eks. tilbagevenden til arbejdsmarkedet og genetablering af relationer
- Forberedelse af patienten på afslutning af behandlingen
- Planlægning af booster-sessioner ved behov, f.eks. i forbindelse med vigtige datoer såsom årsdag for den traumatiske hændelse

NICE *[18]* anbefaler, at EMDR leveres i faser og inkluderer:

- Psykoedukation om traumereaktioner, håndtering af angstfremkaldende erindringer og situationer samt træning af færdigheder til regulering af arousal og håndtering af flashbacks
- Identifikation og behandling af udvalgte centrale erindringer (ofte visuelle billeder)
- Interventioner, der fremmer alternative positive overbevisninger om sig selv
- Gentagen bilateral stimulering under sessionen (typisk øjenbevægelser; andre metoder kan anvendes efter præference eller behov) i forbindelse med udvalgte centrale erindringer, indtil disse ikke længere er angstfremkaldende

4. Eksponering ved traumefokuseret psykoterapi til voksne med PTSD

Bemærk, at dette fokuserede spørgsmål adresserer et centralt spørgsmål vedrørende inddragelse af eksponering som intervention i psykoterapier til patienter med PTSD. Nedenstående anbefalinger vedrører således psykoterapi til voksne med PTSD generelt og fokuserer således ikke på voksne med PTSD med komorbiditet eller k-PTSD i psykiatrien som de øvrige fokuserede spørgsmål i retningslinjen.

Traumefokuseret psykoterapi med eksponering udgør en specifik gren af traumefokuseret psykoterapi til behandling af PTSD, hvor anvendelsen af imaginær eksponering (via tanke eller mentale forestillingsbilleder) og/eller eksponering in vivo (direkte; i virkeligheden) udgør centrale elementer i terapien. Denne tilgang involverer aktiv konfrontation med traumerelaterede erindringer, situationer eller stimuli, der typisk undgås eller udløser stærke reaktioner i patienten. Eksponering kan foregå gennem samtale, skriftlig bearbejdning, brug af virtual reality eller in vivo med eller uden terapeutens tilstedeværelse *[21]*.

Traumefokuseret psykoterapi med eksponering er anerkendt for sit potentiale i behandlingen af PTSD. Internationale kliniske retningslinjer *[16][18]* har bl.a. givet stærke anbefalinger for brugen af forskellige traumefokuserede eksponeringsterapier (se Kapitel 3, Psykoterapi til voksne med PTSD: En opsummering af internationale kliniske retningslinjer, for yderligere information). Centrale teorier inden for PTSD-feltet fremhæver eksponering for traumerelaterede erindringer som en central virkningsmekanisme i behandlingen af PTSD *[22]*. Det skal dog bemærkes, at traumefokuseret eksponeringsterapi kan være en krævende behandlingsmetode både for terapeuten og patienten, med observerede tilfælde af både positive såvel som negative effekter og frafald fra behandlingen.

På baggrund af dette vurderede den kliniske arbejdsgruppe, at der var et behov for at undersøge evidensgrundlaget for traumefokuseret psykoterapi med eksponering, sammenlignet med psykoterapier, der ikke fokuserer på eksponering.

Patientpræferencerne præsenteret i nærværende retningslinje er baseret på data fra en spørgeskemaundersøgelse, besvaret af medlemmer fra Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende. 126 personer med en PTSD-diagnose besvarede spørgeskemaet udviklet til dette fokuserede spørgsmål, hvoraf 62 svarede, at de har været i traumefokuseret psykoterapi.

Inden for traumefokuseret psykoterapi med eksponering varierer de forskellige psykoterapeutiske metoder i antal og længde af eksponeringssessioner samt typer af eksponering. Til besvarelse af det aktuelle fokuserede spørgsmål anvendes en bred kategorisering af traumefokuseret eksponeringsterapi: Psykoterapier, der integrerer mindst én form for eksponering i over halvdelen af sessionerne (f.eks. Prolonged Exposure; PE og Narrativ eksponeringsterapi; NET) og/eller psykoterapier, der anvender eksponering i en betydelig grad (f.eks. Brief Eclectic Psychotherapy; BEP). Psykoterapier der inkluderer få eller ingen eksponeringssessioner (f.eks. Cognitive Processing Therapy;CPT eller Stress Inoculation Training; SIT) klassificeres som ikke-eksponerende psykoterapier *[16][17][21]*. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) betragtes af mange som en ikke-eksponerende metode, primært på grund af dens brug af fri association. I overensstemmelse hermed er EMDR i denne retningslinje kategoriseret som en ikke-eksponerende metode *[23]*. Det skal dog bemærkes, at der også er argumenter for, at EMDR bør betragtes som en eksponerende metode, på grund af brugen af imaginær eksponering. For at sikre, at resultatet ikke er påvirkes af denne kategorisering, er der udført efterfølgende sensitivitetsanalyser, hvor alle studier med EMDR blev ekskluderet. For yderligere information, se Sammenfatning for nærværende kapitels anbefaling (kan også tilgås under fanen Forskningsdokumentation for den pågældende metode).

Der blev identificeret 31 studier, som undersøgte effekten af psykoterapier med eller uden eksponering til behandling af ambulante patienter med PTSD. Der blev i alt undersøgt 26 forskellige psykoterapier, som er blevet samlet i nedenstående overordnede grupper. En fuld oversigt over alle interventioner og kontrolinterventioner kan ses i Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier.

Eksponerende metoder i datamaterialet:

- Prolonged Exposure (PE)
- Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (KAT)
- Narrativ eksponeringsterapi (NET)
- Written Exposure Therapy (WET)
- Dialektisk adfærdsterapi til PTSD (TF-DAT)
- Virtual reality eksponeringsterapi (VRE)
- Dialogisk eksponeringsterapi (DET)
- Imagery Rehearsal Therapy (IRT)
- Emotional Freedom Techniques (EFT)
- Brief Eclectic Psychotherapy (BEP)
- Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE)
- Group-Based Exposure Therapy
- Written Accounts (WA)
- Trauma-Focused Group Therapy
- Exposure Therapy
- Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) + Exposure

Ikke-eksponerende metoder i datamaterialet:

- Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)
- Sleep and Nightmare Management Therapy (SNMT)
- Trial-Based Cognitive Therapy (TB-KT)
- Present-Centered Therapy (PCT)
- Present-Centered Group Therapy (PCGT)
- Trauma Affect Regulation: Guide of Education and Therapy (TARGET)
- Stress Inoculation Training (SIT)
- Integrated Coping Skills Therapy: Seeking Safety (I-CS: SS)
- Kognitiv terapi (KT)
- Metakognitiv terapi (MCT)

Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for yderligere informationer om de specifikke psykoterapier.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde traumefokuseret psykoterapi med eller uden eksponering til voksne med PTSD, idet der ikke er fundet forskelle i effekt herimellem.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Traumefokuseret psykoterapi med eksponering kan være en krævende terapi-form. Af hensyn til patientens 'compliance' bør patienten have medindflydelse på beslutningen om, hvorvidt denne skal tilbydes traumefokuseret psykoterapi med eller uden eksponerende metoder. Der afsættes til at forberede og informere patienten om mulighederne inden behandlingsopstart. Terapeuter, der anvender eksponerende interventioner, bør være undervist i eksponeringsmetoden. Desuden anbefales løbende undervisning og specialisering.

Erfaringer fra den kliniske arbejdsgruppe (KA) og besvarelser af spørgeskemaundersøgelsen til voksne med PTSD (se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD) indikerer, at eksponering kan have en god effekt over tid, men at det kan være en belastende metode i starten af behandlingen, som muligvis medfører tidligt frafald. KA anbefaler, at der er stor opmærksomhed på patientens reaktion på behandlingen, eventuelt behov for graduering af de eksponerende interventioner i opstartsfasen samt eventuelt behov for træning i følelsesregulerende færdigheder i tillæg til eksponering.

Det er KA's erfaring, at arbejdet med eksponerende interventioner kan medføre omsorgstræthed hos terapeuten, hvis belastningsgraden (antal eksponeringssessioner) er for høj. Terapeuter, der anvender eksponerende interventioner, bør modtage regelmæssig supervision.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Vi fandt, at traumefokuserede psykoterapier uden eksponering sandsynligvis forbedrer outcomet funktionsniveau sammenlignet med traumefokuserede psykoterapier med eksponering.

Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af traumefokuserede psykoterapier hhv. med eller uden eksponering på de to outcomes livskvalitet og tilfredshed med behandling. Endvidere er der muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af traumefokuserede psykoterapier hhv. med eller uden eksponering på de resterende outcomes: PTSD-symptomer, frafald fra behandling, skadelige virkninger og alvorlige hændelser.

Subgruppeanalyser for de specifikke psykoterapier fandt dog, at der sandsynligvis er et større frafald fra behandling ved den eksponerende traumefokuserede psykoterapi Prolonged Exposure sammenlignet med traumefokuserede psykoterapier uden eksponering.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er moderat for de vigtige outcomes funktionsniveau, livskvalitet og tilfredshed med behandling på grund af alvorlig risiko for bias.

Tiltroen til evidensen er lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, frafald fra behandling; vigtige outcomes: skadelige virkninger, alvorlige hændelser) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat /eller alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen til voksne med PTSD vurderes det, at brugen af eksponering i traumefokuseret psykoterapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD. Dog indikerede spørgeskemaundersøgelsen, at et flertal af voksne med PTSD muligvis har en præference for brugen af eksponering i traumefokuseret psykoterapi under de rette omstændigheder samt oplever gavnlig effekt over tid (se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD).

Andre overvejelser

Faktorer ikke vurderet

Rationale

Der er i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der udover en lille forskel i funktionsniveau ikke er fundet relevante kliniske forskelle i gavnlige og skadelige virkninger mellem traumefokuseret psykoterapi med og uden eksponering.

Patientpræferencerne er varierende. Jf. spørgeskemaundersøgelsen, kan patienter med PTSD forventes at have en præference for eksponering, hvis interventionen bliver anvendt under de rette betingelser. I formuleringen af anbefalingen lagde den kliniske arbejdsgruppe (KA) vægt på, at patienten bør medinddrages i beslutningen om eksponering, samt at der i psykiatrien bør tilbydes psykoterapier både med og uden eksponering. Kvaliteten af evidensen er samlet set lav til moderat.

På denne baggrund besluttede KA at give en svag anbefaling for, at der kan anvendes traumefokuseret psykoterapi med såvel som uden eksponering til voksne med PTSD.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD
Intervention: Eksponerende interventioner
Sammenligning: Ikke-eksponerende interventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne anbefaling består af 31 randomiserede kliniske forsøg publiceret i 36 artikler*[24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39]([40]/[41]/[42])[43][44][45]([46]/[47])[48][49][50][51][52]([53]/[55])([56*
Flow charts kan findes i Kapitel 16, Bilag: PRISMA flowcharts for udvælgelse af studier.

Interventionerne i de inkluderede studier blev inddelt i traumefokuserede psykoterapier hhv. med og uden eksponering:

Traumefokuseret terapi med eksponering inkluderer: Prolonged Exposure (PE; 13 studier), traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT; ét studie), dialogisk eksponeringsterapi (DET; ét studie), individuel traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-KAT, to studier), Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation + eksponering (STAIR; ét studie), Imagery Rehearsal Therapy (IRT; ét studie), narrativ eksponeringsterapi (NET; to studier), Emotional Freedom Techniques (EFT; ét studie), Brief Eclectic Psychotherapy (BEP; ét studie), Concurrent Treatment for PTSD and Substance Use Disorder Using Prolonged Exposure (COPE; ét studie), virtual reality

eksponeringsterapi (VRE; ét studie), Group-Based Exposure Therapy (GBET; ét studie), Written Accounts (WA; ét studie), Dialogisk Eksponeringsterapi (DET; ét studie), Written Exposure Therapy (WET; to studier) og traumefokuseret gruppeterapi (TFGT, ét studie).

Traumefokuseret terapi uden eksponering inkluderer: Cognitive Processing Therapy (CPT; seks studier), kognitiv terapi (KT; ét studie), Trial-Based Cognitive Therapy (TB-CT, ét studie), metakognitiv terapi til PTSD (MCT; ét studie), Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR; otte studier), STAIR + støtte (ét studie), Sleep and Nightmare Management Therapy (SNMT; ét studie), Present-Centered Therapy (PCT; syv studier), Present-Centered Group Therapy (PCGT; to studier) Stress Inoculation Training (SIT; ét studie), Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET; ét studie) og Seeking Safety (SS, ét studie).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de 31 inkluderede studier bestod samlet af 3837 voksne diagnosticeret med PTSD. Studierne inkluderede både psykiatripopulationer *[24][25][27][29][30][33][35][36][38][39][46][48][50][52][53][56][57][58][59]* og andre populationer *[26][28][31][32][34][37][40][43][44][45][49][50][51]*.

Studierne sammenlignede alle en eksponerende traumefokuseret psykoterapi med en ikke-eksponerende traumefokuseret psykoterapi. Tretten studier sammenlignede Prolonged Exposure (PE) med en af følgende ikke-eksponerende traumefokuserede psykoterapier: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) *[36][48][58]*, Trial-Based Cognitive Therapy (TB-CT) *[30]*, Present Centered Therapy (PCT) *[31][33][43][50]*, Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET) *[32]*, Integrated Coping Skills Therapy: Seeking Safety (I-CS: SS) *[40]*, Cognitive Processing Therapy (CPT) *[51]*, kognitiv terapi (KT) *[52]* eller metakognitiv terapi (MCT) *[59]*. Tre studier sammenlignede traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-KAT) med en af følgende ikke-eksponerende traumefokuserede psykoterapier: EMDR *[26]*, individuel PCT *[38]* eller gruppe PCT *[49]*. Seks studier sammenlignede CPT med en af følgende eksponerende traumefokuserede psykoterapier: traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TFDAT) *[24]*, dialogisk eksponeringsterapi (DET) *[25]*, Written Accounts (WA) *[46]*, Prolonged Exposure *[51]* eller Written Exposure Therapy (WET) *[53][56]*. Tre studier sammenlignede den eksponerende traumefokuserede psykoterapi PE med en af følgende former for kognitiv terapi: KT *[52]*, MCT *[59]* eller TB-CT *[30]*. Otte studier sammenlignede EMDR med en af følgende eksponerende traumefokuserede psykoterapier: TF-KAT *[26]*, PE *[29][36][48][58]*, Emotional Freedom Techniques (EFT) *[35]*, Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) *[39]* eller Exposure Therapy (ET) *[57]*. To studier sammenlignede narrativ eksponeringsterapi (NET) med hhv. PCT *[37]* og Stress Inoculation Training (SIT) *[34]*. Sammenligninger med kun et enkelt studie kan ses i Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier. Kun to af studierne anvendte gruppeterapi *[45][49]*, mens de øvrige studier anvendte individuel terapi. 12 studier anvendte korte interventionsforløb (5-12 uger) *[26][28][29][31][33][36][46][52][53][57][58][59]*, ni studier anvendte mellemlange interventionsforløb (12-23 uger) *[27][30][32][34][37][38][39][45][50]*, fire studier anvendte lange interventionsforløb (>6 måneder) *[24][25][40][49]*, og fire studier angav ikke længde på interventionsforløb *[35][43][44][48]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for detaljer om sessioner, populationstype mv for alle studier.

Det blev fundet, at psykoterapi uden eksponering sandsynligvis forbedrer det vigtige outcome funktionsniveau mere end psykoterapi med eksponering gør (SMD 0.14, 95% CI 0.99 til 1.41, I 2= 34%). Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af psykoterapi med og uden eksponering på det vigtige outcome livskvalitet (SMD 0.13, 95% CI -0.03 til 0.29, I 2= 0%) og på det vigtige outcome tilfredshed med behandling (SMD -0.04, 95% CI -0.15 til 0.08, I 2= 0%). Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af psykoterapi med og uden eksponering på det kritiske outcome PTSD-symptomer (SMD 0.02, 95% CI -0.11 til 0.15, I 2 = 64%), det kritiske outcome frafald fra behandling (RR 1.18, 95% CI 0.99 til 1.41, I 2= 56%), samt på de vigtige outcomes antal skadelige virkninger og antal alvorlige hændelser.

Subgruppeanalyser:

Psykiatri-population: I en subgruppeanalyse, hvor kun psykiatri-populationer blev inkluderet *[24][25][27][29][30][33][35][36][38][39][46][48][50][52][53][56][57][58][59]*, blev der ikke fundet nogen signifikant forskel mellem effekten af traumefokuseret psykoterapi hhv. med og uden eksponering.

Individuel versus gruppeterapi: Kun to studier *[45][49]* ud af de 31 inkluderede studier undersøgte gruppeterapi. I en subgruppeanalyse af individuel versus gruppe-interventioner blev der ikke fundet nogen signifikant forskel i effekt på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (p = .20) og frafald fra behandling (p = .46).

Længde på interventionsforløb: I en subgruppeanalyse af korte versus mellemlange versus lange interventioner blev der ikke fundet nogen signifikant forskel i effekt på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (p = .07) og frafald fra behandling (p = .38).

Antal sessioner: 23 af de inkluderede studier havde 5-12 sessioner *[26][28][31][32][33][34][35][36][37][40][43][44][46][48][50][51][52][53][56][58][59][29][57]*, fem havde 13-23 sessioner *[25][27][30][38][39]*, og tre havde mere end 24 sessioner *[24][44][49]*. Der blev fundet en signifikant subgruppeforskel mellem antal sessioner på det kritiske outcome PTSD-symptomer (p = .002), hvor der sås større effekt af ikke-eksponerende interventioner ved 13-23 sessioner og større effekt af eksponerende interventioner ved flere end 24 sessioner. Der blev ikke fundet en signifikant subgruppeeffekt på det kritiske outcome frafald fra behandling (p = .74).

Specifikke psykoterapier: Der blev ikke fundet nogen signifikant subgruppeforskel mellem TF-KAT og ikke-eksponerende interventioner. Der blev heller ikke fundet nogen signifikant subgruppeforskel mellem CPT og eksponerende interventioner. Der blev dog fundet en signifikant forskel i effekt mellem PE og ikke-eksponerende interventioner på det kritiske outcome frafald fra behandling, idet frafald var markant mindre for de ikke-eksponerende interventioner (p < .0001). Der blev ikke fundet forskel i effekt mellem PE og ikke-eksponerende interventioner på det kritiske outcome PTSD-symptomer.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er moderat for tre af de målte outcomes (vigtige outcomes: funktionsniveau, livskvalitet, tilfredshed med behandling) på grund af alvorlig risiko for bias. Tiltroen til evidensen er lav for de resterende fire målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, frafald fra behandling; vigtige outcomes: skadelige virkninger, alvorlige hændelser) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Opfølgningsdata

Tyve studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome grad af PTSDsymptomer *[56][51][30][25][27][34][35][44][48][49][52][58][31][46][53][37][41][45][59][50]*. Der blev ikke fundet en signifikant forskel mellem eksponerede og ikke-eksponerende psykoterapi ved opfølgning (SMD -0.08, 95% CI -0.18 til 0.01, I2 = 26%, p = .10). Sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effekt) fandt en signifikant forskel i PTSD-symptomer ved opfølgning (SMD -0.09, 95% CI -0.16 til -0.01, I2 = 26%, p = .02) til fordel for psykoterapi med eksponering.

Fem studier rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome funktionsniveau *[51][25][28][49][50]*, og fem studier rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome livskvalitet *[25][35][38][45][50]*, hvor der ikke blev fundet en forskel i effekt mellem psykoterapier med eller uden eksponering. Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsdata.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Ikke-eksponerende interventioner	**Intervention** Eksponerende interventioner	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald [1] Under behandling 8 Kritisk	Relative risiko 1.18 (CI 95% 0.99 — 1.41) Baseret på data fra 3,837 patienter i 31 studier. [2] (Randomiserede studier)	300 per 1.000 Forskel:	354 per 1.000 **54 flere per 1.000** (CI 95% 3 færre — 123 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; på grund af alvorligt inkonsistente resultater [3]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af eksponerende interventioner og ikke-eksponerende interventioner på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.9 (CI 95% 0.42 — 1.92) Baseret på data fra 773 patienter i 8 studier. [4] (Randomiserede studier)	199 per 1.000 Forskel:	179 per 1.000 **20 færre per 1.000** (CI 95% 115 færre — 183 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; på grund af alvorligt inkonsistente resultater [5]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af eksponerende interventioner og ikke-eksponerende interventioner på forekomsten af skadelige virkninger.
Alvorlige hændelser [6] Under behandling	Relative risiko 0.61 (CI 95% 0.34 — 1.09) Baseret på data fra 2,088 patienter i 6 studier. [7] (Randomiserede studier)	95 per 1.000 Forskel:	58 per 1.000 **37 færre per 1.000**	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af eksponerende interventioner og ikke-

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Ikke-eksponerende interventioner	**Intervention** Eksponerende interventioner	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
6 Vigtig			(CI 95% 63 færre — 9 flere)	effektestimat [8]	eksponerende interventioner på forekomsten af alvorlige hændelser.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / IES-R / PCL-5 / PDS / PSS-I / DTS Lavere bedre Baseret på data fra 3,507 patienter i 29 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.02 højere** (CI 95% 0.11 lavere — 0.15 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater, På grund af alvorlig publikationsbias [10]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af eksponerende interventioner og ikke-eksponerende interventioner på PTSD-symptomer.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: SF-12 / SF-36 / GAF / BSI-GSI / SDS / WHODAS II Lavere bedre Baseret på data fra 2,044 patienter i 8 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.14 højere** (CI 95% 0.02 højere — 0.26 højere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [12]	Ikke-eksponerende interventioner forbedrer sandsynligvis funktionsniveau betydeligt sammenlignet med eksponerende interventioner.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: QOLI / SWSL / LS / LRI-R Højere bedre Baseret på data fra 601 patienter i 5 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.13 højere** (CI 95% 0.03 lavere — 0.29 højere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [14]	Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af eksponerende interventioner og ikke-eksponerende interventioner på livskvalitet.
Tilfredshed med behandling Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: CSQ / CSQ-8 / CEQ / Expectancy of Therapeutic Outcome Scale / Treatment Satisfaction Scale Højere bedre Baseret på data fra 1,422 patienter i 5 studier. [15] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.04 lavere** (CI 95% 0.15 lavere — 0.08 højere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [16]	Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af eksponerende interventioner og ikke-eksponerende interventioner på tilfredshed med behandling.

1. Antal patienter, der faldt fra behandlingen.
2. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: vandenBerg 2015, Resick 2008, Schnurr 2022, Karatzias 2011, Duran 2021a, Cloitre 2010, Shalev 2012, Lely 2019, Ghafoori 2017, Wells 2015, Ready 2010, Hensel Dittmann 2011, Taylor 2003, Ready 2018, Nijdam 2012, Cook 2010, Bohus 2020, Sloan 2022, Rauch 2015, DeBont 2013, Schnurr 2003, Norman 2019, Schnurr 2007, Foa 2018, Rothbaum 2005, Sloan 2018, McDonagh 2005, Capezzani 2013, Butollo 2016, Ford 2018, Laugharne 2016.
3. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den, der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan . **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 56%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier; Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/ punktestimaterne. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
4. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: Cook 2010, Taylor 2003, Lely 2019, Sloan 2018, Butollo 2016, DeBont 2013,

Foa 2018, Cloitre 2010.
5. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 51%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier . **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: Foa 2018, Schnurr 2003, vandenBerg 2015, Bohus 2020, Schnurr 2007, Schnurr 2022.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Sensitivitetsanalyse giver et andet estimat. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: , Lely 2019, Shalev 2012, Wells 2015, Butollo 2016, Rauch 2015, Norman 2019, Sloan 2018, Bohus 2020, Ghafoori 2017, Nijdam 2012, Cook 2010, Hensel Dittmann 2011, Ready 2018, Schnurr 2003, Capezzani 2013, Schnurr 2007, Ready 2010, Rothbaum 2005, Karatzias 2011, Schnurr 2022, vandenBerg 2015, Laugharne 2016, Ford 2018, Resick 2008, Sloan 2022, Cloitre 2010, Foa 2018, McDonagh 2005.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 64%); Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier; Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: Schnurr 2022, Schnurr 2007, Schnurr 2003, Ghafoori 2017, Ford 2018, Cook 2010, Butollo 2016, Bohus 2020.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan . **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: Butollo 2016, Ready 2018, Schnurr 2007, Karatzias 2011, McDonagh 2005.
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
15. Systematisk oversigtsartikel [60] med inkluderede studier: Schnurr 2022, Schnurr 2007, Norman 2019, Ford 2018, Sloan 2018.
16. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

24. Bohus M., Kleindienst N., Hahn C., Muller-Engelmann M., Ludascher P., Steil R., et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2020;77(12):1235-1245 Journal

25. Butollo W, Karl R, König J, Rosner R. A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(1):16-26 Journal

26. Capezzani L, Ostacoli L, Cavallo M, Carletto S, Fernandez I, Solomon R, et al. EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. Journal of EMDR Practice and Research 2013;7(3):134-143 Journal

27. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a

randomized controlled trial. The American journal of psychiatry 2010;167(8):915-924 Journal

28. Cook JM, Harb GC, Gehrman PR, Cary MS, Gamble GM, Forbes D, et al. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial. Journal of traumatic stress 2010;23(5):553-563 Journal

29. de Bont PA, van Minnen A, de Jongh AD. Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. Behavior therapy 2013;44(4):717-730 Journal

30. Duran ÉP, Corchs F, Vianna A, Araújo ÁC, Del Real N, Silva C, et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. CNS spectrums 2021;26(4):427-434 Journal

31. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2018;319(4):354-364 Journal

32. Ford JD, Grasso DJ, Greene CA, Slivinsky M, DeViva JC. Randomized clinical trial pilot study of prolonged exposure versus present centred affect regulation therapy for PTSD and anger problems with male military combat veterans. Clinical psychology & psychotherapy 2018;25(5):641-649 Journal

33. Ghafoori B, Hansen MC, Garibay E, Korosteleva O. Feasibility of Training Frontline Therapists in Prolonged Exposure: A Randomized Controlled Pilot Study of Treatment of Complex Trauma in Diverse Victims of Crime and Violence. The Journal of nervous and mental disease 2017;205(4):283-293 Journal

34. Hensel-Dittmann D., Schauer M., Ruf M., Catani C., Odenwald M., Elbert T., et al. Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. Psychotherapy and psychosomatics 2011;80(6):345-352 Journal

35. Karatzias T, Power K, Brown K, McGoldrick T, Begum M, Young J, et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. The Journal of nervous and mental disease 2011;199(6):372-378 Journal

36. Laugharne J, Kullack C, Lee CW, McGuire T, Brockman S, Drummond PD, et al. Amygdala Volumetric Change Following Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences 2016;28(4):312-318 Journal

37. Lely J.C.G, Knipscheer J.W., Moerbeek M., Ter Heide F.J.J., van den Bout J., Kleber R.J.. Randomised controlled trial comparing narrative exposure therapy with present-centred therapy for older patients with post-traumatic stress disorder. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2019;214(6):369-377 Journal

38. McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K, et al. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. Journal of consulting and clinical psychology 2005;73(3):515-524 Journal

39. Nijdam M.J., Gersons B.P.R., Reitsma J.B., de Jongh A., Olff M.. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2012;200(3):224-231 Journal

40. Norman S.B., Trim R., Haller M., Davis B.C., Myers U.S., Colvonen P.J., et al. Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2019;76(8):791-799 Journal

41. Norman S.B., Haller M., Spadoni A.D., Drummond S.P.A., Risbrough V., Hamblen J.L., et al. Maximizing the utility of a single site randomized controlled psychotherapy trial. Contemporary Clinical Trials 2015;42:244-251 Journal

42. Tripp J.C., Haller M., Trim R.S., Straus E., Davis B.C., Hamblen J.L., et al. Does Exposure Exacerbate Symptoms In Veterans With Ptsd And Alcohol Use Disorder?. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2021;13(8):920-928 Journal

43. Rauch SAM, King AP, Abelson J, Tuerk PW, Smith E, Rothbaum BO, et al. Biological and symptom changes in posttraumatic stress disorder treatment: a randomized clinical trial. Depression and anxiety 2015;32(3):204-212 Journal

44. Ready DJ, Gerardi RJ, Backscheider AG, Mascaro N, Rothbaum BO. Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. Cyberpsychology, behavior and social networking 2010;13(1):49-54 Journal

45. Ready DJ, Mascaro N, Wattenberg MS, Sylvers P, Worley V, Bradley-Davino B. A Controlled Study of Group-Based Exposure Therapy with Vietnam-Era Veterans. Journal of Loss and Trauma 2018;23(6):439-457 Journal

46. Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MO, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. Journal of consulting and clinical psychology 2008;76(2):243-258 Journal

47. Jaffe A.E., Kaysen D., Smith B.N., Galovski T., Resick P.A.. Cognitive Processing Therapy for Substance-Involved Sexual Assault: Does an Account Help or Hinder Recovery?. Journal of Traumatic Stress 2021;34(4):864-871 Journal

48. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. Journal of traumatic stress 2005;18(6):607-616 Journal

49. Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. Archives of general psychiatry 2003;60(5):481-489 Journal

50. Schnurr, Paula P.; F, Matthew J.; E, Charles C.; F, Edna B.; S, M. Tracie; C, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. JAMA 2007;297(8):820-830 Journal

51. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI, Chow BK, Resick PA, Foa EB, et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2022;5(1):e2136921 Journal

52. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. Archives of general psychiatry 2012;69(2):166-176 Journal

53. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ, Resick PA. A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. JAMA psychiatry 2018;75(3):233-239 Journal

54. Sloan D.M., Thompson-Hollands J., Hayes A.M., Lee D.J., Alpert E., Marx B.P.. Sudden Gains in Two Trauma-Focused Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. Behavior Therapy 2022;53(2):255-266 Journal

55. Lee D.J., Marx B.P., Thompson-Hollands J., Gallagher M.W., Resick P.A., Sloan D.M.. The temporal sequence of change in PTSD symptoms and hypothesized mediators in Cognitive Processing Therapy and Written Exposure Therapy for PTSD. Behaviour Research and Therapy 2021;144:103918 Journal

56. Sloan DM, Marx BP, Resick PA, Young-McCaughan S, Dondanville KA, Straud CL, et al. Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Trial. JAMA network open 2022;5(1):e2140911 Journal

57. Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003;71(2):330-338 Journal

58. van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh AD, Van Minnen A, et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry 2015;72(3):259-267 Journal

59. Wells A., Walton D., Lovell K., Proctor D.. Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. Cognitive Therapy and Research 2015;39(1):70-80 Journal

60. Forskningsgruppe. Q1: Trauma-focused psychoterapy with exposure vs. trauma-focused psychotherapy without exposure for PTSD (RevMan 5 Meta-Analysis).

4.1 Specifikke behandlinger

Eftersom datagrundlaget består af flere forskellige psykoterapier, gav den kliniske arbejdsgruppe udtryk for, at der var behov for en undersøgelse af specifikke psykoterapier. De inkluderede studier blev derfor grupperet i specifikke psykoterapier, udvalgt efter hvilke

psykoterapier der har modtaget en stærk anbefaling i internationale retningslinjer for behandling af voksne med PTSD (se Kapitel 3, Psykoterapi til voksne med PTSD: En opsummering af internationale kliniske retningslinjer). Bemærk, at afsnittene 4.1.1 til 4.1.6 **ikke** er kliniske anbefalinger, men udelukkende en uddybende beskrivelse af de psykoterapier, der indgår i datagrundlaget for den kliniske anbefaling, vedrørende det fokuserede spørgsmål. Det er ikke lavet sammenfatninger af data i disse, men analyserne fremgår af evidensprofilerne.

4.1.1 Prolonged Exposure (PE)

Kort om interventionen
Prolonged Exposure (PE) arbejder med flashbacks og undgåelse, to af kernesymptomerne ved PTSD *[61]*. Fokus i PE er gentagende eksponeringer over tid, hvor patienten gradvist vænnes til at være i situationer, der igangsætter flashbacks til den traumatiske hændelse *[61]*. Sideløbende arbejdes der med de følelser, tanker og konklusioner patienten har om sig selv og andre mennesker (f.eks. skyld, skam, bebrejdelse, m.fl.) *[61]*.

PE anvender typisk psykoedukation, vejrtrækningsøvelser og følgende to eksponeringsteknikker: 1) eksponering in vivo (eksponering ude i verden, over for noget patienten normalt prøver at undgå, fordi det minder vedkommende om traumet, f.eks. specifikke steder, situationer, lyde mv.) og 2) imaginær eksponering (hvor patienten igennem samtale genfortæller, visualiserer og forholder sig til den traumatiske hændelse. Denne samtale optages, så patienten kan lytte til den igen og igen, indtil der ikke længere opleves flashbacks eller anden ubehag) *[61]*. På grund af det ubehag eksponeringsøvelserne kan vække, er PE en forholdsvis krævende behandlingsform *[62]*.

Gennemgang af evidensen
Der var i alt 13 studier, som undersøgte effekten af PE sammenlignet med en traumefokuseret psykoterapi uden eksponering. Ved behandlingens afslutning blev det fundet, at PE havde en større effekt på PTSD-symptomer end de ikke-eksponerende terapier. Tiltroen til evidensen er meget lav for dette outcome på grund af risiko for bias og heterogenitet. Yderligere blev der fundet en større sandsynlighed for frafald fra behandling med PE sammenlignet med de ikke-eksponerede psykoterapier. Tiltro til evidensen er moderat for dette outcome. Der blev ikke fundet forskelle i behandlingseffekt mellem PE og ikke-eksponerende psykoterapier på nogen af de andre outcomes.

Patientpræferencer
Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det forventeligt, at PE som behandling til voksne med PTSD er præferencefølsomt. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

4.1.2 Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

Kort om interventionen
Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er en samtaleterapi karakteriseret ved, at terapeuten og patienten samarbejder om at identificere, undersøge og udvikle strategier til at ændre eller håndtere uhensigtsmæssige tanke- og adfærdsmønstre; herunder hvordan patienten erkender informationer, sanseindtryk og andre oplevelser, der måtte komme fra såvel omgivelserne som patienten selv *[63][64][65]*. KAT inkluderer typisk psykoedukation, kognitiv omstrukturering, eksponering og vejrtræknings- eller afslapningsøvelser *[66]*.

Fokus i traumefokuseret KAT er bearbejdning og processering af symptomer efter en oplevet traumatisk hændelse samt at mindske undgåelsesadfærd, som er et centralt symptom ved PTSD *[63][64]*. Der arbejdes i KAT med eksponering for ting, man måske forsøger at undgå, fortrænge eller ikke er bevidst om *[63][64]*. Dette kan ske gennem imaginær eksponering eller gradueret eksponering in vivo. f.eks. i form af hjemmeopgaver, hvor patienten får til opgave at lægge mærke til bestemte reaktioner og tanker eller at justere sin adfærd på konkrete, aftalte områder (f.eks. øve sig i at køre i bus) *[63][64][65]*.

Gennemgang af evidensen
Der var tre studier, der undersøgte effekten af traumefokuseret KAT sammenlignet med en traumefokuseret psykoterapi uden eksponering. Der blev ikke fundet forskelle i behandlingseffekt på de målte outcomes. Tiltroen til evidensen er lav til meget lav.

Patientpræferencer
Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det forventeligt, at voksne med PTSD har præference for traumefokuseret KAT. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

4.1.3 Cognitive Processing Therapy (CPT)

Kort om interventionen
Cognitive Processing Therapy (CPT) er en specifik type traumefokuseret kognitiv terapi, der fokuserer på sammenhænge mellem tanker, følelser, adfærd og kropslige fornemmelser *[67]*. Fokus i CPT er at identificere, hvordan traumatiske oplevelser ændrer tanker og overbevisninger, og hvordan tanker påvirker aktuelle følelser og adfærd *[67]*. En vigtig del af behandlingen er at identificere og adressere uhensigtsmæssige måder at tænke på, som kan holde patienter fast og komme i vejen for deres bedring. CPT inkluderer bl.a. psykoedukation, kognitiv omstrukturering og regelmæssigt hjemmearbejde for at anvende det, der er blevet diskuteret i sessionerne *[67]*. Mens CPT involverer adressering af traumatiske minder og kognitive forvrængninger relateret til traumet, kræver det ikke direkte eksponering for den traumatiske begivenhed *[67]*.

Gennemgang af evidensen
Seks studier undersøgte effekten af CPT sammenlignet med en traumefokuseret psykoterapi med eksponering. blev ikke fundet nogle forskelle i behandlingseffekt mellem CPT og de eksponerende psykoterapier, og tiltroen til evidensen er lav til meget lav.

Patientpræferencer
Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det forventeligt, at CPT er præferencefølsomt. CPT kan være en god behandling til patienter, for hvem eksponeringsterapi ikke er mulig. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

4.1.4 Kognitiv terapi (KT)

Kort om interventionen
Kognitiv terapi (KT) er karakteriseret ved, at terapeuten og patienten sammen identificerer og udfordrer patientens kognitive forvrængninger, negative automatiske tanker og underlæggende negative kognitive skemaer *[52][64]*. Den primære metode i kognitiv terapi (KT) er således kognitiv omstrukturering. I behandlingen af PTSD har KT navnlig fokus på at adressere patientens negative evalueringer af traumet, autobiografiske minder om traumet samt uhensigtsmæssige adfærds- og kognitive strategier, som trigger og vedligeholder patientens følelse af aktuel fare i dennes hverdag *[64]*.

Gennemgang af evidensen
Tre studier undersøgte en form for kognitiv terapi til PTSD sammenlignet med en traumefokuseret psykoterapi med eksponering. De kognitive terapier var metakognitiv terapi til PTSD, kognitiv terapi til PTSD og TrialBased Cognitive Therapy. Alle tre blev sammenlignet med Prolonged Exposure. Der blev ikke fundet nogen forskelle i behandlingseffekt på outcomes. Tiltroen til evidensen er lav.

Patientpræferencer
Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det forventeligt, at KT er præferencefølsomt. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

4.1.5 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

Kort om interventionen
Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) er en metode, hvor forstyrrende traumatiske erindringer bearbejdes, mens patienten samtidig foretager dobbeltsidige bevægelser (bilateral stimulering) – f.eks. ved at bevæge øjnene frem og tilbage eller i form af klapning på overarme eller hænder *[68]*. Terapeuten sidder over for patienten og beder denne beskrive en traumatisk situation *[68]*. Det undersøges med patienten, hvilke følelser og tankemønstre der dukker op, og mens patienten mærker efter og sætter ord på dette, bliver de bedt om at udføre bilateral stimulering *[68]*. Det menes, at bevægelserne aktiverer informationsbearbejdningssystemet, og at teknikken herigennem kan mindske ubehaget ved traumemindet og understøtte at en ny, sundere oplevelse af traumet lagres i hukommelsen *[69]*.

Gennemgang af evidensen
Otte studier undersøgte effekten af EMDR sammenlignet med en traumefokuseret psykoterapi med eksponering. Der blev ikke fundet forskelle i behandlingseffekt mellem EMDR og de eksponerende psykoterapier. Tiltroen til evidensen er lav til meget lav.

Patientpræferencer
Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det forventeligt, at voksne med PTSD har en præference for EMDR. EMDR kan muligvis opleves som mildere eksponerende end Prolonged Exposure. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

4.1.6 Narrativ eksponeringsterapi (NET)

Kort om interventionen

Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en kort terapiform, hvor fokus er at beskrive og udvikle en kronologisk fortælling om patientens liv, hovedsageligt koncentreret om traumatiske oplevelser, men også med inddragelse af nogle positive begivenheder *[70][71]*. Herved integreres detaljer af fragmentariske erindringer, og der udvikles en sammenhængende selvbiografisk fortælling *[70][71]*. I NET beskrives den traumatiske oplevelse og de medfølgende følelser, tanker og sensoriske og fysiologiske reaktioner i detaljer, uden at miste forbindelsen til nuet *[70][71]*. At forblive til stede i nuet opnås med påmindelser om, at de følelser og fysiske reaktioner, der opstår som reaktion på erindringer, er knyttet til episodiske fakta (f.eks. tid og sted), men derefter genbearbejdes og forenes med mening *[70][71]*. Når behandlingen afsluttes, præsenteres en dokumenteret selvbiografi, som terapeuten har udarbejdet for patienten *[71]*. Ved at engagere sig i at fortælle hele livshistorien behøver patienten ikke at vælge én bestemt traumatisk hændelse (som der bl.a. gøres i PE og KAT) blandt dem, der er oplevet i løbet af livet *[70][80]*. NET giver patienten frihed til at reflektere over hele deres liv og dyrke en følelse af personlig identitet *[70][71]*. Terapiformen menes bl.a. at virke gennem imaginær eksponering og gennem rekonstruktion af patientens autobiografiske minder *[70]*.

Gennemgang af evidensen

To studier undersøgte effekten af NET sammenlignet med en traumefokuseret psykoterapi uden eksponering. Der blev ikke fundet forskelle i behandlingseffekt mellem NET og de ikke-eksponerende psykoterapier. Tiltroen til evidensen er lav til meget lav.

Patientpræferencer

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det forventeligt, at NET er præferencefølsom. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

5. Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type

Udgangspunktet for besvarelse af dette fokuserede spørgsmål var at inkludere alle personlighedsforstyrrelsesdiagnoser. Der blev imidlertid kun fundet studier, der inkluderede en population med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type (engelsk: Borderline Personality Disorder; BPD). Ét af disse studier inkluderede også en lille andel patienter med ængstelig evasiv personlighedsstruktur. I nedenstående rapporteres derfor udelukkende resultater for patienter med med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type.

Andelen af personer med PTSD, der samtidig møder kriterierne for komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type opgøres forskelligt til mellem 6-24% *[72]*. Omvendt viser opgørelser, at omkring 30-50% af personer med emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type også møder kriterierne for PTSD *[72]*. Til trods for den høje og velkendte prævalens af komorbiditet mellem PTSD og emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type, findes der ingen officielle retningslinjer for psykoterapi til denne population.

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) var af den opfattelse, at denne population ses hyppigt i den danske regionale psykiatri, hvor mange klinikere er usikre på, hvorvidt en af diagnoserne skal behandles først eller om de to diagnoser kan behandles samtidigt. På denne baggrund ønskede KA at undersøge, hvilke psykoterapier giver den bedste behandlingseffekt for patienter med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse.

I de senere år er der udviklet flere psykoterapier, som målrettes behandling af PTSD med komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type. Flere af disse terapiformer bliver anvendt i dansk psykiatri - og nogle endda i kombination med hinanden - i behandlingen af den komplekse konstellation af personlighedsforstyrrelse og traumerelaterede problematikker.

Der blev identificeret seks studier, som undersøgte effekten af psykoterapi til behandling af PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type. Disse studier undersøgte fire forskellige psykoterapier.

