



**Evidensbaserad  
psykologisk behandling  
av posttraumatisk stress  
hos vuxna personer med  
erfarenhet av flykt**

En kartläggande litteraturöversikt

Lisa Fredriksson  
Sean Perrin



**Evidensbaserad psykologisk behandling av posttraumatisk stress hos vuxna personer med erfarenhet av flykt**

ISBN: 978-91-983684-7-5

Illustratör framsida: Wilma Harju

Tryck: Typografiska 2023

Rapporten går att ladda ner på [www.rkh.se](http://www.rkh.se)

Rapporten utgår helt från psykologexamensarbetet "Psychological interventions for posttraumatic stress disorder in adult refugees: A scoping review" (Fredriksson, 2023).

# Evidensbaserad psykologisk behandling av posttraumatisk stress hos vuxna personer med erfarenhet av flykt

En kartläggande litteraturöversikt



Røde Korsets kompetenscenter  
för tortyr- och krigsskaderehabilitering

## Förord

När studier av posttraumatisk stress (PTSD) ska genomföras är krigsveteraner vanliga deltagare. Bra studier kan göras när förmätningar om fysisk och psykisk hälsa finns, när traumatiserande händelser är väldokumenterade och långtidsuppföljningar är möjliga. Tack vare noggrant gjorda studier och ny teknik vet vi idag mycket om hur vi kan behandla traumatisering.

Trots detta märker Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade att många patienter i andra tidigare vårdkontakter inte erbjudits den evidensbaserade behandling som finns. Det är vanligt att även personer som varit i Sverige länge enbart erbjudits stödsamtal. Ofta hänvisas till att det saknas forskning om traumabehandlingens effekter för personer som flytt. Det finns en oro att insatserna är otillräckliga för människor som upplevt och förlorat så mycket.

PTSD-studier har ofta valt bort personer med flyktbakgrund. Till skillnad från de prydliga soldatdeltagarna är det svårt att kontrollera för omständigheter under förföljelse. De som drabbats av kriget, snarare än rest till det, har vanligtvis varit med om fler och mer varierade våldssituationer. Civilbefolkning saknar militärens träning och förberedelse – många av mina patienter har berättat att de aldrig trott att kriget skulle komma nära förrän soldaterna stått i hallen. Bristen på kontroll ökar risken för sjukdom. När människor flyr lämnar de sitt hem, sin planerade framtid, sina sociala skyddsnet, ofta sin familj. Till skillnad från soldater landar de inte i en välbekant miljö för trygg återhämtning. För många är resan till säkerhet farlig, väntan i asylprocessen olidlig och omstarten i ett nytt land krävande. PTSD är kumulativ. Fler stressande händelser ökar risken för sjukdom.

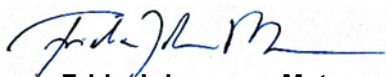
Flyktupplevelser förknippas med komplicerade analyser. I behandlingsforskningen måste fler faktorer räknas in, exempelvis tolkanvändning, flera flyttar inom mottagarlandet eller utvisning. Etiska avväganden kan leda till att gruppen bedöms för sårbar för att

erbjudas plats i studier. Traumatiserade flyktingar exkluderas därmed med motivering att det är bättre att studera andras tillfrisknande först och erbjuda insatserna när behandlingen är prövad. Då är det allvarligt om vården ändå inte erbjuds – med hänvisning till att forskningen inte säger något om flyktingar.

Den här rapporten visar att något mer forskning på senare år valt och klarat av att inkludera flyktingar. De få studierna bedömer att den traumabehandling som finns idag är lika effektiv för flyktingar som för andra. Det finns ingen anledning att neka vård.

Men det finns behov av mer forskning. Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering har som syfte att initiera kliniska behandlingsstudier. Den här litteraturoversikten ger oss vägledning för framtida forskning genom att uppmärksamma viktiga kvalitetsproblem och kunskapsglapp. Våra behandlingscenter arbetar idag med de evidensbaserade metoderna som rapporten identifierar som mest verksamma, men vår erfarenhet är att det finns förbättringar att göra. Vi behöver veta vilka mekanismer i behandlingen som är mest effektiva för olika patienter eftersom alla inte får lika god effekt. Vi vill erbjuda den kortaste och mest skonsamma insatsen, eftersom traumaterapi är krävande.