Patientpræferencerne præsenteret i nærværende retningslinje er baseret på data fra en spørgeskemaundersøgelse, besvaret af medlemmer fra Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende. 126 personer med en PTSD-diagnose besvarede spørgeskemaet, hvoraf 24 personer (19%) angav, at de havde en komorbid personlighedsforstyrrelsesdiagnose.

5.1 Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT/DAT-PTSD)

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi til voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT) er også kendt som dialektisk adfærdsterapi til PTSD (DAT-PTSD). Vi anvender i nærværende retningslinje betegnelsen TF-DAT.

TF-DAT er et multikomponent fasebaseret program udviklet til personer med PTSD, der samtidig har problemer med personlighedsforstyrrelse [73][74][75]. TF-DAT fokuserer på håndtering af følelser samt at opnå egne mål og accept af sig selv og egen fortid [74][75]. For at opnå dette tillæres specifikke færdigheder, ofte i gruppebehandling, og der arbejdes i individuel terapi på at udvide indre oplevelser og adfærd [74][75][76]. TF-DAT hjælper med at undersøge holdninger til sig selv og andre [76] samt at erstatte uhensigtsmæssige overlevelsesstrategier med nye livsstrategier [73][74][75][76]. TF-DAT er opbygget i syv behandlingsfaser, som muliggør individuel tilpasning til patientens specifikke symptomer [76]. Fokus i de første tre behandlingsfaser er at identificere typiske flugtstrategier som reaktion på traumerelaterede stimuli og at opøve færdigheder til at håndtere egne reaktioner; i fase 4 fokuseres der på færdighedsassisteret eksponering for traumatiske erindringer; i fase 5 og 6 fokuseres der på accept af fortiden og sorg, på forbedring af psykosociale aspekter samt på tilbagefaldsforebyggelse; og i den sidste fase fokuseres der på afskedsprocessen [76].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Vi fandt, at traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT) muligvis forbedrer borderline personlighedsforstyrrelsessymptomer (BPD-symptomer) og selvskadende/suicidal adfærd betydeligt sammenlignet med Cognitive Processing Therapy (CPT).

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af TF-DAT og CPT på de resterende outcomes: PTSD-symptomer, funktionsniveau og frafald fra behandling.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav for alle de fem målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, BPD-symptomer; vigtige outcomes: frafald, funktionsniveau, selvskadende/suicidal adfærd) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen til voksne med PTSD vurderes det, at traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Andre overvejelser

Faktorer ikke vurderet

Rationale

To studier blev inkluderet mhp. at danne grundlag for denne anbefaling. Det første studie sammenlignede dialektisk adfærdsterapi (DAT) + Prolonged Exposure (PE) med DAT alene. Dette studie var dog meget lille og tiltroen til evidensen meget lav. Data fra dette studie blev derfor ikke brugt som grundlag for en anbefaling. Det andet studie sammenlignede traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT) med Cognitive Processing Therapy (CPT). Dette studie udgør evidensgrundlaget for denne anbefaling, idet studiet inkluderede flere patienter og tiltroen til studiet er højere. De to studier er beskrevet i to forskellige sammenfatninger.

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at der ikke blev fundet klinisk relevante forskelle i skadelige virkninger mellem TF-DAT og CPT. TF-DAT blev fundet at have en større klinisk gavnlig effekt på BPD-symptomer og selvskadende/suicidal adfærd sammenlignet med CPT. Få patienter har erfaring med metoden og metoden må forventes at være præferencefølsom.

Patienter med PTSD og komorbiditet til personlighedsforstyrrelse er hyppigt forekommende i den regionale psykiatri. Trods det relativt begrænsede evidensgrundlag, var det et eksplicit ønske fra KA at give en svag anbefaling for TF-DAT til behandling af PTSD med komorbiditet til BPD.

KA lagde i formuleringen af anbefalingen også vægt på, at der i TF-DAT bliver fokuseret på at bearbejde symptomer på PTSD og BPD samtidigt. Dermed kan det være muligt, at patienten ikke skal tilbydes sekventielle behandlingsforløb for hhv. PTSD og BPD.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type
Intervention: Dialektisk adfærdsterapi + Prolonged Exposure (DAT+PE)
Sammenligning: Dialektisk adfærdsterapi (DAT)

Sammenfatning

Litteratur

Dette studie består af ét randomiseret klinisk forsøg rapporteret i to artikler *[77][78]*. Jf. nedenstående, er studiet meget lille og tiltroen til evidensen meget lav. Data fra dette studie bruges derfor ikke som grundlag for en anbefaling.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af 26 voksne kvinder diagnosticeret med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type. Studiet fokuserede på en psykiatri-population.

Studiet sammenlignede dialektisk adfærdsterapi (DAT) + Prolonged Exposure (PE) med DAT alene. Studiet anvendte en kombination af individuel- og gruppeterapi og anvendte et langt interventionsforløb (>6 måneder). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på det kritiske outcome PTSD-symptomer (MD -0.20, 95% CI -10.74 til 10.34) samt på de vigtige outcomes funktionsniveau, selvskadende adfærd og frafald fra behandling.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for de målte outcomes (kritisk outcome: PTSD-symptomer; vigtige outcomes: frafald, funktionsniveau, selvskadende adfærd) på grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorligt upræcist effektestimat.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsdata

Der var på alle outcomes høj usikkerhed om, hvorvidt der var nogle forskelle på tre-måneders opfølgningsdata. Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Dialektisk adfærdsterapi (DAT)	**Intervention** Dialektisk adfærdsterapi + Prolonged Exposure (DAT+PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.93 (CI 95% 0.37 — 2.34) Baseret på data fra 26 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	444 per 1.000 Forskel:	413 per 1.000 **31 færre per 1.000** (CI 95% 280 færre — 595 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på forekomsten af frafald fra behandling.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: PSS-I Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	13.8 (gennemsnit) Forskel:	13.6 (gennemsnit) **MD 0.2 lavere** (CI 95% 10.74 lavere — 10.34 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på PTSD-symptomer.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: BSI-GSI Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	1.2 (gennemsnit) Forskel:	1.1 (gennemsnit) **MD 0.1 lavere** (CI 95% 0.66 lavere	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på funktionsniveau.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Dialektisk adfærdsterapi (DAT)	**Intervention** Dialektisk adfærdsterapi + Prolonged Exposure (DAT+PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
			— 0.46 højere)		
Selvskadende adfærd Under behandling 6 Vigtig	Målt med: SASII Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	1 (gennemsnit) Forskel:	0.9 (gennemsnit) **MD 0.1 lavere** (CI 95% 2.06 lavere — 1.86 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på selvskadende adfærd.

1, 3, 5, 7. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Harned 2014.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.** Kunne ikke bedømmes..
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.** Kunne ikke bedømmes..
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den, der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

77. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. Behaviour Research and Therapy 2014;55:7-17 Journal

78. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. Behaviour Research and Therapy 2012;50(6):381-386 Journal

89. Forskningsgruppe. Q2: Psychotherapy for PTSD with comorbid BPD (RevMan Meta-Analysis).

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type
Intervention: Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT)
Sammenligning: Cognitive Processing Therapy (CPT)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg *[79]*.

Gennemgang af evidens

Populationen i det inkluderede studie bestod af 93 voksne kvinder diagnosticeret med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type (DSM-5). Studiet fokuserede på en psykiatri-population.

Studiet sammenlignede traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT) med Cognitive Processing Therapy (CPT). Studiet anvendte individuel terapi i et langt interventionsforløb (>6 måneder). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Det blev fundet, at TF-DAT muligvis har en større positiv effekt end CPT på det kritiske outcome borderline personlighedsforstyrrelsessymptomer (BPD-symptomer; MD -0.58, 95% CI -0.94 til -0.22), der var større end den mindste kliniske relevante forskel (= ½ SD). Desuden blev det fundet, at TF-DAT muligvis har en større positiv effekt end CPT på det vigtige outcome selvskadende/suicidal adfærd (MD -0.11, 95% CI -0.21 til -0.01). Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af TF-DAT og CPT på det kritiske outcome PTSD-symptomer (MD -5.11, 95% CI -11.80 til 1.58) samt de vigtige outcomes funktionsniveau (MD 4.44, 95% CI -0.21 til 9.09) og frafald fra behandling (RR 0.65, 95% CI 0.39 til 1.09).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, BPD-symptomer; vigtige outcomes: frafald, funktionsniveau, selvskadende/suicidal adfærd) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Opfølgningsdata

Der blev ikke rapporteret opfølgningsdata.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Cognitive Processing Therapy (CPT)	**Intervention** Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.65 (CI 95% 0.39 — 1.09) Baseret på data fra 93 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	500 per 1.000 Forskel:	325 per 1.000 **175 færre per 1.000** (CI 95% 305 færre — 45 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af TF-DAT og CPT på forekomsten af frafald fra behandling.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS-5 Lavere bedre Baseret på data fra 93 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	29.55 (gennemsnit) Forskel:	24.44 (gennemsnit) **MD 5.11 lavere** (CI 95% 11.8 lavere — 1.58 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [4]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af TF-DAT og CPT på PTSD-symptomer.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Cognitive Processing Therapy (CPT)	**Intervention** Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
BPD-symptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BSL-23 Lavere bedre Baseret på data fra 93 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	1.84 (gennemsnit) Forskel:	1.3 (gennemsnit) **MD 0.58 lavere** (CI 95% 0.94 lavere — 0.22 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	TF-DAT forbedrer muligvis symptomer på borderline personlighedsforstyrrelse betydeligt sammenlignet med CPT.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: GAF Højere bedre Baseret på data fra 93 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	52.5 (gennemsnit) Forskel:	56.94 (gennemsnit) **MD 4.44 højere** (CI 95% 0.21 lavere — 9.09 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af TF-DAT og CPT på funktionsniveau.
Selvskadende / suicidal adfærd [9] Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: BSL-BI Lavere bedre Baseret på data fra 93 patienter i 1 studier. [10] (Randomiserede studier)	0.34 (gennemsnit) Forskel:	0.23 (gennemsnit) **MD 0.11 lavere** (CI 95% 0.21 lavere — 0.01 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [11]	TF-DAT reducerer muligvis selvskadende adfærd (inkl. suicidal adfærd) betydeligt sammenlignet med CPT.

1, 3, 5, 7, 10. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: . Kleindienst 2021.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
9. Self-harm / suicidal acts and ideation
11. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

89. Forskningsgruppe. Q2: Psychotherapy for PTSD with comorbid BPD (RevMan Meta-Analysis).

5.2 Narrativ eksponeringsterapi (NET)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af narrativ eksponeringsterapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en kort terapiform, hvor fokus er at beskrive og udvikle en kronologisk fortælling om patientens liv, hovedsageligt koncentreret om traumatiske oplevelser, men også med inddragelse af nogle positive begivenheder [70][71]. Herved integreres detaljer af fragmentariske erindringer, og der udvikles en sammenhængende selvbiografisk fortælling [70][71]. I NET beskrives den traumatiske oplevelse og de medfølgende følelser, tanker, sensoriske og fysiologiske reaktioner i detaljer, uden at miste forbindelsen til nuet [70][71]. At forblive til stede i nuet opnås med påmindelser om, at de følelser og fysiske reaktioner der opstår som reaktion på erindringer er knyttet til episodiske fakta (f.eks. tid og sted), men derefter genbearbejdes og forenes med mening [70][71]. Når behandlingen afsluttes, præsenteres en dokumenteret selvbiografi, som terapeuten har udarbejdet for patienten [71]. Ved at engagere sig i at fortælle hele livshistorien behøver patienten ikke at vælge én bestemt traumatisk hændelse (som der bl.a. gøres i PE og KAT) blandt dem, der er oplevet i løbet af livet [70][80]. NET giver patienten frihed til at reflektere over hele deres liv og opdyrke en følelse af personlig identitet [70][71]. Terapiformen menes bl.a. at virke gennem imaginær eksponering og gennem rekonstruktion af patientens autobiografiske minder [70].*

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af narrativ eksponeringsterapi og vanlig behandling/behandling af eksperter i borderline personlighedsforstyrrelse på de målte outcomes: PTSD-symptomer, BPD-symptomer, funktionsniveau og frafald fra behandling.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, BPD-symptomer; vigtige outcomes: frafald, funktionsniveau) på grund af alvorlig/meget alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen til voksne med PTSD vurderes det, at narrativ eksponeringsterapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Andre overvejelser

Faktorer ikke vurderet

Narrativ eksponeringsterapi er specifikt udviklet til traumatiserede flygtninge af den internationale bistandsorganisation Victims' Voice (VIVO). Den anvendes i danske behandlingscentre, der arbejder med traumatiserede flygtninge.

Rationale

Få studier har undersøgt effekten af narrativ eksponeringsterapi (NET) til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse.

Retningslinjens forskningsgruppe identificerede de to inkluderede studier, hvoraf det ene sammenlignede NET med behandling udført af eksperter i BPD, mens det andet sammenlignede NET med vanlig behandling.

De kliniske arbejdsgruppe (KAT) tog i formuleringen af anbefalingen i betragtning, at der ikke var tilstrækkelig evidens for at konkludere, at NET ikke er effektiv til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrlse. Metoden må forventes at være præferencefølsom.

På denne baggrund, besluttede KA, at effekten af NET til patienter med komorbid personlighedsforstyrrelse bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type
Intervention: Narrativ eksponeringsterapi (NET)
Sammenligning: Vanlig behandling (TAU) / behandling af eksperter i borderline personlighedsforstyrrelse (TBE)

Sammenfatning

Litteratur
Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af to randomiserede kliniske forsøg *[81][82]*.

Gennemgang af evidens
Populationerne i de to inkluderede studier bestod af hhv. 22 voksne diagnosticeret med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type *[81]* og 45 voksne diagnosticeret med PTSD som også havde et moderat-højt niveau af symptomer på emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type, jf. Borderline Symptoms List-23 (BSL-23) *[82]*. Det ene studie fokuserede på en psykiatri-population *[81]*, mens populationstypen ikke var tydeligt specificeret for det andet studie *[82]*.

Studierne sammenlignede narrativ eksponeringsterapi (NET) med hhv. behandling af eksperter i borderline personlighedsforstyrrelse (TBE) *[81]* og vanlig behandling (TAU) *[82]*. Begge studier anvendte individuel terapi. Det ene studie anvendte et mellemlangt interventionsforløb (3-6 måneder) *[82]*, mens det andet studie ikke tydeligt angav længden på interventionsforløbet. For flere detaljer, se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og TAU/TBE på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.44, 95% CI -1.45 til 0.57) og borderline personlighedsforstyrrelsessymptomer (BPD-symptomer; MD -0.97, 95% CI -15.31 til 13.37) samt på de vigtige outcomes funktionsniveau og frafald fra behandling.

Tiltro til evidensen
Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, BPD-symptomer; vigtige outcomes: frafald, funktionsniveau) på grund af alvorlig/meget alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsdata
Der blev ikke rapporteret opfølgningsdata.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Vanlig behandling (TAU) / behandling af eksperter i BPD (TBE)	**Intervention** Narrativ eksponeringsterapi (NET)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.38 (CI 95% 0.61 — 3.13) Baseret på data fra 67 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	219 per 1.000 Forskel:	302 per 1.000 **83 flere per 1.000** (CI 95% 85 færre — 466 flere)	Meget lav På grund af alvorligt upræcist effektestimat; På grund af meget alvorlig risiko for bias [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og TAU/ TBE på forekomsten af frafald fra behandling.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Vanlig behandling (TAU) / behandling af eksperter i BPD (TBE)	**Intervention** Narrativ eksponeringsterapi (NET)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: PSS-I / PDS Lavere bedre Baseret på data fra 56 patienter i 2 studier. [3] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.44 lavere** (CI 95% 1.45 lavere — 0.57 højere)	Meget lav På grund af meget alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og TAU/ TBE på PTSD-symptomer.
BPD-symptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BSL-23 Lavere bedre Baseret på data fra 56 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 0.97 lavere** (CI 95% 15.31 lavere — 13.37 højere)	Meget lav På grund af meget alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og TAU/ TBE på symptomer på borderline personlighedsforstyrrelse.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WSAS Lavere bedre Baseret på data fra 34 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	4.2 (gennemsnit) Forskel:	2.96 (gennemsnit) **MD 1.24 lavere** (CI 95% 2.69 lavere — 0.21 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og TAU på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Orang 2018, Pabst 2014.
2. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den, der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Selektiv rapportering af outcome; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation (ét studie inkluderer patienter med høje BPD-scorer, men ingen BPD-diagnose). **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3, 5. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Pabst 2014, Orang 2018.
4. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den, der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 70%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
6. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 48%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

7. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Orang 2018.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

81. Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf-Leuschner M, Goder R, Elbert T, et al. Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. Clinical Neuropsychiatry 2014;11(4):108-117 Link

82. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, Ghaffari H, Mostafavi S, Rasoulian M, et al. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence—A randomized controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy 2018;25(6):827-841 Journal

89. Forskningsgruppe. Q2: Psychotherapy for PTSD with comorbid BPD (RevMan Meta-Analysis).

5.3 Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af kognitiv adfærdsterapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er en samtaleterapi, som er karakteriseret ved, at terapeuten og patienten samarbejder om at identificere, undersøge og udvikle strategier til at ændre eller håndtere uhensigtsmæssige tanke- og adfærdsmønstre; herunder hvordan patienten erkender informationer, sanseindtryk og andre oplevelser, der måtte komme fra såvel omgivelserne som patienten selv [63][64][65]. KAT inkluderer typisk psykoedukation, kognitiv omstrukturering, eksponering og vejrtrænings- eller afslapningsøvelser [66].*

Fokus i traumefokuseret KAT er bearbejdning og processering af symptomer efter en oplevet traumatisk hændelse samt at mindske undgåelsesadfærd, som er et centralt symptom ved PTSD [63][64]. Der arbejdes i KAT med eksponering for ting, man måske forsøger at undgå, fortrænge eller ikke er bevidst om [63][64]. Dette kan ske gennem imaginær eksponering eller gradueret eksponering in vivo, f.eks. i form af hjemmeopgaver hvor man får til opgave at lægge mærke til bestemte reaktioner og tanker eller at justere sin adfærd på konkrete, aftale områder (f.eks. øve sig i at køre i bus) [63][64][65].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og vanlig behandling/kort intervention på patienternes livskvalitet og funktionsniveau.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og vanlig behandling/kort intervention på de resterende outcomes: PTSD-symptomer, BPD-symptomer, frafald fra behandling og skadelige virkninger.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for to af de målte vigtige outcomes funktionsniveau og livskvalitet på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de kritiske outcomes PTSD-symptomer, BPD-symptomer, frafald fra behandling og skadelige virkninger på grund af alvorlig/meget alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Få studier har undersøgt effekten af kognitiv adfærdsterapi (KAT) til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse. Retningslinjens forskningsgruppe identificerede to relevante studier, hvoraf det ene sammenlignede KAT med vanlig behandling, og det andet sammenlignede KAT med en kort psykologisk intervention. Metoden må forventes at være præferencefølsom.

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) tog i formuleringen af anbefalingen i betragtning, at der ikke var betydelig evidens for at give en klinisk anbefaling, men nok til at give en anbefaling om mere forskning i KAT til voksne med PTSD og komorbid BPD.

Da dette er en patientgruppe, der er udbredt i psykiatrien og som i tillæg er svært behandlingskrævende, besluttede KA, at effekten af KAT til voksne med PTSD og komorbid BPD bør være genstand for mere forskning.

Anbefalingen begrundes yderligere i, at KAT er en ofte benyttet psykoterapi til behandling af voksne med PTSD i de ambulante pakkeforløb i PRS og i RHP.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type
Intervention: Kognitiv adfærdsterapi (KAT)
Sammenligning: Vanlig behandling (TAU) / kort intervention

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg *[83]*, som består af to understudier.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de to inkluderede studier bestod af hhv. 27 og 55 voksne diagnosticeret med PTSD (DSM-IV), komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type samt svær komorbid psykiatrisk lidelse (f.eks. skizofreni, bipolar lidelse eller major depression). Begge studier fokuserede på en psykiatri-population.

Studierne sammenlignede kognitiv adfærdsterapi (KAT) med hhv. vanlig behandling (TAU) og en kort intervention. Begge studier anvendte individuel terapi og mellemlange interventionsforløb (12-16 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/kort intervention på de vigtige outcomes livskvalitet (MD -0.56, 95% CI -1.56 til 0.44) og funktionsniveau (SMD 0.30, 95% CI -0.28 til 0.89). Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/kort intervention på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (MD -14.98, 95% CI -38.66 til 8.70) og borderline personlighedsforstyrrelsessymptomer (BPD-symptomer; MD -1.56, 95% CI -4.32 til 1.19) samt på

de vigtige outcomes frafald fra behandling (RR 1.52, 95% CI 0.65 til 3.56) og skadelige virkninger (RR 1.65, 95% CI 0.26 til 10.41).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de vigtige outcomes funktionsniveau og livskvalitet på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for de kritiske outcomes PTSD-symptomer, BPD-symptomer, frafald fra behandling og skadelige virkninger på grund af alvorlig/meget alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsdata

Det er usikkert, om der er nogle forskelle mellem KAT og TAU efter 3 måneder.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Vanlig behandling (TAU) / kort intervention	**Intervention** Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.52 (CI 95% 0.65 — 3.56) Baseret på data fra 82 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	158 per 1.000 Forskel:	240 per 1.000 **82 flere per 1.000** (CI 95% 55 færre — 404 flere)	Meget lav På grund af meget alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/ kort intervention på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger [3] Under behandling / behandlingsslut 6 Vigtig	Relative risiko 1.65 (CI 95% 0.26 — 10.41) Baseret på data fra 53 patienter i 2 studier. [4] (Randomiserede studier)	45 per 1.000 Forskel:	74 per 1.000 **29 flere per 1.000** (CI 95% 33 færre — 423 flere)	Meget lav På grund af meget alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [5]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/ kort intervention på forekomsten af skadelige virkninger (i form af øget PTSD-symptomniveau).
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS Lavere bedre Baseret på data fra 82 patienter i 2 studier. [6] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 14.98 lavere** (CI 95% 38.66 lavere — 8.7 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [7]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/ kort intervention på PTSD-symptomer.
BPD-symptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: SCID-II Lavere bedre Baseret på data fra 82 patienter i 2 studier. [8] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 1.56 lavere** (CI 95% 4.32 lavere — 1.19 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/ kort intervention på symptomer på borderline personlighedsforstyrrelse.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Vanlig behandling (TAU) / kort intervention	**Intervention** Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
				effektestimat [9]	
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: SF-12 / GAF Højere bedre Baseret på data fra 82 patienter i 2 studier. [10] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.3 højere** (CI 95% 0.28 lavere — 0.89 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [11]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/kort intervention på funktionsniveau.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: QOLI Højere bedre Baseret på data fra 55 patienter i 1 studier. [12] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 0.56 lavere** (CI 95% 1.56 lavere — 0.44 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [13]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og TAU/kort intervention på livskvalitet.

1, 4, 6, 8, 10. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Kredlow 2017, Kredlow 2017.
2. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter.
3. Forværring af PTSD symptomer
5. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome; Manglende data/informationer. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 71%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 84%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 38%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
12. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Kredlow 2017.
13. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

83. Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, Xie H, Gottlieb JD, Rosenberg SD, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. Psychiatry Research 2017;249:86-93 Journal

89. Forskningsgruppe. Q2: Psychotherapy for PTSD with comorbid BPD (RevMan Meta-Analysis).

5.4 Stabiliserende gruppeterapi

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af stabiliserende gruppeterapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Stabilisering er særligt blevet brugt i behandlingen af kompleks PTSD [84][85][86][87]. Metoden er både blevet anvendt som en indledende behandlingsfase for at øge patienters parathed over for traumefokuserede interventioner [84][85], som et sideløbende behandlingselement [86] og som en enkeltstående intervention [87][88]. Stabilisering er udviklet på baggrund af, at nogle patienter kan have svært ved at tolerere traumefokuserede interventioner på grund af vanskeligheder med at regulere de overvældende følelser, som genkaldelse af traumet kan medføre [86][87][88]. Stabilisering har i højere grad fokus på nuet frem for på patientens traumehistorik [87] og har til formål at etablere et sikkert og stabilt miljø omkring patienten, øge patientens evne til følelsesregulering og symptomhåndtering, øge patientens interpersonelle funktionsniveau samt adressere aktuelle stressorer i patientens liv [85].*

Stabiliserende gruppeterapi inkluderer typisk psykoedukation om f.eks. PTSD-symptomer og deres tidligere adaptive funktion [86][87][88] samt elementer af kognitiv adfærdsterapi – f.eks. færdighedstræning med fokus på bl.a. følelsesregulering, afslapningsteknikker, krisehåndtering og interpersonelle færdigheder [86][88]. I nogle tilfælde anvendes kognitiv omstrukturering mhp. at identificere og udfordre maladaptive tanker, overbevisninger og adfærdsmønstre relateret til patientens traumehistorik [87].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af stabiliserende gruppeterapi som tillæg til vanlig behandling (TAU) og TAU alene på de to målte outcomes PTSD-symptomer og frafald fra behandling.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for begge de to målte outcomes (kritisk outcome: PTSD-symptomer; vigtigt outcome: frafald fra behandling) på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt manglende overførbarhed.

Patientpræferencer

Denne psykoterapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Andre overvejelser Væsentlige ulemper

Ud fra erfaringer og klinisk ekspertise vurderer den kliniske arbejdsgruppe (KA), at det kan give særlige interpersonelle udfordringer at starte psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse i gruppe. Det kan muligvis blive mere krævende end gavnligt for patienter og behandlere, da der skal bruges mange ressourcer på følelses- og interpersonel regulering.

Gruppeterapi kan dog være effektiv til at psykoedukere flere patienter samtidigt om lidelserne og deres indbyrdes påvirkning af hinanden samt til at undervise i ressourceopbyggende færdigheder.

Rationale

Få studier har undersøgt effekten af stabiliserende gruppeterapi som tillæg til vanlig behandling (TAU) til voksne med PTSD og komorbid BPD. Retningslinjens forskningsgruppe identificerede ét relevant studie, som sammenlignede stabiliserende gruppeterapi + TAU med TAU alene. I dette studie havde deltagerne PTSD eller k-PTSD med komorbid BPD eller ængstelig evasiv personlighedsforstyrrelse efter DSM-IV-kriterierne.

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) tog i formuleringen af anbefalingen i betragtning, at der ikke var betydelig evidens for at give en klinisk anbefaling, men nok til at give en anbefaling om mere forskning i stabiliserende gruppeterapi til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse. Patientpræferencer er ikke afdækket.

Da der er tale om en patientgruppe, der er udbredt i psykiatrien og i tillæg hertil svært behandlingskrævende, besluttede KA, at effekten af stabiliserende gruppeterapi til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type eller komorbid ængstelig evasiv personlighedsstruktur

Intervention: Stabiliserende gruppeterapi + vanlig behandling (TAU)

Sammenligning: Vanlig behandling (TAU)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg *[87]*.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af 71 voksne diagnosticeret med PTSD (DSM) samt kompleks PTSD (k-PTSD) jf. Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) og enten komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type eller komorbid ængstelig evasiv personlighedsstruktur. Studiet fokuserede på en psykiatri-population.

Studiet sammenlignede stabiliserende gruppeterapi + vanlig behandling (TAU) med TAU alene. Studiet anvendte gruppeterapi og et mellemlangt interventionsforløb (20 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af stabiliserende gruppeterapi + TAU og TAU alene på de to målte outcomes: det kritiske outcome PPTSD-symptomer (MD 3.10, 95% CI -10.29 til 16.49) og det vigtige outcome frafald fra behandling (RR 1.22, 95% CI 0.43 til 3.47).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for begge de to målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer; vigtige outcomes: frafald) på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt manglende overførbarhed.

Der er behov for mere forskning, for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsdata

Der blev ikke rapporteret opfølgningsdata.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Vanlig behandling (TAU)	**Intervention** Stabiliserende gruppeterapi + vanlig behandling (TAU)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.22 (CI 95% 0.43 — 3.47) Baseret på data fra 71 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	152 per 1.000 Forskel:	185 per 1.000 **33 flere per 1.000** (CI 95% 87 færre — 375 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af stabiliserende gruppeterapi + TAU og TAU alene på forekomsten af frafald fra behandling.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: DTS Lavere bedre Baseret på data fra 71 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	66.5 (gennemsnit) Forskel:	69.6 (gennemsnit) **MD 3.1 højere** (CI 95% 10.29 lavere — 16.49 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af stabiliserende gruppeterapi + TAU og TAU alene på PTSD-symptomer.

1. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Dorrepaal 2012.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den, der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation - ikke alle patienter havde en komorbid personlighedsforstyrrelse (uklart præcis hvor mange der havde en sådan komorbiditet, men estimeret til at være ca. 70%). **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.** Kun data fra ét studie; Kunne ikke bedømmes..
3. Systematisk oversigtsartikel [89] med inkluderede studier: Dorrepaal 2012, Dorrepaal 2012.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation - ikke alle patienter havde en komorbid personlighedsforstyrrelse (uklart præcis hvor mange der havde en sådan komorbiditet, men estimeret til at være ca. 70%). **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.** Kun data fra ét studie; Kunne ikke bedømmes..

Referencer

87. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, et al. Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics 2012;81(4):217-225 Journal

89. Forskningsgruppe. Q2: Psychotherapy for PTSD with comorbid BPD (RevMan Meta-Analysis).

6. Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer

Depression forekommer hyppigt samtidigt med PTSD, og det estimeres at omkring halvdelen af patienter med en PTSD-diagnose også møder diagnostiske kriterier for en depressiv lidelse *[90]*. Patienter med PTSD og komorbid depression har ofte et mere alvorligt symptomniveau, lavere funktionsniveau og livskvalitet, en højere risiko for suicidalitet og et mere kronisk sygdomsforløb sammenlignet med patienter der alene har PTSD *[90][91]*. Til trods for den høje prævalens af depression blandt personer med PTSD findes der aktuelt ingen kliniske anbefalinger for, hvordan denne population bedst kan behandles.

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) var af den opfattelse, at mange klinikere er usikre på om depression eller PTSD skal behandles først, eller om lidelserne kan behandles samtidigt. På denne baggrund ønskede KA, at det skulle undersøges, hvilke psykoterapier kan give den bedste behandlingseffekt for patienter med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Der blev identificeret 56 studier, som undersøgte effekten af en psykoterapi til ambulante patienter med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer. Der blev i alt undersøgt 41 forskellige former for psykoterapi, som er blevet samlet i overordnede grupper gennemgået i afsnittene nedenfor. Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier giver en fuld oversigt over inkluderede interventioner og kontrolinterventioner.

Patientpræferencerne i retningslinjen er baseret på data fra en spørgeskemaundersøgelse besvaret af medlemmer fra Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende. 126 personer med en PTSD-diagnose besvarede spørgeskemaet, hvoraf 78 (61.9%) angav, at de havde en komorbid depressionsdiagnose.

6.1 Mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier refererer generelt til psykoterapier, der integrerer de mentale og fysiske aspekter af sundhed og velvære. Disse tilgange anerkender forbindelsen mellem sind og krop og har til formål at fremme sundhed ved at adressere begge aspekter [92].

Mindfulness er en kontinuerlig proces med fokus på at træne patientens bevidsthed om f.eks. sine tanker og følelser i nuet uden at dømme dem som gode eller dårlige og uden at handle på dem med undgåelse eller impulsivitet [94][95][96][97]. Mindfulness kan også hjælpe patienten til at udvikle større medfølelse over for sig selv og andre [96][97]. Mindfulness kan både anvendes alene (f.eks. i form af psykoterapierne Mindfulness-Baseret Stress Reduktion; MBSR eller Mindfulness-Baseret Kognitiv Terapi; MBCT) eller i kombination med standardbehandlinger til PTSD [97].

Kropsfokuserede psykoterapier til behandling af PTSD har fokus på at øge patientens bevidsthed om sine kropslige fornemmelser og impulser i nuet, idet disse både afspejler og påvirker de psykiske processer, som er involverede i PTSD [99][100]. Mange mennesker med PTSD oplever angst og ubehag forbundet med kroppens stressresponser (f.eks. påvirkning af muskler, åndedræt og hjerte) og ikke-viljestyrede impulser (kæmp, flygt og frys) [101][102]. Igennem en øget kontakt med egen krop lærer patienten i kropsfokuserede psykoterapier gradvist at få adgang til, rumme og sætte ord på kropslige fornemmelser og impulser samt traumemindet [99][100]. Kropsfokuserede psykoterapier til behandling af PTSD inkluderer bl.a. Somatic Experiencing (SE), Sensorimotor Psykoterapi (SP), psykomotorisk terapi, ManuVision, traumeinformeret yoga, Basic Body Awareness Therapy (BBAT) samt Tension, Stress and Trauma Release (TRE).

Ved brug af mindfulness og kropsfokuserede interventioner i behandlingen af PTSD med komorbid depression eller depressionssymptomer bør der være en opmærksomhed på patientens evne til at regulere kropslige og psykologiske traumereaktioner, da interventionerne kan medføre øget angst, utryghed, aggressivitet og en følelse af at være fanget i egen krop. Desuden bør der være en bevidsthed om, at mindfulness kan igangsætte flashbacks [98].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Vi fandt, at mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier sandsynligvis forbedrer PTSD-symptomer og depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier og kontrolinterventionerne på de tre outcomes funktionsniveau, skadelige virkninger og frafald fra behandling.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier og kontrolinterventionerne på det patienternes livskvalitet.

Kvaliteten af evidensen

Moderat

Den samlede tiltro til evidensen er moderat.

Tiltroen til evidensen er moderat for to af de målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer) på grund af alvorlig risiko for bias.

Tiltroen til evidensen er lav for tre af de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat /eller alvorligt inkonsistente resultater.

Tiltroen til evidensen er meget lav for det vigtige outcome livskvalitet på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Ingen betydelig variation forventet

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer forventeligt har præference for mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier, såfremt visse vilkår er opfyldt (f.eks. kræver mindfulness tid). Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at mindfulness og kropsfokuserede interventioner forventeligt har en gavnlig effekt på PTSD og depressionssymptomer, samt at der ikke blev påvist nogen betydelige skadelige virkninger.

Tiltroen til evidensen var samlet set moderat, selvom den på enkelte outcomes blev nedgraderet til lav. Det er forventeligt, at der er en lille variation i patientpræferencer, men at patienter med PTSD overvejende vil have en præference for mindfulness og/eller kropsfokus som et element i behandlingen.

På denne baggrund ønskede KA en svag anbefaling for, at der tilbydes mindfulness og kropsfokuserede interventioner i behandlingen af voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Mindfulness og kropsfokuserede interventioner
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af fem randomiserede kliniske forsøg *[103][104][105][106][107]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de fem inkluderede studier bestod af mellem 37-63 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[107]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[103][104][105][106]*. Ét studie fokuserede på en psykiatri-population *[103]* og fire studier fokuserede på en veteran-population *[104][105][106][107]*.

Studierne inkluderede alle en mindfulness og/eller kropsfokuseret terapi. Ét studie sammenlignede Somatic Experience med venteliste *[103]*, ét studie sammenlignede Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) med en socioterapeutisk gruppe *[104]*, ét studie sammenlignede Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) + vanlig behandling (TAU) med TAU alene *[105]*, ét studie sammenlignede Compassion Mediation med Veteran.Calm *[106]*, og ét studie sammenlignede MBCT + MBSR med TAU *[107]*. Tre studier anvendte gruppeterapi *[104][105][106]*, ét studie anvendte individuel terapi *[103]* og ét studie opgav ikke hvorvidt de anvendte individuel terapi eller gruppeterapi *[107]*. Alle studierne anvendte korte interventionsforløb (8-15 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Vi fandt, at mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier sandsynligvis har en større positiv effekt end kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.81, 95% CI -1.28 til -0.34) og depressionssymptomer (SMD -0.81, 95% CI -1.36 til -0.26). Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier og kontrolinterventionerne på de tre vigtige outcomes funktionsniveau, skadelige virkninger og frafald fra behandling. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier og kontrolinterventionerne på patienternes livskvalitet.

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger, som forklarede de fleste variationer i effektestimaterne, herunder heterogenitet i anvendte interventioner og kontrolinterventioner.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er moderat.

Tiltroen til evidensen er moderat for de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer på grund af alvorlig risiko for bias. Tiltroen til evidensen er lav for de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater. Tiltroen til evidensen er meget lav for det vigtige outcome livskvalitet på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Opfølgningsanalyser

Kun ét studie rapporterede opfølgningsdata *[105]* for PTSD-symptomer, depressionssymptomer og funktionsniveau 4 måneder efter behandlingsslut. For PTSD-symptomer var der ingen forskelle mellem intervention og kontrolintervention ved opfølgning. For depressionssymptomer var der en effektforskel (MD -3.22, 95% CI -6.37 til -.07) til fordel for MBSR+TAU. For funktionsniveau var der en effektforskel (MD 5.29, 95% CI .40 til 10.18) til fordel for MBSR+TAU.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Mindfulness og kropsfokuserede interventioner	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 2.01 (CI 95% 0.34 — 12) Baseret på data fra 257 patienter i 5 studier. [1] (Randomiserede studier)	55 per 1.000 Forskel:	111 per 1.000 **56 flere per 1.000** (CI 95% 36 færre	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af mindfulness/ kropsfokuserede interventioner og

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Mindfulness og kropsfokuserede interventioner	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
			— 605 flere)		kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.42 (CI 95% 0.18 — 11.15) Baseret på data fra 147 patienter i 3 studier. [3] (Randomiserede studier)	14 per 1.000 Forskel:	20 per 1.000 **6 flere per 1.000** (CI 95% 11 færre — 142 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [4]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af mindfulness/ kropsfokuserede interventioner og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / PCL-C Lavere bedre Baseret på data fra 137 patienter i 3 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.81 lavere** (CI 95% 1.28 lavere — 0.34 lavere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [6]	Mindfulness/ kropsfokuserede interventioner forbedrer sandsynligvis PTSD-symptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: PHQ-9 / BDI-II / CES-D / DASS-21 Lavere bedre Baseret på data fra 247 patienter i 5 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.81 lavere** (CI 95% 1.36 lavere — 0.26 lavere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [8]	Mindfulness/kropsfokusere interventioner forbedrer sandsynligvis depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: SF-12 / SDS Højere bedre Baseret på data fra 90 patienter i 2 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.1 højere** (CI 95% 1.06 lavere — 1.25 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af mindfulness/ kropsfokuserede interventioner og kontrolinterventionerne på livskvalitet.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: SF-12 / SDS / SF-8-MCS Højere bedre Baseret på data fra 137 patienter i 3 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.16 højere** (CI 95% 0.39 lavere — 0.7 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater [12]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af mindfulness/ kropsfokuserede interventioner og kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [108] med inkluderede studier: Kearney 2013, Jasbi 2018, Lang 2019, Brom 2017, Omidi 2018.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Selektiv rapportering af outcomes. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller.

Publikationsbias: ingen betydelig.
3, 5. Systematisk oversigtsartikel [108] med inkluderede studier: Lang 2019, Brom 2017, Kearney 2013.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den, der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [108] med inkluderede studier: Brom 2017, Omidi 2018, Lang 2019, Kearney 2013, Jasbi 2018.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Et af studiernes konfidensinterval overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier (effektens retning var dog konsistent imellem de inkluderede studier). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [108] med inkluderede studier: Lang 2019, Omidi 2018.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier; Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 84%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [108] med inkluderede studier: Lang 2019, Omidi 2018, Kearney 2013.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier; Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 59%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

103. Brom D., Stokar Y., Lawi C., Nuriel-Porat V., Ziv Y., Lerner K., et al. Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Outcome Study. Journal of traumatic stress 2017;30(3):304-312 Journal

104. Jasbi M., Sadeghi Bahmani D., Karami G., Omidbeygi M., Peyravi M., Panahi A., et al. Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. Cognitive Behaviour Therapy 2018;47(5):431-446 Journal

105. Kearney D.J., McDermott K., Malte C., Martinez M., Simpson TL. Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot study. Journal of Clinical Psychology 2013;69(1):14-27 Journal

106. Lang AJ, Malaktaris AL, Casmar P., Baca SA, Golshan S., Harrison T., et al. Compassion Meditation for Posttraumatic Stress Disorder in Veterans: A Randomized Proof of Concept Study. Journal of traumatic stress 2019;32(2):299-309 Journal

107. Omidi A., Hamidian S.. Effectiveness of a combined mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction intervention on depression symptoms and quality of life in a group of Iranian veterans with posttraumatic stress disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018;12(4):e55945 Journal

108. Forskningsgruppe. Q3: Mindfulness/body-focus for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

6.2 Present-Centered Therapy (PCT)

Svag anbefaling mod

Tilbyd ikke rutinemæssigt Present-Centered Therapy til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, idet det er usikkert, om effekten er ligeværdig med traumefokuserede psykoterapier.

Bemærkning: *Present-Centered Therapy (PCT) blev oprindeligt udviklet som en kontrolterapi inden for effektforskning i traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (KAT), men er i nyere tid også blevet anvendt som en selvstændig intervention [109]. PCT er specifikt designet til ikke at fokusere på patientens traumehistorik eller inkludere aktive elementer i KAT, såsom eksponering, kognitiv omstrukturering og adfærdsaktivering [38][50][109][110]. I stedet har PCT et nutidsfokus på aktuelle vanskeligheder i patientens liv. Terapien er baseret på mere non-specifikke terapeutiske faktorer såsom støtte og anerkendelse via den terapeutiske alliance, træning i problemløsning og normalisering af symptomer via psykoedukation [38][50][109][110]. PCT involverer desuden logbogsskrivning,*

idet patienten instrueres i at dokumentere sine problemer, løsningsindsatser og erfaringer imellem sessionerne [38][109][110]. Selvom PCT ikke er traumefokuseret, fokuseres der på hvordan aktuelle vanskeligheder er påvirket af PTSD-symptomer. Fokus fastholdes imidlertid på håndtering af disse vanskeligheder og symptomer i nuet, og patienten dirigeres væk fra at snakke om eller genkalde traumet [33][38][50][110][111].

Terapeuten indtager i PCT en ikke-styrende position, og patienten guider dermed selv terapiens tempo og tematikker og støttes i selv at finde på problemløsningsstrategier (KAT-elementer er således tilladt, såfremt deres anvendelse er patientens eget påfund) [33][50][111].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Vi fandt, at Present Centered Therapy (PCT) muligvis mindsker frafald fra behandling sammenlignet med traumefokuserede psykoterapier. Omvendt fandt vi, at traumefokuserede psykoterapier muligvis forbedrer outcomet depressionssymptomer sammenlignet med PCT.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PCT og traumefokuserede psykoterapier målt på skadelige virkninger og suicidalitet.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PCT og traumefokuserede psykoterapier på patienternes PTSD-symptomer. Hovedanalysen var for dette outcome på grænsen til statistisk signifikant, mens sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effects) viste en klar statistisk signifikant større gavnlig effekt af kontrolinterventionerne.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for fire af de målte outcomes (kritisk outcome: depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, skadelige virkninger, suicidalitet) på grund af alvorlig/ meget alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat /eller alvorligt inkonsistente resultater.

Tiltroen til evidensen er meget lav for det kritiske outcome PTSD-symptomer på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Denne psykoterapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at det er usikkert, om de gavnlige effekter af

Present-Centered Therapy (PCT) er ligeværdige med anden traumefokuseret psykoterapi. Evidensen indikerede dog, at traumefokuserede psykoterapier muligvis medfører en signifikant øget bedring af depressionssymptomer og potentielt også af PTSD-symptomer sammenlignet med PCT.

Tiltroen til evidensen er samlet set vurderet til at være lav for fire af de målte outcomes og meget lav for PTSD-symptomer. Patientpræferencer er ikke afdækket.

Den kliniske arbejdsgruppe fandt evidensgrundlaget tilstrækkeligt til at give en svag anbefaling imod PCT til patienter med PTSD og komorbide depressive lidelser eller moderate-svære depressionssymptomer.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Traumefokuserede psykoterapier
Sammenligning: Present-Centered Therapy (PCT)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af fem randomiserede kliniske forsøg *[31][44][110][111][112]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de fem inkluderede studier bestod af mellem 11-216 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[112]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[31][44][110][111]*. Alle studierne fokuserede på en veteran-population.

Studierne sammenlignede Present-Centered Therapy (PCT) med hhv. Prolonged Exposure (PE) *[31]*, virtual reality eksponeringsterapi (VRE) *[44]*, Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy (CBSRT) *[112]* og Cognitive Processing Therapy (CPT) *[110][111]*. To af studierne anvendte gruppeterapi *[111][112]* og tre af studierne anvendte individuel terapi *[31][44][110]*. Alle studierne anvendte korte interventionsforløb (6-12 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Vi fandt, at PCT muligvis har en større positiv effekt end de traumefokuserede psykoterapier på det vigtige outcome frafald fra behandling (RR 1.50, 95% CI 0.91 til 2.46). Random effects-analysen var ikke statistisk signifikant, men sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effect) viste en signifikant forskel. Omvendt blev det fundet, at traumefokuserede psykoterapier muligvis har en større positiv effekt end PCT på det kritiske outcome depressionssymptomer (SMD -1.33, 95% CI -2.61 til 0.04). Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PCT og traumefokuserede psykoterapier på de vigtige outcomes skadelige virkninger og suicidalitet. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PCT og traumefokuserede psykoterapier på det kritiske outcome PTSD-symptomer, idet hovedanalysen var på grænsen til statistisk signifikant (SMD -0.44, 95% CI -0.91 til 0.03). Sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effect) viste dog en klar statistisk signifikant forskel i effekt til fordel for traumefokuserede psykoterapier for dette outcome.

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige interventioner, hvor der tydeligt sås en større effekt af traumefokuserede interventioner (CBSRT) sammenlignet med PCT.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for fire af de målte outcomes (kritisk outcome: depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, skadelige virkninger, suicidalitet) på grund af alvorlig/meget alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater. Tiltroen til evidensen er meget lav for det kritiske outcome PTSD-symptomer på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Forskningsgruppen valgte at nedgradere outcomet frafald fra behandling for upræcist effektestimat, da det kun var sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen, der viste et signifikant resultat. Tiltro til evidensen for de vigtige outcomes skadelige virkninger og selvmordshandlinger/suicidalitet blev vurderet som lav grundet meget alvorlig risiko for bias. Forskningsgruppen valgte at gradere disse to outcomes to niveauer ned, da flere studier ikke havde en standardiseret måde at måle disse outcomes, og idet der er stor usikkerhed omkring hvordan og hvor mange outcomes, der er blevet målt.

Opfølgningsanalyser

Fem studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome PTSD-symptomer, hvor der var en effektforskel (SMD -0.28, 95% CI -0.66 til 0.10) til fordel for interventionerne, der blev sammenlignet med PCT. Random effects analysen var ikke statistisk signifikant, men sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effect) viste en signifikant forskel (SMD -0.21, 95% CI -0.41 til -0.01). Fire studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome depressionssymptomer *[44][110][111][112]*, hvor der var en effektforskel (SMD -1.34, 95% CI -2.45 til -0.13), til fordel for interventionerne der blev sammenlignet med PCT.

Fire studier havde 6 måneder som længste opfølgning *[31][44][110][112]*, og ét studie havde 12 måneder som længste opfølgning *[111]*.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Present-Centered Therapy (PCT)	**Intervention** Traumefokuserede psykoterapier	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.5 (CI 95% 0.91 — 2.46) Baseret på data fra 511 patienter i 5 studier. [1] (Randomiserede studier)	171 per 1.000 Forskel:	257 per 1.000 **86 flere per 1.000** (CI 95% 15 færre — 250 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; på grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	PCT reducerer muligvis forekomsten af frafald fra behandling betydeligt sammenlignet med de traumefokuserede kontrolinterventioner.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.84 — 1.28) Baseret på data fra 500 patienter i 4 studier. [3] (Randomiserede studier)	353 per 1.000 Forskel:	367 per 1.000 **14 flere per 1.000** (CI 95% 56 færre — 99 flere)	Lav På grund af meget alvorlig risiko for bias [4]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PCT og de traumefokuserede kontrolinterventioner på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.88 (CI 95% 0.3 — 2.58) Baseret på data fra 457 patienter i 3 studier. [5] (Randomiserede studier)	27 per 1.000 Forskel:	24 per 1.000 **3 færre per 1.000** (CI 95% 19 færre — 43 flere)	Lav På grund af meget alvorlig risiko for bias [6]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PCT og de traumefokuserede kontrolinterventioner på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / PSS-I Lavere bedre Baseret på data fra 442 patienter i 5 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.44 lavere** (CI 95% 0.91 lavere — 0.03 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; på grund af alvorligt inkonsistente resultater; på grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om PCT forbedrer PTSD-symptomer i betydelig grad sammenlignet med de traumefokuserede kontrolinterventioner.
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI / BDI-II / HAM-D / QIDS Lavere bedre Baseret på data fra 225 patienter i 4 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 1.33 lavere** (CI 95% 2.61 lavere — 0.04 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater [10]	De traumefokuserede kontrolinterventioner forbedrer muligvis depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med PCT.

1. Systematisk oversigtsartikel [113] med inkluderede studier: Foa 2018, Haynes 2020, Suris 2013, Resick 2015, Ready 2010.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias.. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 40%), hvilket skyldes, at effekt-retningen i ét studie (Haynes 2020) var modsat retningen i de andre studier. Dette studie havde også en anden kontrolarm (ikke-traumefokuseret psykoterapi). Idet kilden til heterogenitet er kendt, anså vi det ikke som nødvendigt at nedgradere for inkonsistens. . **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Der var ikke nogen signifikant effekt i hovedanalysen (random effect), men der var en signifikant effekt i sensitivitetsanalysen (fixed effect). . **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [113] med inkluderede studier: Foa 2018, Haynes 2020, Suris 2013, Resick 2015.
4. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af

den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome.. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. . **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

5. Systematisk oversigtsartikel [113] med inkluderede studier: Suris 2013, Resick 2015, Foa 2018.
6. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. . **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [113] med inkluderede studier: Foa 2018, Resick 2015, Ready 2010, Haynes 2020, Suris 2013.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. . **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 78%); To af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med hinanden.. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Der var ikke nogen signifikant effekt i hovedanalysen (random effect), men der var en signifikant effekt i sensitivitetsanalysen (fixed effect).. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [113] med inkluderede studier: Ready 2010, Haynes 2020, Suris 2013, Resick 2015.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 93%); Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

31. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2018;319(4):354-364 Journal

44. Ready DJ, Gerardi RJ, Backscheider AG, Mascaro N, Rothbaum BO. Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. Cyberpsychology, behavior and social networking 2010;13(1):49-54 Journal

110. Suris A., Link-Malcolm J., Chard K., Ahn C., North C.. A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. Journal of traumatic stress 2013;26(1):28-37 Journal

111. Resick PA, Wachen JS, Mintz J., Young-McCaughan S., Roache JD, Borah AM, et al. A Randomized Clinical Trial of Group Cognitive Processing Therapy Compared With Group Present-Centered Therapy for PTSD Among Active Duty Military Personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2015;83(6):1058-1068 Journal

112. Haynes PL, Burger SB, Kelly M., Emert S., Perkins S., Shea MT. Cognitive behavioral social rhythm group therapy versus present centered group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A randomized controlled pilot trial. Journal of Affective Disorders 2020;277:800-809 Journal

113. Forskningsgruppe. Q3: PCT for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

6.3 Kognitiv terapi (KT)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af kognitiv terapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Kognitiv terapi (KT) er karakteriseret ved, at terapeuten og patienten sammen identificerer og udfordrer patientens kognitive forvrængninger, negative automatiske tanker og underlæggende negative kognitive skemaer [52][64]. Den primære metode i KT er således kognitiv omstrukturering. I behandlingen af PTSD har KT navnlig fokus på at adressere patientens negative evalueringer af den traumatiske hændelse, autobiografiske minder om den traumatiske hændelse og uhensigtsmæssige adfærdsmæssige og kognitive strategier, som trigger og vedligeholder patientens følelse af aktuel fare i deres hverdag [64].*

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af kognitiv terapi (KT) og kontrolinterventionerne på de tre outcomes livskvalitet, funktionsniveau og frafald fra behandling.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer, depressionssymptomer og skadelige virkninger. Sensitivitetsanalyserne for psykiatri-populationen (fixed effect) fandt dog en signifikant gavnlig effekt af KT på PTSD-symptomer og depressionssymptomer i forhold til kontrolinterventioner.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for tre af de vigtige outcomes frafald fra behandling, livskvalitet og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat /eller alvorligt inkonsistente resultater.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende tre målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: skadelige virkninger) på grund af alvorlig/ meget alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Denne psykoterapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at tiltroen til evidensen samlet set er lav til meget lav samt stor heterogenitet i de inkluderede studier.

KA lagde på trods af dette alligevel vægt på, at der ses en mulig effekt af KT på de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer, når effekten testes i en sensitivitetsanalyse fokuseret på psykiatri-populationen. Patientpræferencer er ikke afdækket.

På denne baggrund besluttede KA, at effekten af kognitiv terapi på PTSD med komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Kognitiv terapi (KT)

Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af seks randomiserede kliniske forsøg *[30][104][114][115][116][117]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de seks inkluderede studier bestod af mellem 18-140 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[114]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[30][104][115][116][117]*. Tre af studierne fokuserede på en psykiatri-population *[30][116][117]*, ét studie fokuserede på en flygtninge-population *[114]*, ét studie fokuserede på en somatisk population *[115]*, og ét studie fokuserede på en veteran-population *[104]*.

Studierne inkluderede alle en form for kognitiv terapi (KT) til PTSD. Ét studie sammenlignede Cognitive Restructuring (CR) med Stress management (SM) *[114]*, ét studie sammenlignede Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) med en socioterapeutisk gruppe *[104]*, ét studie sammenlignede Trial-Based Cognitive Therapy (TB-CT) med Prolonged Exposure (PE) *[30]*, ét studie sammenlignede Memory Specificity Training (MeST) med Competitive Memory Training (COMET) *[115]*, ét studie sammenlignede MeST med Cognitive Processing Therapy (CPT) *[117]*, og ét studie sammenlignede Cognitive Trauma Therapy for Battered Women (CTT-BW) med venteliste *[116]*. To af studierne anvendte gruppeterapi *[104][117]*, mens de fire øvrige studier anvendte individuel terapi *[30][114][115][116]*. Tre studier anvendte korte interventionsforløb (6-15 uger) *[30][104][117]*, ét studie anvendte et langt interventionsforløb (>6 måneder) *[114]*, og to studier angav ikke tydeligt længden på interventionsforløb *[115][116]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes frafald fra behandling, livskvalitet og funktionsniveau. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.40, 95% CI -1.18 til 0.38) og depressionssymptomer (SMD -0.65, 95% CI -1.48 til 0.19), idet hovedanalyserne ikke var signifikante, hvorimod sensitivitetsanalyserne for psykiatri-populationen (fixed effect) viste en signifikant forskel ($p < .001$) til fordel for KT. Det er også usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på det vigtige outcome skadelige virkninger.

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger, som forklarede de fleste variationer i effektestimaterne, herunder heterogenitet mellem studierne mht. inkluderede interventioner og kontrolinterventioner.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for tre af de målte outcomes (vigtige outcomes: frafald fra behandling, livskvalitet, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende tre målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: skadelige virkninger) på grund af alvorlig/meget alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Forskningsgruppen valgte at nedgradere de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer for upræcist effektestimat, da det kun var sensitivitetsanalysen for psykiatripopulationen, der viste et signifikant resultat.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Tre studier rapporterede opfølgningsdata *[30][114][117]* for hhv. 3 måneder *[30][117]* og 18 måneder *[114]* for de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer. Der blev ikke fundet en signifikant forskel mellem kognitiv terapi og kontrolinterventionerne på disse outcomes.

To studier rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome funktionsniveau *[30][114]*, og ét rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome livskvalitet *[114]*, hvor der ikke blev fundet en forskel mellem kognitiv terapi og kontrolinterventionerne.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Kognitiv terapi (KT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.91 (CI 95% 0.48 — 1.71) Baseret på data fra 486 patienter i 6 studier. [1] (Randomiserede studier)	187 per 1.000 Forskel:	170 per 1.000 **17 færre per 1.000** (CI 95% 97 færre — 133 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater [2]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 2 (CI 95% 0.19 — 21.56) Baseret på data fra 158 patienter i 2 studier. [3] (Randomiserede studier)	13 per 1.000 Forskel:	26 per 1.000 **13 flere per 1.000** (CI 95% 11 færre — 267 flere)	Meget lav På grund af meget alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / HTQ / DTS / MPSS-SR Lavere bedre Baseret på data fra 339 patienter i 4 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.4 lavere** (CI 95% 1.18 lavere — 0.38 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer.
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI / BDI-II / HAM-D / DASS-21 Lavere bedre Baseret på data fra 390 patienter i 5 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.65 lavere** (CI 95% 1.48 lavere — 0.19 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHO-5 Højere bedre Baseret på data fra 126 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 1.44 lavere** (CI 95% 8.94 lavere — 6.06 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [10]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionen på livskvalitet.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: GAF / DAS Højere bedre Baseret på data fra 212 patienter i 3 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.06 lavere** (CI 95% 0.33 lavere — 0.21 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [12]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KT og kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [118] med inkluderede studier: Kubany 2004, Jasbi 2018, Carlsson 2018, Maxwell 2016, Farahimanesh 2021, Duran 2021.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af

patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

3. Systematisk oversigtsartikel [118] med inkluderede studier: Carlsson 2018, Maxwell 2016.
4. **Risiko for bias: meget alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller; Kun data fra to studier, hvoraf ét af studierne ikke havde nogen hændelser. Analysen inkluderer derfor kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [118] med inkluderede studier: Kubany 2004, Carlsson 2018, Duran 2021, Maxwell 2016.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 90%); Et af studiernes konfidensinterval overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Forholdsvis brede konfidensintervaller, men ikke vurderet at være brede nok til at foreskrive en nedgradering; Der var ikke nogen signifikant effekt i hovedanalysen (random effect), men der var en signifikant effekt i sensitivitetsanalysen (fixed effect). **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [118] med inkluderede studier: Jasbi 2018, Maxwell 2016, Kubany 2004, Duran 2021, Carlsson 2018.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 89%); Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Der var ikke nogen signifikant effekt i hovedanalysen (random effect), men der var en signifikant effekt i sensitivitetsanalysen (fixed effect). **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [118] med inkluderede studier: Carlsson 2018.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [118] med inkluderede studier: Carlsson 2018, Maxwell 2016, Duran 2021.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

30. Duran ÉP, Corchs F, Vianna A, Araújo ÁC, Del Real N, Silva C, et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. CNS spectrums 2021;26(4):427-434 Journal

104. Jasbi M., Sadeghi Bahmani D., Karami G., Omidbeygi M., Peyravi M., Panahi A., et al. Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. Cognitive Behaviour Therapy 2018;47(5):431-446 Journal

114. Carlsson J., Sonne C., Vindbjerg E., Mortensen EL. Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees - A pragmatic randomised study. Psychiatry Research 2018;266:116-123 Journal

115. Farahimanesh S., Moradi A., Sadeghi M., Jobson L.. Comparing the Efficacy of Competitive Memory Training (COMET) and MEmory Specificity Training (MEST) on Posttraumatic Stress Disorder Among Newly Diagnosed Cancer Patients. Cognitive Therapy and Research 2021;45(5):918-928 Journal

116. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, Iannce-Spencer C, McCaig MA, Tremayne KJ, et al. Cognitive Trauma Therapy for Battered Women with PTSD (CTT-BW). Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004;72(1):3-18 Journal

117. Maxwell K, Callahan JL, Holtz P, Janis BM, Gerber MM, Connor DR. Comparative study of group treatments for posttraumatic stress disorder. Psychotherapy 2016;53(4):433-445 Journal

118. Forskningsgruppe. Q3: CT for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

6.4 Interpersonel psykoterapi (IPT)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af interpersonel psykoterapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Interpersonel psykoterapi (IPT) er en korttidsterapi, som oprindeligt blev udviklet til behandling af depression, men siden også er blevet tilpasset til behandling af bl.a. PTSD som et alternativ til eksponeringsbaserede interventioner [119][120]. IPT fokuserer ikke på genkaldelse af patientens traume, men fastholder et nutidsfokus på de aktuelle interpersonelle vanskeligheder i patientens liv, der er opstået som en konsekvens af, at patienten er blevet traumatiseret [120]. Målet med terapien er bl.a. at fremme patientens interpersonelle funktionsniveau, sociale støttenetværk og forbindelse til egne følelser for herigennem at reducere PTSD-symptomer (f.eks. øget vagtsomhed eller spændingstilstand i sociale kontekster, mistro over for andre eller undgåelse) [119][120].*

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af interpersonel psykoterapi og kontrolinterventionerne på de målte outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer, frafald fra behandling, skadelige virkninger og suicidalitet.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, skadelige virkninger, suicidalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Denne psykoterapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at tiltroen til evidensen samlet set er meget lav, samt få studier som har undersøgt effekten af denne psykoterapi. Patientpræferencer er ikke afdækket.

KA besluttede på den baggrund, at effekten af interpersonel psykoterapi på voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Interpersonel psykoterapi (IPT)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af to randomiserede kliniske forsøg *[121][122]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de to inkluderede studier bestod af hhv. 74 *[122]* og 256 *[121]* voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[121]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. Beck Depression Inventory (BDI-II) *[122]*. Begge studier fokuserede på en psykiatri-population.

Det ene studie sammenlignede interpersonel psykoterapi (IPT) + vanlig behandling (TAU) med venteliste + TAU *[121]*, mens det andet studie sammenlignede IPT til PTSD (IPT-PTSD) med medicinsk behandling (Sertralin) *[122]*. Begge studier anvendte individuel terapi i et kort interventionsforløb (12-14 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af interpersonelle psykoterapier og kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer samt på de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og suicidalitet.

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger for at undersøge potentielle variationer i effektestimaterne.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald, skadelige virkninger, suicidalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/ meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning, for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Der blev ikke rapporteret opfølgningsdata.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Interpersonel psykoterapi (IPT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.34 (CI 95% 0.46 — 3.94) Baseret på data fra 330 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	185 per 1.000 Forskel:	248 per 1.000 **63 flere per 1.000** (CI 95% 100 færre — 544 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af IPT og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger	Relative risiko 1.48 (CI 95% 0.24 — 8.93)	12	18	Meget lav På grund af alvorlig	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Interpersonel psykoterapi (IPT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Under behandling 6 Vigtig	Baseret på data fra 330 patienter i 2 studier. [3] (Randomiserede studier)	per 1.000 Forskel:	per 1.000 **6 flere per 1.000** (CI 95% 9 færre — 95 flere)	risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	effekten af IPT og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.9 (CI 95% 0.06 — 13.82) Baseret på data fra 74 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	29 per 1.000 Forskel:	26 per 1.000 **3 færre per 1.000** (CI 95% 27 færre — 372 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af IPT og kontrolinterventionen på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS-5 Lavere bedre Baseret på data fra 45 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 2.01 højere** (CI 95% 7.27 lavere — 11.29 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af IPT og kontrolinterventionen på PTSD-symptomer.
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI-II Lavere bedre Baseret på data fra 45 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 1.86 højere** (CI 95% 6.82 lavere — 10.54 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af IPT og kontrolinterventionen på depressionssymptomer.

1, 3. Systematisk oversigtsartikel [123] med inkluderede studier: Meffert 2021, Proenca 2022.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 88%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5, 7, 9. Systematisk oversigtsartikel [123] med inkluderede studier: Proenca 2022.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Usikkert om der var nogle afvigelser fra protokollen. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale

for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

121. Meffert SM, Neylan TC, McCulloch CE, Blum K., Cohen CR, Bukusi EA, et al. Interpersonal psychotherapy delivered by nonspecialists for depression and posttraumatic stress disorder among Kenyan HIV-positive women affected by gender-based violence: Randomized controlled trial. PLoS Medicine 2021;18(1):e1003468 Journal

122. Proenca CR, Markowitz JC, Coimbra BM, Cogo-Moreira H., Maciel MR, Mello AF, et al. Interpersonal psychotherapy versus sertraline for women with posttraumatic stress disorder following recent sexual assault: a randomized clinical trial. European Journal of Psychotraumatology 2022;13(2):2127474 Journal

123. Forskningsgruppe. Q3: IPT + Imagery for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

6.5 Prolonged Exposure (PE)

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde Prolonged Exposure til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Der er mulighed for påvirket kognitivt funktionsniveau hos mennesker med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, hvilket kan påvirke evnen til at indgå i eksponeringsinterventioner.

Prolonged Exposure (PE) arbejder med flashbacks og undgåelse; to af kernesymptomerne ved PTSD [61]. Fokus i PE er gentagende eksponeringer over tid, hvor patienten gradvist vænnes til at være i situationer, der igangsætter flashbacks til den traumatiske hændelse [61]. Sideløbende arbejdes med de følelser, tanker og konklusioner, patienten har om sig selv og andre mennesker (f.eks. skyld, skam, bebrejdelse m.fl.) [61].

I PE anvendes typisk psykoedukation, vejrtrækningsøvelser og følgende to eksponeringsteknikker: 1) eksponering in vivo (eksponering ude i verden over for noget, som patienten normalt prøver at undgå, fordi det minder vedkommende om traumet, f.eks. specifikke steder, situationer, lyde mv.) og 2) imaginær eksponering (hvor patienten igennem samtalen genfortæller, visualiserer og forholder sig til den traumatiske hændelse. Denne samtale optages, så patienten kan lytte til den igen og igen, indtil der ikke længere opleves flashbacks eller anden ubehag) [61].

På grund af det ubehag eksponeringsøvelserne kan vække, er PE en forholdsvis krævende behandlingsform [62].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Vi fandt, at Prolonged Exposure (PE) muligvis forbedrer PTSD-symptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne. Omvendt fandt vi, at PE er associeret med betydeligt større frafald fra behandling end kontrolinterventionerne.

Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på patienternes funktionsniveau og skadelige virkninger. Endvidere er der

muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på patienternes livskvalitet og suicidalitet.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er moderat for tre af de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias.

Tiltroen til evidensen er lav for tre af de målte outcomes (kritisk outcome: PTSD-symptomer; vigtige outcomes: suicidalitet, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for det kritiske outcome depressionssymptomer på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at Prolonged Exposure forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at Prolonged Exposure (PE) muligvis har en effekt på PTSD og eventuelt på depressionssymptomer, samt at der ikke blev påvist nogen betydelige skadelige virkninger, ud over at man forventeligt vil se et lille frafald fra behandling ved PE.

KA lagde desuden vægt på, at PE i høj grad benyttes i ambulante psykiatriske klinikker i både PRS og RHP. Desuden indikerede spørgeskemaundersøgelsen til voksne med PTSD ikke en generelt modstand mod metoden.

På trods af at kvaliteten af evidensen samlet set vurderes at være lav, ønskede KA eksplicit en svag anbefaling for PE til PTSD med komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Prolonged Exposure (PE)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af 13 randomiserede kliniske forsøg *[30][31][51][77][124][125][126][127][128][130][131][132][133]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de 13 inkluderede studier bestod af mellem 15-916 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[51][77][124][125]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[30][31][126][127][128][130][131][132][133]*. Alle studierne fokuserede på en psykiatri-population, hvoraf fire af

studierne også inkluderede en veteran-population *[31][51][127][128]*.

Studierne inkluderede alle en form for Prolonged Exposure (PE). Ét studie sammenlignede PE med vanlig behandling (TAU) *[125]*, ét studie sammenlignede PE via telekonference (TMH) med TAU *[127]*, ét studie sammenlignede modificeret PE (mPE) med mPE + Trauma-Focused Motivation Enhancement (MET-PTSD) *[124]*, ét studie sammenlignede PE med Trial-Based Cognitive Therapy (TB-CT) *[30]*, ét studie sammenlignede PE + Naltroxene placebo og støttende vejledning med Naltroxene placebo og støttende vejledning alene *[126]*, ét studie sammenlignede PE med Present-Centered Therapy (PCT) *[31]*, ét studie sammenlignede Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders using Prolonged Exposure (COPE) med Relapse Prevention *[128]*, ét studie sammenlignede PE med venteliste/ugentlig monitorering *[130]*, ét studie sammenlignede PE med Cognitive Processing Therapy (CPT) *[51]*, ét studie sammenlignede PE + dialektisk adfærdsterapi med dialektisk adfærdsterapi alene *[77]*, ét studie sammenlignede PE med Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) *[131]*, ét studie sammenlignede kulturelt adapteret PE med Applied Relaxation *[132]*, og ét studie sammenlignede PE med medicinsk behandling (Sertralin) *[133]*. Ét studie anvendte en kombination af individuel terapi og gruppeterapi *[77]*, mens de øvrige studier anvendte individuel terapi. Syv studier anvendte korte interventionsforløb (5-15 uger) *[31][30][124][127][130][131][133]*, tre anvendte mellemlange interventionsforløb (16-24 uger) *[51][126][132]*, ét anvendte et langt interventionsforløb (>6 måneder) *[77]* og to studier angav ikke tydeligt interventionslængde *[125][128]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Vi fandt, at PE muligvis har en større positiv effekt end kontrolinterventionerne på det kritiske outcome PTSD-symptomer (SMD -0.35, 95% CI -0.64 til -0.05). Omvendt fandt vi, at kontrolinterventionerne sandsynligvis har en større positiv effekt end PE på det vigtige outcome frafald fra behandling (RR 1.32, 95% CI 1.04 til 1.69). Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes funktionsniveau og skadelige virkninger. Endvidere er der muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes livskvalitet og suicidalitet. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på det kritiske outcome depressionssymptomer (SMD -0.29, 95% CI -0.58 til -0.00).

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige kontrolinterventioner for at forsøge at forklare nogle af variationerne i estimaterne. For det kritiske outcome PTSD-symptomer blev den stærkeste effekt fundet, når PE sammenlignedes med venteliste (ét studie *[130]*; $p < .001$). Ved at fjerne denne sammenligning fra metaanalysen blev der betydelig mindre heterogenitet (I^2 = 33%). Der var ikke en signifikant effektforskel, når PE blev sammenlignet med andre traumefokuserede psykoterapier (fire studier *[30][51][124][131]*; $p = .66$), andre psykoterapier (to studier *[31][77]*; $p = .49$), TAU (tre studier *[125][126][127]*; $p = .11$) eller kropsterapi (ét studie *[132]*; $p = .20$). For det kritiske outcome depressionssymptomer var der en signifikant effektforskel, når PE blev sammenlignet med venteliste (ét studie *[130]*; $p < .001$) og TAU (to studier *[125][127]*; $p = .008$), mens der ikke var en signifikant effektforskel, når PE blev sammenlignet med traumefokuseret psykoterapi (fire studier *[30][51][124][131]*; $p = .82$), anden psykoterapi (ét studie *[77]*; $p = .36$) eller kropsterapi (ét studie *[132]*; $p = .26$).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er moderat for de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias. Tiltroen til evidensen er lav for tre af de målte outcomes (kritisk outcome: PTSD-symptomer; vigtige outcomes: suicidalitet, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for det kritiske outcome depressionssymptomer på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Opfølgningsanalyser

Ti studier rapporterede opfølgningsdata for hhv. 1 måned *[127]*, 3 måneder *[30][132]*, 6 måneder *[31][51][124][130][131]* og 12 måneder *[125][126]*.

Alle studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome PTSD-symptomer, hvor der ikke var en signifikant effektforskel mellem PE og kontrolinterventionerne (SMD -0.22, 95% CI -0.49 til 0.05). Vi fandt dog en signifikant forskel til fordel for PE på dette outcome i sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (SMD -0.14, 95% CI -0.24 til -0.04).

Ni studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome depressionssymptomer *[30][51][124][125][126][127][130][131][132]*, hvor vi ikke fandt en signifikant effektforskel mellem PE og kontrolinterventionerne (SMD -0.17, 95% CI -0.42 til 0.08). Ét studie rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome livskvalitet *[51]*, og tre studier rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome funktionsniveau *[30][51][77]*. Der blev ikke fundet en forskel mellem PE og kontrolinterventionerne på dette outcome.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Prolonged Exposure (PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.32 (CI 95% 1.04 — 1.69) Baseret på data fra 1,751 patienter i 12 studier. [1] (Randomiserede studier)	348 per 1.000 Forskel:	459 per 1.000 **111 flere per 1.000** (CI 95% 14 flere — 240 flere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Kontrolinterventionerne reducerer sandsynligvis forekomsten af frafald fra behandling betydeligt sammenlignet med PE.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.06 (CI 95% 0.86 — 1.3) Baseret på data fra 1,329 patienter i 6 studier. [3] (Randomiserede studier)	172 per 1.000 Forskel:	182 per 1.000 **10 flere per 1.000** (CI 95% 24 færre — 52 flere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [4]	Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.96 (CI 95% 0.2 — 4.57) Baseret på data fra 1,136 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	0 per 1.000 **0 færre per 1.000** (CI 95% 0 færre — 0 færre)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / PSS-I / DTS / IES-R Lavere bedre Baseret på data fra 1,567 patienter i 11 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.35 lavere** (CI 95% 0.64 lavere — 0.05 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	PE forbedrer muligvis PTSD-symptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI-II / HAM-D / CES-D / PHQ-9 / DASS-42 Lavere bedre Baseret på data fra 1,261 patienter i 9 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.29 lavere** (CI 95% 0.58 lavere — 0 lavere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHOQOL-BREF Højere bedre Baseret på data fra 916 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 0.1 højere** (CI 95% 2.09 lavere — 2.29 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [12]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og kontrolinterventionen på livskvalitet.
Funktionsniveau Behandlingsslut	Målt med: BSI-GSI / DAS / WHODAS II Lavere bedre Baseret på data fra 1,004	Forskel:	**SMD 0.01 lavere** (CI 95% 0.14 lavere — 0.11 højere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [14]	Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af PE og

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Prolonged Exposure (PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
6 Vigtig	patienter i 3 studier. [13] (Randomiserede studier)				kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [134] med inkluderede studier: Franklin 2017, Foa 2013, Asukai 2010, Harned 2014, Foa 2018, Schnurr 2022, Duran 2021, Coffey 2016, Stanbury 2020, Zoellner 2019, Vera 2022, Pacella 2012.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [134] med inkluderede studier: Foa 2018, Stanbury 2020, Schnurr 2022, Ghafoori 2017, Pacella 2012a, Foa 2013, Asukai 2010.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. [51], [31]. Primærstudie
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [134] med inkluderede studier: Franklin 2017, Coffey 2016, Pacella 2012, Schnurr 2022, Vera 2022, Harned 2014, Stanbury 2020, Foa 2018, Duran 2021, Foa 2013, Asukai 2010.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 78%), men kilden til heterogenitet var kendt, idet eksklusionen af ét studie (Pacella 2012 - det eneste studie med venteliste som kontrolgruppe) bragte I^2 ned til 33%. Ved at fjerne dette studie blev den overordnede effekt lige akkurat ikke-signifikant (0.06), men kun med RE test . **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [134] med inkluderede studier: Asukai 2010, Coffey 2016, Pacella 2012, Schnurr 2022, Harned 2014, Franklin 2017, Vera 2022, Stanbury 2020, Duran 2021.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 62%) og test for heterogenitet var signifikant. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [134] med inkluderede studier: Schnurr 2022.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [134] med inkluderede studier: Harned 2014, Schnurr 2022, Duran 2021.
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

30. Duran ÉP, Corchs F, Vianna A, Araújo ÁC, Del Real N, Silva C, et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. CNS spectrums 2021;26(4):427-434 Journal

31. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2018;319(4):354-364 Journal

51. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI, Chow BK, Resick PA, Foa EB, et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2022;5(1):e2136921 Journal

77. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. Behaviour Research and Therapy 2014;55:7-17 Journal

124. Coffey SF, Schumacher JA, Nosen E., Littlefield AK, Henslee AM, Lappen A., et al. Trauma-Focused Exposure Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Alcohol and Drug Dependent Patients: A Randomized Controlled Trial. Psychology of Addictive Behaviors 2016;30(7):778-790 Journal

125. Asukai N, Saito A, Tsuruta N, Kishimoto J, Nishikawa T. Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. Journal of Traumatic Stress 2010;23(6):744-750 Journal

126. Foa EB, Yusko DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA, Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. JAMA 2013;310(5):488-495 Journal

127. Franklin CL, Cuccurullo L-A, Walton JL, Arseneau JR, Petersen NJ. Face to face but not in the same place: A pilot study of prolonged exposure therapy. Journal of Trauma & Dissociation 2017;18(1):116-130 Journal

128. Korte KJ, Bountress KE, Tomko RL, Killeen T., Maria MMS, Back SE. Integrated treatment of PTSD and substance use disorders: The mediating role of PTSD improvement in the reduction of depression. Journal of Clinical Medicine 2017;6(1):9 Journal

130. Pacella M.L., Armelie A., Boarts J., Wagner G., Jones T., Feeny N., et al. The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: a randomized test of concept. AIDS and Behavior 2012;16(5):1327-1340 Journal

131. Stanbury TM, Drummond PD, Laugharne J, Kullack C, Lee CW. Comparative efficiency of EMDR and prolonged exposure in treating posttraumatic stress disorder: A randomized trial. Journal of EMDR Practice and Research 2020;14(1):2-12 Journal

132. Vera M., Oben A., Juarbe D., Hernandez N., Kichic R., Hembree EA. A randomized clinical trial of prolonged exposure and applied relaxation for the treatment of Latinos with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 2022;35(2):593-604 Journal

133. Zoellner LA, Roy-Byrne PP, Mavissakalian M., Feeny NC. Doubly randomized preference trial of prolonged exposure versus sertraline for treatment of PTSD. American Journal of Psychiatry 2019;176(4):287-296 Journal

134. Forskningsgruppe. Q3: PE for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

6.6 Cognitive Processing Therapy (CPT)

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde Cognitive Processing Therapy til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Cognitive Processing Therapy (CPT) er en specifik type traumefokuseret kognitiv terapi, der fokuserer på sammenhænge mellem tanker, følelser, adfærd og kropslige fornemmelser [67]. Fokus i CPT er at identificere, hvordan traumatiske oplevelser ændrer tanker og overbevisninger, og hvordan tanker påvirker aktuelle følelser og adfærd [67]. En vigtig del af behandlingen er at identificere og adressere uhensigtsmæssige måder at tænke på, som kan holde patienter fast og komme i vejen for deres bedring. CPT inkluderer bl.a. psykoedukation, kognitiv omstrukturering samt regelmæssigt hjemmearbejde for at anvende det, der er blevet diskuteret i sessionerne [67]. I CPT arbejdes der betydeligt mindre med eksponering end ved f.eks. PE [67].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Vi fandt, at Cognitive Processing Therapy (CPT) muligvis forbedrer PTSD-symptomer og depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.

Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne målt på patienternes funktionsniveau og skadelige virkninger. Endvidere er der muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne målt på patienternes livskvalitet og suicidalitet.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne målt på frafald fra behandling.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er moderat for to af de målte outcomes (vigtige outcomes: skadelige virkninger, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias.

Tiltroen til evidensen er lav for de resterende outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: suicidalitet, frafald fra behandling, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat /eller alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at Cognitive Processing Therapy forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at Cognitive Processing Therapy (CPT) blev fundet muligvis at have en større klinisk gavnlig effekt på PTSD- og depressionssymptomer sammenlignet med kontrolinterventionerne, og at de skadelige virkninger ved CPT og kontrolinterventionerne var ligeværdige. Tiltroen til evidensen er meget lav til moderat. I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegav en del deltagere en præference for, at CPT bør tilbydes til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

KA lagde også vægt på, at CPT-interventioner muligvis vil kunne adressere depressions- og PTSD-symptomer samtidig, men at der stilles højere krav til patienters kognitive formåen for at kunne indgå i denne psykoterapi sammenlignet med andre psykoterapier.

På denne basis ønskede arbejdsgruppen en svag anbefaling for at tilbyde CPT til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Cognitive Processing Therapy (CPT)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ni randomiserede kliniske forsøg *[51][110][111][117][135][136][137][138][139]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de ni inkluderede studier bestod af mellem 18-916 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[51][135][137]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[110][111][117][136][138][139]*. Tre studier fokuserede på en psykiatri-population *[117][135][138]*, og seks fokuserede på en veteran-population *[51][110][111][136][137][139]*.

Studierne inkluderede alle en form for Cognitive Processing Therapy (CPT). Ét studie sammenlignede CPT med Behavioural Activation + CPT *[135]*, ét studie sammenlignede CPT med Sertralin placebo *[138]*, ét studie sammenlignede CPT med vanlig behandling (TAU) *[137]*, ét studie sammenlignede CPT med Loving Kindness Meditation (LKM) *[139]*, ét studie sammenlignede CPT – kun kognitiv terapi (CPT-C) med Adaptive Disclosure (AD) *[136]*, ét studie sammenlignede CPT med Memory Specificity Training (MeST) *[117]*, ét studie sammenlignede CPT med Present-Centered Therapy (PCT) *[110]*, ét studie sammenlignede CPT-C med PCT *[111]*, og ét studie sammenlignede CPT med Prolonged Exposure (PE) *[51]*. Tre af studierne anvendte gruppeterapi *[111][117][139]*, mens de resterende seks studier anvendte individuel terapi. To af studierne anvendte korte interventionsforløb (6 uger) *[111][117]*, tre anvendte mellemlange interventionsforløb (12-22 uger) *[135][138][139][51]*, og tre angav ikke tydeligt længden på interventionsforløbene *[110][136][137]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Vi fandt, at CPT muligvis har en større positiv effekt end kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.70, 95% CI -1.25 til -0.16) og depressionssymptomer (SMD -1.11, 95% CI -1.85 til -0.38). Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes funktionsniveau og skadelige virkninger. Endvidere er der muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes livskvalitet og suicidalitet. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på det vigtige outcome frafald fra behandling.

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger. For det kritiske outcome PTSD-symptomer blev der fundet en signifikant effekt af CPT sammenlignet med anden psykoterapi (to studier *[110][111]*; $p < .001$) eller med Sertralin placebo (ét studie *[138]*; $p < .001$), mens der ikke sås en signifikant effektforskel, når CPT blev sammenlignet med traumefokuseret psykoterapi (fire studier *[51][117][135][136]*; $p = .93$), TAU (ét studie *[137]*; $p = .13$) eller alternativ behandling (LKM; ét studie *[139]*; $p = .95$). For det kritiske outcome depressionssymptomer var der en signifikant effektforskel af CPT sammenlignet med anden psykoterapi (2 studier *[110][111]*; $p = .007$) eller med Sertralin placebo (ét studie *[138]*; $p < .001$), mens der ikke sås en signifikant effektforskel, når CPT blev sammenlignet med traumefokuseret psykoterapi (4 studier *[51][117][135][136]*; $p = .60$) eller med TAU (ét studie *[137]*; $p = .12$). Når CPT sammenlignedes med en alternativ behandling (LKM; ét studie *[139]*; $p = .02$), sås desuden en signifikant effektforskel til den alternative behandlings fordel.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er moderat for to af de vigtige outcomes skadelige virkninger og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias. Tiltroen til evidensen er lav for tre af de målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: suicidalitet og livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt inkonsistente resultater. Tiltroen til evidensen er meget lav for vigtige outcome frafald fra behandling på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Opfølgningsanalyser

Otte studier rapporterede opfølgningsdata for hhv. 3 måneder (2 studier *[117][137]*), 6 måneder (4 studier *[51][110][135][139]*) og 12 måneder (2 studier *[111][138]*). Alle studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome PTSD-symptomer og fandt en klinisk signifikant effekt af CPT sammenlignet med kontrolinterventionerne (SMD -0.62, 95% CI -1.24 til -0.01). Alle studier rapporterede opfølgningsdata for det kritiske outcome depressionssymptomer og fandt en klinisk signifikant effekt af CPT sammenlignet med kontrolinterventionerne (SMD -1.08, 95% CI -1.91 til -0.26).

To studier rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome livskvalitet *[51][137]*, og ét studie rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome funktionsniveau *[51]*. Vi fandt ikke forskelle mellem CPT og kontrolinterventionerne på disse outcomes.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Cognitive Processing Therapy (CPT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.09 (CI 95% 0.86 — 1.39) Baseret på data fra 1,718 patienter i 10 studier. [1] (Randomiserede studier)	442 per 1.000 Forskel:	482 per 1.000 **40 flere per 1.000** (CI 95% 62 færre — 172 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.98 (CI 95% 0.8 — 1.22) Baseret på data fra 1,659 patienter i 9 studier. [3] (Randomiserede studier)	146 per 1.000 Forskel:	143 per 1.000 **3 færre per 1.000** (CI 95% 29 færre — 32 flere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [4]	Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.95 (CI 95% 0.51 — 7.43) Baseret på data fra 1,229 patienter i 3 studier. [5] (Randomiserede studier)	5 per 1.000 Forskel:	10 per 1.000 **5 flere per 1.000** (CI 95% 2 færre — 32 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / PSS-I / MPSS-SR Lavere bedre Baseret på data fra 1,599 patienter i 9 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.7 lavere** (CI 95% 1.25 lavere — 0.16 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater [8]	CPT forbedrer muligvis PTSD-symptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.
Depressionssymptomer Behandlingsslut	Målt med: BDI-II / DASS-21 / PHQ-9 / PROMIS / QIDS Lavere bedre Baseret på data fra 1,698 patienter i 9 studier. [9]	Forskel:	**SMD 1.11 lavere** (CI 95% 1.85 lavere — 0.38 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente	CPT forbedrer muligvis depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Cognitive Processing Therapy (CPT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
8 Kritisk	(Randomiserede studier)			resultater [10]	
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHOQOL-BREF Højere bedre Baseret på data fra 974 patienter i 2 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.14 højere** (CI 95% 0.27 lavere — 0.56 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [12]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på livskvalitet.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHODAS II / GAF / VR-12 Højere bedre Baseret på data fra 1,054 patienter i 3 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.11 højere** (CI 95% 0.13 lavere — 0.35 højere)	Moderat På grund af alvorlig risiko for bias [14]	Der er sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af CPT og kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Resick 2015, Schnurr 2022, Maxwell 2016, Litz 2021, Angelakis 2020, Kearney 2021, ElBarazi 2022, Nixon 2016, Forbes 2012, Suris 2013.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 61%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Suris 2013, Resick 2015, Schnurr 2022, Maxwell 2016, Litz 2021, Angelakis 2020, Kearney 2021, ElBarazi 2022, Nixon 2016.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Kearney 2021, Suris 2013, Schnurr 2022.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller; Lavt antal hændelser sammenlignet med antallet af patienter (9/626, 3/603). **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Kearney 2021, ElBarazi 2022, Litz 2021, Angelakis 2020, Schnurr 2022, Maxwell 2016, Suris 2013, Resick 2015, Nixon 2016, Forbes 2012.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 95%); Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Schnurr 2022, Maxwell 2016, Suris 2013, Resick 2015, Nixon 2016, Forbes 2012, Kearney 2021, ElBarazi 2022, Litz 2021, Angelakis 2020.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale

for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 97%); Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Forbes 2012, Schnurr 2022.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 63%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [140] med inkluderede studier: Schnurr 2022, Maxwell 2016, Litz 2021.
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

51. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI, Chow BK, Resick PA, Foa EB, et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2022;5(1):e2136921 Journal

110. Suris A., Link-Malcolm J., Chard K., Ahn C., North C.. A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. Journal of traumatic stress 2013;26(1):28-37 Journal

111. Resick PA, Wachen JS, Mintz J., Young-McCaughan S., Roache JD, Borah AM, et al. A Randomized Clinical Trial of Group Cognitive Processing Therapy Compared With Group Present-Centered Therapy for PTSD Among Active Duty Military Personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2015;83(6):1058-1068 Journal

117. Maxwell K, Callahan JL, Holtz P, Janis BM, Gerber MM, Connor DR. Comparative study of group treatments for posttraumatic stress disorder. Psychotherapy 2016;53(4):433-445 Journal

135. Angelakis S., Weber N., Nixon RDV. Comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The usefulness of a sequential treatment approach within a randomised design. Journal of Anxiety Disorders 2020;76:102324 Journal

136. Litz BT, Rusowicz-Orazem L., Doros G., Grunthal B., Gray M., Nash W., et al. Adaptive disclosure, a combat-specific PTSD treatment, versus cognitive-processing therapy, in deployed marines and sailors: A randomized controlled non-inferiority trial. Psychiatry Research 2021;297:113761 Journal

137. Forbes D., Lloyd D., Nixon RD, Elliott P., Varker T., Perry D., et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. Journal of Anxiety Disorders 2012;26(3):442-452 Journal

138. ElBarazi A, Badary OA, Elmazar MM, Elrassas H. Cognitive Processing Therapy versus medication for the treatment of comorbid substance use disorder and post-traumatic stress disorder in egyptian patients (randomized clinical trial). Journal of Evidence-Based Psychotherapies 2022;22(2):63-90 Journal

139. Kearney DJ, Malte CA, Storms M., Simpson TL. Loving-Kindness Meditation vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder among Veterans: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open 2021;4(4):e216604 Journal

140. Forskningsgruppe. Q3: CPT for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

6.7 Eksponeringsterapi med brug af Virtual Reality (VRE)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af eksponeringsterapi med brug af virtual reality i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Virtual reality eksponeringsterapier (f.eks. VRE [44][141][142], VRET [143], VR-GET [144]; herfra anvendes VRE som en samlet betegnelse) er en nyere form for eksponeringsterapi, hvor eksponering faciliteres af virtual reality (VR) teknologi, og dermed gør det muligt for patienter at konfrontere deres traumer inden for sikre og kontrollerede rammer [44][141][142][143][144]. Patienten iføres et VR-headset med høretelefoner og skærmdisplay, der leverer en visuel og auditiv computergenereret simulering af traumescenariet, som patienten kan bevæge sig rundt i (typisk vha. bevægelsessensorer i headsettet og/eller via. joysticks) [44][141][142][143][144]. I nogle tilfælde stimuleres f.eks. lugte- og følesansen også [143].*

Idet indlevelse menes at være vigtigt for effekten af eksponering [142], er VRE især lovende til behandling af traumer, som ikke let eller sikkert kan reproduceres, og hvor eksponering in vivo derfor ikke er realistisk – herunder f.eks. krigsrelaterede traumer [143]. VRE anvender en gradueret tilgang til eksponering, og patienten guides igennem eksponeringerne af terapeuten, som løbende justerer eksponeringernes intensitet [44][141][144]. VRE anvendes generelt i kombination med elementer af kognitiv adfærdsterapi, herunder f.eks. psykoedukation, færdighedstræning, afslapningsøvelser og kognitiv omstrukturering [141][142][143][144].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger	Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af eksponeringsterapi med brug af virtual reality og kontrolinterventionerne på de målte outcomes PTSD-symptomer, depressionssymptomer, livskvalitet og frafald fra behandling.
Kvaliteten af evidensen	Meget lav Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for de målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.
Patientpræferencer	Denne psykoterapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at tiltroen til evidensen samlet set er meget lav, og at der kun blev fundet to studier, der kunne inkluderes som evidensgrundlag. Patientpræferencer er ikke afdækket. Dog har Virtual reality eksponeringsterapi (VRE) har vist gode præliminære resultater for behandling af PTSD og andre lidelser.

På den baggrund besluttede KA, at effekten af VRE på voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Virtual reality eksponeringsterapi (VRE)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af to randomiserede kliniske forsøg *[44][141]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de to inkluderede studier bestod af hhv. 11 *[44]* og 42 *[141]* voksne diagnosticeret med PTSD, som også havde moderate-svære depressionssymptomer, jf. Beck Depression Inventory (BDI/BDI-II). Begge studier fokuserede på en veteran-population.

Studierne sammenlignede virtual reality eksponeringsterapi (VRE) med hhv. Present-Centered Therapy (PCT) *[44]* og Minimal Attention *[141]*. Begge studier anvendte individuel terapi. Det ene studie anvendte et kort interventionsforløb (5 uger) *[141]*, mens det andet studie ikke tydeligt angav længden på interventionsforløbet *[44]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af VRE og kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.49, 95% CI -1.21 til 0.23) og depressionssymptomer (SMD -0.61, 95% CI -2.26 til 1.03) samt på de vigtige outcomes livskvalitet og frafald fra behandling.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Kun ét studie rapporterede opfølgningsdata *[44]* for de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer 6 måneder efter behandlingsslut. For PTSD-symptomer var der ingen forskelle mellem intervention og kontrolinterventionen ved opfølgning. For depressionssymptomer sås en effektforskel (MD -9.53, 95% CI -15.74, -3.32) til fordel for VRE, baseret på ni patienter.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Virtual reality eksponeringsterapi (VRE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 2.16 (CI 95% 0.83 — 5.63) Baseret på data fra 53 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	222 per 1.000 Forskel:	480 per 1.000 **258 flere per 1.000** (CI 95% 38 færre — 1,028 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af VRE og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS Lavere bedre Baseret på data fra 31 patienter i 2 studier. [3] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.49 lavere** (CI 95% 1.21 lavere — 0.23 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af VRE og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer.
Depressionssymptomer	Målt med: BDI / BDI-II Lavere bedre	Forskel:	**SMD 0.61 lavere** (CI 95% 2.26 lavere	Meget lav På grund af alvorlig	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Virtual reality eksponeringsterapi (VRE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Behandlingsslut 8 Kritisk	Baseret på data fra 31 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)		— 1.03 højere)	risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [6]	effekten af VRE og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: QOLI Højere bedre Baseret på data fra 22 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 0.28 lavere** (CI 95% 1.26 lavere — 0.7 højere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af VRE og kontrolinterventionen på livskvalitet.

1, 5. Systematisk oversigtsartikel [145] med inkluderede studier: Miyahira 2012, Ready 2010.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [145] med inkluderede studier: Ready 2010, Miyahira 2012.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 69%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [145] med inkluderede studier: Miyahira 2012.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

44. Ready DJ, Gerardi RJ, Backscheider AG, Mascaro N, Rothbaum BO. Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. Cyberpsychology, behavior and social networking 2010;13(1):49-54 Journal

141. Miyahira SD, Folen RA, Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Spira JL, Kawasaki M. The effectiveness of VR exposure therapy for PTSD in returning warfighters. Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine 2012;10:128-132 Journal

145. Forskningsgruppe. Q3: VRE for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

6.8 Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af kognitiv adfærdsterapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Kognitiv adfærdsterapi (KAT) er en samtaleterapi, som er karakteriseret ved, at terapeuten og patienten samarbejder om at identificere, undersøge og udvikle strategier til at ændre eller håndtere uhensigtsmæssige tanke- og adfærdsmønstre; herunder hvordan patienten erkender informationer, sanseindtryk og andre oplevelser, der måtte komme fra såvel omgivelserne som patienten selv [63][64][65]. KAT inkluderer typisk psykoedukation, kognitiv omstrukturering, eksponering og vejrtræknings- eller afslapningsøvelser [66].*

Fokus i traumefokuseret KAT er bearbejdning og processering af symptomer efter en oplevet traumatisk hændelse, samt at mindske undgåelsesadfærd, som er et centralt symptom ved PTSD [63][64]. Der arbejdes i KAT med eksponering for ting, man måske forsøger at undgå, fortrænge eller ikke er bevidst om [63][64]. Dette kan ske gennem imaginær eksponering eller gradueret eksponering in vivo, f.eks. i form af hjemmeopgaver hvor man får til opgave at lægge mærke til bestemte reaktioner og tanker eller at justere sin adfærd på konkrete, aftale områder (f.eks. øve sig i at køre i bus) [63][64][65].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og kontrolinterventionerne på de tre outcomes livskvalitet, skadelige virkninger og frafald fra behandling.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på de resterende outcomes PTSD-symptomer, depressionssymptomer, funktionsniveau og suicidalitet.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for tre af de målte vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og livskvalitet på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat /eller alvorligt inkonsistente resultater.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: suicidalitet, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at kognitiv adfærdsterapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at resultaterne for effekten af kognitiv adfærdsterapi (KAT) på de kritiske outcomes var meget usikre, fordi tiltroen til evidensen samlet set var meget lav.

Omkring halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen tilkendegav, at KAT bør tilbydes til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

KA bemærkede, at KAT har fået en stærk anbefaling i andre internationale retningslinjer. Dog blev der blev ikke fundet tilstrækkelig data for voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer til at danne grundlag for en klinisk anbefaling. I evidensgrundlaget blev der imidlertid heller ikke fundet noget, der taler imod KAT til denne population. Desuden er der en svag indikation på, at KAT havde en gavnlig effekt på depressionssymptomer sammenlignet med kontrolinterventionerne, til trods for at tiltroen til evidensen er meget lav.

På den baggrund besluttede KA, at effekten af KAT til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer først og fremmest bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Kognitiv adfærdsterapi (KAT)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af 10 randomiserede kliniske forsøg *[26][112][143][146][147][148][149][150][151][152]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de ti inkluderede studier bestod af mellem 21-196 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[112][146][150]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[26][143][147][148][149][151][152]*. Fire studier fokuserede på en psykiatri-population *[147][149][151][152]*, hvoraf ét studie inkluderede en population med komorbid alkoholafhængighed (eng.: alcohol use disorder, AUD) *[151]*, fire studier fokuserede på en militærtjeneste-population [112][143][146][148], ét studie fokuserede på en flygtninge-population *[150]*, og ét studie fokuserede på en somatisk population *[26]*.

Studierne inkluderede alle en form for kognitiv adfærdsterapi (KAT). Ét studie sammenlignede virtual reality eksponeringsterapi (VRE) + Trauma Management Therapy (TMT) med VRE + støttende gruppe *[143]*, ét studie sammenlignede traumefokuseret KAT (TF-KAT) med guidet internetbaseret TF-KAT *[149]*, to studier sammenlignede KAT med venteliste *[147][150]*, ét studie sammenlignede TF-KAT med Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) *[26]*, ét studie sammenlignede Self-Management Therapy (SMT) med en psykoterapi gruppe *[146]*, ét studie sammenlignede Cognitive Behavioural Social Rhythm Group Therapy (CBSRT) med Present-Centered Therapy (PCT) *[112]*, ét studie sammenlignede Resilience-Oriented Treatment med venteliste *[148]*, ét studie sammenlignede KAT til insomni (KAT-I) + Cognitive Processing Therapy (CPT) med Attention Control (AC) + CPT *[152]*, og ét studie sammenlignede integreret KAT til PTSD og alkoholafhængighed (integreret terapi, IT) med KAT til alkoholafhængighed (alkohol støtte, AS) *[151]*. Fire af studierne anvendte gruppeterapi *[112][146][147][148]*, fem anvendte individuel terapi *[26][149][150][151][152]*, og ét anvendte en blanding af gruppe- og individuel terapi *[143]*. Fire af studierne anvendte korte interventionsforløb (8-12 uger) *[26][112][147][151]*, fire anvendte mellemlange interventionsforløb (14 uger – 6 måneder) *[143][146][149][152][150]*, og ét studie opgav ikke længden på interventionsforløbet *[148]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes livskvalitet, skadelige virkninger og frafald fra behandling. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.21, 95% CI -0.49 til 0.07) og depressionssymptomer (SMD -0.30, 95% CI -0.58 til -0.02) samt på de vigtige outcomes funktionsniveau og suicidalitet. Selvom evidensen var usikker, var der dog en indikation af at en lille signifiaknt fordel af KAT på depressionssymptomer ($p = 0.03$).

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger. For det kritiske outcome PTSD-symptomer var der ingen forskelle i subgrupper i de forskellige sammenligninger. For det kritiske outcome depressionssymptomer var der en signifikant effektf af KAT sammenlignet med TAU (ét studie *[146]*; $p = .02$) eller venteliste (tre studier *[147][148][150]*; $p = .02$). Der var ikke signifikant forskel i effekt af CPT sammenlignet med traumefokuseret psykoterapi (tre studier *[26][143][152]*; $p = .53$), anden psykoterapi (to studier *[112][151]*; $p = .76$) eller internetbaseret terapi (ét studie *[149]*; $p = 1.00$).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger og livskvalitet på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: suicidalitet, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Seks studier rapporterede opfølgningsdata for hhv. 3 måneder *[147]*, 6 måneder *[112][143]*, 9 måneder *[151]* og 12 måneder *[146][149]*. Vi fandt ikke statistisk signifikant effektforskel mellem KAT og kontrolinterventionerne ved opfølgning målt på de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer *[112][143][146][147][149][151]*. Ét studie rapporterede opfølgningsdata for livskvalitet *[149]*, og 3 studier rapporterede opfølgningsdata for funktionsniveau *[143][147][149]*. Vi fandt ikke forskelle i effekt mellem KAT og kontrolinterventionerne for disse outcomes.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.94 (CI 95% 0.66 — 1.35) Baseret på data fra 867 patienter i 10 studier. [1] (Randomiserede studier)	264 per 1.000 Forskel:	248 per 1.000 **16 færre per 1.000** (CI 95% 90 færre — 92 flere)	Lav På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.76 (CI 95% 0.27 — 2.11) Baseret på data fra 375 patienter i 5 studier. [3] (Randomiserede studier)	44 per 1.000 Forskel:	33 per 1.000 **11 færre per 1.000** (CI 95% 32 færre — 49 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [4]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 4.41 (CI 95% 0.22 — 88.3) Baseret på data fra 154 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)	0 per 1.000 Forskel:	0 per 1.000 **0 færre per 1.000** (CI 95% 0 færre — 0 færre)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / PDS / HTQ / PSS-SR / IES-R Lavere bedre Baseret på data fra 732 patienter i 10 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.21 lavere** (CI 95% 0.49 lavere — 0.07 højere)	Meget lav På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI-II / HAM-D / PHQ-9 / HSCL-25 Lavere bedre Baseret på data fra 715 patienter i 10 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.3 lavere** (CI 95% 0.58 lavere — 0.02 lavere)	Meget lav På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHO-5 / ED-5D-5L Højere bedre Baseret på data fra 242 patienter i 2 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.01 højere** (CI 95% 0.24 lavere — 0.27 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [12]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på livskvalitet.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WSAS / SDS / SF-36 / Duration of daily social interaction Lavere bedre Baseret på data fra 423 patienter i 5 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.27 lavere** (CI 95% 0.64 lavere — 0.1 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [14]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af KAT og kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Buhmann 2016, Dunn 2007, Sannibale 2013, Haynes 2020, Pigeon 2022, Capezzani 2013, Beidel 2019, Bisson 2022, Kent 2011, Hollifield 2007.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 56%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Beidel 2019, Kent 2011, Buhmann 2016, Sannibale 2013, Haynes 2020.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Sannibale 2013, Beidel 2019.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller; Kun data fra ét studie (det andet studie havde ingen hændelser og kunne derfor ikke bedømmes). **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Capezzani 2013, Beidel 2019, Haynes 2020, Pigeon 2022, Dunn 2007, Sannibale 2013, Hollifield 2007, Buhmann 2016, Bisson 2022, Kent 2011.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Manglende intention-to-treat analyse; Ingen prædefineret statistisk

analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 69%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Bisson 2022, Kent 2011, Capezzani 2013, Beidel 2019, Haynes 2020, Pigeon 2022, Dunn 2007, Sannibale 2013, Hollifield 2007, Buhmann 2016.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Manglende intention-to-treat analyse; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 68%); Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Bisson 2022, Buhmann 2016.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Manglende intention-to-treat analyse; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [153] med inkluderede studier: Hollifield 2007, Buhmann 2016, Bisson 2022, Kent 2011, Beidel 2019.
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 70%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

26. Capezzani L, Ostacoli L, Cavallo M, Carletto S, Fernandez I, Solomon R, et al. EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. Journal of EMDR Practice and Research 2013;7(3):134-143 Journal

112. Haynes PL, Burger SB, Kelly M., Emert S., Perkins S., Shea MT. Cognitive behavioral social rhythm group therapy versus present centered group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A randomized controlled pilot trial. Journal of Affective Disorders 2020;277:800-809 Journal

143. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, Bowers CA, Trachik B., Uhde TW, et al. Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders 2019;61:64-74 Journal

146. Dunn NJ, Rehm LP, Schillaci J, Souchek J, Mehta P, Ashton CM, et al. A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder. Journal of Traumatic Stress 2007;20(3):221-237 Journal

147. Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot trial. Journal of Nervous and Mental Disease 2007;195(6):504-513 Journal

148. Kent M, Davis MC, Stark SL, Stewart LA. A resilience-oriented treatment for posttraumatic stress disorder: Results of a preliminary randomized clinical trial. Journal of Traumatic Stress 2011;24(5):591-595 Journal

149. Bisson JI, Ariti C., Cullen K., Kitchiner N., Lewis C., Roberts NP, et al. Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID). The BMJ 2022;069405 Journal

150. Buhmann CB, Nordentoft M., Ekstroem M., Carlsson J., Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: Pragmatic randomised controlled clinical trial. British Journal of Psychiatry 2016;208(3):252-259 Journal

151. Sannibale C., Teesson M., Creamer M., Sitharthan T., Bryant R.A., Sutherland K., et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. Addiction 2013;108(8):1397-1410 Journal

152. Pigeon WR, Crean HF, Cerulli C., Gallegos AM, Bishop TM, Heffner KL. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment Posttraumatic Stress Disorder Treatment in Survivors of Interpersonal Violence. Psychotherapy and Psychosomatics 2022;91(1):50-62 Journal

153. Forskningsgruppe. Q3: CBT for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

6.9 Imagery terapi

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af imagery terapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Imagery er det samme som visualisering. Imagery-interventioner arbejder med visualisering af traumatiske erindringer, billeder og mareridt, og hjælper patienten med at genvinde kontrollen [154][155][156][157][158]. Imagery er hovedkomponenten i følgende psykoterapier til behandling af PTSD:*

Imagery Rescripting (ImRs): er en traumefokuseret intervention, hvor patienten visualiserer forskellige udfald relateret til deres traumatiske hændelse(r) [154][155][156]. Fokus er at genvinde kontrollen over et traumatisk minde. I tillæg til at snakke om traumet, arbejdes med mentale billeder (visualisering) [154][155][156], f.eks. at genkalde erindringer fra eget barneperspektiv og forstille sig en anden slutning, hvor nogen kommer ind og gør ende på misbruget (enten terapeuten eller patienten som voksen) [154][155][156]. Denne proces kan hjælpe patienten til at ændre den betydning, som denne tillægger traumemindet [154][155][156].

Imagery Rehearsal Therapy (IRT): er en kognitiv adfærdsterapi til behandling af PTSD, med fokus på at reducere antallet og intensiteten af mareridt [157][158]. I lighed med ImRs går IRT ud på at genforestille sig et mareridt med nye, mindre skræmmende udfald [157][158]. Patienten øver sig ved at gå drømmen igennem gentagne gange med de nye afslutninger [157][158].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på de to outcomes funktionsniveau og frafald fra behandling.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på patienternes PTSD-symptomer, depressionssymptomer, livskvalitet og skadelige virkninger.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de vigtige outcomes frafald fra behandling og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-

symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: skadelige virkninger, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at imagery terapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at effekten af imagery terapi for voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer er underbelyst i litteraturen. Tiltroen til den samlede evidens i de to inkluderede studier er vurderet lav til meget lav. Nogle deltagere i spørgeskemaundersøgelsen tilkendegav, at imagery terapi bør tilbydes til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

På den baggrund besluttede KA, at imagery terapi til denne population først og fremmest bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Imagery terapi
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af to randomiserede kliniske forsøg *[159][160]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de to inkluderede studier bestod af hhv. 122 *[160]* og 155 *[159]* voksne diagnosticeret med PTSD og en komorbid depressiv lidelse. Det ene studie fokuserede på en psykiatri-population *[159]*, mens det andet studie fokuserede på en flygtninge-population *[160]*.

Det ene studie sammenlignede Imagery Rescripting (ImRs) med Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) *[159]*, mens det andet studie sammenlignede Imagery Rehearsal Therapy (IRT) med vanlig behandling (TAU) *[160]*. Begge studier anvendte individuel terapi. Det ene studie anvendte et kort interventionsforløb (6-8 uger) *[159]*, mens det andet studie anvendte et langt interventionsforløb (>6 måneder) *[160]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes funktionsniveau og frafald fra behandling. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.04, 95% CI -0.48 til 0.40) og depressionssymptomer (SMD 0.02, 95% CI -0.42 til 0.47) samt på de vigtige outcomes livskvalitet og skadelige virkninger.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de vigtige outcomes frafald fra behandling og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende fire målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: skadelige virkninger, livskvalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Kun ét studie rapporterede opfølgningsdata *[159]* for PTSD-symptomer, depressionssymptomer, funktionsniveau og livskvalitet, 1 år efter behandlingsslut. Der var ingen signifikant forskel mellem ImRs og EMDR ved opfølgning på disse outcome.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Imagery terapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.91 (CI 95% 0.56 — 1.48) Baseret på data fra 277 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	146 per 1.000 Forskel:	133 per 1.000 **13 færre per 1.000** (CI 95% 64 færre — 70 flere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.97 (CI 95% 0.14 — 6.65) Baseret på data fra 122 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	33 per 1.000 Forskel:	32 per 1.000 **1 færre per 1.000** (CI 95% 28 færre — 186 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionen på forekomsten af skadelige virkninger.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS-5 / HTQ Lavere bedre Baseret på data fra 243 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.04 lavere** (CI 95% 0.48 lavere — 0.4 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer.
Depressionssymptomer [7] Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI-II / HAM-D Lavere bedre Baseret på data fra 248 patienter i 2 studier. [8] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.02 højere** (CI 95% 0.42 lavere — 0.47 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [9]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHO-5 / Happiness single-item scale Højere bedre Baseret på data fra 248 patienter i 2 studier. [10] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.06 lavere** (CI 95% 0.49 lavere — 0.37 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [11]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på livskvalitet.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Imagery terapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHODAS II / GAF Lavere bedre Baseret på data fra 242 patienter i 2 studier. [12] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 1.88 højere** (CI 95% 0.58 lavere — 4.33 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [13]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [123] med inkluderede studier: Farahimanesh 2021, BoterhovendeHaan 2020, Sandahl 2021.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [123] med inkluderede studier: Sandahl 2021.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan . **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal hændelser; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [123] med inkluderede studier: BoterhovendeHaan 2020, Sandahl 2021.

6, 11. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 66%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

8, 10, 12. Systematisk oversigtsartikel [123] med inkluderede studier: Sandahl 2021, BoterhovendeHaan 2020.

9. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 68%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

13. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

123. Forskningsgruppe. Q3: IPT + Imagery for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

159. Boterhoven de Haan KL, Lee CW, Fassbinder E, van Es SM, Menninga S, Meewisse M-L, et al. Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. The British Journal of Psychiatry 2020;217(5):609-615 Journal

160. Sandahl H., Jennum P., Baandrup L., Lykke Mortensen E., Carlsson J.. Imagery rehearsal therapy and/or mianserin in treatment of refugees diagnosed with PTSD: Results from a randomized controlled trial. Journal of Sleep Research 2021;30(4):e13276 Journal

6.10 Narrativ eksponeringsterapi (NET)

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde narrativ eksponeringsterapi til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en kort terapiform, hvor fokus er at beskrive og udvikle en kronologisk fortælling om patientens liv, hovedsageligt koncentreret om traumatiske oplevelser, men også med inddragelse af nogle positive begivenheder [70][71]. Herved integreres detaljer af fragmentariske erindringer, og der udvikles en sammenhængende selvbiografisk fortælling [70][71]. I NET beskrives den traumatiske oplevelse og de medfølgende følelser, tanker, sensoriske og fysiologiske reaktioner i detaljer uden at miste forbindelsen til nuet [70][71]. At forblive til stede i nuet opnås med påmindelser om, at de følelser og fysiske reaktioner, der opstår som reaktion på erindringer, er knyttet til episodiske fakta (f.eks. tid og sted), men derefter genbearbejdes og forenes med mening [70][71]. Når behandlingen afsluttes, præsenteres en dokumenteret selvbiografi, som terapeuten har udarbejdet for patienten [71]. Ved at engagere sig i at fortælle hele livshistorien behøver patienten ikke at vælge én bestemt traumatisk hændelse (som der bl.a. gøres ved PE og KAT) blandt dem, der er oplevet i løbet af livet [70][80]. NET giver patienten frihed til at reflektere over hele deres liv og opdyrke en følelse af personlig identitet [70][71]. Terapiformen menes bl.a. at virke gennem imaginær eksponering og gennem rekonstruktion af patientens autobiografiske minder [70].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Vi fandt, at narrativ eksponeringsterapi (NET) muligvis forbedrer PTSD-symptomer og depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og kontrolinterventionerne på de resterende outcomes funktionsniveau, frafald fra behandling, skadelige virkninger og suicidalitet.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de vigtige outcomes frafald fra behandling, skadelige virkninger, suicidalitet og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at narrativ eksponeringsterapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at narrativ eksponeringsterapi (NET) blev fundet muligvis at have en større klinisk gavnlig effekt på PTSD-symptomer og depressionssymptomer end kontrolinterventionerne. I tillæg var de skadelige virkninger ved NET og kontrolinterventionerne ligeværdige. Den samlede tiltro til evidensen er dog lav.

I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegav nogle deltagere en præference for, at NET bør tilbydes til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

På denne baggrund ønskede den kliniske arbejdsgruppe (KA) en svag anbefaling for at tilbyde NET til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Narrativ eksponeringsterapi (NET)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af fem randomiserede kliniske forsøg *[27][34][82][129][161]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de fem inkluderede studier bestod af mellem 25-71 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[27][34]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[82][129][161]*. To af studierne fokuserede på en psykiatri-population *[27][82]*, to fokuserede på en flygtninge/asylsøger-population *[34][129]*, og ét studie fokuserede på ofre for menneskehandel *[161]*.

Studierne inkluderede alle en form for narrativ eksponeringsterapi (NET). Ét studie sammenlignede NET med venteliste *[161]*, ét studie sammenlignede NET + Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR) med STAIR + støttende rådgivning *[27]*, ét studie sammenlignede NET med Stress Inoculation Training (SIT) *[34]*, og to studier sammenlignede NET med vanlig behandling (TAU) *[129][82]*. Alle fem studier anvendte individuel terapi. Tre studier anvendte mellemlange interventionsforløb (13 uger – 6 måneder) *[34][27][82]*, ét studie anvendte et langt interventionsforløb (>6 måneder) *[161]*, og ét studie angav ikke tydeligt længden på interventionsforløbet *[129]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Vi fandt, at NET muligvis har en større positiv effekt end kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD -0.66, 95% CI -1.22 til -0.10) og depressionssymptomer (SMD -0.77, 95% CI -1.38 til -0.15). Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes funktionsniveau, frafald fra behandling, skadelige virkninger og suicidalitet.

Der blev udført subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger fmhp. at forklare variationer i estimaterne. For det kritiske outcome PTSD-symptomer var effektstørrelsen signifikant, når NET blev sammenlignet med TAU (to studier *[82][129]*; $p < .001$) eller venteliste (ét studie *[161]*; $p = .007$), men ikke når NET blev sammenlignet med en anden traumefokuseret psykoterapi (to studier *[27][34]*; $p = .84$). Dette var også tilfældet for det kritiske outcome depressionssymptomer, hvor effektstørrelsen var signifikant, når NET blev sammenlignet med TAU (to studier *[82][129]*; $p = .03$) eller venteliste (ét studie *[161]*; $p < .001$), men ikke når NET blev sammenlignet med en anden traumefokuseret psykoterapi (to studier *[27][34]*; $p = .09$).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende vigtige outcomes frafald fra

behandling, skadelige virkninger, suicidalitet og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Opfølgningsanalyser

Tre studier rapporterede opfølgningsdata *[27][34][82]* for hhv. 6 måneder *[27][82]* og 12 måneder *[34]* for de kritiske outcomes PTSD-symptomer og depressionssymptomer. For PTSD-symptomer sås fortsat en klinisk relevant effektforskel (SMD -0.64, 95% CI -1.01 til -0.27) til fordel for NET, baseret på 120 patienter fra tre studier *[27][34][82]*. For depressionssymptomer var der også fortsat en klinisk relevant effektforskel (SMD -0.57, 95% CI -0.94 til -.21) til fordel for NET baseret på 120 patienter fra tre studier *[27][34][82]*.

Ét studie rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome funktionsniveau *[82]*, hvor vi ikke fandt signifikant effektforskel mellem NET og TAU efter 6 måneder.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Narrativ eksponeringsterapi (NET)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1 (CI 95% 0.54 — 1.85) Baseret på data fra 201 patienter i 5 studier. [1] (Randomiserede studier)	184 per 1.000 Forskel:	184 per 1.000 **0 færre per 1.000** (CI 95% 85 færre — 156 flere)	Meget lav På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.74 (CI 95% 0.17 — 3.27) Baseret på data fra 201 patienter i 5 studier. [3] (Randomiserede studier)	112 per 1.000 Forskel:	83 per 1.000 **29 færre per 1.000** (CI 95% 93 færre — 254 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.04 (CI 95% 0.06 — 18.87) Baseret på data fra 53 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)	43 per 1.000 Forskel:	45 per 1.000 **2 flere per 1.000** (CI 95% 40 færre — 768 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og kontrolinterventionerne på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / PDS / PSS-I Lavere bedre Baseret på data fra 175 patienter i 5 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.66 lavere** (CI 95% 1.22 lavere — 0.1 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	NET forbedrer muligvis PTSD-symptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Narrativ eksponeringsterapi (NET)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: PHQ-9 / HAM-D / BDI / HSCL-25 Lavere bedre Baseret på data fra 174 patienter i 5 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.77 lavere** (CI 95% 1.38 lavere — 0.15 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [10]	NET forbedrer muligvis depressionssymptomer betydeligt sammenlignet med kontrolinterventionerne.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WSAS Lavere bedre Baseret på data fra 34 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.56 lavere** (CI 95% 1.25 lavere — 0.13 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [12]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af NET og kontrolinterventionen på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [162] med inkluderede studier: Orang 2018, Neuner 2010, Hensel Dittmann 2011, Cloitre 2010, Brady 2021.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [162] med inkluderede studier: Cloitre 2010, Brady 2021, Orang 2018, Neuner 2010a, Hensel Dittmann 2011.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal hændelser; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [162] med inkluderede studier: Brady 2021, Hensel Dittmann 2011.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter og hændelser; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [162] med inkluderede studier: Cloitre 2010, Brady 2021, Neuner 2010, Hensel Dittmann 2011, Orang 2018.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 65%), men kilden til heterogenitet var kendt, idet eksklusionen af ét studie (Cloitre 2010) bragte I^2 ned til 13%. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

9. Systematisk oversigtsartikel [162] med inkluderede studier: Orang 2018, Neuner 2010, Brady 2021, Hensel Dittmann 2011, Cloitre 2010.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 69%), men kilden til heterogenitet var kendt, idet eksklusionen af ét studie (Brady 2021) bragte I^2 ned til 0%, mens den overordnede effekt forblev signifikant. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [162] med inkluderede studier: Orang 2018.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

27. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. The American journal of psychiatry 2010;167(8):915-924 Journal

34. Hensel-Dittmann D., Schauer M., Ruf M., Catani C., Odenwald M., Elbert T., et al. Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. Psychotherapy and psychosomatics 2011;80(6):345-352 Journal

82. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, Ghaffari H, Mostafavi S, Rasoulian M, et al. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence—A randomized controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy 2018;25(6):827-841 Journal

129. Neuner F., Kurreck S., Ruf M., Odenwald M., Elbert T., Schauer M.. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. Cognitive Behaviour Therapy 2010;39(2):81-91 Journal

161. Brady F., Chisholm A., Walsh E., Ottisova L., Bevilacqua L., Mason C., et al. Narrative exposure therapy for survivors of human trafficking: Feasibility randomised controlled trial. BJPsych Open 2021;7(6):e196 Journal

162. Forskningsgruppe. Q3: NET for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

6.11 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af Eye Movement Desensitisation and Reprocessing i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) er en metode, hvor forstyrrende traumatiske erindringer bearbejdes, mens patienten samtidig foretager dobbeltsidige bevægelser (bilateral stimulering), f.eks. ved at bevæge øjnene frem og tilbage eller i form af klapning på overarme eller hænder [68]. Terapeuten sidder over for patienten og beder denne beskrive en traumatisk situation [68]. Det undersøges med patienten, hvilke følelser og tankemønstre der dukker op. Imens mærker patienten efter og sætter ord på dette og bliver samtidigt bedt om at udføre bilateral stimulering [68]. Det menes, at bevægelserne aktiverer informationsbearbejdningssystemet, samt at teknikken herigennem kan mindske ubehaget ved traumemindet og understøtte, at en ny, sundere oplevelse af traumet lagres i hukommelsen [69].*

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) og kontrolinterventionerne på de to outcomes livskvalitet og funktionsniveau.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer og depressionssymptomer samt frafald fra behandling, skadelige virkninger og suicidalitet.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for to vigtige outcomes livskvalitet og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, skadelige virkninger, suicidalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at Eye Movement Desensitisation and Reprocessing forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med PTSD og komorbid depression eller komorbide moderate-svære depressionssymptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at resultaterne for effekten af Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) på de kritiske outcomes var meget usikre, fordi tiltroen til evidensen var meget lav.

I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegav nogle deltagere en præference for, at EMDR bør tilbydes til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer.

KA bemærkede, at EMDR har fået en stærk anbefaling i andre internationale retningslinjer for behandling af PTSD. Vi fandt

imidlertid ikke tilstrækkelig data på populationen voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer til at danne grundlag for en klinisk anbefaling. I i evidensgrundlaget fandt man dog heller ikke data, der taler imod EMDR til denne population.

På denne baggrund besluttede KA, at effekten af EMDR til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer først og fremmest bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer
Intervention: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ni randomiserede kliniske forsøg *[26][131][159][163][164][165][166][167][168]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de ni inkluderede studier bestod af mellem 20-155 voksne diagnosticeret med PTSD og hhv. en komorbid depressiv lidelse *[159][165][166]* eller moderate-svære depressionssymptomer, jf. instrumenter med publiceret validitet og reliabilitet *[26][131][163][164][167][168]*. Tre af studierne fokuserede på en psykiatri-population *[131][159][163]*, to fokuserede på en somatisk population *[26][168]*, tre fokuserede på en flygtninge/asylsøger-population *[164][166][167]* og ét studie fokuserede på en aktiv militærtjeneste-population *[165]*.

Studierne inkluderede alle en form for Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). Ét studie sammenlignede EMDR med venteliste *[163]*, ét studie sammenlignede EMDR: Recent Traumatic Episode Protocol (EMDR R-TEP) med venteliste *[164]*, ét studie sammenlignede EMDR: Group Traumatic Episode Protocol (EMDR G-TEP) med venteliste *[167]*, ét studie sammenlignede EMDR med Rapid Eye Movement (REM) Desensitisation *[165]*, ét studie sammenlignede EMDR med Imagery Rescripting (ImRs) *[159]*, ét studie sammenlignede EMDR med traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-KAT) *[26]*, ét studie sammenlignede EMDR med Relaxation Therapy *[168]*, ét studie sammenlignede EMDR med Prolonged Exposure (PE) *[131]*, og ét studie sammenlignede EMDR med vanlig behandling (TAU) *[166]*. Ét af studierne anvendte gruppeterapi *[167]*, mens de øvrige otte studier anvendte individuel terapi. Fem studier anvendte korte interventionsforløb (½ -12 uger) *[167][26][131][159][163]*, ét studie anvendte et mellemlangt interventionsforløb (12-15 uger) *[168]*, og tre studier angav ikke tydeligt længden på interventionsforløbet *[164][165][166]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle i effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes livskvalitet og funktionsniveau. Det er usikkert, om der er betydelige forskelle i effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på det kritiske outcome PTSD-symptomer, idet hovedanalysen ikke fandt en signifikant effektforskel (SMD -0.25, 95% CI -0.87 til 0.36), mens sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effect) fandt en signifikant effektforskel til fordel for EMDR (SMD -0.43, 95% CI -0.63 til -0.23). Det er også usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på det kritiske outcome depressionssymptomer, idet hovedanalysen ikke fandt en signifikant effektforskel (SMD -0.35, 95% CI -0.83 til 0.13), mens sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen (fixed effect) fandt en signifikant effektforskel til fordel for EMDR (SMD -0.39, 95% CI -0.58 til -0.19). Det er endvidere usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på de vigtige outcomes frafald fra behandling og suicidalitet samt for det vigtige outcome skadelige virkninger, hvor sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen viste en effektforskel til fordel for EMDR (RR 0.18, 95% CI 0.03 til 0.96)

Vi udførte subgruppeanalyser for de forskellige sammenligninger. For det kritiske outcome PTSD-symptomer sås en signifikant effekt af EMDR blev sammenlignet med venteliste (tre studier *[163][164][167]*; p = .02), men en ikke-signifikant effekt af EMDR sammenlignet med en anden traumefokuseret psykoterapi (tre studier *[26][131][159]*; p = .37), TAU (ét studie *[166]*; p = .82) eller en alternativ intervention (ét studie *[165]*; p = .89). For det kritiske outcome depressionssymptomer sås en signifikant effekt af EMDR sammenlignet med en alternativ intervention (ét studie *[165]*; p = .009), mens der ikke blev fundet en signifikant effekt af EMDR sammenlignet med traumefokuseret psykoterapi (tre studier *[26][131][159]*; p = .84), TAU (ét studie *[166]*; p = .95) eller venteliste (tre studier *[163][164][167]*; p = .19).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de vigtige outcomes livskvalitet og funktionsniveau på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, depressionssymptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, skadelige virkninger, suicidalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Seks studier rapporterede opfølgningsdata for de kritiske outcomes for hhv. 4-5 uger *[164][167]*, 3 måneder *[166]*, 6 måneder *[131][168]* og 12 måneder *[159]*. For PTSD-symptomer var der ingen forskelle mellem intervention og kontrolinterventionerne ved opfølgning (SMD -0.26, 95% CI -0.91 til 0.38), men sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen viste en signifikant effektforskel (SMD -0.34, 95% CI -0.55 til -0.13) til fordel for EMDR. For depressionssymptomer var der ingen forskelle mellem EMDR og kontrolinterventionerne ved opfølgning (SMD -0.21, 95% CI -0.60 til 0.18), men sensitivitetsanalysen for psykiatri-populationen viste en signifikant effektforskel (SMD -0.26, 95% CI -0.47 til -.05) til fordel for EMDR.

Tre studier rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome livskvalitet *[159][166][168]*, hvor der ikke sås nogen effektforskel mellem EMDR og kontrolinterventionerne. Kun ét studie rapporterede opfølgningsdata for det vigtige outcome funktionsniveau *[159]*, hvor der ikke blev observeret en effektforskel mellem EMDR og ImRs.

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.05 (CI 95% 0.65 — 1.7) Baseret på data fra 537 patienter i 9 studier. [1] (Randomiserede studier)	170 per 1.000 Forskel:	179 per 1.000 **9 flere per 1.000** (CI 95% 59 færre — 119 flere)	Meget lav På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.2 (CI 95% 0.04 — 1.16) Baseret på data fra 126 patienter i 3 studier. [3] (Randomiserede studier)	111 per 1.000 Forskel:	22 per 1.000 **89 færre per 1.000** (CI 95% 107 færre — 18 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på forekomsten af skadelige virkninger.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.33 (CI 95% 0.01 — 7.93) Baseret på data fra 74 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	27 per 1.000 Forskel:	9 per 1.000 **18 færre per 1.000** (CI 95% 27 færre — 187 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionen på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut	Målt med: CAPS / CAPS-5 / IES / IES-R / M-PTSD Lavere bedre Baseret på data fra 423	Forskel:	**SMD 0.25 lavere** (CI 95% 0.87 lavere — 0.36 højere)	Meget lav På grund af alvorligt inkonsistente	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
9 Kritisk	patienter i 8 studier. [7] (Randomiserede studier)			resultater; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	PTSD-symptomer.
Depressionssymptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: BDI-II / HAM-D / M-PTSD / DASS-42 / HSCL-25 Lavere bedre Baseret på data fra 429 patienter i 8 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.35 lavere** (CI 95% 0.83 lavere — 0.13 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på depressionssymptomer.
Livskvalitet Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: WHO-10 / WHOQOL-BREF / Happiness single-item scale Højere bedre Baseret på data fra 220 patienter i 3 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.21 højere** (CI 95% 0.06 lavere — 0.48 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [12]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på livskvalitet.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: GAF / WHODAS II Højere bedre Baseret på data fra 154 patienter i 2 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.39 højere** (CI 95% 0.91 lavere — 1.68 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [14]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af EMDR og kontrolinterventionerne på funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: HÃ¶gberg 2007, Acarturk 2016, TerHeide 2016, Capezzani 2013, Stanbury 2020, BoterhovendeHaan 2020, Ahmadi 2015, Carletto 2016, Yurtsever 2018.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: Stanbury 2020, Ahmadi 2015, TerHeide 2016.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal hændelser; Sensitivitetsanalyse baseret på en fixed effect model viste en signifikant relativ risiko. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: TerHeide 2016.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan . **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: Capezzani 2013, BoterhovendeHaan 2020, TerHeide 2016, Stanbury

2020, HÃ¶gberg 2007, Acarturk 2016, Ahmadi 2015, Yurtsever 2018.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 88%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier; Nogle af studiernes konfidensintervaller overlappede ikke med konfidensintervallerne for størstedelen af de inkluderede studier/punktestimaterne for nogle af de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Sensitivitetsanalyse baseret på en fixed effect model viste en signifikant effektstørrelse. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: TerHeide 2016, Stanbury 2020, HÃ¶gberg 2007, Acarturk 2016, Ahmadi 2015, Yurtsever 2018, Capezzani 2013, BoterhovendeHaan 2020.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan . **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 80%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller; Sensitivitetsanalyse baseret på en fixed effect model viste en signifikant effektstørrelse. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: BoterhovendeHaan 2020, HÃ¶gberg 2007, TerHeide 2016.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
13. Systematisk oversigtsartikel [169] med inkluderede studier: HÃ¶gberg 2007, BoterhovendeHaan 2020.
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

26. Capezzani L, Ostacoli L, Cavallo M, Carletto S, Fernandez I, Solomon R, et al. EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. Journal of EMDR Practice and Research 2013;7(3):134-143 Journal

131. Stanbury TM, Drummond PD, Laugharne J, Kullack C, Lee CW. Comparative efficiency of EMDR and prolonged exposure in treating posttraumatic stress disorder: A randomized trial. Journal of EMDR Practice and Research 2020;14(1):2-12 Journal

159. Boterhoven de Haan KL, Lee CW, Fassbinder E, van Es SM, Menninga S, Meewisse M-L, et al. Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. The British Journal of Psychiatry 2020;217(5):609-615 Journal

163. Högberg G, Pagani M, Sundin Ö, Soares J, Åberg-Wistedt A, Tärnell B, et al. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers - A randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry 2007;61(1):54-61 Journal

164. Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M., Senay I., Sijbrandij M., Gulen B., et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. Psychological Medicine 2016;46(12):2583-2593 Journal

165. Ahmadi K., Hazrati M., Ahmadizadeh M., Noohi S.. REM desensitization as a new therapeutic method for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Acta Medica Indonesiana 2015;47(2):111-119 Link

166. Ter Heide FJJ, Mooren TM, Van De Schoot R., De Jongh A., Kleber RJ. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy

v. stabilisation as usual for refugees: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2016;209(4):311-318 Journal

167. Yurtsever A, Konuk E, Akyuz T, Zat Z, Tukel F, Cetinkaya M, et al. An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. Frontiers in Psychology 2018;9:493 Journal

168. Carletto S, Borghi M, Bertino G, Oliva F, Cavallo M, Hofmann A, et al. Treating Post-traumatic Stress Disorder in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial Comparing the Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Relaxation Therapy. Frontiers in Psychology 2016;7:526 Journal

169. Forskningsgruppe. Q3: EMDR for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

7. Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbide dissociative lidelser eller dissociative symptomer

Komorbiditet mellem PTSD og dissociative lidelser høj *[173][174]*. Bortset fra patienter diagnosticeret med en dissociativ lidelse er patienter med PTSD den patientgruppe, der har den højeste forekomst af dissociative symptomer. Dette er årsagen til, at DSM-5 har defineret en subtype af PTSD kendt som PTSD med dissociative symptomer (PTSD-DS) *[170]*. Forskellige studier opgør forekomsten forskelligt til mellem 14-45% af patienter med PTSD også møder kriterierne for PTSD-DS *[171][172]*. Disse patientgrupper beskrives ofte som havende behandlingsbehov, der overstiger traditionel PTSD-behandling *[171][172]*. Den kliniske arbejdsgruppe var derfor interesseret i, om der findes psykoterapier, der effektivt kan behandle patienter med PTSD og komorbiditet til dissociative lidelser eller dissociative symptomer.

Patientpræferencerne i retningslinjen er baseret på data fra en spørgeskemaundersøgelse besvaret af medlemmer fra Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende. 126 personer med en PTSD-diagnose besvarede spørgeskemaet, hvoraf 10 personer (7.94%) angav, at de havde en komorbid dissociativ lidelse.

God praksis (konsensus)

Det er god praksis at tilbyde psykoterapier til voksne med PTSD og komorbide dissociative lidelser eller dissociative symptomer, som integrerer interventioner målrettet dissociative symptomer i behandlingen.

Praktiske oplysninger

Interventioner målrettet dissociative symptomer kan integreres i forskellige dele af psykoterapien, eksempelvis under psykoedukation, færdighedstræning og eksponering.

Elementer der bør tages i betragtning i valg af psykoterapeutisk metode, herunder hvornår og hvilke interventioner der integreres, inkluderer:

- Karakteren og sværhedsgraden af de dissociative symptomer
- De dissociative symptomers indvirkning på patientens evne til opmærksomhedskontrol og bevidst tilstedeværelse i psykoterapien
- Eventuel sammenhæng med risikoadfærd

Ved specifik indikation af dissociativ lidelse/dissociative symptomer:

Integrér færdigheder til at regulere de specifikke tilstedeværende dissociative symptomer, f.eks.:

- Mental orientering (f.eks. årstal, måned, klokkeslæt)
- Sensorisk orientering (f.eks. aktiv brug af synet, følesansen, hørelsen, smag, lugtesans)
- Kropsorienteret metode (f.eks. grounding, afgrænsning)

Tilbyd psykoedukation i de specifikke tilstedeværende dissociative symptomer (eksempelvis derealisation, depersonalisation, amnesi, identitetsforvirring eller somatoform dissociation).

Der tilrådes en langsom fremgangsmåde ved eksponerende interventioner. Stærkt gradueret eksponering kan eksempelvis være at:

- Reducere den tidsperiode der eksponeres i
- Tilbyde støttende interventioner ved eksponeringsinterventioner
- Integrere færdigheder før, under og efter eksponering, som modvægt til dissociative reaktioner/symptomer

Vurdér behovet for at integrere interventioner, der styrker sammenhængende hukommelse både for traumehistorien og den terapeutiske proces (f.eks. repetition og referat).

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

Anbefalingen er baseret på faglig konsensus blandt medlemmerne af den kliniske arbejdsgruppe (KA), da der ikke blev fundet tilstrækkelig empirisk evidens for at kunne belyse det fokuserede spørgsmål.

Baseret på en klinisk afvejning af forholdet mellem forventede gavnlige og skadelige virkninger er det KA's vurdering, at integration af interventioner målrettet dissociative symptomer kan være gavnlig i forbindelse med PTSD-behandling af denne population.

KA vurderer ligeledes, at det kan være uhensigtsmæssigt, og i værste fald skadeligt, at undlade integration af interventioner målrettet dissociative symptomer, når dissociative symptomer er kraftige og/eller forbundet med risikoadfærd (f.eks. selvmordsadfærd eller voldsadfærd).

Grundet manglende empirisk evidens bør både gavnlige og skadelige behandlingseffekter vurderes løbende under behandlingsforløbet.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Denne anbefaling er ikke evidensbaseret.

Patientpræferencer

Ingen betydelig variation forventet

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at voksne med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer forventeligt har præference for interventioner rettet mod en dissociativ lidelse eller dissociative symptomer. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Andre overvejelser

Faktorer ikke vurderet

Det kræver kompetencer at genkende, udrede og intervenere i forhold til dissociative symptomer og lidelser. Den kliniske arbejdsgruppe anbefaler, at der i klinisk praksis med PTSD-patienter gives mulighed for at tilegne sig viden om diverse dissociative lidelser/symptomer og interventionsmetoder gennem undervisning eller supervision.

Følgende behandlingsmanualer er eksempler på psykoterapier, som integrerer interventioner målrettet dissociative symptomer: *TF-DAT [76]*, *Finding Solid Ground Program workbook: overcoming obstacles in trauma recovery workbook edition [176]* og *Tilbage til Nutiden: en manual til håndtering af traumereaktioner [177]*. Evidensen for disse manualer er begrænset.

Integration af interventioner fra behandlingsmanualer målrettet behandling af specifikke komorbide dissociative lidelser kan ligeledes overvejes ved behov for et parallelt fokus på PTSD og den specifikke komorbide dissociative lidelse – f.eks. *Traumerelatert dissosiasjon, færdighetstrening for pasienter og terapeuter [178]*. Evidensen for denne manual er begrænset.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at der ikke blev fundet tilstrækkelig evidens til at belyse det fokuserede spørgsmål empirisk

KA lagde imidlertid også vægt på, at komorbiditet mellem PTSD og dissociative lidelser er høj. I spørgeskemaundersøgelsen lagde flere deltagere desuden vægt på, at det bør være en opmærksomhed på dissociative symptomer hos personer med PTSD.

På denne baggrund ønskede den kliniske arbejdsgruppe (KA) en god praksis-anbefaling for rutinemæssigt at tilbyde interventioner målrettet dissociative symptomer i behandlingen af voksne med PTSD.

Implikationer for forskning

Der bør laves mere forskning på voksne populationer med PTSD og komorbide dissociative lidelser eller dissociative symptomer, da evidensen på området er sparsom.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Meget få studier undersøger behandlingseffekt for denne population. Fire studier blev identificerede og undersøgte hhv. 1) Prolonged Exposure (PE) versus Precent-Centered Therapy, 2) dialektisk adfærdsterapi (DAT) versus DAT+PE, (3) Cognitive Processing Therapy (CPT) versus Written Accounts (WA) og (4) CPT – kun kognitiv terapi versus WA.

Det er for alle målte outcomes usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af interventionerne og kontrolterapierne. For at kunne udtale os om gavnlige og skadelige virkninger, er der behov for mere evidens, som har færre metodologiske problemer og er baseret på flere sammenligninger af forskellige psykoterapeutiske metoder såvel som mellem psykoterapi og ingen behandling.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er lavere end meget lav for alle målte outcomes i de fire inkluderede studier på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorligt/yderst alvorligt upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed.

Rationale

Det systematiske review viste, at der er en stor mangel på forskning i psykoterapi til patienter med PTSD og komorbid dissociativ lidelse. Kun to af de inkluderede studier undersøgte patienter med PTSD med dissociative symptomer (DSM-5 subtype). De to andre studier inkluderede patienter med PTSD og et højt niveau af dissociative symptomer, hvoraf ét var et studie med patienter med PTSD og personlighedsforstyrrelse.

Den sparsomme evidens og den lavere end meget lave tiltro til evidensen gav KA grundlag for en forskningsanbefaling, da det er tydeligt, at der mangler viden om, hvordan man bedst behandler patienter med PTSD og komorbid dissociativ lidelse.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer
Intervention: Dialektisk adfærdsterapi + Prolonged Exposure (DAT+PE)
Sammenligning: Dialektisk adfærdsterapi (DAT)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg publiceret i to artikler *[77][78]*.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af 26 voksne kvinder diagnosticeret med PTSD og komorbid emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type samt med klinisk signifikante symptomer på dissociation, jf. Dissociative Experiences Scale – Taxon (DES-T). Studiet fokuserede på en psykiatri-population.

Studiet sammenlignede dialektisk adfærdsterapi (DAT) + Prolonged Exposure (PE) med DAT alene. Studiet anvendte både individuel terapi og gruppeterapi i et langt interventionsforløb (>6 måneder). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lavere end meget lav for de målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, dissociative symptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, selvmordsforsøg, selvskadende adfærd, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, meget/yderst alvorligt upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Dialektisk adfærdsterapi (DAT)	**Intervention** Dialektisk adfærdsterapi + Prolonged Exposure (DAT+PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.88 (CI 95% 0.17 — 4.47) Baseret på data fra 26 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	444 per 1.000 Forskel:	391 per 1.000 **53 færre per 1.000** (CI 95% 369 færre — 1,541 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på forekomsten af frafald fra behandling.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: PSS-I Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 0.2 lavere** (CI 95% 10.74 lavere — 10.34 højere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på PTSD-symptomer.
Dissociative symptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: DES-T Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 4.6 lavere** (CI 95% 18.44 lavere — 9.24 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på dissociative symptomer.
Selvmordsforsøg Behandlingsslut 6 Vigtig	Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [7] (Randomiserede studier)		CI 95%	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [8]	Data blev ikke rapporteret på en måde, der tillod beregning af et effektestimat.
Selvskadende	Målt med: SASII	Forskel:	**MD 0.1 lavere**	Meget lav	Vi er usikre på, om der er

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Dialektisk adfærdsterapi (DAT)	**Intervention** Dialektisk adfærdsterapi + Prolonged Exposure (DAT+PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
adfærd Under behandling 6 Vigtig	Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)		(CI 95% 2.06 lavere — 1.86 højere)	På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [10]	betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på selvskadende adfærd.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: BSI-GSI Lavere bedre Baseret på data fra 18 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 0.1 lavere** (CI 95% 0.66 lavere — 0.46 højere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [12]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af DAT+PE og DAT alene på funktionsniveau.

1, 3, 5, 7, 9, 11. Systematisk oversigtsartikel [175] med inkluderede studier: Harned 2014.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller.
6, 12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Der var ingen information om, hvorvidt allokeringssekvensen blev holdt skjult, indtil patienterne var indrullerede og fordelt mellem interventionerne; Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.

Referencer

77. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. Behaviour Research and Therapy 2014;55:7-17 Journal

78. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. Behaviour Research and Therapy 2012;50(6):381-386 Journal

175. Forskningsgruppe. Q4: Psychotherapy for PTSD and comorbid dissociation (RevMan Meta-Analysis).

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer
Intervention: Cognitive Processing Therapy (CPT)
Sammenligning: Written Account (WA)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg *[179]*.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af 103 voksne kvinder diagnosticeret med PTSD med dissociation (DSM-5 subtype). Populationen havde også klinisk signifikante symptomer på depersonalisation- og derealisation-subskalaerne på Multiscale Dissociation Inventory (MDI). Studiet fokuserede på en psykiatri-population.

Studiet sammenlignede Cognitive Processing Therapy (CPT) med Written Accounts (WA). Studiet anvendte individuel terapi i et kort interventionsforløb (6 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lavere end meget lav for alle målte outcomes (kritisk outcome: PTSD-symptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, suicidalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Written Account (WA)	**Intervention** Cognitive Processing Therapy (CPT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.46 (CI 95% 0.66 — 3.24) Baseret på data fra 111 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	291 per 1.000 Forskel:	425 per 1.000 **134 flere per 1.000** (CI 95% 99 færre — 652 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT og WA på forekomsten af frafald fra behandling.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.32 (CI 95% 0.01 — 8.06) Baseret på data fra 111 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	18 per 1.000 Forskel:	6 per 1.000 **12 færre per 1.000** (CI 95% 18 færre — 127 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT og WA på suicidalitet.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Written Account (WA)	**Intervention** Cognitive Processing Therapy (CPT)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
				manglende overførbarhed [4]	
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS Lavere bedre Baseret på data fra 80 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 10.02 lavere** (CI 95% 23.07 lavere — 3.03 højere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT og WA på PTSD-symptomer.

1, 3, 5. Systematisk oversigtsartikel [175] med inkluderede studier: Resick 2012.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** - Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.

Referencer

175. Forskningsgruppe. Q4: Psychotherapy for PTSD and comorbid dissociation (RevMan Meta-Analysis).

179. Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. Depression and Anxiety 2012;29(8):718-30 Journal

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer
Intervention: Written Account (WA)
Sammenligning: Cognitive Processing Therapy – kun kognitiv terapi (CPT-C)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg *[179]*.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af 97 voksne kvinder diagnosticeret med PTSD med dissociation (DSM-5 subtype). Populationen havde også klinisk signifikante symptomer på depersonalisation- og derealisation-subskalaerne på Multiscale Dissociation Inventory (MDI). Studiet fokuserede på en psykiatri-population.

Studiet sammenlignede Cognitive Processing Therapy – kun kognitiv terapi (CPT-C) med Written Accounts (WA). Studiet anvendte individuel terapi i et kort interventionsforløb (6 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for detaljer om sessioner, populationstype mv.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lavere end meget lav for alle målte outcomes (kritisk outcome: PTSD-symptomer; vigtige outcomes: frafald fra behandling, suicidalitet) på grund af alvorlig risiko for bias, meget/yderst alvorligt upræcist effektestimat og alvorlig manglende overførbarhed.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Cognitive Processing Therapy – kun kognitiv terapi (CPT-C)	**Intervention** Written Account (WA)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.9 (CI 95% 0.39 — 2.06) Baseret på data fra 106 patienter i 1 studier. [1] (Randomiserede studier)	314 per 1.000 Forskel:	283 per 1.000 **31 færre per 1.000** (CI 95% 192 færre — 333 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig manglende overførbarhed; På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT-C og WA på forekomsten af frafald fra behandling.
Suicidalitet Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 2.83 (CI 95% 0.11 — 71.18) Baseret på data fra 106 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	0 per 1.000 Forskel:	0 per 1.000 **0 færre per 1.000** (CI 95% 0 færre — 0 færre)	Meget lav På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT-C og WA på suicidalitet.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS Lavere bedre Baseret på data fra 75 patienter i 1 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 13.44 højere** (CI 95% 2.14 lavere — 29.02 højere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorlig manglende overførbarhed [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af CPT-C og WA på PTSD-symptomer.

1, 3, 5. Systematisk oversigtsartikel [175] med inkluderede studier: Resick 2012.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist**

effektestimat: meget alvorligt. Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
4. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. **Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.

Referencer

175. Forskningsgruppe. Q4: Psychotherapy for PTSD and comorbid dissociation (RevMan Meta-Analysis).

179. Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. Depression and Anxiety 2012;29(8):718-30 Journal

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer
Intervention: Prolonged Exposure (PE)
Sammenligning: Present-Centered Therapy (PCT)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af ét randomiseret klinisk forsøg *[180]*.

Gennemgang af evidensen

Populationen i det inkluderede studie bestod af 284 voksne kvinder diagnosticeret med PTSD med dissociation (DSM-5 subtype). Der var tale om en veteran/aktiv militærtjeneste-population.

Studiet sammenlignede Prolonged Exposure (PE) med Present Centered Therapy (PCT). Studiet anvendte individuel terapi i et kort interventionsforløb (10 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lavere end meget lav for alle målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, dissociative symptomer; vigtigt outcome: frafald fra behandling) på grund af alvorlig risiko for bias og meget/yderst alvorligt upræcist effektestimat .

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Present-Centered Therapy (PCT)	**Intervention** Prolonged Exposure (PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling	Relative risiko 1.74 (CI 95% 0.9 — 3.35)	Forskel:	0	Meget lav På grund af meget	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Present-Centered Therapy (PCT)	**Intervention** Prolonged Exposure (PE)	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
6 Vigtig	Baseret på data fra 75 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)		per 1.000 **0 færre per 1.000** (CI 95% 0 færre — 0 færre)	alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias [1]	effekten af PE og PCT på forekomsten af frafald fra behandling.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS Lavere bedre Baseret på data fra 58 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	70.62 (gennemsnit) Forskel:	66.83 (gennemsnit) **MD 3.79 lavere** (CI 95% 17.3 lavere — 9.72 højere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PE og PCT på PTSD-symptomer.
Dissociative symptomer Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: TSI (Derealisation & Depersonalisation) Lavere bedre Baseret på data fra 58 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	1.53 (gennemsnit) Forskel:	1.47 (gennemsnit) **MD 0.06 lavere** (CI 95% 0.5 lavere — 0.38 højere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat; På grund af alvorlig risiko for bias [3]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af PE og PCT på dissociative symptomer.

1. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ingen prædefineret statistisk analyseplan. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Kun data fra ét studie.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige/manglende data. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie.
3. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Ingen prædefineret statistisk analyseplan; Ufuldstændige/manglende data. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

175. Forskningsgruppe. Q4: Psychotherapy for PTSD and comorbid dissociation (RevMan Meta-Analysis).

180. Wolf EJ, Lunney CA, Schnurr PP. The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. Journal of consulting and clinical psychology 2016;84(1):95-100 Journal

8. Psykoterapi til voksne med kompleks PTSD

Kompleks PTSD (k-PTSD) er blevet indført som en ny diagnose i den 11. revision af International Classification of Diseases (ICD-11) *[9]*. Diagnosen k-PTSD inkluderer nødvendige symptomer for ICD-10 PTSD-diagnosen samt vedvarende forstyrrelse i personlighedsfunktionerne: emotionel dysregulering, negativt selvbillede med vedvarende skyld og skam samt vanskeligheder med at fastholde relationer og føle nærhed til andre.

Danske undersøgelser *[8][6]* viser, at k-PTSD er en hyppig lidelse i dansk psykiatri: omkring en tredjedel af PTSD-patienter i Psykiatrien Region Sjælland (PRS) opfylder de diagnostiske kriterier for k-PTSD. Da k-PTSD er en ny diagnose, forventes der endnu kun få evidensbaserede psykoterapier, som er specifikt udviklet til denne lidelse. Der findes desuden ingen retningslinjer for, hvordan denne patientgruppe bør behandles. Den kliniske arbejdsgruppe besluttede derfor at undersøge om der findes psykoterapier, der kan være effektive til at behandle k-PTSD.

Der blev identificeret seks studier, som undersøgte effekten af psykoterapi til voksne med k-PTSD, som beskrevet i ICD-11. Disse studier undersøgte seks forskellige psykoterapier:

- Skills Training for Affect and Interpersonal Regulation (STAIR) tilføjet Prolonged Exposure (PE)
- Skills Training for Affect and Interpersonal Regulation (STAIR) tilføjet Imagery Rescripting (ImRs)
- Stabiliserende gruppeterapi baseret på psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi
- Trauma-Focused Group Music and Imagery (TFGrpMI)
- The Trauma and the Body Group (TBG)
- Imagery Rescripting (ImRs)

8.1 Imagery terapi

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af imagery terapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med kompleks PTSD, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Bemærkning: *Imagery er det samme som visualisering. Imagery interventioner arbejder med visualisering af traumatiske erindringer, billeder og mareridt, og hjælper med at genvinde kontrollen [154][155][156][157][158]. Imagery er hovedkomponenten i følgende psykoterapier til behandling af PTSD:*

Imagery Rescripting (ImRs): er en traumefokuseret intervention, hvor patienten visualiserer forskellige udfald relateret til deres traumatiske hændelse(r) [154][155][156]. Fokus er at genvinde kontrollen over et traumatisk minde. I tillæg til at snakke om traumet, arbejdes med mentale billeder (visualisering) [154][155][156], f.eks. at patienten genkalder erindringer fra et barn-selv-perspektiv og forstiller sig en anden slutning, hvor nogen kommer ind og gør ende på misbruget (enten terapeuten eller patienten som voksen) [154][155][156]. Denne proces kan hjælpe patienten til at ændre den betydning, som patienten tillægger traumemindet [154][155][156].

Imagery Rehearsal Therapy (IRT): er en kognitiv adfærdsterapi til PTSD med fokus på at reducere antallet og intensiteten af mareridt [157][158]. I lighed med ImRs går IRT ud på at genforestille sig egne mareridt med nye, mindre skræmmende udfald [157][158]. Patienten øver sig ved at gå drømmen igennem gentagne gange med de nye afslutninger [157][158].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Vi fandt, at imagery terapi muligvis forbedrer PTSD-symptomer sammenlignet med venteliste.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på de resterende outcomes funktionsniveau, frafald behandling, alvorlige hændelser, DSO-symptomer (samlet) samt DSO-symptomerne emotionsregulering og interpersonelle forstyrrelser.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for det kritiske outcome PTSD-symptomer på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: DSO – samlet, DSO – emotionsregulering, DSO – interpersonelle forstyrrelser; vigtige outcomes: frafald, alvorlige hændelser, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt/ yderst alvorligt upræcist effektestimat, alvorligt/meget alvorligt inkonsistente resultater og alvorlig manglende overførbarhed.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Med afsæt i spørgeskemaundersøgelsen vurderes det, at imagery terapi forventeligt er præferencefølsom som behandling til voksne med kompleks PTSD. Se Kapitel 9, Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD, for yderligere information.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at tiltroen til evidensen samlet set er meget lav, og at der sammenlignes med venteliste.

To studier blev inkluderet som evidensgrundlag, hvoraf det ene undersøger en gruppebaseret intervention, hvor imagery er én af to vægtede interventionsformer. Effekten af imagery terapi er derfor usikker i dette studie.

KA lagde vægt på, at der på trods af meget lav tiltro til den samlede evidens, ses en mulig effekt af imagery terapi på det kritiske outcome PTSD-symptomer. Tiltroen til evidensen på dette outcome var dog lav. Metoden må forventes at være præferencefølsom.

På denne baggrund besluttede KA, at effekten af imagery terapi til voksne med k-PTSD bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med kompleks PTSD
Intervention: Imagery terapi
Sammenligning: Venteliste

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne anbefaling består af to randomiserede kliniske forsøg *[183][184]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de to inkluderede studier bestod af hhv. 45 voksne kvinder *[183]* og 61 voksne (89% kvinder) *[184]*. Populationerne var diagnosticeret med PTSD og klinisk signifikante niveauer af de tre kernesymptomer på k-PTSD (eng.: Disturbances in Self-Organisation, DSO-symptomer). Begge studier fokuserede på en psykiatri-population.

Begge studier inkluderede en form for imagery terapi. Det ene studie sammenlignede Trauma-Focused Group Music and Imagery (TFGrpMI) med venteliste *[183]*, mens det andet studie sammenlignede Imagery Rescripting (ImRs) med venteliste *[184]*. Ét af studierne anvendte individuel terapi *[184]*, mens det andet anvendte gruppeterapi *[183]*. Begge studier anvendte korte interventionsforløb (8-12 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Det blev fundet, at imagery terapi muligvis har en større positiv effekt end venteliste på det kritiske outcome PTSD-symptomer (SMD -0.63, 95% CI -1.08 til - 0.18). Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på de kritiske outcomes DSO-symptomer (samlet) (SMD -1.11, 95% CI -2.29 til 0.07), DSO-symptomet problemer med

emotionsregulering (MD -8.90, 95% -26.65 til 8.85) og DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser (MD -12.70, 95% CI -29.69 til 4.29). Det er ligeledes usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på de vigtige outcomes funktionsniveau (MD 1.64, 95% CI -0.77 til 4.05), frafald fra behandling (RR 1.31, 95% CI 0.04 til 42.19) og alvorlige hændelser (RR 0.35, 95% CI 0.01 til 8.11).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for det kritiske outcome PTSD-symptomer på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: DSO – samlet, DSO – emotionsregulering, DSO – interpersonelle forstyrrelser; vigtige outcomes: frafald, alvorlige hændelser, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt/yderst alvorligt upræcist effektestimat, alvorligt/meget alvorligt inkonsistente resultater og alvorlig manglende overførbarhed.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Ingen af studierne rapporterede opfølgningsdata.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Venteliste	**Intervention** Imagery terapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.31 (CI 95% 0.04 — 42.19) Baseret på data fra 86 patienter i 2 studier. [1] (Randomiserede studier)	93 per 1.000 Forskel:	122 per 1.000 **29 flere per 1.000** (CI 95% 89 færre — 3,831 flere)	Meget lav På grund af meget alvorligt inkonsistente resultater; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på forekomsten af frafald fra behandling.
Alvorlige hændelser Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.35 (CI 95% 0.01 — 8.11) Baseret på data fra 45 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	43 per 1.000 Forskel:	15 per 1.000 **28 færre per 1.000** (CI 95% 43 færre — 306 flere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på forekomsten af alvorlige hændelser.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / PCL-5 Lavere bedre Baseret på data fra 81 patienter i 2 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.63 lavere** (CI 95% 1.08 lavere — 0.18 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Imagery terapi forbedrer muligvis PTSD-symptomer betydeligt sammenlignet med venteliste.
DSO (samlet) Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: PCL-5 / PDS Lavere bedre Baseret på data fra 79 patienter i 2 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 1.11 lavere** (CI 95% 2.29 lavere — 0.07 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; på grund af alvorlig	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på kompleks PTSD-symptomer (DSO).

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Venteliste	**Intervention** Imagery terapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
				manglende overførbarhed; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	
DSO (emotionsregulering) Behandlingsslut 7 Kritisk	Målt med: DERS Lavere bedre Baseret på data fra 36 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 8.9 lavere** (CI 95% 26.65 lavere — 8.85 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på DSO-symptomet emotionsregulering.
DSO (interpersonelle forstyrrelser) Behandslingsslut 7 Kritisk	Målt med: IIP-32 Lavere bedre Baseret på data fra 36 patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 12.7 lavere** (CI 95% 29.69 lavere — 4.29 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [12]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser.
Funktionsniveau Behandlingsslut 6 Vigtig	Målt med: PSOMS Højere bedre Baseret på data fra 44 patienter i 1 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 1.64 højere** (CI 95% 0.77 lavere — 4.05 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [14]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af imagery terapi og venteliste på funktionsniveau.

1, 5, 7. Systematisk oversigtsartikel [182] med inkluderede studier: Raabe 2022, Rudstam 2022.
2. **Risiko for bias: ingen betydelig.** Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: meget alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 74%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3, 13. Systematisk oversigtsartikel [182] med inkluderede studier: Rudstam 2022.
4. **Risiko for bias: ingen betydelig.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: yderst alvorlig.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Klinisk diagnose blev stillet med et selv-rapport instrument. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 82%). **Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem måloutcomes og rapporterede outcomes. **Upræcist effektestimat: alvorligt.** Lavt antal patienter. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

9, 11. Systematisk oversigtsartikel [182] med inkluderede studier: Raabe 2022.
10, 12. **Risiko for bias: alvorligt.** Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

182. Forskningsgruppe. Q5: Psychotherapy for C-PTSD (RevMan Meta-Analysis).

183. Rudstam G, Elofsson UOE, Sondergaard HP, Bonde LO, Beck BD. Trauma-focused group music and imagery with women suffering from PTSD/Complex PTSD: A randomized controlled study. European Journal of Trauma & Dissociation 2022;6(3):100277 Journal

184. Raabe S., Ehring T., Marquenie L., Arntz A., Kindt M.. Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2022;77:101769 Journal

8.2 Gruppeterapi

Implikationer for forskning

Overvej kun brugen af gruppeterapi i forskningsmæssig sammenhæng til voksne med kompleks PTSD, da der er usikkerhed om de gavnlige og skadelige virkninger af metoden.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste / vanlig behandling på outcomet DSO-symptomer (samlet).

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste / vanlig behandling på de resterende outcomes PTSD-symptomer, funktionsniveau, frafald fra behandling, alvorlige hændelser og DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for det kritiske outcome DSO – samlet på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, DSO – interpersonelle forstyrrelser; vigtige outcomes: frafald fra behandling, alvorlige

	hændelser, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt/yderst alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer	Denne terapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at tiltroen til evidensen samlet set er meget lav, og at der i to af de tre inkluderede studier sammenlignes med venteliste.

Tre studier var inkluderet som evidensgrundlag og undersøgte tre forskellige former for gruppeterapi. Patientpræferencer er ikke afdækket. KA lagde vægt på, at gruppeterapi kan bidrage til oplevelser med at relatere sig til andre, hvilket kan imødegå et centralt symptom ved k-PTSD, nemlig tendensen til at trække sig fra relationer.

På den baggrund besluttede KA, at effekten af gruppeterapi til voksne med k-PTSD bør være genstand for mere forskning.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med kompleks PTSD
Intervention: Gruppeterapi
Sammenligning: Venteliste / vanlig behandling (TAU)

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af tre randomiserede kliniske forsøg *[87][183][185]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de tre inkluderede studier bestod af hhv. 37 *[185]*, 45 *[183]* og 71 *[87]* voksne kvinder, enten diagnosticeret med kompleks PTSD (k-PTSD), jf. ICD-11 *[185]* eller Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) *[87]* eller diagnosticeret med PTSD og klinisk signifikante niveauer af de tre kernesymptomer på k-PTSD (eng.: Disturbances in Self-Organisation, DSO-symptomer), jf. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) *[183]*. Alle tre studier fokuserede på en psykiatri-population.

Studierne inkluderede alle en form for gruppeterapi. Ét studie sammenlignede Trauma-Focused Group Music and Imagery (TFGrpMI) med venteliste *[183]*, ét studie sammenlignede The Trauma and Body Group (TBG) med venteliste *[185]*, og et studie sammenlignede stabiliserende gruppe + vanlig behandling (TAU) med TAU alene *[87]*. Alle tre studier anvendte gruppeterapi. Ét studie anvendte et kort interventionsforløb (12 uger) *[183]*, mens de to øvrige studier anvendte mellemlange interventionsforløb (20 uger) *[87][185]*. Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste / TAU på det kritiske outcome DSO-symptomer (samlet) (SMD -0.30, 95% CI -0.67 til -0.07). Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste / TAU på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD 0.29, 95% CI -0.79 til 0.20) og DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser (MD -9.64, 95% CI -22.10 til 2.82) samt på de vigtige outcomes funktionsniveau (MD 1.64, 95% -0.77 til 4.05), frafald fra behandling (RR 1.14, 95% CI 0.32 til 4.01) og alvorlige hændelser (RR 0.35, 95% CI 0.01 til 8.11).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

Tiltroen til evidensen er lav for det kritiske outcome DSO – samlet på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimat. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: PTSD-symptomer, DSO – interpersonelle forstyrrelser; vigtige outcomes: frafald fra behandling, alvorlige hændelser, funktionsniveau) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt/yderst alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Der er behov for mere forskning for at kunne give en anbefaling for eller imod metoden.

Opfølgningsanalyser

Ét studie rapporteret opfølgningsdata for de kritiske outcomes efter 3 måneder *[185]*. Der var ingen forskelle mellem TBG og venteliste for de kritiske outcomes PTSD-symptomer (MD -11.21, 95% CI -22.68 til 0.26) og DSO-symptomet interpersonelle

forstyrrelser (MD -6.67, 95% CI -24.47 til 11.13).

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Venteliste / vanlig behandling (TAU)	**Intervention** Gruppeterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 1.14 (CI 95% 0.32 — 4.01) Baseret på data fra 153 patienter i 3 studier. [1] (Randomiserede studier)	133 per 1.000 Forskel:	152 per 1.000 **19 flere per 1.000** (CI 95% 90 færre — 400 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste/TAU på forekomsten af frafald fra behandling.
Alvorlige hændelser Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.35 (CI 95% 0.01 — 8.11) Baseret på data fra 45 patienter i 1 studier. [3] (Randomiserede studier)	43 per 1.000 Forskel:	15 per 1.000 **28 færre per 1.000** (CI 95% 43 færre — 306 flere)	Meget lav På grund af yderst alvorligt upræcist effektestimat [4]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste på forekomsten af alvorlige hændelser.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: PCL-5 / PCL-C / DTS Lavere bedre Baseret på data fra 147 patienter i 3 studier. [5] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.29 lavere** (CI 95% 0.79 lavere — 0.2 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [6]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste/TAU på PTSD-symptomer.
DSO (samlet) Behandlingsslut 8 Kritisk	Målt med: PCL-5 / SIDES Lavere bedre Baseret på data fra 115 patienter i 2 studier. [7] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.3 lavere** (CI 95% 0.67 lavere — 0.07 lavere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [8]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste/TAU på kompleks PTSD-symptomer (DSO).
DSO (interpersonelle forstyrrelser) Behandlingsslut 7 Kritisk	Målt med: IIP-32 Lavere bedre Baseret på data fra 32 patienter i 1 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 9.64 lavere** (CI 95% 22.1 lavere — 2.82 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorligt upræcist effektestimat [10]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste på DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser.
Funktionsniveau Behandlingsslut	Målt med: PSOMS Højere bedre Baseret på data fra 44	Forskel:	**MD 1.64 højere** (CI 95% 0.77 lavere — 4.05 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af gruppeterapi og venteliste på

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Venteliste / vanlig behandling (TAU)	**Intervention** Gruppeterapi	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
6 Vigtig	patienter i 1 studier. [11] (Randomiserede studier)			alvorligt upræcist effektestimat [12]	funktionsniveau.

1. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Dorrepaal 2012, Rudstam 2022, Classen 2021.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Mangelfuld generering af allokeringssekvens for sammenlignelige grupper, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 41%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3, 11. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Rudstam 2022.
4. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: yderst alvorlig.** Lavt antal patienter og hændelser; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
5, 7. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Classen 2021, Dorrepaal 2012, Rudstam 2022.
6. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var moderat (I^2 = 52%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Classen 2021.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen, resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning . **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

87. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, et al. Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics 2012;81(4):217-225 Journal

181. Forskningsgruppe. Q5: Psychotherapy for C-PTSD (RevMan Meta-Analysis).

183. Rudstam G, Elofsson UOE, Sondergaard HP, Bonde LO, Beck BD. Trauma-focused group music and imagery with women suffering from PTSD/Complex PTSD: A randomized controlled study. European Journal of Trauma & Dissociation 2022;6(3):100277 Journal

185. Classen CC, Hughes L., Clark C., Hill Mohammed B., Woods P., Beckett B.. A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. Journal of Trauma and Dissociation 2021;22(1):52-68 Journal

8.3 Færdighedstræning som tillæg til behandling

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde psykoterapi med eller uden færdighedstræning (Skills Training for Affective and Interpersonal Regulation;STAIR) til voksne med kompleks PTSD, idet der ikke er fundet forskelle i effekt herimellem.

Bemærkning: *Behandlingen bør følge validerede manualer.*

Et udbredt færdighedstræningsprogram er Skills Training for Affective and Interpersonal Regulation (STAIR). STAIR er en korttidsintervention, som bygger på elementer af kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi. Metoden er designet til at adressere vanskeligheder med affektregulering og interpersonel funktion [187]; vanskeligheder der kan forringe patienters evne til at indgå i traumefokuserede interventioner [187][188]. STAIR anvendes derfor typisk som led i fasebaserede behandlingsprogrammer som en indledende stabiliserende fase inden en traumefokuseret intervention [187][188].

STAIR inkluderer navnlig psykoedukation om forbindelsen mellem patientens traume og aktuelle vanskeligheder med affektregulering og interpersonel funktion efterfulgt af færdighedstræning med fokus på at forbedre patientens evne til affektregulering og vedligeholdelse af sunde, interpersonelle relationer [187][188]. Patienten gives hjemmearbejde i form af at afprøve og træne de nye færdigheder i mellem sessionerne [187][188].

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne (samme interventioner uden tillæg af færdighedstræning) på PTSD-symptomer, DSO-symptomer (samlet) og DSO-symptomet problemer med emotionsregulering.

Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på de resterende outcomes Frafald fra behandling, skadelige virkninger, alvorlige hændelser og DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser.

Kvaliteten af evidensen

Lav

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de kritiske outcomes PTSD-symptomer, DSO – samlet og DSO – emotionsregulering på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt inkonsistente resultater og alvorlig manglende overførbarhed. Tiltroen til evidensen for det vigtige outcome frafald fra behandling er lav på grund af risiko for bias og alvorlig upræcist effektestimat.

Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: DSO – interpersonelle forstyrrelser; vigtige outcomes: skadelige virkninger, alvorlige hændelser) på grund af

	alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Patientpræferencer	Denne terapi indgik ikke i spørgeskemaundersøgelsen, og præferencer er derfor ukendte.

Rationale

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) lagde i formuleringen af anbefalingen vægt på, at der ikke syntes at være væsentlige forskelle i gavnlige effekter mellem færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne, samt at kontrolinterventionerne bestod af de samme psykoterapier, som færdighedstræning var tilføjet (fx Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) + Prolonged Exposure versus PE alene).

Desuden blev der ikke fundet forskelle i skadelige virkninger eller frafald mellem de undersøgte psykoterapier. Den samlede tiltro til evidensen er lav. Patientpræferencer er ukendte.

KA var dog af den opfattelse, at en færdighedstræning som STAIR-metoden kan være klinisk anvendelig.

På den baggrund ønskede KA eksplicit en svag anbefaling for at tilbyde psykoterapi med eller uden færdighedstræning som tillæg til behandling af k-PTSD.

Fokuseret spørgsmål

Population: Voksne med kompleks PTSD
Intervention: Færdighedstræning som tillæg til behandling
Sammenligning: Kontrolinterventioner

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for denne psykoterapi består af tre randomiserede kliniske forsøg *[87][184][186]*.

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de tre inkluderede studier bestod af hhv. 61 voksne (89% kvinder) *[184]*, 71 voksne kvinder *[87]* og 98 voksne (76,5% kvinder) *[186]*. Populationerne var diagnosticeret med PTSD (DSM) og kompleks PTSD (k-PTSD), jf. Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) *[87]* eller klinisk signifikante niveauer af de tre kernesymptomer på k-PTSD (eng.: Disturbances in Self-Organisation, DSO-symptomer) *[184][186]*. Alle tre studier fokuserede på en psykiatri-population.

Studierne inkluderede alle en form for færdighedstræning som tillæg til behandling. Ét studie sammenlignede Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) som tillæg til Prolonged Exposure (PE) med PE alene *[186]*, ét studie sammenlignede STAIR som tillæg til Imagery Rescripting (ImRs) med ImRs alene *[184]*, og ét studie sammenlignede stabiliserende gruppe som tillæg til vanlig behandling (TAU) med TAU alene *[87]*. Ét af studierne anvendte gruppeterapi *[87]*, mens de to øvrige studier anvendte individuel terapi *[184][186]*. Alle studierne anvendte mellemlange interventionsforløb (16-20 uger). Se Kapitel 16, Bilag: Karakteristika for inkluderede studier, for flere detaljer om sessioner, populationstype mv.

Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på de kritiske outcomes PTSD-symptomer (SMD 0.04, 95% CI -0.23 til 0.31), DSO-symptomer (samlet) (SMD -0.05, 95% CI -0.31 til 0.22) og DSO-symptomet problemer med emotionsregulering (SMD -0.01, 95% CI -0.58 til 0.57). Det er usikkert, om der er betydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på det kritiske outcome DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser (MD 5.93, 95% CI -22.00 til 10.14) samt på de vigtige outcomes frafald fra behandling (RR 0.75, 95% CI 0.44 til 1.29), skadelige virkninger (RR 0.21, 95% CI 0.01 til 4.13) og alvorlige hændelser (RR 2.95, 95% CI 0.46 til 18.92).

Tiltro til evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er lav.

Tiltroen til evidensen er lav for de kritiske outcomes PTSD-symptomer, DSO – samlet, DSO – emotionsregulering og det vigtige outcome frafald fra behandling på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt inkonsistente resultater og alvorlig manglende overførbarhed. Tiltroen til evidensen er meget lav for de resterende målte outcomes (kritiske outcomes: DSO – interpersonelle

forstyrrelser; vigtige outcomes: skadelige virkninger, alvorlige hændelser) på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt/meget alvorligt upræcist effektestimat og alvorligt inkonsistente resultater.

Opfølgningsanalyser

To studier rapporterede opfølgningsdata for de kritiske outcomes for hhv. 3 *[184]* og 12 måneder *[186]*. Der blev ikke fundet en forskel mellem interventionerne og kontrolinterventionerne ved opfølgning for PTSD-symptomer (MD -4.02, 95% CI -11.60 til 3.57) samt for de tre DSO-symptomer: interpersonelle forstyrrelser (SMD -0.24, 95% CI -0.64 til 0.16), problemer med emotionsregulering (MD -8.93, 95% CI -18.19 til 0.33) og negativt selv-billede (SMD -0.14, 95% CI -0.47 til 0.20).

Se Kapitel 16, Bilag: Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning, for opfølgningsanalyser.

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Færdighedstræning som tillæg til behandling	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
Frafald Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.75 (CI 95% 0.44 — 1.29) Baseret på data fra 230 patienter i 3 studier. [1] (Randomiserede studier)	223 per 1.000 Forskel:	167 per 1.000 **56 færre per 1.000** (CI 95% 125 færre — 65 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig upræcist effektestimat [2]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på forekomsten af frafald fra behandling.
Skadelige virkninger [3] Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.21 (CI 95% 0.01 — 4.13) Baseret på data fra 61 patienter i 1 studier. [4] (Randomiserede studier)	65 per 1.000 Forskel:	14 per 1.000 **51 færre per 1.000** (CI 95% 64 færre — 203 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorlig upræcist effektestimat [5]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionen på forekomsten af skadelige virkninger.
Alvorlige hændelser [6] Under behandling 6 Vigtig	Relative risiko 2.95 (CI 95% 0.46 — 18.92) Baseret på data fra 159 patienter i 2 studier. [7] (Randomiserede studier)	12 per 1.000 Forskel:	35 per 1.000 **23 flere per 1.000** (CI 95% 6 færre — 215 flere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af meget alvorlig upræcist effektestimat [8]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionen på forekomsten af alvorlige hændelser.
PTSD-symptomer Behandlingsslut 9 Kritisk	Målt med: CAPS / CAPS-5 / DTS Lavere bedre Baseret på data fra 222 patienter i 3 studier. [9] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.04 højere** (CI 95% 0.23 lavere — 0.31 højere)	Lav På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorlig risiko for bias [10]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på PTSD-symptomer.
DSO (samlet) Behandlingsslut	Målt med: SIDES / RSS / PDS Lavere bedre Baseret på data fra 221	Forskel:	**SMD 0.05 lavere** (CI 95% 0.31 lavere — 0.22 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; På	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af

Outcome Tidsramme	**Resultater og målinger**	**Sammenligning** Kontrolinterventioner	**Intervention** Færdighedstræning som tillæg til behandling	**Tiltro til estimaterne** (at de afspejler den sande effekt i populationen)	**Sammenfatning**
8 Kritisk	patienter i 3 studier. [11] (Randomiserede studier)			grund af alvorlig manglende overførbarhed [12]	færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på kompleks PTSD-symptomer (DSO).
DSO (interpersonelle forstyrrelser) Behandlingsslut 7 Kritisk	Målt med: IIP-32 Lavere bedre Baseret på data fra 151 patienter i 2 studier. [13] (Randomiserede studier)	Forskel:	**SMD 0.01 lavere** (CI 95% 0.58 lavere — 0.57 højere)	Meget lav På grund af alvorlig risiko for bias; På grund af alvorligt inkonsistente resultater; På grund af alvorligt upræcist effektestimat [14]	Vi er usikre på, om der er betydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionen på DSO-symptomet interpersonelle forstyrrelser.
DSO (emotionsregulering) Behandlingsslut 7 Kritisk	Målt med: DERS Lavere bedre Baseret på data fra 151 patienter i 2 studier. [15] (Randomiserede studier)	Forskel:	**MD 5.93 lavere** (CI 95% 22 lavere — 10.14 højere)	Lav På grund af alvorlig risiko for bias; på grund af alvorligt inkonsistente resultater [16]	Der er muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle mellem effekten af færdighedstræning som tillæg til behandling og kontrolinterventionerne på DSO-symptomet emotionsregulering.

1. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Dorrepaal 2012, Oprel 2021, Raabe 2022.
2. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier (1 vs 2). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
3. Behandling blev anset som for besværlig, forårsaget frafald.
4. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Raabe 2022.
5. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal patienter og hændelser; Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
7, 13. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Oprel 2021, Raabe 2022.
8. **Risiko for bias: alvorligt.** Anvendelse af ikke-validerede og/eller subjektive outcomemål; Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: meget alvorligt.** Lavt antal hændelser; Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
9, 11. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Raabe 2022, Dorrepaal 2012, Oprel 2021.
10. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Utilstrækkelig maskering af allokering under randomiseringsprocessen (Raabe 2022, anden randomisering), resulterende i potentiale for selektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Potentiel selektiv rapportering af outcome, på grund af manglende prædefineret statistisk analyseplan. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig.**

Publikationsbias: ingen betydelig.
12. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Selektiv rapportering af outcome. **Inkonsistente resultater: ingen betydelig. Manglende overførbarhed: alvorligt.** Forskelle mellem måloutcomes og rapporterede outcomes - to af studierne rapporterede outcomet 'negativt selvbillede', som kun udgør 1/3 af k-PTSD symptomdomænerne. Endvidere målte ét af disse studier kun 'skyldfølelse', hvilket kan ses som et mindre direkte mål for 'negativt selvbillede'. **Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**
14. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Carry-over effekter i cross-over studie. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 66%); Effektens retning var ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: alvorligt.** Brede konfidensintervaller. **Publikationsbias: ingen betydelig.**
15. Systematisk oversigtsartikel [181] med inkluderede studier: Raabe 2022, Oprel 2021.
16. **Risiko for bias: alvorligt.** Utilstrækkelig/manglende blinding af patienter og personale, resulterende i potentiale for behandlingsbias (eng.: performance bias); Utilstrækkelig/manglende blinding af den der vurderer outcomes, resulterende i potentiale for detektionsbias; Ufuldstændige data og/eller højt frafald inden opfølgning; Carry-over effekter i cross-over studie. **Inkonsistente resultater: alvorligt.** Graden af statistisk heterogenitet var høj (I^2 = 68%). **Manglende overførbarhed: ingen betydelig. Upræcist effektestimat: ingen betydelig. Publikationsbias: ingen betydelig.**

Referencer

87. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, et al. Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics 2012;81(4):217-225 Journal

181. Forskningsgruppe. Q5: Psychotherapy for C-PTSD (RevMan Meta-Analysis).

184. Raabe S., Ehring T., Marquenie L., Arntz A., Kindt M.. Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2022;77:101769 Journal

186. Oprel DAC, Hoeboer CM, Schoorl M., de Kleine RA, Cloitre M., Wigard IG, et al. Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology 2021;12(1):1851511 Journal

9. Spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD

Ifølge Sundhedsstyrelsens metodehåndbog: model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]* er patientpræferencer vigtige, da de medvirker til at højne relevansen af en klinisk retningslinje.

Det var imidlertid ikke muligt at inkludere voksne med PTSD i den kliniske arbejdsgruppe og forskningsgruppen. For at kunne inddrage patientpræferencer som grundlag for de kliniske anbefalinger udarbejdede forskningsgruppen en spørgeskemaundersøgelse med spørgsmål til afdækning af brugernes præferencer for psykoterapier relevante for hvert af de fem fokuserede spørgsmål i retningslinjen (se Kapitel 13.2., Patientpræferencer, for yderligere information). Spørgeskemaundersøgelsen er besvaret af medlemmer fra Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende.

Ialt 135 personer åbnede spørgeskemaet. For at kunne deltage i undersøgelsen var det et krav, at deltageren aktuelt havde eller tidligere havde haft diagnosen PTSD. Fem deltagere svarede 'nej' til dette og for derfor blev ekskluderet fra undersøgelsen. Derudover svarede fem ikke på nogle af spørgsmålene og blev ekskluderet. I alt indgik 126 deltagere i undersøgelsen, hvoraf 69 deltagere gennemførte hele spørgeskemaet.

I undersøgelsen deltog 76% kvinder, 23% mænd og 1% nonbinær. I alt 63% af deltagerne angav, at de aktuelt eller tidligere havde haft en komorbid depressionslidelse; 19% angav, at de aktuelt eller tidligere havde haft en komorbid personlighedsforstyrrelse; 8% angav, at de aktuelt eller tidligere havde haft en komorbid dissociativ lidelse/dissociative symptomer og 28% angav, at de ikke havde nogen af de nævnte lidelser. Deltagerne var gennemsnitligt 49 år (SD = 9,84) gamle.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er opsummeret i nedenstående.

Fokuseret spørgsmål 1: Bør traumefokuseret psykoterapi inkludere eksponering ved behandling af voksne med PTSD?

126 personer med en PTSD-diagnose besvarede spørgeskemaet udviklet til dette fokuserede spørgsmål. I alt 62 ud af disse deltagere svarede, at de har været i traumefokuseret psykoterapi.

De fleste deltagere havde en præference for eksponering: 58 (53%) deltagere svarede 'ja' til spørgsmålet om hvorvidt eksponering bør indgå i traumefokuseret psykoterapi?", mens 10 svarede 'nej', og 41 svarede 'ved ikke'. I alt 109 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I alt 31 deltagere havde været i minimum to traumefokuserede behandlingsforløb; ét med eksponering og ét uden eksponering. Ud af de 31 havde 21 deltagere en præference for eksponering i PTSD-behandling, mens én deltager svarede 'nej' til, at eksponering skulle indgå i behandlingen, og syv deltagere svarede 'ved ikke'.

Nogle deltagere (n = 12) syntes, at traumefokuseret psykoterapi hjalp, uagtet om der indgik eksponering eller ej.

I narrative uddybelser af deres besvarelser (47 besvarelser) syntes størstedelen af deltagerne (n =25), at traumefokuseret eksponering var virksom. Nogle (n = 7) oplevede dog skadelige virkninger ved eksponering og angav, at eksponering forstærkede deres symptomer, bl.a. med øget indre uro, angst samt selvmordstanker. Flere (n = 6) deltagere pointerede, at det kan være hårdt 'at stå igennem' eksponering på grund af umiddelbar forværring af symptomer i starten, men at de fandt eksponering virksom over tid. Terapeutens egenskaber, erfaring samt specialisering i metoden ansås for vigtig af nogle deltagere (n = 9). Desuden mente nogle (n = 3) deltagere, at det er vigtigt at tage patienten med i beslutningsprocessen om hvorvidt eksponering skal indgå i behandlingen eller ej.

Det fremkom også af den narrative besvarelse, at der ved eksponering bør tages flere modaliteter i brug samtidigt, herunder bl.a. fokus på regulering af kropslige reaktioner. Desuden fremkom det, at der bør afsættes den fornødne tid, så 1) traumebearbejdningen kan færdiggøres, også når der er multiple traumatiske hændelser i bagagen, og 2) patienten 'kan landes' i en virkelighed uden genoplevelser.

Prolonged Exposure (PE):

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 27 (21%) ud af 126 deltagere, at de har været i behandling med PE.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at PE bør anbefales som terapi til voksne med PTSD, svarede 45 deltagere 'ja', fem svarede 'nej', og 49 deltagere svarede 'ved ikke'. I alt 99 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I den narrative beskrivelse (n = 62 besvarelser), hvor deltagerne beskrev deres holdning til PE, var der varierende præferencer og oplevelser med terapiformen. 28 deltagere angav, at PE havde hjulpet på deres symptomer, eller at PE formodentlig ville være virksom. 15 deltagere angav, at PE enten havde forværret deres tilstand (hvor nogle havde fået flere flashbacks eller flere selvmordstanker), eller at PE ikke er egnet til mennesker med langvarige og/eller multiple traumatiske oplevelser eller til betydelig sværhedsgrad af symptomer.

Forventningerne til PE var, at kunne være udfordrende, overvældende og energikrævende. Desuden var der bekymringer om at skulle lytte til eksponeringerne derhjemme på egen hånd i mellem sessionerne, samt om der kan være risiko for retraumatisering.

Desuden lagde deltagerne vægt på, at der bør være stor tillid mellem terapeut og patient før eksponeringerne påbegyndes samt fleksibilitet, tid til og erfaring med at kunne 'gribe' patienten ved destabilisering. Spørgeskemadeltagerne lagde også vægt på, at PE ikke bør stå alene ved komplekse tilstande, og at valg af PE som behandling bør ske i samarbejde med patienten. Seks ud af 61 besvarelser angav, at denne terapiform kan kombineres med et kropsligt fokus.

Kognitiv adfærdsterapi (KAT):

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 55 deltagere (79%), at de har været i behandling med traumefokuseret KAT. I alt 70 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at traumefokuseret KAT bør anbefales som terapi til voksne med PTSD, svarede 56 deltagere 'ja', 10 'nej', og 20 svarede 'ved ikke'. I alt 86 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I den narrative beskrivelse (n = 52 besvarelser) indikerede størstedelen af kommentarerne en præference for KAT. Deltagerne så traumefokuseret KAT som en opbyggende terapi, der udfordrer negative tanke- og adfærdsmønstre, hvilket resulterer i bedring af skyldfølelse, selvbillede og selvværd samt evne til at komme mere ud. Flere anså traumefokuseret KAT som en mildere terapiform end PE og mente, at terapiformen med fordel kan benyttes til at opbygge tillid og relation til terapeuten samt oparbejde mestringsstrategier forud for eksponering. Tre deltagere nævnte, at hjemmeopgaverne var virksomme.

Enkelte (n = 7) deltagere havde ikke oplevet effekt af traumefokuseret KAT, primært fordi 1) de oplevede forløbet som værende for kort i forhold til kompleksiteten af symptomerne, 2) de oplevede manglede opfølgning, eller 3) terapien kun fokuserer på én modalitet. Nogle angav direkte at have præference for en anden terapi.

Cognitive Processing Therapy (CPT):

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 19 deltagere (61%), at de har været i behandling med CPT. I alt 31 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at CPT bør anbefales som terapi til voksne med PTSD, svarede 41 deltagere 'ja', tre svarede 'nej', og 37 svarede 'ved ikke'. I alt 81 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Den narrative beskrivelse (n = 32 besvarelser) var præget af, at flere deltagere ikke kendte denne terapiform. Præferencerne for CPT varierede. Deltagere med en præference for CPT havde fokus på, at det er en nænsom terapi, der arbejder med tankemønstre og kan være velegnet til mennesker, der har brug for hjælp til at adskille og integrere egne tanker og følelser. Desuden mente deltagerne, at CPT kan være en god behandling til dem, for hvem eksponering ikke er muligt.

Deltagere, der var usikre på effekten af CPT til voksne med PTSD, lagde vægt på, at 1) metoden ikke er tilstrækkeligt dybtgående til bearbejdning af traumeminder, 2) CPT kan være et supplement til anden behandling, samt 3) metoden fokuserer på snævert på afgrænsede modaliteter.

Kognitiv terapi (KT):

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 23 deltagere (21%), at de har været i behandling med KT til PTSD. I alt 111 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I alt 13 deltagere beskrev deres oplevelse med KT. To deltagere ud af de 13 havde haft en negativ oplevelse med KT, og én deltager syntes at det var en hård, om end virksom behandling. De negative oplevelser skyldtes, at det blev uoverskueligt at arbejde på tankeplan, fordi der var multiple traumatiske hændelser at arbejde meduden tilstrækkelig bearbejdsning af den medfølgende skyld og skam.

Deltagere, der oplevede KT som virksom, lagde vægt på, at KT hjælper med at tage kontrollen tilbage ved sprogliggørelse af symptomerne, som relateret til den traumatiske hændelse. Desuden sker der i KT en konkretisering af, hvad nervesystemet reagerer på, og det kan gøre angsten mere håndgribelig, når den opstår, samt give adgang til kropslige sansninger.

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR):

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 21 deltagere ud af 51 (41%), at de har været i behandling med EMDR. I alt 51 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at EMDR bør anbefales som terapi til voksne med PTSD, svarede 46 deltagere 'ja', fem svarede 'nej', og 30 svarede 'ved ikke'. I alt 81 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I den narrative beskrivelse (n = 44 besvarelser) tilkendgav 28 deltagere en præference for denne terapiform, enten fordi de havde haft effekt af behandlingen eller havde hørt om andre, der havde haft effekt af metoden. Der blev i beskrivelserne lagt vægt på, at den bilaterale stimulering kan holde patienten i nuet, og at terapiformen har været virksom ved specifikke, afgrænsede og enkeltstående traumatiske oplevelser. Flere havde et ønske om at afprøve EMDR, men det har ikke været muligt økonomisk, da terapiformen sjældent er

tilbudt i det offentlige sygehusvæsen. Én deltager oplevede EMDR som mildere eksponerende end PE.

Otte deltagere beskrev lille eller ingen effekt ved afprøvning af EMDR samt en oplevelse af, at det kan være svært at overgive sig til metoden, og at teknikken kan være svær at mestre og udføre korrekt.

Narrativ eksponeringsterapi (NET):

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 12 deltagere (63%), at de har været i behandling med NET. I alt 19 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at NET bør anbefales som en terapi til voksne med PTSD, svarede 35 deltagere 'ja', ni svarede 'nej', og 35 svarede 'ved ikke'. I alt 79 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I den narrative beskrivelse (n = 34) angav 23 deltagere en positiv holdning til denne terapi. I beskrivelserne lagde deltagerne lagt vægt på, at NET kan skabe en rød tråd og give indsigt i egen livshistorie, som er fragmenteret af bl.a. flashbacks. Desuden beskrev deltagere, at NET kan være god til mennesker med barndomstraumer eller mange og forskelligartede traumatiske oplevelser. Derudover kan NET også hjælpe med at opdage positive minder og dermed give et mere nuanceret billede af egen livshistorie. Flere deltagere lagde dog vægt på, at den narrative fortælling kan afsluttes inden for behandlingstiden.

Fire deltagere beskrev en negativ holdning til NET, enten på grund af manglende effekt af afprøvet behandling eller baseret på spørgeskemaundersøgelsens beskrivelse af NET. Én deltager syntes ikke, at NET går nok i dybden med den traumatiske oplevelse, og en anden fandt det uoverskueligt at skulle lave en kronologisk gennemgang af livshændelser med talrige hændelser i bagagen.

Det var en generel holdning, at den enkelte patient bør være medbestemmende i valget af NET som behandling, og at NET evt. kan kombineres med en anden tilgang (f.eks. kropsterapi).

Fokuseret spørgsmål 2: Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse?

Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT):

Ved spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at TF-DAT bør anbefales til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse, svarede 22 deltagere 'ja', én svarede 'nej', og 50 svarede 'ved ikke'. I alt 74 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I alt 30 deltagere svarede 'ja' til, at terapien også kunne anvendes til andre komorbide lidelser til PTSD.

Ingen deltagere havde været i behandling med denne terapiform.

I den narrative besvarelse af spørgsmålet (n = 30 besvarelser) tilkendegav 16 deltagere, at denne terapiform virker spændende og lovende, da den arbejder med følelsesregulering, relationelle problemer og selvforståelse og har et fokus på kroppen og på tilegnelse af færdigheder i et længere forløb. De resterende deltagere var usikre på deres præference, da de ikke kendte til eller havde hørt om terapiformen.

Narrativ eksponeringsterapi (NET):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at NET bør anbefales som psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse, svarede 16 (21%) deltagere 'ja', otte svarede 'nej', og 44 svarede 'ved ikke'. I alt 78 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I alt 42 deltagere svarede 'ja' til, at terapien også kunne anvendes til andre komorbide lidelser til PTSD end personlighedsforstyrrelse.

Kognitiv adfærdsterapi (KAT):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne syntes, at traumefokuseret KAT bør anbefales som psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse, svarede 33 (38%) deltagere 'ja', fem 'nej', og 29 svarede 'ved ikke'. I alt 86 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I alt 77 deltagere svarede 'ja' til, at terapien også kunne anvendes til andre komorbide lidelser til PTSD end personlighedsforstyrrelse.

Fokuseret spørgsmål 3: Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer?

Mindfulness og kropsfokuserede psykoterapier:

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 61 deltagere (50%), at de har været i behandling med mindfulness-interventioner. I alt 122 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at mindfulness-interventioner bør anbefales til voksne med PTSD med komorbid depressiv lidelse eller depressive symptomer, svarede 32 (44%) deltagere 'ja', syv svarede 'nej' og 32 svarede 'ved ikke'. I alt 73 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I alt 44 deltagere svarede 'ja' til, at terapien også kunne anvendes til andre komorbide lidelser til PTSD end depression.

I den narrative beskrivelse (n = 39 besvarelser), hvor deltagerne beskrev deres holdning til mindfulness-interventioner, havde 30 deltagere en præference for mindfulness-interventioner. Dog lagde de vægt på, at mindfulness bør være vejledt, og at metoden kræver tid og tålmodighed at lære at udholde. For nogle deltagere i undersøgelsen (n = 8) medførte mindfulness-interventioner for meget bevidsthed på kroppen og tanker, hvilket medførte utryghed, øget angst, øget aggressivitet og en følelse af 'at være fanget i egen krop'. Desuden beskrev en deltager, at det startede flashbacks.

Nogle deltagere beskrev, at mindfulness kan have en sekundær effekt på depression, da metoden kan styrke medfølelse for én selv og mindske selvbebrejdelser, mindreværd og tankemylder.

Prolonged Exposure (PE):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen syntes, at PE bør anbefales til voksne med PTSD med komorbid depressiv lidelse eller depressionssymptomer, svarede 28 deltagere (29%) 'ja', 15 'nej, og 51 svarede 'ved ikke". I alt 98 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Cognitive Processing Therapy (CPT):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at CPT bør anbefales til voksne med PTSD med komorbid depressiv lidelse eller depressionssymptomer, svarede 29 deltagere (36%) 'ja', tre 'nej', og 48 svarede 'ved ikke'. I alt 81 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Kognitiv adfærdsterapi (KAT):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at KAT bør anbefales til voksne med PTSD med en komorbid depressiv lidelse eller depressionssymptomer, svarede 49 deltagere (57%) 'ja', fem 'nej', og 29 svarede 'ved ikke'. I alt 86 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Imagery terapi:

I spørgeskemaundersøgelsen svarede 21 deltagere ud af 42 (50%), at de har været i behandling med EMDR. I alt 51 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at imagery terapi bør anbefales til voksne med PTSD med en komorbid depressiv lidelse eller depressionssymptomer, svarede 19 deltagere (27%) 'ja', to 'nej', og 53 svarede 'ved ikke'. I alt 74 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Narrativ eksponeringsterapi (NET):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at NET bør anbefales til voksne med PTSD med en komorbid depressiv lidelse eller depressionssymptomer, svarede 25 deltagere (32%) 'ja', otte 'nej', og 44 svarede 'ved ikke'. I alt 78 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR):

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at EMDR bør anbefales til voksne med PTSD med en komorbid depressiv lidelse eller depressionssymptomer, svarede 25 deltagere (32%) 'ja', seks 'nej', og 47 svarede 'ved ikke'. I alt 78 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

Fokuseret spørgsmål 4: Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer?

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i undersøgelsen syntes, at interventioner til dissociative symptomer bør anbefales til voksne med PTSD med komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer, svarede 27 deltagere (39%) 'ja', ingen deltagere svarede 'nej', og 38 deltagere svarede 'ved ikke'. Fem deltagere svarede, at interventionerne bør anvendes til andre komorbide lidelser. I alt 65 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

I den narrative beskrivelse (n = 31) indikerede deltagerne generelt en præference for interventioner, der kan modvirke dissociative symptomer. Desuden lagde de vægt på, at dissociative symptomer bør anerkendes hos personer med PTSD. Ingen narrative beskrivelse modsagde anvendelsen af interventioner rettet mod dissociative symptomer (f.eks. ingen beskrivelser af dårlige erfaringer).

Deltagerne mente, at interventioner til dissociative symptomer kan være gavnlige til at forblive til stede i sig selv og i kontakt med omverdenen, men at sådanne interventioner stiller høje krav til terapeutens evne til at opdage dissociative symptomer. Personer med dissociative symptomer har ofte svært ved at opdage og regulere symptomerne. Det anbefales, at interventioner målrettet dissociation tilpasses styrken på de dissociative symptomer.

Fokuseret spørgsmål 5: Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med kompleks PTSD (k-PTSD)?

Imagery terapi:

Til spørgsmålet om hvorvidt deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen syntes, at imagery terapi bør anbefales til voksne med k-PTSD, svarede 22 deltagere (30%) 'ja', tre deltagere svarede 'nej', og 49 svarede 'ved ikke'. I alt 74 ud af 126 deltagere besvarede spørgsmålet.

10. Forskningsbaggrund for retningslinjen

Et nyligt dansk studie peger på en stigende prævalens af PTSD-diagnoser omkring 7% i 2016 blandt patienter i den danske regionale psykiatri *[6]*. Et studie fra samme forskningsgruppe viser desuden, at 18% af patienter henvist til ambulant behandling i Psykiatrien Region Sjælland (PRS) opfylder kriterier for en ICD-10 *[7]* PTSD-diagnose eller personlighedsændring efter katastrofelignende oplevelser *[8]*. Desuden levede 36% af disse patienter også op til de diagnostiske kriterier for kompleks PTSD (k-PTSD), som beskrevet i den nye ICD-11-klassificering *[9]*. K-PTSD beskriver en patientgruppe, der typisk har oplevet flere og vedvarende traumer. I tillæg til PTSD-symptomer inkluderer diagnosen også vedvarende negativt selvbillede, relationelle vanskeligheder og problemer med affektregulering *[10]* samt betydelig funktionsnedsættelse som følge heraf *[11]*. PTSD er en kompleks og ofte kronisk lidelse, der har en betydelig indflydelse på patienters livskvalitet *[1][2]* og psykosociale funktion *[3]*. Psykiske lidelser har siden 2005 været den hyppigste årsag til tilkendelse af førtidspension i Danmark, hvor PTSD er den ledende diagnose *[189]*. Derudover er lidelsen ofte associeret med betydelig komorbiditet med andre internaliserende lidelser *[4]*. Op imod 78% af patienter med en PTSD-diagnose opfylder også de diagnostiske kriterier for en anden internaliserende lidelse *[190]*. PTSD er desuden associeret med en højere risiko for hjertekarsygdomme *[191]* og en betydelig øget risiko for selvmord *[5]*. PTSD og k-PTSD er således udbredte lidelser i dansk psykiatri og involverer betydelig kompleksitet i form af komorbiditet, nedsat funktionsevne og livskvalitet samt et potentielt kronisk forløb. Samlet set, understreger det behovet for at kunne tilbyde relevant evidensbaseret behandling til denne målgruppe.

Psykoterapi har forskningsmæsigt vist sig effektiv til behandling af PTSD *[192][193]*, herunder især traumefokuserede tilgange baseret på kognitiv adfærdsterapi, som går ud på at bearbejde det traumatiske minde, som oftest gennem en form for eksponering *[194][195]*. En række internationale kliniske retningslinjer anbefaler disse tilgange som førstevalgsbehandling til PTSD på linje med eller frem for psykofarmakologisk behandling *[12][13]*, da visse studier indikerer, at farmakologisk behandling ofte er mindre effektiv end psykologiske interventioner til at behandle PTSD-symptomer *[194][196]*. Desuden ser det ud til, at patienter foretrækker psykoterapeutisk over farmakologisk behandling *[197]*.

Tidligere systematiske reviews indikerer, at traumefokuserede kognitive adfærdsterapier (TF-KAT) er de mest effektive behandlinger til PTSD. Dog er det uklart, hvordan disse kognitive adfærdsterapier, eksponeringsterapier eller kognitive terapier adskiller sig fra hinanden, hvilket reducerer den kliniske anvendelse af anbefalingerne *[198]*. Nyere metaanalyser indikerer, at multikomponent-interventioner er de mest effektive til at behandle PTSD-symptomer *[196]*. Et nyligt systematisk review fandt imidlertid, at 20% af patienter, der modtog psykoterapi for PTSD efter retningslinjers anbefalinger, droppede ud af behandlingen *[199]*. Det samme review fandt desuden, at behandlingen med højest frafald var Cognitive Processing Therapy, der ellers anses som en effektiv behandling til PTSD *[198][200]*.

Overvejelser omkring anvendelighed og implementering er således en væsentlig faktor i udviklingen af kliniske retningslinjer. Et nyligt systematisk review af eksisterende kliniske retningslinjer for psykoterapi til voksne med PTSD påpeger, at alle eksisterende retningslinjer scorede lavt på graden af anvendelighed grundet manglende identifikation af barrierer for eller værktøjer til implementering *[12]*.

En anden faktor, der påvirker anvendeligheden af retningslinjer, er målgruppen. En betydelig del af patienter med PTSD, der ses i psykiatrien, har som tidligere beskrevet en komorbid psykiatrisk lidelse. Til trods for at flere kliniske retningslinjer nu inddrager komorbiditet til PTSD, ekskluderes studier med visse komorbide lidelser ofte i systematiske reveiws *[18][193][201]*. Der er derfor behov for en klinisk retningslinje, der fokuserer på patienter med komplekse sygdomsbilleder, som ofte ses i PRS og RHP.

For at sikre anvendeligheden af en klinisk retningslinje i PRS og RHP bør en sådan retningslinje også inkludere anbefalinger vedrørende behandling af k-PTSD, da en tredjedel af patienter med PTSD set i psykiatrien også opfylder kriterier for k-PTSD. k-PTSD er imidlertid en ny diagnose, som endnu ikke er taget i brug i dansk psykiatri. Forskning formodes derfor begrænset og til debat *[202]*. Den nyeste opdatering af en australsk national klinisk retningslinje fandt ikke tilstrækkelig direkte evidens om behandling af k-PTSD til at lave en evidensbaseret retningslinje *[16][203][204]*. Der findes dog nyere systematiske reviews, som eventuelt kan danne grundlag for en ny klinisk retningslinje på området *[205][206]*. Ligeledes er der forventeligt løbende ny forskning inden for området. Coventry et al. foreslår endvidere, at man kan undersøge denne population ved at bruge inklusionskriterier baseret på traumeeksponering frem for diagnose *[196]*. Dette kunne eventuelt være en brugbar tilgang, indtil ICD-11 k-PTSD-diagnosen tages i brug i dansk psykiatri.

11. Implementering

Plan for implementering og monitorering af den kliniske retningslinje følger lokale procedurer i Psykiatrien Region Sjælland (PRS) og Region Hovedstadens Psykiatri (RHP). PRS og RHP understøtter implementeringen af den kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. Enhed for Tema-Baseret Samarbejde (TBS) i PRS og Klinisk Akademisk Gruppe for Psykoterapi (KAG Psykoterapi) i RHP udarbejder lokale planer for implementering og monitorering af den kliniske retningslinje, herunder samstemning eller integration med allerede anvendte forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger i de respektive regioner.

12. Opdatering og videre forskning

Ny evidens kan indikere, at anbefalede interventioner er ineffektive, uhensigtsmæssige eller underlegne sammenlignet med nyere interventioner. Derfor skal retningslinjer opdateres løbende. Det er blevet estimeret, at cirka 50% af retningslinjer bliver forældede i løbet af 5.8 år *[207]*. Derfor anbefales det, at der ved udvikling af retningslinjer skal være en protokol til at give feedback på, hvornår opdatering er nødvendig *[208][209]*.

I betragtning af de hastigt stigende antal undersøgelser af PTSD-behandling og implementeringen af ICD-11 i Danmark i de kommende år vil Center for Evidensbaseret Psykiatri i PRS derfor hvert andet år foretage en ny systematisk søgning for at vurdere, om der er tilstrækkelig ny evidens for at berettige en fuldstændig opdatering af retningslinjen.

13. Beskrivelse af metode

Denne kliniske retningslinje er som udgangspunkt opbygget efter Sundhedsstyrelsens metodehåndbog: model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]* tilpasset organisationsstrukturen i PRS og RHP; dog følger implementering og monitorering lokale planer, ligesom der blev foretaget en prøvesøgning af litteratur mhp. kvalificering af de fokuserede spørgsmål samt udført spørgeskemaundersøgelse til voksne med PTSD.

Graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). Se også: http://www.gradeworkinggroup.org.

13.1 Fokuserede spørgsmål

Udarbejdelse af fokuserede spørgsmål

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) og forksningsgruppen udarbejdede og besluttede de fokuserede spørgsmål, der besvares i retningslinjen, herunder udfald for hvert spørgsmål og søgeord til de systematiske søgninger. Dette arbejde blev gennemført i løbet af tre events, arrangeret af Klinisk Akademisk Gruppe for Psykoterapi (KAG Psykoterapi). Udvælgelse af fokuserede spørgsmål fulgte som udgangspunkt Sundhedsstyrelsens metodehåndbog: model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]*. I tillæg hertil, blev der foretaget en prøvesøgning af forskningslitteratur mhp. kvalificering af de fokuserede spørgsmål.

I det første event udarbejdede KA sammen med forskningsgruppen 11 klinisk relevante spørgsmål, herunder afgrænsning af patientgruppe og psykoterapier til voksne med PTSD, som de ønskede besvaret i den kliniske retningslinje. Alle spørgsmål blev oversat til engelsk mhp. litteratursøgning. De 11 spørgsmål blev i samarbejde med en metodekonsulent og informationsspecialist prøvesøgt i udvalgte store forskningslitteratur-databaser for at afdække relevansen af spørgsmålene (dvs. om der fandtes litteratur, som sandsynligvis kunne besvare spørgsmålet). Ved det andet event præsenterede forskningsgruppen en oversigt over anslået mængde af data for hvert spørgsmål. Den kliniske arbejdsgruppe prioriterede fem ud af de 11 fokuserede spørgsmål på baggrund af litteratur-oversigten og klinisk relevans af spørgsmålet. Disse fem prioriterede spørgsmål danner grundlag for retningslinjen. I det tredje (online) event diskuterede den kliniske arbejdsgruppe for forskningsgruppen andre vigtige elementer af protokollen for den kliniske retningslinje, såsom primære og sekundære outcomes og relevante søgeord til den fulde søgning for hvert af på retningslinjens fokuserede spørgsmål.

De spørgsmål, hvor der ikke fandtes litteratur til at indgå i den kliniske retningslinje, blev oplistet og videregivet til styregruppen, mhp. på eventuel initiering af relevante forskningsprojekter.

Referencegruppen og styregruppen kommenterede til sidst på de fokuserede spørgsmål samt afgrænsning og indhold i protokollen for den kliniske retningslinje, før den endelige litteratursøgning blev påbegyndt.

Tabel 1.

Fokuserede spørgsmål der besvares i systematisk reviews

S1:	Bør traumefokuseret psykoterapi inkludere eksponering ved behandling af voksne med PTSD?
S2:	Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse?
S3:	Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer?
S4:	Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer?
S5:	Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med kompleks PTSD (k-PTSD)?

Note. PTSD = posttraumatisk belastningsreaktion [post-traumatic stress disorder]; DSM = diagnostic and statistical manual of mental disorders.

Fokuseret spørgsmål 1: Eksponering ved traumefokuseret psykoterapi til voksne med PTSD

Bør traumefokuseret psykoterapi inkludere eksponering ved behandling af voksne med PTSD?

Baggrund for valg af spørgsmål: Flere internationale kliniske retningslinjer anbefaler traumefokuseret psykoterapi til voksne med PTSD. Dette inkluderer interventioner med og uden eksponering, som for mange klinikere og patienter føles voldsomt. KA var derfor interesseret i at undersøge om eksponering er et nødvendigt element i traumefokuseret psykoterapi til voksne med PTSD.

Population

Voksne (>18 år) i ambulant regi med diagnosen PTSD i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose.

Intervention

Enhver traumefokuseret psykologisk intervention, der inkluderer eksponering, leveret i ethvert format (se Kapitel 13.3.1.2, Typer af interventioner, for definition).

Kontrolintervention

Enhver traumefokuseret psykologisk intervention, der ikke inkluderer eksponering, leveret i ethvert format (se Kapitel 13.3.1.2, Typer af interventioner, for definition).

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Grad af PTSD-symptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Frafald fra behandling (af alle årsager)	Under behandling	Kritisk
Funktionsniveau	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Livskvalitet	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Skadelige virkninger	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Tilfredshed med behandling	Behandlingsslut	Vigtigt

Fokuseret spørgsmål 2: Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse

Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid personlighedsforstyrrelse?

Baggrund for valg af spørgsmål: Komorbiditet mellem PTSD og personlighedsforstyrrelser ses ofte i den ambulante psykiatri i Danmark. Klinikere kan være usikre på, hvordan patienter med denne problemstilling bør behandles, da de er nervøse for, om traumefokuseret terapi kan blive for hårdt. Samtidigt kan PTSD stå i vejen for behandling af personlighedsforstyrrelsen. KA var derfor interesseret i at undersøge om der findes psykoterapier, der kan behandle de to lidelser samtidigt.

Population

Voksne (>18 år) i ambulant regi med diagnosen PTSD i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose

OG

diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse efter DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier, jf. et struktureret interview eller kliniker-administreret diagnose eller anses for at have klinisk signifikante symptomer på personlighedsforstyrrelse.

Intervention

Enhver psykologisk intervention leveret i ethvert format (se Kapitel 13.3.1.2, Typer af interventioner, for definition).

Kontrolintervention

Enhver intervention er godkendt, så længe den er betydeligt anderledes end den eksperimentelle intervention.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig
Grad af PTSD-symptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Grad af personlighedsforstyrrelsessymptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Frafald fra behandling (af alle årsager)	Under behandling	Vigtigt
Funktionsniveau	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Livskvalitet	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Skadelige virkninger	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvmordshandlinger/suicidalitet	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvskade	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Aggressiv/voldelig adfærd	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt

---

Fokuseret spørgsmål 3: Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer

Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid depression eller moderate-svære depressionssymptomer?

Baggrund for valg af spørgsmål: En af de mest hyppige komorbide lidelser til PTSD er depression. Til trods for dette er der ingen klinisk retningslinje for, hvordan patienter med denne komorbiditet bør behandles. Klinikere kan være nervøse for, at traumefokuseret terapi er for hårdt for patienterne. Samtidigt kan PTSD stå i vejen for behandling af depression. KA var derfor interesseret i at undersøge om der findes psykoterapier, der kan behandle de to lidelser samtidigt.

Population

Voksne (>18 år) i ambulant regi med diagnosen PTSD i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose

OG

diagnosticeret med en depressiv lidelse i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier eller anses for at have klinisk signifikante (moderate-svære) depressionssymptomer.

Intervention

Enhver psykologisk intervention leveret i ethvert format (se Kapitel 13.4.1.2, Typer af interventioner, for definition).

Kontrolintervention

Enhver intervention er godkendt, så længe den er betydeligt anderledes end den eksperimentelle intervention.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig
Grad af PTSD-symptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Grad af depressionssymptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Frafald fra behandling (af alle årsager)	Under behandling	Vigtigt
Funktionsniveau	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Livskvalitet	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Skadelige virkninger	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt

Selvmordshandlinger/suicidalitet	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvskade	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt

Fokuseret spørgsmål 4: Psykoterapi til voksne med PTSD og komorbide dissociative lidelser eller dissociative symptomer

Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med PTSD og komorbid dissociativ lidelse eller dissociative symptomer?

Baggrund for valg af spørgsmål: Komorbiditet mellem PTSD og dissociative lidelser er høj. Bortset fra patienter diagnosticeret med en dissociativ lidelse er PTSD-patienter den patientgruppe, der har højest udslag ved psykometrisk måling af dissociative symptomer. Denne patientgruppe kan have behandlingsbehov, der overstiger traditionel PTSD-behandling. KA var derfor interesseret i at undersøge om der findes psykoterapier, der effektivt kan behandle denne patientgruppe.

Population

Voksne (>18 år) i ambulant regi med diagnosen PTSD i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose

OG

diagnosticeret med en dissociativ lidelse i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier eller anses for at have klinisk signifikante dissociative symptomer

ELLER

diagnosticeret med PTSD med dissociative symptomer i henhold til DSM-5-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose.

Intervention

Enhver psykologisk intervention leveret i ethvert format (se Kapitel 13.4.1.2, Typer af interventioner, for definition).

Kontrolintervention

Enhver intervention er godkendt, så længe den er betydeligt anderledes end den eksperimentelle intervention.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig
Grad af PTSD-symptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Grad af dissociationssymptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Frafald fra behandling (af alle årsager)	Under behandling	Vigtigt
Funktionsniveau	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Livskvalitet	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Skadelige virkninger	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvmordshandlinger/suicidalitet	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvskade	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt

Fokuseret spørgsmål 5: Psykoterapi til voksne med kompleks PTSD

Hvilke psykoterapier er effektive til behandling af patienter med kompleks PTSD (k-PTSD)?

Baggrund for valg af spørgsmål: En nylig rapport fandt, at omkring en tredjedel af voksne patienter med PTSD i PRS møder de diagnostiske kriterier for k-PTSD. Det er imidlertid en ny diagnose, der endnu ikke er taget i brug i dansk psykiatri. Der findes derfor ingen retningslinjer for, hvordan denne patientgruppe bør behandles. KA var derfor interesseret i at undersøge hvilke psykoterapier, der kan være effektive til behandling af k-PTSD, så psykiatrien kan være klar, når diagnosen bliver implementeret.

Population

Voksne (>18 år) i ambulant regi med diagnosen PTSD i henhold til DSM-III-5- eller ICD-11-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose

OG

klinisk signifikante symptomer inden for k-PTSD-domænet Disturbances in Self-Organisation (DSO) vedrørende alle tre symptomer: vedvarende problemer med emotionsregulering, negativ selvopfattelse, og interpersonel forstyrrelse

ELLER

diagnosticeret med k-PTSD i henhold til ICD-11-kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose.

Intervention

Enhver psykologisk intervention leveret i ethvert format (se Kapitel 13.4.1.2, Typer af interventioner, for definition).

Kontrolintervention

Enhver intervention er godkendt, så længe den er betydelig anderledes end den eksperimentelle intervention.

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtig
Grad af PTSD-symptomer	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Grad af k-PTSD/DSO-symptomer*	Behandlingsslut/længste opfølgning	Kritisk
Frafald fra behandling (af alle årsager)	Under behandling	Vigtigt
Funktionsniveau	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Livskvalitet	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt
Skadelige virkninger	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvmordshandlinger/suicidalitet	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Selvskade	Under behandling/under opfølgning	Vigtigt
Aggressiv/voldelig adfærd	Behandlingsslut/længste opfølgning	Vigtigt

*De tre DSO-symptomer bliver nogle gange målt som separate outcomes, og DSO vil derfor enten blive rapporteret som DSO (samlet) og/eller separat for de tre DSO-symptomer: negativt selvbillede, emotionel dysregulering og interpersonelle forstyrrelser.

13.2 Patientpræferencer

Det var ikke muligt, at få personer med levede erfaringer med PTSD med i den kliniske arbejdsgruppe og forskningsgruppen. Derfor blev der oprettet et samarbejde mellem forskningsgruppen og Landsforeningen for PTSD-ramte og pårørende for at undersøge voksne med PTSD's behandlingspræferencer og holdninger til de fokuserede spørgsmål. Forskningsgruppen udviklede et spørgeskema ved hjælp af REDCap *[210][211]*, hvor der blev spurgt ind til deltagernes holdninger til psykoterapier inkluderet i den kliniske retningslinje. Spørgeskemaet indeholdt en kort beskrivelse af de relevante psykoterapier for hvert fokuseret spørgsmål. Deltagerne kunne blandt andet angive, om de havde erfaringer med den pågældende psykoterapi samt i hvor høj grad, de fandt psykoterapien relevant til behandling af PTSD og de undersøgte komorbiditeter. For at kunne deltage i undersøgelsen var det et krav, at deltageren aktuelt havde eller tidligere havde haft diagnosen PTSD.

Et link til spørgeskemaet blev sendt til formanden for foreningen, som videresendte det til alle foreningens medlemmer. Denne procedure blev aftalt, for at besvarelserne kunne være anonyme. Patientpræferencerne udgør sammen med klinikeres erfaringer og resultaterne af de systematiske reviews evidensgrundlaget for anbefalingerne i den kliniske retningslinje. Det skal understreges, at patientpræferencerne er baseret på holdningerne blandt dem, der svarede på spørgeskemaet, og at de dermed ikke nødvendigvis er

repræsentative for alle personer med PTSD.

13.3 Systematiske reviews

Udarbejdelse af det systematiske review, der ligger til grund for den kliniske retningslinje følger overordnet Sundhedsstyrelsens metodehåndbog: model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]*, hvor evidens bliver selekteret og evalueret trinvist gennem systematiske søgninger af hhv. eksisterende kliniske retningslinjer, systematiske reviews og primærlitteratur. En forenklet version af forskningsprotokollen blev registreret i PROSPERO-databasen (CRD42022376117).

13.3.1 Kriterier for udvælgelse af studier i systematiske reviews

Kriterier for inklusion og eksklusion af kliniske retningslinjer, systematiske reviews og primærlitteratur blev defineret med udgangspunkt i de fem fokuserede spørgsmål og i overensstemmelse med Population, Intervention, Control and Outcomes (PICO)-kriterier, som defineret i Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions *[212]*. De fulde PICO-kriterier kan ses i Kapitel 13.3.1.5, PICO-tabel.

13.3.1.1 Typer af patienter (population)

Voksne (>18 år) i ambulant regi med en formel PTSD-diagnose (eller k-PTSD-diagnose) i henhold til Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tredje udgave (DSM-III) *[213]*, tredje udgave revideret (DSM-III-R) *[214]*, fjerde udgave (DSM-IV) *[215]*, fjerde udgave tekst revision (DSM-IV-TR) *[216]*, femte udgave (DSM-5) *[170]* og femte udgave tekst revision (DSM-5-TR) *[217]* eller i henhold til International Classification of Diseases tiende (ICD-10) *[7]* eller ellevte udgave (ICD-11) *[9]*.

Der vil desuden være kriterier specifikke for de enkelte fokuserede spørgsmål (se Kapitel 13.3.1.5, PICO-tabel).

13.3.1.2 Typer af interventioner

Som eksperimentel intervention blev alle typer af psykoterapi uanset teoretisk orientering og format (face-to-face, internet eller kombination af disse) i en ambulant setting inkluderet.

Definition på psykoterapi fulgte definition af Benish, Imel & Wampold *[218]*: Psykoterapi blev defineret som en samtalebaseret intervention, som er tilpasset behandlingen af patienter ud fra en terapeutisk relation og leveret af en uddannet kliniker. Interventionen skulle møde minimum to af følgende kriterier: (a) referer til en etableret skole eller tilgang inden for psykoterapi; (b) har en beskrivelse af terapien, der indeholder en reference til en psykologisk proces (f.eks. operant betingning); (c) referer til en behandlingsmanual, der er blevet anvendt til at guide udførslen af terapien; (d) identificerer de aktive ingredienser i terapien og har referencer for disse ingredienser.

Kropsfokuserede terapier blev anset som relevante, så længe de inkluderede en samtalebaseret modalitet og mødte kriterierne for en psykoterapi.

13.3.1.3 Typer af kontrolgrupper

Kontrolinterventioner inkluderede: enhver psykologisk intervention (som defineret under 13.3.1.2, Typer af interventioner), traumefokuseret eller ej; uspecificerede kontrolinterventioner (f.eks. vanlig behandling; eng. treatment-as-usual; TAU); enhver specificeret aktiv ikke-psykologisk intervention (f.eks. afslapningsteknikker, psykoedukation, sociale interventioner, alternative interventioner); medicinsk behandling; eller passive kontrolgrupper (f.eks. venteliste eller ingen behandling).

13.3.1.4 Typer af outcomes

Outcomes blev kategoriseret som enten kritiske eller vigtige. Outcomes måtte være enten patient- eller kliniker-rapporteret. Hvis begge rapporteringer var tilgængelige for samme outcome, blev klinikerrapporterede outcomes prioriteret. Det kritiske

outcome PTSD-symptomer blev anvendt for alle spørgsmål. Vigtige outcomes for alle spørgsmål inkluderede funktionsniveau, livskvalitet og skadelige virkninger. Yderligere var der kritiske og vigtige outcome specifikke for hvert af de fokuserede spørgsmål (se PICO-tabellen eller Kapitel 13.2, Fokuserede spørgsmål, for ydereligere information).

Der blev kun inkluderet outcome-målinger, der var baseret på validerede instrumenter, med undtagelse af spontan rapportering af skadelige virkninger og frafald fra behandling.

13.3.1.5 PICO-tabel

Tabel 2.

PICO inklusionskriterier for hvert af de fem fokuserede spørgsmål

	S1	S2	S3	S4	S5
Typer af patienter	**Hovedkriterier**				
	Voksne (>18 år) i ambulant regi med diagnosen PTSD i henhold til DSM III-5 eller ICD 10/11 kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose.				
	Yderligere spørgsmålsspecifikke kriterier				
	N/A	Diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse efter DSM-III-5- eller ICD-10/11-kriterier, jf. et struktureret interview eller kliniker-administreret diagnose, eller anses for at have klinisk signifikante symptomer[a] på en personlighedsforstyrrelse.	Diagnosticeret med en depressiv lidelse i henhold til DSM-III-5- eller ICD-10/ 11-kriterier, eller anses for at have klinisk signifikante depressions symptomer. [a]	Diagnosticeret med en dissociativ lidelse i henhold til DSM-III-5- eller ICD-11-kriterier, eller anses for at have klinisk signifikante dissociative symptomer. [a]	Klinisk signifikante symptomer [a] af k-PTSD-domænet Disturbances in Self-Organisation (DSO), nemlig følelsesmæssig dysregulering, negativ selvopfattelse og interpersonel forstyrrelse.
				Alternative spørgsmålsspecifikke kriterier [b]	
				Diagnosticeret med PTSD med dissociative symptomer i henhold til DSM-5, jf. et struktureret interview eller kliniker-administreret diagnose.	En diagnose af kompleks PTSD (k-PTSD) i henhold til ICD-11 kriterier, jf. et struktureret interview eller en kliniker-administreret diagnose.
Typer af interventioner	Enhver traumefokuseret	Enhver psykologisk intervention leveret i ethvert format i en ambulant setting. Kropsorienterede interventioner anses også for at være berettigede, så længe de omfatter en talebaseret modalitet			

	psykologisk intervention, der inkluderer eksponering, leveret i ethvert format. Kropsorienterede interventioner betragtes også som kvalificerede, så længe de inkluderer eksponering og en samtalebaseret modalitet leveret af en uddannet klinker.	leveret af en uddannet kliniker. Derudover skal to af følgende fire kriterier være opfyldt: Der skal være refereret til en etableret skole/tilgang til psykoterapi. Der skal være en beskrivelse af terapien, som indeholder en henvisning til en psykologisk process. Der skal henvises til en behandlingsmanual, som blev brugt til at vejlede udførslen af behandlingen. Aktive ingredienser i behandlingen bør være identificeret og citeret. *[218]*
Typer af kontrolinterventioner	Enhver psykologisk intervention, som ikke inkluderer traumefokuseret eksponering, leveret i ethvert format. Kropsorienterede interventioner anses også for at være berettigede, så længe de omfatter en samtalebaseret modalitet leveret af en uddannet kliniker.	Kvalificerede kontrolinterventioner inkluderer: enhver psykologisk intervention som defineret ovenfor, uspecificerede kontrolinterventioner (f.eks. vanlig behandling; eng. treatment-as-usual; TAU), enhver specifik aktiv ikke-psykologisk intervention (f.eks. afspændingsteknikker, patientuddannelsesprogrammer eller fællesskabsbehandlinger) eller evt. passive komparatorer (f.eks. venteliste eller ingen behandling).
Typer af outcomes	Outcomes kan enten være selvvurderet af patienter eller observatørvurderet af klinikere. Kun tilstrækkeligt validerede vurderingsinstrumenter vil blive inkluderet udover spontan indberetning af skadelige virkninger og frafald fra behandling. Outcomes kategoriseres som enten kritiske eller vigtige.	
	Outcomes for alle spørgsmål	
	Kritisk: PTSD-symptomer (jf. ICD-10/11, DSM-III-5) Vigtig: Psykosocialt/erhvervsmæssigt funktionsniveau Livskvalitet Skadelige virkninger [c, d]	
	Spørgsmålsspecifikke outcomes	
	Kritisk: Frafald fra behandling	Vigtig: Selvskade, i forhold til andelen af deltagere med selvskadende adfærd eller vurderet på en skala.

	Vigtig: Tilfredshed med behandling	Selvmordsadfærd, i forhold til andelen af deltagere med selvmordshandlinger/suicidalitet eller vurderet på en skala. Frafald fra behandling, i form af antal tabte deltagere efter randomisering i hver behandlingsgruppe.			
		Kritisk: Personlighedsforstyrrelsessymptomer Vigtig: Voldelig/aggressiv adfærd	Kritisk: Depressions-symptomer	Kritisk: Dissociative symptomer	Kritisk: K-PTSD-symptomer (DSO-symptomer) Vigtig: Voldelig/ aggressiv adfærd
Tidsramme	Ved behandlingsslut				

Note. DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD = International Classification of Diseases; PTSD = posttraumatisk belastningsreaktion [eng. post-traumatic stress disorder]; k-PTSD = kompleks posttraumatisk belastningsreaktion.

[a] Ved mangel af en diagnose kan en patient anses for at have kliniske signifikante symptomer på en specifik lidelse, hvis symptomerne er blevet målt på en skala med en valideret cut-off-score, og patientens score ligger over nævnte cut-off. Cut-off-scoren bør være fra enten 1) en publiceret artikel om den kliniske validitet for nævnte cut-off, eller 2) en valideringsartikel for den pågældende skala, hvor en klinisk cut-off er etableret.

[b] Betragtes som et berettiget alternativ til hovedkriterier og specifikke kriterier for det fokuserede spørgsmål, dvs. deltagere, der udelukkende opfylder disse kriterier, betragtes som kvalificerede.

[c] Skadelige virkninger defineres som ugunstige resultater, der opstår under eller efter interventionen. Der vil ikke blive lavet begrænsninger på typen af skadelige virkninger. Potentielle eksempler kan omfatte hændelser, der fører til død, som kræver indlæggelse på hospital eller forlængelse af eksisterende hospitalsindlæggelse, er livstruende, resulterer i betydelig eller vedvarende funktionsnedsættelse eller en stigning i ugunstige psykopatologiske udfald (f.eks. signifikant klinisk stigning i angst eller depression). Skadelige virkninger kan vurderes med standardiserede psykometriske vurderingsskalaer eller ved spontan rapportering.

[d] Da selvskade og selvmordsrelaterede outcomes ikke er inkluderet som individuelle outcomes i fokuseret spørgsmål 1, vil disse blive betragtet som skadelige virkninger, hvis de bliver rapporteret.

13.3.2 Systematisk litteratursøgning

Søgestrategien fulgte Sundhedsstyrelsens model for litteraturudvælgelse *[15]*, ifølge hvilken evidens udvælges og vurderes trinvist startende med søgning efter eksisterende kliniske retningslinjer publiceret i løbet af de seneste 10 år.

Såfremt kliniske retningslinjer ikke besvarede de fokuserede spørgsmål, eller kvaliteten blev evalueret som ikke-tilstrækkelig, blev der søgt efter systematiske reviews publiceret i løbet af de seneste 10 år. Hvis et eller flere af disse systematiske reviews kunne bruges (dvs. besvarede ét af de fem fokuserede spørgsmål og vurderedes at være af tilstrækkelig kvalitet), blev de blive opdateret for at sikre, at den nyeste litteratur kom med.

Hvis heller ikke de systematisk reviews besvarede de fokuserede spørgsmål, blev der søgt efter primærlitteratur publiceret i løbet af de seneste 20 år. Primærlitteratur skulle være randomiserede kontrollerede studier omhandlende de respektive fokuserede spørgsmål.

Udover begrænsning på publikationsår blev søgninger også begrænset til engelsk og skandinaviske sprog (dansk, norsk, svensk).

13.3.2.1 Litteratursøgning i elektroniske databaser

For kliniske retningslinjer, systematiske reviews og primærlitteratur blev der søgt i følgende elektroniske databaser: Medline, Embase, Cochrane Central, PsycINFO, CINAHL, OTSeeker og PEDRO. For primærlitteratur blev forsøgsregistrene Clinicaltrials.gov og WHO International Clinical Trials Registry Platform (CTRP) også gennemsøgt. De tre søgestrategier (retningslinjer, systematiske reviews og primærlitteratur) blev tilpasset de forskellige databaser med den passende syntaks og kontrollerede søgetermer.

Følgende kilder blev desuden gennemsøgt i forbindelse med søgningen efter eksisterende kliniske retningslinjer: G-I-N International; NICE (UK); Trip Database; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); HTA Databasen; Netpunkt; SBU,

Sverige; Socialstyrelsen, Sverige; Helsedirektoratet, Norge; Folkehelseinstituttet (FHI), Norge; NHMRC, Australia; CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines, Canada; American Psychiatric Association (APA); World Health Organization (WHO) Guidelines; Center for Kliniske Retningslinjer (CFKR); CADTH; og Guideline Central. Flere websider med fokus på PTSD eller psykiatri blev også gennemsøgt. Alle søgeprotokoller kan findes i Kapitel 16, Bilag.

13.3.3 Dataindsamling og analyse

De systematiske reviews, der danner grundlag for retningslinjen, blev udført i overensstemmelse med anbefalingerne i Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions *[212]*. Meta-analyser blev udført ved brug af den seneste version af Review Manager (RevMan 5) *[219]*.

13.3.3.1 Udvælgelse af studier

Softwaren Covidence *[223]* blev anvendt til udvælgelse af studier. Én review-forfatter (JPS eller LM) screenede titler og abstracts af eksisterende kliniske retningslinjer og systematiske reviews. Titler og abstracts for al fremsøgt primærlitteratur blev screenet af to review-forfattere (JPS, SCBD, LM, MSJ, AMTP, LBM, NP eller SFA) uafhængigt af hinanden. Usikkerhed eller uenighed blev løst gennem konsensus eller ved inddragelse af en tredje forfatter. For studier, der blev anset for at være potentielt relevante, blev fuldtekster indhentet og vurderet for inklusion jf. inklusionskriterierne af to review-forfattere (JPS, LM, DBI, SCBD, OJS, FLG, MTK, BR eller LBM) uafhængigt af hinanden. Usikkerhed eller uenighed blev løst gennem konsensus eller ved inddragelse af en tredje forfatter. Årsag til ekskludering for alle fuldtekster, som ikke blev fundet at være kvalificerede til inklusion, er opført i tabellen Karakteristika for ekskluderede studier. Udvælgelsesprocessen er dokumenteret i et flow-chart i overensstemmelse med Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-retningslinjerne *[224]*.

Ved inklusion af kliniske retningslinjer blev potentielt relevante studier fra disse retningslinjer ekstraheret til en separat Covidence-mappe (anden litteratur), hvor de blev screenet på samme måde som primærlitteraturen. Ved inklusion af systematiske reviews blev de relevante studier fra disse reviews ligeledes ekstraheret til en separat Covidence-mappe (anden litteratur), hvor de blev screenet på samme måde som primærlitteratur, for at sikre at alle studier mødte inklusionskriterierne.

13.3.3.2 Dataekstraktion og håndtering

Softwaren Covidence *[223]* blev anvendt til dataekstraktion. Én af review-forfatterne (JPS) udarbejdede tre udkast til dataudtræksformularer i Covidence (for hhv. kliniske retningslinjer, systematiske reviews og primærlitteratur), som blev godkendt af metodespecialisten (OJS). To review-forfattere (JPS, LM, DBI eller MTK) ekstraherede data uafhængigt af hinanden i den relevante ekstraktionsformular. Uenigheder blev løst ved konsensus eller om nødvendigt ved inddragelse af en tredje forfatter. Ekstraheret data inkluderede information om studiet, demografi, information om intervention og kontrolintervention samt scores for alle relevante outcomes (ved tidspunkterne: før behandling, behandlingsslut og opfølgning).

Ved inklusion af systematiske reviews blev informationerne om de inkluderede studier ekstraheret direkte fra reviewet. Hvis reviewet ikke opgav nok information, blev data estraheret direkte fra primærstudiet.

Data blev ekstraheret fra Covidence til den seneste version af Review Manager (RevMan 5) *[219]* for analyse.

13.3.3.3 Kvalitetssikring af inkluderede studier

Alle kvalitetsvurderinger blev udført af to review-forfattere uafhængigt af hinanden. Eventuelle uenigheder blev løst ved konsensus eller ved inddragelse af en tredje forfatter. Eksisterende kliniske retningslinjer blev kvalitetsvurderet med værktøjet Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) *[225]*. Systematiske reviews blev vurderet med A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews 2 (AMSTAR 2) *[226]*. For individuelle randomiserede kliniske forsøg blev kvaliteten vurderet ved hjælp af Cochranes værktøj til vurdering af Risk of Bias 2 (RoB-2) *[227]*.

Ved inklusion af systematiske reviews anvendtes de kvalitetsvurderinger, der var lavet i det originale systematiske review, såfremt review-forfatterne havde anvendt RoB-2 og to review-forfattere havde udført vurderingen uafhængigt af hinanden. Hvis det inkluderede review ikke anvendte RoB-2 (men f.eks. RoB-1), eller vurderingerne kun var udført af én forfatter, blev vurderingerne lavet på ny med RoB-2 på samme måde som for primærlitteratur. Såfremt et review kun havde udført RoB-2 på

ét outcome, blev denne vurdering anvendt og nye vurderinger udført for de øvrige relevante outcomes.

13.3.3.4 Metaanalyse

Data blev analyseret i den seneste version af Review Manager (RevMan 5) *[219]*. Effekten af intervention på de kritiske og vigtige outcomes blev evalueret med inverse variance random effects model-metaanalyser, da vi forventede en del heterogenitet. Fixed-effect-model-metaanalyser blev anvendt i sensitivitetsanalyser. En P-værdi ≤ 0.05 blev vurderet som statistisk signifikant. Effektstørrelser på de kontinuerlige outcomes blev beregnet med mean difference (MDs) med 95% konfidensintervaller. Standardised mean differences (SMDs) med 95% konfidensinterval blev anvendt, hvor studierne brugte forskellige skalaer til at måle det samme outcome. Dikotome outcomes som frafald og skadelige virkninger blev beregnet som Risk Ratio (RR) med 95% konfidensinterval. Vi vurderede en SMD-værdi på 0.2 til at betyde en lille effekt, 0.5 til at betyde en moderat effekt, og 0.8 til at betyde en stor effekt *[212]*. Ved brug af MD blev en forskel mellem intervention og kontrolintervention på mere end en halv standardafvigelse (eng. standard deviation; SD) vurderet som en klinisk signifikant effekt *[220]*. En effekt over 0.5 SMD blev vurderet som klinisk signifikant *[221][222]*. Endelig plan for subgruppeanalyser og sensitivitetsanalyser afhang af PICO-kriterierne (se Kapitel 13.3.3.6, Undersøgelse af heterogenitet (subgruppe- og sensitivitetsanalyser), for yderligere information). Vi evaluerede statistisk heterogenitet med Chi^2 og I^2 -statistisk *[212]*.

13.3.3.5 Undersøgelse af publikationsbias

Der blev lavet funnel plots og udført Eggers statistiske test for små undersøgelseseffekter *[228]* for de forud-specificerede kritiske outcomes; asymmetri i tragtdiagrammet kan indikere publikationsbias eller ægte heterogenitet mellem små og store forsøg *[212]*. Det er vigtigt at vurdere tragtaksen i tragtplottet, da en signifikant Eggers test også kan indikere publikationsbias eller skyldes ægte små behandlingseffekter. Efter anbefaling fra Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions blev funnel plots ikke udført, hvis færre end ti forsøg var inkluderet i metaanalysen *[212]*.

13.3.3.6 Undersøgelse af heterogenitet (subgruppe- og sensitivitetsanalyser)

Flere subgruppeanalyser blev udført for at undersøge potentiel heterogenitet og for at undersøge diverse faktorer, som den kliniske arbejdsgruppe (KA) ønskede at undersøge effekten af. Hvilke analyser der blev udført varierede, baseret på antal studier inkluderet i metaanalyserne samt det undersøgte spørgsmål.

Subgruppeanalyser	Spørgsmål & outcomes
Terapi-modalitet (f.eks. individuel vs. gruppeterapi)	S1: Kritiske outcomes
Type psykologisk intervention (f.eks. PE, KAT, CPT)	S1: Kritiske outcomes S2-5: Kritiske og vigtige outcomes
Type kontrolintervention (traumefokuseret terapi; ikke-traumefokuseret terapi; vanlig behandling (TAU); venteliste/ingen behandling; alternativ intervention; farmakologisk intervention; kropsterapi)	S2-5: Kritiske og vigtige outcomes
Længde på intervention (5-12 uger; 13-23 uger; >6 måneder)	S1: Kritiske outcomes
Antal sessioner (5-12 sessioner; 13-23 sessioner; >24 sessioner)	S1: Kritiske outcomes

Der blev desuden udført sensitivitetsanalyser fokuseret på patienter i regi af psykiatri, da KA hovedsageligt var interesseret i populationen i ambulant psykiatri. Såfremt der var nok studier, blev alle andre PTSD-populationer fjernet (f.eks. veteraner og flygtninge) fra analyserne for at se, om der var en forskel i effektstørrelser. Hvis muligt, blev analyserne udført på de kritiske outcomes for alle fokuserede spørgsmål .

13.3.3.7 GRADE

Tilgangen GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) *[229][230]* blev anvendt til at konstruere evidensprofiler mhp. at præsentere resultaterne af de systematiske reviews. GRADE-tilgangen vurderer kvaliteten af et bevismateriale, baseret på i hvilket omfang man kan have tiltro til, at den estimerede effekt afspejler den sande effekt. Determinanter for kvaliteten omfatter de individuelle studiers risiko for bias, heterogenitet af evidensen (inkonsistens), evidensens direktehed, præcision af effektestimaterne samt mulig publikationsbias (se Kapitel 13.3.3.5, Undersøgelse af publikationsbias). Gradering af evidensen skete i to faser. Først blev tiltroen til estimaterne af effekten for de enkelte outcomes graderet, og derefter den samlede evidens for det pågældende fokuserede spørgsmål. Tiltroen til evidensen for hvert outcome blev vurderet til at være enten høj, moderat, lav eller meget lav jf. GRADE-kriterierne.

13.3.4 Evaluering af klinisk betydning og anbefalingsstyrke

Udviklingen af de kliniske anbefalinger fulgte GRADE-metoden, Evidence to Decision *[229]*, som er implementeret i MAGICapp *[231]*.

Forskningsgruppen præsenterede evidensen fra den systematiske gennemgang for den kliniske arbejdsgruppe (KA) under to arrangementer arrangeret af Klinisk Akademisk Gruppe for Psykoterapi (KAG Psykoterapi), hvor de to grupper diskuterede de kliniske anbefalinger. KA udarbejdede de kliniske anbefalinger for det pågældende fokuserede spørgsmål, baseret på den forskningsmæssige evidens, patientpræferencer samt gruppens kliniske erfaringer og viden på området. Var der ikke tilstrækkelig eller tilfredsstillende forskningsmæssig evidens for en psykoterapi til at kunne understøtte en anbefaling, udarbejdede KA en god praksis-anbefaling, baseret på gruppens kliniske erfaringer og viden. Var der manglende evidens for en given psykoterapi, kunne KA lave en anbefaling for videre forskning på området.

Forskningsgruppen lavede et udkast til den kliniske retningslinje. Udkastet blev sendt til referencegruppen for feedback, før udkastet blev diskuteret i KA. Den endelige kliniske retningslinje bygger således på forskningsbaseret evidens, patientpræferencer og klinisk erfaring. Det endelige udkast til kliniske anbefalinger blev sendt i peer-review i referencegruppen, inden styregruppen godkendte den endelige kliniske retningslinje.

14. Organisation

Samarbejdsmodellen for udvikling af nærværende kliniske retningslinje for psykoterapi til voksne med PTSD med komorbiditet eller kompleks PTSD blev som udgangspunkt baseret på Sundhedsstyrelsens model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer *[15]* tilpasset organisationsstrukturen i i Psykiatrien Region Sjælland (PRS) og Region Hovedstadens Psykiatri (RHP). Organisatorisk blev der nedsat en 1) styregruppe, 2) forskningsgruppe, 3) klinisk arbejdsgruppe og 4) referencegruppe:

Styregruppen

Styregruppen har godkendt samarbejdsmodel og protokol for systematisk review samt endelig udgave af den kliniske retningslinje:

- Sidse Marie Arnfred, md, m.sc., ph.d., dm.sc., forskningschef, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland. Klinisk professor i psykiatri, Institut for Klinisk Medicin, SUND, Københavns Universitet (leder af styregruppen)
- Nicole Rosenberg, cand.psych.aut., specialpsykolog i psykiatri, klinikleder, Psykoterapeutisk Klinik, Nannasgade, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri / Psykiatrisk Klinik Roskilde, Psykiatrien Region Sjælland
- Nina Reinholt, cand.psych.aut., ph.d., specialist og supervisor i psykoterapi, seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- Ole Jakob Storebø, ph.d., dr.med., professor, Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- Lene Falgaard Eplov, md, ph.d., forskningsoverlæge, Forskningsenheden Copenhagen Research Centre for Mental Health (CORE), Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri
- Per Sørensen, md, ph.d., centerchef, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Region Hovedstadens Psykiatri
- Tilka Schneider (brugerrepræsentant)

Klinisk arbejdsgruppe

Den kliniske arbejdsgruppe (KA) bestod af kliniske fagspecialister og forskere på området i PRS og RHP. Den kliniske arbejdsgruppe formulerede de relevante kliniske fokuserede spørgsmål og de kliniske anbefalinger:

- Lise Møller, cand.psych.aut., ph.d., Psykoterapeutisk Klinik Nannasgade, Psykiatrisk Center København / Psykiatrisk ambulatorie for behandling af selvskade, Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri (leder af klinisk arbejdsgruppe)
- Nina Reinholt, cand.psych.aut., ph.d., specialist og supervisor i psykoterapi, seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland (leder af klinisk arbejdsgruppe)
- Line Bang Mikkelsen, cand.psych.aut., specialpsykolog i psykiatri, Regionsfunktion for PTSD, Psykiatrien Region Sjælland
- Jens Christian Arleth Andersen, cand.psych.aut., certificeret sensorimotor terapeut, Psykiatrisk Klinik Roskilde, Psykiatrien Region Sjælland
- Flemming Bang Rasmussen, cand.psych.aut., specialist i sundhedspsykologi, Psykiatrisk Klinik Holbæk, Psykiatrien Region Sjælland
- Sanne Greve Rasmussen, ergoterapeut og psykoterapeut MPF, Psykiatrisk Klinik Slagelse, Psykiatrien Region Sjælland
- Stephen Fitzgerald Austin, cand.psych.aut., ph.d., seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland / Institut for Psykologi, Københavns Universitet
- Cathrine Wohlert, afsnitsledende overlæge, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Region Hovedstadens Psykiatri
- Mads Christian Jensen, cand.psych.aut., team-koordinator, Psykoterapeutisk Ambulatorium – PTSD-team, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Nicole Rosenberg, cand.psych.aut., specialpsykolog i psykiaatri, klinikleder, Psykoterapeutisk Klinik Nannasgade, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri / Psykiatrisk Klinik Roskilde, Psykiatrien Region Sjælland

Deltagelse i første arbejdsgruppemøde:

- Jacob Sander Hansen, cand.psych., Psykoterapeutisk Ambulatorium, Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Christina Jørck, cand.psych.aut., specialpsykolog i psykiatri, Distriktpsykiatrien Ringsted / Slagelse, Psykiatrien Region Sjælland

Forskningsgruppe

Forskningsgruppen har udarbejdet de systematiske reviews (protokol, databehandling, publikation) samt udkast til den kliniske retningslinje:

- Ole Jakob Storebø, ph.d., dr.med., professor, Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland (leder af forskningsgruppen; metodespecialist)
- Lise Møller, cand.psych.aut., ph.d., Psykoterapeutisk Klinik Nannasgade, Psykiatrisk Center København / Psykiatrisk ambulatorie for behandling af selvskade, Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Julie Perrine Schaug, cand.psych., forskningsassistent, Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland

- Nina Reinholt, cand.psych.aut., ph.d., specialist og supervisor i psykoterapi, seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- Vibeke Rabjerg Grünbaum, forskningsbibliotekar, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland (informationsspecialist)
- Dyveke Bové Illum, stud.cand.psych., Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland / Syddansk Universitet
- Magnus Tang Kristensen, stud.cand.psych., Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland / Syddansk Universitet

Endvidere bidrag fra:

- Nina Nørrelykke Paulsen, cand.psych., Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Psykiatrien Region Sjælland
- Line Bang Mikkelsen, cand.psych.aut, specialpsykolog i psykiatri, Regionsfunktion for PTSD, Psykiatrien Region Sjælland
- Stephen Fitzgerald Austin, cand.psych.aut., ph.d., seniorforsker, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland / Institut for Psykologi, Københavns Universitet
- Sidsel Christine Buskbjerg Døssing, stud.cand.psych., Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland / Syddansk Universitet
- Mie Sedoc Jørgensen, cand.psych.aut., ph.d., specialist i psykoterapi, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- Maria Quistgaard, cand.psych., Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- Frida Lau Græbe, cand.psych., forskningsassistent, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- Sophie Juul, cand.psych. aut., ph.d., post.doc., Copenhagen Trial Unit, Center for Klinisk Interventionsforskning, Rigshospitalet, Region Hovedstaden / Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Region Hovedstadens Psykiatri
- Oliver Rumle Hovmand, md, ph.d.-stud., Psykiatrisk Forskningsenhed / Psykiatrien Syd, Vordingborg, Psykiatrien Region Sjælland
- Bent Rosenbaum, dr.med., professor emeritus, konsulent, overlæge, Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Amager, Region Hovedstadens Psykiatri / Institut for Psykologi, Københavns Universitet
- Adrian Maria Tremel Porsing, stud.cand.psych., Center for Evidensbaseret Psykiatri, Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland / Syddansk Universitet
- Ida-Marie Arendt, cand.psych.aut., ph.d.-stud., Institut for psykologi, Syddansk Universitet / Psykiatrien Region Syddanmark, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere

Referencegruppe

Referencegruppen bestod af fagspecialister og forskere på PTSD-området. Referencegruppen blev udpeget af styregruppen og bistod forskningsgruppen med kritiske kommentarer på afgrænsing og fagligt indhold i retningslinjen:

- Sofie Folke, cand.psych.aut., ph.d., seniorforsker, Veterancenteret, Militærpsykologisk afdeling
- Cæcilie Böck Buhmann, speciallæge i psykiatri, ph.d., adjungeret lektor, Traumeklinikken
- Britta Tendal Jeppesen, msc. public health, ph.d., Future Evidence Foundation
- Trine Maria Nørregaard Hansen, ledende overlæge, Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Stine Bjerrum Møller, cand.psych.aut., ph.d., lektor, Syddansk Universitet, Institut for psykologi / Psykiatrien Region Syddanmark, Afdeling for Traume- og Torturoverlevere

15. Begreber og forkortelser

Absolut effekt	Effekten af en given intervention målt i absolutte tal. Hvis risikoen for at dø af en sygdom f.eks. er 3 per 1000, og en behandling nedsætter denne risiko til 2 per 1000, er den absolutte effekt 1 per 1000. Den tilsvarende relative effekt er en 33% reduktion af dødeligheden, hvilket kan synes mere imponerede, men kan give et misvisende indtryk af den virkelige effekt. Derfor foretrækkes det normalt at præsentere absolutte frem for relative effekter. Bemærk at den absolutte effekt vil variere med hyppigheden (prævalensen) at et givent udfald, selvom den relative effekt er konstant. Dette kan have betydning f.eks. ved vurdering af behandlingers relevans i forskellige subgrupper af patienter.
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II. Værktøj til kvalitetsvurdering af retningslinjer.
AMSTAR 2	A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews 2. Værktøj til kvalitetsvurdering af systematiske reviews.
Baseline risiko	Ved dikotome udfald (enten-eller udfald) betegner baseline risiko risikoen for et givet udfald ved forsøgets begyndelse. Ved kontinuerlige udfald (udfald målt på en skala) betegner baseline risiko en gennemsnitlig målt værdi ved forsøgets begyndelse. Et relateret begreb, assumed risk, findes i Summary of Findings-tabellerne og betegner risikoen for et givent udfald i forsøgets kontrolgruppe eller en risiko i en kontrolgruppe hentet fra f.eks. befolkningsstatistik eller observationelle studier.
Bias	Bias er systematiske fejl i et studie, der fører til over- eller under-estimering af effekten.
Blinding	Blinding indebærer, at det under forsøget er ukendt, hvilken gruppe en deltager er fordelt til. Flere parter kan være blindet, f.eks. deltageren, behandleren, den der vurderer udfaldet, samt den der analyserer data.
Cognitive Processing Therapy (CPT)	En traumefokuseret kognitiv terapi, der fokuserer på sammenhænge mellem tanker, følelser, adfærd og kropslige fornemmelser. Fokus er at identificere, hvordan traumatiske oplevelser ændrer tanker og overbevisninger, og hvordan tanker påvirker aktuelle følelser og adfærd. En vigtig del af behandlingen er at identificere og adressere uhensigtsmæssige måder at tænke på, som kan stå i vejen for patientens bedring.
95% CI	95% konfidensinterval (eng.: confidence interval). Det vil sige, at der er 95% sandsynlighed for, at den sande værdi ligger et sted i intervallet. Jo smallere intervallet er, des større tiltro kan vi have til resultatet af testen.
Confounding	En confounder er et fænomen, som kan mudre et forskningsresultat således, at man drager ukorrekte konklusioner om sammenhæng mellem årsag og virkning.
Dialektisk adfærdsterapi (DAT)	En evidensbaseret psykoterapi, der kombinerer standard kognitive adfærdsterapi-teknikker til følelsesregulering og realitetstestning med begreber som nødstolerance, accept og opmærksom bevidsthed, der i vid udstrækning er afledt af kontemplativ meditativ praksis. DAT er den første terapi, der eksperimentelt har vist sig at være generelt effektiv til behandling af emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type.
Frafald	Antal patienter, som ikke gennemfører den planlagte behandling og/eller undersøgelse.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Udgives af American Psychiatric Association. Aktuelt benyttes femte version (DSM-5).
DSO-symptomer	(eng.: Disturbances in Self-Organisation). Refererer til specifikke symptomer ved k-PTSD og omfatter vedvarende forstyrrelser i selvorganisation fordelt på 3 tre klynger: 1) dysfunktionel emotionsregulering (eng.: affective dysregulation), 2) negativt selvbillede (eng.: negative self-concept) og 3) interpersonelle forstyrrelser (eng.: disturbances in relationships).
Emotionelt ustabil personlighedsstruktur - borderline type (BPD)	Refererer til ICD-10-diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur – borderline type eller DSM-5-diagnosen Borderline Personality Disorder (BPD)
Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	En psykoterapi, hvor forstyrrende traumatiske erindringer bearbejdes, mens patienten samtidig foretager dobbeltsidige bevægelser (bilateral stimulering), f.eks. ved at bevæge øjnene frem og tilbage eller i form af klapning på overarme eller hænder, imens terapeuten sidder over for patienten og beder denne beskrive en traumatisk situation.
GRADE	GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) er et internationalt anvendt systematisk og transparent system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at give anbefalinger for et fokuseret spørgsmål baseret herpå. GRADE specificerer eksplicitte kriterier, hvormed man kan vurdere tiltroen til evidensen fra meget lav til høj. Kriterierne er: risiko for bias, inkonsistens, unøjagtighed, overførbarhed samt risiko for publikationsbias.
Hazard ratio (HR)	Betegner en ratio mellem to rater af udfald, dvs. hvor ofte et givent udfald forekommer i én gruppe sammenlignet med i en anden. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe f.eks. er 10 per 100, mens den er 20 per 100 i kontrolgruppen, er hazard ratio 2. HR angives normalt med et konfidensinterval.
Heterogenitet	Inkonsistens imellem resultater fra forskellige studier, måles f.eks. ved I^2 (se nedenfor).

I^2	Angiver den procentdel af variansen i en metaanalyse, som skyldes heterogenitet. Heterogenitet I^2 udtrykker forskelle i resultaterne i de inkluderede studier. Hvis I^2 er høj (>50%), kan det være et udtryk for, at de inkluderede studier viser forskellige resultater.
ICD	International Classification of Diseases. Udgives af World Health Organization (WHO). Aktuelt benyttes 10. udgave (ICD-10) i Danmark, men den 11. udgave (ICD-11) er vedtaget af WHO.
Incident	Ny begivenhed eller hændelse. Forstås som optrædende for første gang.
Intervention	Den behandling/indsats, der ønskes at give en anbefaling om.
Imagery	Imagery er det samme som visualisering. Imagery-interventioner til behandling af PTSD arbejder med visualisering af traumatiske erindringer, billeder og mareridt og hjælper patienten med at genvinde kontrollen over disse.
Imagery Rehearsal (ImRs) Therapy	En kognitiv adfærdsterapi til behandling af PTSD med fokus på at reducere antallet og intensiteten af mareridt. Metoden går ud på at genforestille sig et mareridt med nye, mindre skræmmende udfald. Patienten øver sig ved at gå drømmen igennem gentagne gange med de nye afslutninger.
Imagery Rescripting Therapy (IRT)	En traumefokuseret psykoterapi, hvor patienten visualiserer forskellige udfald relateret til en traumatisk hændelse. Fokus er at genvinde kontrollen over et traumatisk minde, og der arbejdes med mentale billeder (visualisering) i tillæg til at snakke om traumet.
Interpersonel psykoterapi (IPT)	En korttidsterapi, som oprindeligt blev udviklet til behandling af depression, men som siden også er blevet tilpasset behandling af bl.a. PTSD. Metoden fokuserer ikke på genkaldelse af patientens traume, men fastholder et nutidsfokus på de aktuelle interpersonelle vanskeligheder i patientens liv, der er opstået som en konsekvens af traumatisering.
Kognitiv adfærdsterapi (KAT)	En psykoterapi karakteriseret ved, at terapeuten og patienten samarbejder om at identificere, undersøge og udvikle strategier til at ændre eller håndtere uhensigtsmæssige tanke- og adfærdsmønstre; herunder hvordan patienten erkender informationer, sanseindtryk og andre oplevelser, der måtte komme fra såvel omgivelserne som patienten selv.
Kognitiv terapi (KT)	En terapeutisk metode primært baseret på kognitiv omstrukturering, karakteriseret ved at terapeuten og patienten sammen identificerer og udfordrer patientens kognitive forvrængninger, negative automatiske tanker og underlæggende negative kognitive skemaer.
Kognitiv terapi til PTSD (KT-PTSD)	I behandlingen af PTSD har kognitiv terapi navnlig fokus på at adressere patientens negative evalueringer af traumet, autobiografiske minder om traumet og uhensigtsmæssige adfærds- og kognitive strategier, som trigger og vedligeholder patientens følelse af aktuel fare i deres hverdag.
Klinisk relevant	Et resultat er klinisk relevant, hvis størrelsen af estimatet er relevant for patienterne.
k-PTSD	Kompleks posttraumatisk belastningsreaktion (eng.: Complex PTSD, C-PTSD).
Kropsterapi	En traumefokuseret psykoterapi, hvor kroppen er et centralt element, fordi den både afspejler og påvirker de psykiske processer, der er involveret i PTSD. Traumeterapi med fokus på kroppen har til formål at hjælpe personen med at løsne den fastlåste stressrespons og genoprette kroppens balance og selvregulering. Ved at bruge kroppen som terapeutisk fokus kan terapeuten hjælpe personen med at blive opmærksom på de kropslige fornemmelser, følelser og impulser, der er forbundet med traumet samt støtte personen i at udtrykke, bearbejde og integrere disse oplevelser.
Mean difference	Den gennemsnitlige forskel mellem to grupper.
Metaanalyse	En statistisk metode til at sammenfatte resultaterne af individuelle videnskabelige forsøg til et større, overordnet estimat af behandlingseffekter. Behandlingseffektens samlede størrelse kan angives på forskellige måder (f.eks. som en relativ risiko, odds ratio eller en standardiseret, gennemsnitlig forskel mellem grupperne; SMD).
Mindfulness	En meditativ praksis eller kontinuerlig proces, hvor fokus er at træne patientens evne til at blive mere fokuseret og bevidst om nuet uden at være dømmende.
Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	En psykoterapi, der bruger kognitive terapimetoder (se kognitiv terapi) sammen med mindfulness-meditation og lignende psykologiske strategier.
Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	Et evidensbaseret program, der tilbyder sekulær, intensiv mindfulnesstræning til at hjælpe mennesker med stress, angst, depression, smerte og traumer. Der bruges en kombination af mindfulness-meditation, kropsbevidsthed, yoga og udforskning af mønstre inden for adfærd, tænkning og følelser.
Narrativ eksponeringsterapi (NET)	En kort terapiform, hvor fokus er at beskrive og udvikle en kronologisk fortælling om patientens liv, hovedsageligt koncentreret om traumatiske oplevelser, men også med inddragelse af positive livsbegivenheder.
Outcome	Udfald/effektmål. Forhold man ønsker at måle en effekt på, f.eks. symptomer, livskvalitet, frafald fra behandling eller skadelige virkninger. Outcomes vurderes som enten kritiske eller vigtige for at kunne give en anbefaling. De kritiske outcomes er styrende for anbefalingen.
PICO	De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur samt PICO-formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og

	effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes).
Population	Målgruppen for anbefalingen.
Present-Centered Therapy (PCT)	Psykoterapi, der oprindeligt blev udviklet som en kontrolterapi inden for effektforskning, men er i nyere tid også blevet anvendt som en selvstændig metode. PCT har et nutidsfokus på aktuelle vanskeligheder i patientens liv. Metoden er baseret på mere non-specifikke terapeutiske faktorer (f.eks. støtte og anerkendelse) via den terapeutiske alliance, normalisering af symptomer via psykoedukation samt træning i problemløsning.
Prolonged Exposure (PE)	En psykoterapi udviklet til personer med PTSD, hvor formålet er at bearbejde og integrere alle elementerne af traumet gennem eksponering in vivo eller imaginært.
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand.
PTSD	(eng.: Post-Traumatic Stress Disorder) Posttraumatisk belastningsreaktion.
Randomiserede forsøg (RCT)	(eng.: Randomised controlled trial; RCT). Referer til studier, hvor forsøgsdeltagere fordeles tilfældigt mellem to eller flere grupper, der får forskellig (eller ingen) behandling. Den tilfældige fordeling skal sikre, at de to studiegrupper bliver så ens, at den eneste variation mellem grupperne udgøres af, hvilken behandling personerne tilbydes.
Relativ risiko (RR)	Betegner en ratio mellem to rater af udfald. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe f.eks. er 10 pr. 100, mens den er 20 pr. 100 i kontrolgruppen, er den relative risiko 2. Angives normal med et konfidensinterval.
RoB 2	Risk of Bias 2. Værktøj til at kvalitetsvurdere randomiserede kontrollerede forsøg.
Sensitivitet	Andelen af de syge, der er korrekt identificerede som de syge (sandt positive). Opgøres som decimaltal i intervallet 0.00 til 1.00 eller som procent i intervallet 0 til 100%.
Somatic Experiencing (SE)	En kropsfokuseret psykoterapi terapi rettet mod behandling af traumer og stressrelaterede lidelser, såsom PTSD. Det primære mål er at modificere den traumerelaterede stressreaktion gennem bottom-up-behandling.
Statistisk signifikant	Betegner om estimatet af en behandlingseffekt er tilstrækkeligt præcist til, at man vil anse det for usandsynligt, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Angives oftest med 95% konfidensinterval, hvilket vil sige, at det sande effektestimat sandsynligvis vil være inkluderet i konfidensintervallet 95 ud af 100 forsøg udført på samme måde.
Standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD)	(eng.: Standardised mean difference). For outcomes, der bliver målt med forskellige skalaer i de inkluderede studier (f.eks. smerte målt på en 10-punktsskala i ét studie og på en 7-punktsskala i et andet studie), er det nødvendigt at standardisere enheden, for at kunne lave en metaanalyse. Enheden bliver nu standardafvigelser, i stedet for de enheder skalaerne oprindeligt brugte (f.eks. point på en given skala). Som en tommelfingerregel kan resultater op til 0.2, 0.5 og 0.8 tolkes som hhv. lille, moderat og stor effekt.
Specificitet	Andelen af de raske, der er korrekt identificerede som raske (sandt negative). Opgøres som decimaltal i intervallet 0,00 til 1,00 eller som procent i intervallet 0 til 100%.
Standard Deviation (SD)	Standardafvigelse eller spredningen udtrykker, hvor meget en stokastisk variabel fordeler sig om sin middelværdi.
Standard Error (SE)	Standard målefejl udtrykker præcisionen af et estimat (f.eks. relativ risiko).
Stabilisering	En psykologisk invervention med fokus på nuet frem for patientens traumehistorie. Metoden har til formål at etablere et sikkert og stabilt miljø omkring patienten, øge patientens evne til følelsesregulering og symptomhåndtering, øge patientens interpersonelle funktionsniveau samt adressere aktuelle stressorer i patientens liv.
Stabiliserende gruppeterapi	Psykologisk intervention, der typisk inkluderer psykoedukation (f.eks. om PTSD-symptomer og deres tidligere adaptive funktion) samt elementer af kognitiv adfærdsterapi (f.eks. færdighedstræning med fokus på bl.a. følelsesregulering, afslapningsteknikker, krisehåndtering og interpersonelle færdigheder).
STAIR	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation. Et færdighedstræningsprogram, som er specielt udviklet til behandling af PTSD efter multiple/gentagne traumer og til behandling af k-PTSD.
TAU	(eng.: Treatment as usual) vanlig behandling.
Traumefokuseret dialektisk adfærdsterapi (TF-DAT)	Et multikomponent fasebaseret program baseret på dialektisk adfærdsterapi. Metoden er udviklet til personer med PTSD, der samtidig har problemer med personlighedsforstyrrelse.
Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-KAT)	Psykoterapi med fokus på bearbejdning og processering af symptomer på en oplevet traumatisk hændelse samt at mindske undgåelsesadfærd, som er et centralt symptom ved PTSD. Der arbejdes i TF-KAT med eksponering for ting relateret til et traume, som man måske forsøger at undgå, fortrænge eller ikke er bevidst om.
Virtual reality eksponeringsterapi (VRE)	Virtual reality eksponeringsterapier er en nyere form for eksponeringsterapi, hvor eksponering faciliteres af virtual reality-teknologi, som gør det muligt for patienter at konfrontere deres traumer inden for sikre og kontrollerede rammer.

16. Bilag

Karakteristika for inkluderede studier

Udvælgelse af fokuserede spørgsmål

Søgeprotokol for eksisterende retningslinjer

Søgeprotokol for primærlitteratur

Søgeprotokol for sekundærlitteratur

PRISMA flowcharts for udvælgelse af studier

Liste over ekskluderede studier med begrundelse for eksklusion

Alle Risk of Bias 2 vurderinger

Tabel med resultater fra metaanalyser – behandlingsafslutning

Tabel med resultater fra metaanalyser – længste opfølgning

Metaanalyser for spørgsmål 1

Metaanalyser for spørgsmål 2

Metaanalyser for spørgsmål 3

Metaanalyser for spørgsmål 4

Metaanalyser for spørgsmål 5

Funnel plots

17. Appendix - Quick guide

Quick guide _ Klinisk retningslinje for psykoterapi til voksne med PTSD med komorbiditet eller kompleks PTSD i ambulant psykiatri *[239]*

Referencer

1. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. American Journal of Psychiatry 2005;162(6):1171-1178 Journal

2. Giacco D, Matanov A, Priebe S. Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. PLOS One 2013;8(4):e60991 Journal

3. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. Journal of Clinical Psychiatry 2000;61(SUPPL. 5) Link

4. Koenen KC, Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychological Medicine 2017;47(13):2260-2274 Journal

5. Lebouthillier DM, Mcmillan KA, Thibodeau MA, Asmundson GJ. Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. Journal of Traumatic Stress 2015;28(3):183-190 Journal

6. Møller L. ICD-11 PTSD and CPTSD: Traumatic Experiences, Personality Pathology, and Dissociation. 2020. Link

7. World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases (10th revision). 2004.

8. Møller L., Augsburger M., Elklit A., Søgaard U., Simonsen E.. Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. Acta Psychiatrica Scandinavica 2020;141(5):421-431 Journal

9. World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). 2019.

10. 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. Clinical Psychology Review 2017;58:1-15 Journal

11. Folke S, Nielsen AB, Andersen SB, Karatzias T, Karstoft KI. ICD-11 PTSD and complex PTSD in treatment-seeking Danish veterans: a latent profile analysis. European Journal of Psychotraumatology 2019;10(1):1686806 Journal

12. Martin A, Naunton M, Kosari S, Peterson G, Thomas J, Christenson JK. Treatment guidelines for PTSD: A systematic review. Journal of Clinical Medicine 2021;10(18):4175 Journal

13. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen JA, Crow BE, Foa EB, et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. Journal of Traumatic Stress 2010;23(5):537-552 Journal

14. Pakkeforløb for Voksne med PTSD (DF43.1). 2017. Link

15. Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbogen - Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer, Version 3. 2017.

16. Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. 2020. Link

17. International Society for Traumatic Stress Studies. Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Strudies. Guilford Press: Chicago, IL, USA 2020.

18. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: NICE guideline. 2018.

19. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. American Psychological Association 2017.

20. Department of Veteran Affairs, Department of Defence. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Department of Veterans Affairs, Department of Defense 2023. Link

21. McLean C.P., Levy H.C., Miller M.L., Tolin D.F.. Exposure Therapy for PTSD: A meta-analysis. Clinical Psychology Review 2022;91(102115) Journal

22. Brewin C.R.. Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. Psychological Bulletin 2014;140(1):69-97 Journal

23. Rogers S., Silver S.M.. Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. Journal of Clinical Psychology 2002;58(1):43-59 Journal

24. Bohus M., Kleindienst N., Hahn C., Muller-Engelmann M., Ludascher P., Steil R., et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared with Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2020;77(12):1235-1245 Journal

25. Butollo W, Karl R, König J, Rosner R. A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. Psychotherapy and psychosomatics 2016;85(1):16-26 Journal

26. Capezzani L, Ostacoli L, Cavallo M, Carletto S, Fernandez I, Solomon R, et al. EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. Journal of EMDR Practice and Research 2013;7(3):134-143 Journal

27. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. The American journal of psychiatry 2010;167(8):915-924 Journal

28. Cook JM, Harb GC, Gehrman PR, Cary MS, Gamble GM, Forbes D, et al. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial. Journal of traumatic stress 2010;23(5):553-563 Journal

29. de Bont PA, van Minnen A, de Jongh AD. Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. Behavior therapy 2013;44(4):717-730 Journal

30. Duran ÉP, Corchs F, Vianna A, Araújo ÁC, Del Real N, Silva C, et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. CNS spectrums 2021;26(4):427-434 Journal

31. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2018;319(4):354-364 Journal

32. Ford JD, Grasso DJ, Greene CA, Slivinsky M, DeViva JC. Randomized clinical trial pilot study of prolonged exposure versus present centred affect regulation therapy for PTSD and anger problems with male military combat veterans. Clinical psychology & psychotherapy 2018;25(5):641-649 Journal

33. Ghafoori B, Hansen MC, Garibay E, Korosteleva O. Feasibility of Training Frontline Therapists in Prolonged Exposure: A Randomized Controlled Pilot Study of Treatment of Complex Trauma in Diverse Victims of Crime and Violence. The Journal of nervous and mental disease 2017;205(4):283-293 Journal

34. Hensel-Dittmann D., Schauer M., Ruf M., Catani C., Odenwald M., Elbert T., et al. Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. Psychotherapy and psychosomatics 2011;80(6):345-352 Journal

35. Karatzias T, Power K, Brown K, McGoldrick T, Begum M, Young J, et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. The Journal of nervous and mental disease 2011;199(6):372-378 Journal

36. Laugharne J, Kullack C, Lee CW, McGuire T, Brockman S, Drummond PD, et al. Amygdala Volumetric Change Following Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences 2016;28(4):312-318 Journal

37. Lely J.C.G, Knipscheer J.W., Moerbeek M., Ter Heide F.J.J., van den Bout J., Kleber R.J.. Randomised controlled trial comparing narrative exposure therapy with present-centred therapy for older patients with post-traumatic stress disorder. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2019;214(6):369-377 Journal

38. McDonagh A, Friedman M, McHugo G, Ford J, Sengupta A, Mueser K, et al. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. Journal of consulting and clinical psychology 2005;73(3):515-524 Journal

39. Nijdam M.J., Gersons B.P.R., Reitsma J.B., de Jongh A., Olff M.. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2012;200(3):224-231 Journal

40. Norman S.B., Trim R., Haller M., Davis B.C., Myers U.S., Colvonen P.J., et al. Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2019;76(8):791-799 Journal

41. Norman S.B., Haller M., Spadoni A.D., Drummond S.P.A., Risbrough V., Hamblen J.L., et al. Maximizing the utility of a single site randomized controlled psychotherapy trial. Contemporary Clinical Trials 2015;42:244-251 Journal

42. Tripp J.C., Haller M., Trim R.S., Straus E., Davis B.C., Hamblen J.L., et al. Does Exposure Exacerbate Symptoms In Veterans With Ptsd And Alcohol Use Disorder?. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2021;13(8):920-928 Journal

43. Rauch SAM, King AP, Abelson J, Tuerk PW, Smith E, Rothbaum BO, et al. Biological and symptom changes in posttraumatic stress disorder treatment: a randomized clinical trial. Depression and anxiety 2015;32(3):204-212 Journal

44. Ready DJ, Gerardi RJ, Backscheider AG, Mascaro N, Rothbaum BO. Comparing virtual reality exposure therapy to present-centered therapy with 11 U.S. Vietnam veterans with PTSD. Cyberpsychology, behavior and social networking 2010;13(1):49-54 Journal

45. Ready DJ, Mascaro N, Wattenberg MS, Sylvers P, Worley V, Bradley-Davino B. A Controlled Study of Group-Based Exposure Therapy with Vietnam-Era Veterans. Journal of Loss and Trauma 2018;23(6):439-457 Journal

46. Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MO, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. Journal of consulting and clinical psychology 2008;76(2):243-258 Journal

47. Jaffe A.E., Kaysen D., Smith B.N., Galovski T., Resick P.A.. Cognitive Processing Therapy for Substance-Involved Sexual Assault: Does an Account Help or Hinder Recovery?. Journal of Traumatic Stress 2021;34(4):864-871 Journal

48. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. Journal of traumatic stress 2005;18(6):607-616 Journal

49. Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, et al. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. Archives of general psychiatry 2003;60(5):481-489 Journal

50. Schnurr, Paula P.; F, Matthew J.; E, Charles C.; F, Edna B.; S, M. Tracie; C, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. JAMA 2007;297(8):820-830 Journal

51. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI, Chow BK, Resick PA, Foa EB, et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2022;5(1):e2136921 Journal

52. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. Archives of general psychiatry 2012;69(2):166-176 Journal

53. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ, Resick PA. A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. JAMA psychiatry 2018;75(3):233-239 Journal

54. Sloan D.M., Thompson-Hollands J., Hayes A.M., Lee D.J., Alpert E., Marx B.P.. Sudden Gains in Two Trauma-Focused Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. Behavior Therapy 2022;53(2):255-266 Journal

55. Lee D.J., Marx B.P., Thompson-Hollands J., Gallagher M.W., Resick P.A., Sloan D.M.. The temporal sequence of change in PTSD symptoms and hypothesized mediators in Cognitive Processing Therapy and Written Exposure Therapy for PTSD. Behaviour Research and Therapy 2021;144:103918 Journal

56. Sloan DM, Marx BP, Resick PA, Young-McCaughan S, Dondanville KA, Straud CL, et al. Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Trial. JAMA network open 2022;5(1):e2140911 Journal

57. Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003;71(2):330-338 Journal

58. van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh AD, Van Minnen A, et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry 2015;72(3):259-267 Journal

59. Wells A., Walton D., Lovell K., Proctor D.. Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. Cognitive Therapy and Research 2015;39(1):70-80 Journal

60. Forskningsgruppe. Q1: Trauma-focused psychoterapy with exposure vs. trauma-focused psychotherapy without exposure for PTSD (RevMan 5 Meta-Analysis).

61. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences – Therapist Guide. Chapter 1, Introductory Information for Therapists 2007;Oxford University Press (1 ed):11-25 Link

62. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences – Therapist Guide. Chapter 2, Assessment and Special Considerations in Treating Trauma Survivors 2007;Oxford University Press(1 ed):26-34 Link

63. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy 2000;38(4):319-345 Journal

64. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. Behaviour research and therapy 2005;43(4):413-431 Journal

65. Beck JS. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. 3rd ed. Chapter 2, Overview of Treatment 2021;Guilford Press:16-25 Link

66. Bryant RA, Lott AP, Keane TM. Posttraumatic Stress Disorder. In: Castonguay LG, Oltmanns TF, Lott AP, editors. Psychopathology: from science to clinical practice. 2nd ed. 2021;Guilford Press:151-184 Link

67. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive Processing Therapy – Veteran/Military Version: Therapist's Manual. Part 1, Introduction to Cognitive Processing Therapy (CPT) 2008;Department of Veterans's Affairs:1-24

68. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: basic principles, protocols, and procedures. 3rd ed. Chapter 1, Background 2018;Guilford Press:1-24 Link

69. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: basic principles, protocols, and procedures. 3rd ed. Chapter 2, Adaptive Information Processing: The Model as a Working Hypothesis 2018;Guilford Press:25-52 Link

70. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. 2nd revised and expanded ed. Chapter 2, Theoretical Background 2011;Hogrefe:7-36 Link

71. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. 2nd revised and expanded ed. Chapter 3, The Therapeutic Approach of Narrative Exposure Therapy (NET) 2011;Hogrefe:37-74 Link

72. Scheiderer EM, Wood PK, Trull TJ. The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation 2015;2(11):1-16 Journal

73. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Chapter 4, Overview of Treatment: Targets, Strategies, and Assumptions in a Nutshell 1993;Guilford Press:97-119 Link

74. Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. Psychotherapy and psychosomatics 2013;82(4):221-233 Journal

75. Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. Journal of traumatic stress 2011;24(1):102-106 Journal

76. Bohus M, Schmahl C, Fydrich T, Steil R, Müller-Engelmann M, Herzog J, et al. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. Borderline personality disorder and emotion dysregulation 2019;6(1):1-16 Journal

77. Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. Behaviour Research and Therapy 2014;55:7-17 Journal

78. Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. Behaviour Research and Therapy 2012;50(6):381-386 Journal

79. Kleindienst N., Steil R., Priebe K., Muller-Engelmann M., Biermann M., Fydrich T., et al. Treating Adults With a Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse:Results From a Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2021;89(11):925-936 Journal

80. Priebe K, Kleindienst N, Schropp A, Dyer A, Krüger-Gottschalk A, Schmahl C, et al. Defining the index trauma in post-traumatic stress disorder patients with multiple trauma exposure: Impact on severity scores and treatment effects of using worst single incident versus multiple traumatic events. European Journal of Psychotraumatology 2018;9(1):1486124 Journal

81. Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf-Leuschner M, Goder R, Elbert T, et al. Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. Clinical Neuropsychiatry 2014;11(4):108-117 Link

82. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, Ghaffari H, Mostafavi S, Rasoulian M, et al. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence—A randomized controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy 2018;25(6):827-841 Journal

83. Kredlow MA, Szuhany KL, Lo S, Xie H, Gottlieb JD, Rosenberg SD, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in individuals with severe mental illness and borderline personality disorder. Psychiatry Research 2017;249:86-93 Journal

84. Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, Green BL, Alexander P, Briere J, et al. The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. 2012. Link

85. McFetridge M, Hauenstein Swan A, Heke S, Karatzias T. UK Psychological Trauma Society (UKPTS) guideline for the treatment and planning of services for complex Post-Traumatic Stress Disorder in adults. UKPTS (United Kingdom Post Traumatic Stress Society) 2017. Link

86. Bækkelund H, Karlsrud I, Hoffart A, Arnevik EA. Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. European journal of psychotraumatology 2021;12(1):1859079 Journal

87. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJ, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, et al. Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and Psychosomatics 2012;81(4):217-225 Journal

88. Zlotnick C, Shea TM, Rosen K, Simpson E, Mulrenin K, Begin A, et al. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. Journal of traumatic stress 1997;10:425-436 Journal

89. Forskningsgruppe. Q2: Psychotherapy for PTSD with comorbid BPD (RevMan Meta-Analysis).

90. Angelakis S, Nixon RD. The Comorbidity of PTSD and MDD: Implications for Clinical Practice and Future Research. Behaviour Change 2015;32(1):1-25 Journal

91. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. Comprehensive Psychiatry 2012;53(7):915-930 Journal

92. Kaplan J, Somohano VC, Zaccari B, O'Neil ME. Randomized controlled trials of mind–body interventions for posttraumatic stress disorder: a systematic review. Frontiers in Psychology 2024;14:1219296 Journal

93. Beck JS. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. 3rd ed. Chapter 1, Introduction to Cognitive Behavior Therapy 2021;Guilford Press:1-15 Link

94. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. 2nd ed. Chapter xxv, Introduction to the Second Edition 2013;Bantam

95. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. 2nd ed. Chapter 1.2, The Foundations of Mindfulness Practice: Attitudes and Commitment 2013;Bantam:19-38

96. Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TR, Dunne JD, Davidson RJ. Mindfulness meditation and psychopathology. Annual review of clinical

psychology 2019;15:285-316 Journal

97. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JMG, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. Psychological medicine 2017;47(6):990-999 Journal

98. Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. Journal of Psychiatry & Neuroscience 2018;43(1):7-25 Journal

99. Price CJ, Hooven C. Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). Frontiers in Psychology 2018;9:335233 Journal

100. Harricharan S, McKinnon MC, Lanius RA. How processing of sensory information from the internal and external worlds shape the perception and engagement with the world in the aftermath of trauma: Implications for PTSD. Frontiers in Neuroscience 2021;15:625490 Journal

101. Zaleski KL, Johnson DK, Klein JT. Grounding Judith Herman's trauma theory within interpersonal neuroscience and evidence-based practice modalities for trauma treatment. Smith College Studies in Social Work 2016;86(4):377-393 Journal

102. Roelofs K. Freeze for action: neurobiological mechanisms in animal and human freezing. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences 2017;372(1718):20160206 Journal

103. Brom D., Stokar Y., Lawi C., Nuriel-Porat V., Ziv Y., Lerner K., et al. Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Outcome Study. Journal of traumatic stress 2017;30(3):304-312 Journal

104. Jasbi M., Sadeghi Bahmani D., Karami G., Omidbeygi M., Peyravi M., Panahi A., et al. Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. Cognitive Behaviour Therapy 2018;47(5):431-446 Journal

105. Kearney D.J., McDermott K., Malte C., Martinez M., Simpson TL. Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot study. Journal of Clinical Psychology 2013;69(1):14-27 Journal

106. Lang AJ, Malaktaris AL, Casmar P., Baca SA, Golshan S., Harrison T., et al. Compassion Meditation for Posttraumatic Stress Disorder in Veterans: A Randomized Proof of Concept Study. Journal of traumatic stress 2019;32(2):299-309 Journal

107. Omidi A., Hamidian S.. Effectiveness of a combined mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction intervention on depression symptoms and quality of life in a group of Iranian veterans with posttraumatic stress disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2018;12(4):e55945 Journal

108. Forskningsgruppe. Q3: Mindfulness/body-focus for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

109. Belsher BE, Beech E, Evatt D, Smolenski DJ, Shea MT, Otto JL, et al. Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;11:CD012898 Journal

110. Suris A., Link-Malcolm J., Chard K., Ahn C., North C.. A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. Journal of traumatic stress 2013;26(1):28-37 Journal

111. Resick PA, Wachen JS, Mintz J., Young-McCaughan S., Roache JD, Borah AM, et al. A Randomized Clinical Trial of Group Cognitive Processing Therapy Compared With Group Present-Centered Therapy for PTSD Among Active Duty Military Personnel. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2015;83(6):1058-1068 Journal

112. Haynes PL, Burger SB, Kelly M., Emert S., Perkins S., Shea MT. Cognitive behavioral social rhythm group therapy versus present centered group therapy for veterans with posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A randomized controlled pilot trial.

Journal of Affective Disorders 2020;277:800-809 Journal

113. Forskningsgruppe. Q3: PCT for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

114. Carlsson J., Sonne C., Vindbjerg E., Mortensen EL. Stress management versus cognitive restructuring in trauma-affected refugees - A pragmatic randomised study. Psychiatry Research 2018;266:116-123 Journal

115. Farahimanesh S., Moradi A., Sadeghi M., Jobson L.. Comparing the Efficacy of Competitive Memory Training (COMET) and MEmory Specificity Training (MEST) on Posttraumatic Stress Disorder Among Newly Diagnosed Cancer Patients. Cognitive Therapy and Research 2021;45(5):918-928 Journal

116. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, Iannce-Spencer C, McCaig MA, Tremayne KJ, et al. Cognitive Trauma Therapy for Battered Women with PTSD (CTT-BW). Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004;72(1):3-18 Journal

117. Maxwell K, Callahan JL, Holtz P, Janis BM, Gerber MM, Connor DR. Comparative study of group treatments for posttraumatic stress disorder. Psychotherapy 2016;53(4):433-445 Journal

118. Forskningsgruppe. Q3: CT for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

119. Markowitz JC. Interpersonel Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. Chapter 3, A Pocket Guide to IPT 2017;Oxford University Press:36-46 Link

120. Markowitz JC. Interpersonel Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder. Chapter 4, Adapting IPT for PTSD 2017;Oxford University Press:47-55 Link

121. Meffert SM, Neylan TC, McCulloch CE, Blum K., Cohen CR, Bukusi EA, et al. Interpersonal psychotherapy delivered by nonspecialists for depression and posttraumatic stress disorder among Kenyan HIV-positive women affected by gender-based violence: Randomized controlled trial. PLoS Medicine 2021;18(1):e1003468 Journal

122. Proenca CR, Markowitz JC, Coimbra BM, Cogo-Moreira H., Maciel MR, Mello AF, et al. Interpersonal psychotherapy versus sertraline for women with posttraumatic stress disorder following recent sexual assault: a randomized clinical trial. European Journal of Psychotraumatology 2022;13(2):2127474 Journal

123. Forskningsgruppe. Q3: IPT + Imagery for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

124. Coffey SF, Schumacher JA, Nosen E., Littlefield AK, Henslee AM, Lappen A., et al. Trauma-Focused Exposure Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Alcohol and Drug Dependent Patients: A Randomized Controlled Trial. Psychology of Addictive Behaviors 2016;30(7):778-790 Journal

125. Asukai N, Saito A, Tsuruta N, Kishimoto J, Nishikawa T. Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. Journal of Traumatic Stress 2010;23(6):744-750 Journal

126. Foa EB, Yusko DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA, Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. JAMA 2013;310(5):488-495 Journal

127. Franklin CL, Cuccurullo L-A, Walton JL, Arseneau JR, Petersen NJ. Face to face but not in the same place: A pilot study of prolonged exposure therapy. Journal of Trauma & Dissociation 2017;18(1):116-130 Journal

128. Korte KJ, Bountress KE, Tomko RL, Killeen T., Maria MMS, Back SE. Integrated treatment of PTSD and substance use disorders: The mediating role of PTSD improvement in the reduction of depression. Journal of Clinical Medicine 2017;6(1):9 Journal

129. Neuner F., Kurreck S., Ruf M., Odenwald M., Elbert T., Schauer M.. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. Cognitive Behaviour Therapy 2010;39(2):81-91 Journal

130. Pacella M.L., Armelie A., Boarts J., Wagner G., Jones T., Feeny N., et al. The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: a randomized test of concept. AIDS and Behavior 2012;16(5):1327-1340 Journal

131. Stanbury TM, Drummond PD, Laugharne J, Kullack C, Lee CW. Comparative efficiency of EMDR and prolonged exposure in treating posttraumatic stress disorder: A randomized trial. Journal of EMDR Practice and Research 2020;14(1):2-12 Journal

132. Vera M., Oben A., Juarbe D., Hernandez N., Kichic R., Hembree EA. A randomized clinical trial of prolonged exposure and applied relaxation for the treatment of Latinos with posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 2022;35(2):593-604 Journal

133. Zoellner LA, Roy-Byrne PP, Mavissakalian M., Feeny NC. Doubly randomized preference trial of prolonged exposure versus sertraline for treatment of PTSD. American Journal of Psychiatry 2019;176(4):287-296 Journal

134. Forskningsgruppe. Q3: PE for PTSD with comorbid Depression (RevMan Meta-Analysis).

135. Angelakis S., Weber N., Nixon RDV. Comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The usefulness of a sequential treatment approach within a randomised design. Journal of Anxiety Disorders 2020;76:102324 Journal

136. Litz BT, Rusowicz-Orazem L., Doros G., Grunthal B., Gray M., Nash W., et al. Adaptive disclosure, a combat-specific PTSD treatment, versus cognitive-processing therapy, in deployed marines and sailors: A randomized controlled non-inferiority trial. Psychiatry Research 2021;297:113761 Journal

137. Forbes D., Lloyd D., Nixon RD, Elliott P., Varker T., Perry D., et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. Journal of Anxiety Disorders 2012;26(3):442-452 Journal

138. ElBarazi A, Badary OA, Elmazar MM, Elrassas H. Cognitive Processing Therapy versus medication for the treatment of comorbid substance use disorder and post-traumatic stress disorder in egyptian patients (randomized clinical trial). Journal of Evidence-Based Psychotherapies 2022;22(2):63-90 Journal

139. Kearney DJ, Malte CA, Storms M., Simpson TL. Loving-Kindness Meditation vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder among Veterans: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open 2021;4(4):e216604 Journal

140. Forskningsgruppe. Q3: CPT for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

141. Miyahira SD, Folen RA, Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Spira JL, Kawasaki M. The effectiveness of VR exposure therapy for PTSD in returning warfighters. Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine 2012;10:128-132 Journal

142. Reger GM, Koenen-Woods P, Zetocha K, Smolenski DJ, Holloway KM, Rothbaum BO, et al. Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-related posttraumatic stress disorder (PTSD). Journal of Consulting and Clinical Psychology 2016;84(11):946-959 Journal

143. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, Bowers CA, Trachik B., Uhde TW, et al. Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders 2019;61:64-74 Journal

144. McLay RN, Wood DP, Webb-Murphy JA, Spira JL, Wiederhold MD, Pyne JM, et al. A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2011;14(4):223-229 Journal

145. Forskningsgruppe. Q3: VRE for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

146. Dunn NJ, Rehm LP, Schillaci J, Souchek J, Mehta P, Ashton CM, et al. A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder. Journal of Traumatic Stress 2007;20(3):221-237 Journal

147. Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot trial. Journal of Nervous and Mental Disease 2007;195(6):504-513 Journal

148. Kent M, Davis MC, Stark SL, Stewart LA. A resilience-oriented treatment for posttraumatic stress disorder: Results of a preliminary randomized clinical trial. Journal of Traumatic Stress 2011;24(5):591-595 Journal

149. Bisson JI, Ariti C., Cullen K., Kitchiner N., Lewis C., Roberts NP, et al. Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID). The BMJ 2022;069405 Journal

150. Buhmann CB, Nordentoft M., Ekstroem M., Carlsson J., Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: Pragmatic randomised controlled clinical trial. British Journal of Psychiatry 2016;208(3):252-259 Journal

151. Sannibale C., Teesson M., Creamer M., Sitharthan T., Bryant R.A., Sutherland K., et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. Addiction 2013;108(8):1397-1410 Journal

152. Pigeon WR, Crean HF, Cerulli C., Gallegos AM, Bishop TM, Heffner KL. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment Posttraumatic Stress Disorder Treatment in Survivors of Interpersonal Violence. Psychotherapy and Psychosomatics 2022;91(1):50-62 Journal

153. Forskningsgruppe. Q3: CBT for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

154. Smucker MR, Dancu CV, Foa EB, Niederee JL. Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. In: Leahy RL, Dowd ET, editors. Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application. 2002;Springer Publishing Company:294-310 Link

155. Arntz A, Weertman A. Treatment of childhood memories: Theory and practice. Behaviour research and therapy 1999;37(8):715-740 Journal

156. Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. Journal of Experimental Psychopathology 2012;3(2):189-208 Journal

157. Krakow B, Zadra A. Clinical management of chronic nightmares: imagery rehearsal therapy. Behavioral Sleep Medicine 2006;4(1):45-70 Journal

158. Moore BA, Krakow B. Imagery rehearsal therapy: An emerging treatment for posttraumatic nightmares in veterans. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2010;2(3):232-238 Journal

159. Boterhoven de Haan KL, Lee CW, Fassbinder E, van Es SM, Menninga S, Meewisse M-L, et al. Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. The British Journal of Psychiatry 2020;217(5):609-615 Journal

160. Sandahl H., Jennum P., Baandrup L., Lykke Mortensen E., Carlsson J.. Imagery rehearsal therapy and/or mianserin in treatment of refugees diagnosed with PTSD: Results from a randomized controlled trial. Journal of Sleep Research 2021;30(4):e13276 Journal

161. Brady F., Chisholm A., Walsh E., Ottisova L., Bevilacqua L., Mason C., et al. Narrative exposure therapy for survivors of human trafficking: Feasibility randomised controlled trial. BJPsych Open 2021;7(6):e196 Journal

162. Forskningsgruppe. Q3: NET for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

163. Högberg G, Pagani M, Sundin Ö, Soares J, Åberg-Wistedt A, Tärnell B, et al. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers - A randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry 2007;61(1):54-61 Journal

164. Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M., Senay I., Sijbrandij M., Gulen B., et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. Psychological Medicine 2016;46(12):2583-2593 Journal

165. Ahmadi K., Hazrati M., Ahmadizadeh M., Noohi S.. REM desensitization as a new therapeutic method for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Acta Medica Indonesiana 2015;47(2):111-119 Link

166. Ter Heide FJJ, Mooren TM, Van De Schoot R., De Jongh A., Kleber RJ. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2016;209(4):311-318 Journal

167. Yurtsever A, Konuk E, Akyuz T, Zat Z, Tukel F, Cetinkaya M, et al. An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. Frontiers in Psychology 2018;9:493 Journal

168. Carletto S, Borghi M, Bertino G, Oliva F, Cavallo M, Hofmann A, et al. Treating Post-traumatic Stress Disorder in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial Comparing the Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Relaxation Therapy. Frontiers in Psychology 2016;7:526 Journal

169. Forskningsgruppe. Q3: EMDR for PTSD with comorbid depression (RevMan Meta-Analysis).

170. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition (DSM-5). American Psychiatric Association 2013.

171. 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):1629-1644 Journal

172. Hoeboer C.M., De Kleine R.A., Molendijk M.L., Schoorl M., Oprel D.A.C., Mouthaan J., et al. Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: meta-analysis. BJPsych Open 2020;6(3):e53 Journal

173. Rodewald F, Wilhelm-Göling C, Emrich HM, Reddemann L, Gast U. Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. The Journal of Nervous and Mental Diseases 2011;199(2):122-131 Journal

174. Swart S, Wildschut M, Draijer N, Langeland W, Smit JH. Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder or PTSD With Comorbid Dissociative Disorders: Comparative Evaluation of Clinical Profiles. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2020;12(1):38-45 Journal

175. Forskningsgruppe. Q4: Psychotherapy for PTSD and comorbid dissociation (RevMan Meta-Analysis).

176. Brand BL, Schielke H., Lanius RA. Finding Solid Ground Program workbook: overcoming obstacles in trauma recovery workbook edition. Oxford University Press 2022.

177. Modum Bad. Tilbage til Nutiden: en manual til håndtering af traumereaktioner. Syddansk Universitetsforlag 2019.

178. Boon S, Steele K, Van Der Hart O. Traumerelatert dissosiasjon: færdighetstrening for pasienter og terapeuter (Norsk oversættelse). Modum Bad 2014.

179. Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. Depression and Anxiety 2012;29(8):718-30 Journal

180. Wolf EJ, Lunney CA, Schnurr PP. The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. Journal of consulting and clinical psychology 2016;84(1):95-100 Journal

181. Forskningsgruppe. Q5: Psychotherapy for C-PTSD (RevMan Meta-Analysis).

182. Forskningsgruppe. Q5: Psychotherapy for C-PTSD (RevMan Meta-Analysis).

183. Rudstam G, Elofsson UOE, Sondergaard HP, Bonde LO, Beck BD. Trauma-focused group music and imagery with women suffering from PTSD/Complex PTSD: A randomized controlled study. European Journal of Trauma & Dissociation 2022;6(3):100277 Journal

184. Raabe S., Ehring T., Marquenie L., Arntz A., Kindt M.. Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2022;77:101769 Journal

185. Classen CC, Hughes L., Clark C., Hill Mohammed B., Woods P., Beckett B.. A Pilot RCT of A Body-Oriented Group Therapy For Complex Trauma Survivors: An Adaptation of Sensorimotor Psychotherapy. Journal of Trauma and Dissociation 2021;22(1):52-68 Journal

186. Oprel DAC, Hoeboer CM, Schoorl M., de Kleine RA, Cloitre M., Wigard IG, et al. Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology 2021;12(1):1851511 Journal

187. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2002;70(5):1067 Journal

188. Levitt JT, Cloitre M. A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. Cognitive and Behavioral Practice 2005;12(1):40-52 Journal

189. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rektruttering (STAR). Udviklingen i tilkendelser af førtidspension før og efter reformen af førtidspension og fleksjob i 2013. 2018;1-17 Link

190. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry 2005;62(6):593-602 Journal

191. Gradus JL, Farkas DK, Svensson E, Ehrenstein V, Lash TL, Milstein A, et al. Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. BMJ Open 2015;5(12):e009334 Journal

192. Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Welton NJ, Stockton S, et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. Psychological Medicine 2020;50(4):542-555 Journal

193. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology 2020;11(1):1729633 Journal

194. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. World Psychiatry 2019;18(3):259-269 Journal

195. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 2007;190(2):97-104 Journal

196. 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 Medicine 2020;17(8):e1003262 Journal

197. Simiola V, Neilson EC, Thompson R, Cook JM. Preferences for trauma treatment: A systematic review of the empirical literature. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2015;7(6):516-524 Journal

198. Jericho B, Luo A, Berle D. Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica 2022;145(2):132-155 Journal

199. Varker T, Jones KA, Arjmand HA, Hinton M, Hiles SA, Freijah I, et al. Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders Reports 2021;4:100093 Journal

200. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. 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 2019;32(4):475-483 Journal

201. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: [D] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. 2018. Link

202. De Jongh AD, Resick PA, Zoellner LA, Van Minnen A, Lee CW, Monson CM, et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. Depression and Anxiety 2016;33(5):1-11 Journal

203. Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, Bryant RA, Burns P, Cooper JA, et al. Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2022;56(3):230-247 Journal

204. Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. Chapter 7: Complex PTSD. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD 2020. Link

205. 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. Psychological Medicine 2019;49(11):1761-1775 Journal

206. Mahoney A, Karatzias T, Hutton P. A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder. Journal of Affective Disorders 2019;243:305-321 Journal

207. Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines: How Quickly Do Guidelines Become Outdated?. JAMA 2001;286(12):1461-1467 Journal

208. Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated?. British Medical Journal 2001;323(7305):155-157 Journal

209. Gurgel RK. Updating Clinical Practice Guidelines: How Do We Stay Current?. Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States) 2015;153(4):488-490 Journal

210. Harris P.A., Taylor R., Thielke R., Payne J., Gonzalez N., Conde J.G.. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics supportA metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. Journal of Biomedical Informatics 2009;42(2):377-381 Journal

211. Harris P.A., Taylor R., Minor B.L., Elliott V., Fernandez M., O'Neal L., et al. The REDCap consortium: Building an international community of software partners. Journal of Biomedical Informatics 2019. Journal

212. Higgins JP, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series. Cochrane Book Series 2008.

Journal

213. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd Edition (DSM-III). American Psychiatric Association 1980.

214. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd Edition - Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association 1987.

215. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — 4th edition (DSM-IV). American Psychiatric Association 1994.

216. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition - Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association 2000.

217. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th Edition - Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association 2022.

218. Benish SG, Imel ZE, Wampold BE. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. Clinical Psychology Review 2008;28(5):746-758 Journal

219. The Cochrane Collaboration. Review Manager (RevMan) Version 5.3. 2014.

220. Farivar SS, Liu H, Hays RD. Half standard deviation estimate of the minimally important difference in HRQOL scores?. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research 2004;4(5):515-523 Journal

221. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of Changes in Health-related Quality of Life. Medical Care 2003;41(5):582-592 Journal

222. Draak TH, de Greef BT, Faber CG, Merkies IS. The minimum clinically important difference: which direction to take. European Journal of Neurology 2019;26(6) Journal

223. Veritas Health Innovation. Covidence systematic review software. Link

224. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Systematic Reviews 2021;10(1):1-11 Journal

225. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-E842 Journal

226. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ 2017;358:j4008 Journal

227. Higgins J.P.T., Savović J., Page M.J., Elbers R.G., Sterne J.A.C.. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 2021. Link

228. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. British Medical Journal 1997;315:629 Journal

229. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etxeandia-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. Journal of Clinical Epidemiology 2017;81:101-110 Journal

230. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. BMJ 2016;353:i2016 Journal

231. MAGIC. MAGIC authoring and publication platform (MAGICapp). 2023. Link

232. Characteristics of included studies.

233. Udvælgelse af fokuserede spørgsmål.

234. Søgeprotokol.

235. Excluded studies with reason for exclusion.

236. Resultater fra meta-analyser (Bilag).

237. PICO tabel.

238. Risk of Bias 2 vuderinger.

239. Quick guide _ Klinisk retningslinje for psykoterapi til voksne med PTSD med komorbiditet eller kompleks PTSD i ambulant psykiatri.