I jämförelse med de militärer som forskningen ofta fokuserat på möter flyktingar alltför sällan ett sammanhang rustat för att hjälpa dem i deras nya hemland. Vi hoppas att den här rapporten ger mod till vårdpersonal och forskare att närma sig krigs- och tortyrskadade. Det saknas kunskap om hur hälsa och återhämtning påverkas av vad som sker både före, under och efter traumatiska händelser. Det är tillsammans med de värst drabbade vi kan lära oss mest.



**Frida Johansson Metso**

Leg. psykolog, samordnare Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering



## **Jag vill tacka...**

Handledare professor Sean Perrin, Lunds universitet, för hans vägledning, expertis och struktur genom hela processen i översiktsarbetet.

Bibliotekarie Lina Ahlgren, Samhällsvetenskapliga biblioteket vid Lunds universitet, för hennes värdefulla hjälp i utformningen av sökstrategin.

Frida Johansson Metso, samordnare vid Röda Korsets kompetenscenter, för hennes stora engagemang och uppmuntran som sett till att projektet kommit till.

Anette Carnemalm, verksamhetschef för Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö, och alla medarbetare behandlingscentret för deras varma välkomnande och kloka samtal under arbetet.

*Lisa Fredriksson*

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Förord</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Sammanfattning</b> .....                                 | <b>8</b>  |
| Sammanfattning på lättare svenska .....                     | 9         |
| Abstract in English .....                                   | 10        |
| <b>Introduktion</b> .....                                   | <b>11</b> |
| Bakgrund .....  | 11        |
| Posttraumatiskt stressyndrom .....                          | 12        |
| Traumatiska händelser .....                                 | 12        |
| Symtom för PTSD .....                                       | 12        |
| Behandling av PTSD .....                                    | 13        |
| Evidensbas .....  | 13        |
| Internationella riktlinjer .....                            | 16        |
| Psykologisk behandling av PTSD hos flyktingar .....         | 17        |
| Sammanfattning .....  | 18        |
| Syfte och frågeställning .....                              | 19        |
| Definitioner av begrepp .....                               | 20        |
| <b>Metod</b> .....  | <b>21</b> |
| Sökprocedur och screening .....                             | 21        |
| Urvalskriterier .....                                       | 21        |
| Urval av studier .....                                      | 22        |
| Extrahering av data .....                                   | 22        |
| Etiska överväganden .....                                   | 23        |
| <b>Resultat</b> .....                                       | <b>24</b> |
| Resultat från metaanalyser .....                            | 24        |
| Urval av metaanalyser .....                                 | 24        |
| Metodologiska egenskaper för inkluderade metaanalyser ..... | 24        |
| Sammanställning av resultat från metaanalyser .....         | 28        |
| Resultat randomiserade kontrollerade studier .....          | 29        |
| Urval av RCT-studier .....                                  | 29        |
| Metodologiska egenskaper för inkluderade RCT-studier .....  | 31        |
| Interventioner i RCT-studier .....                          | 31        |
| Sammanställning av resultat från RCT-studier .....          | 32        |
| <b>Diskussion</b> .....                                     | <b>38</b> |
| Sammanfattning av resultaten .....                          | 38        |
| Delmål 1 .....  | 38        |



|   |           |
|---|-----------|
| Delmål 2 .....  | 39        |
| Evidensläget idag .....                                   | 40        |
| Begränsningar .....                                       | 41        |
| Metodologiska begränsningar .....                         | 43        |
| Slutsatser .....  | 44        |
| <b>Rekommendationer .....</b>                             | <b>45</b> |
| Ytterligare forskning .....                               | 45        |
| <b>Referenser.....</b>                                    | <b>47</b> |
| <b>Bilagor .....</b>                                      | <b>56</b> |
| Bilaga 1. ....  | 56        |
| Sökstrategi .....   | 56        |
| Bilaga 2. ....  | 59        |
| Studerade interventioner i inkluderade metaanalyser ..... | 59        |

# Sammanfattning

Personer med flyktningbakgrund löper betydligt högre risk för att utveckla psykisk ohälsa, däribland posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Det finns mycket stöd i forskningen som visar att traumafokuserade psykologiska behandlingar för PTSD är effektiva. Majoriteten av forskningen inkluderar dock inte flyktingar, vilket innebär att vi vet mindre om hur behandling av PTSD fungerar i gruppen. Den här rapporten utforskar det rådande forskningsläget om psykologiska interventioner för PTSD hos vuxna flyktingar. En kartläggande litteratursökning genomfördes i två steg för att identifiera: 1) nyligen publicerade metaanalyser om randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) och 2) RCT-studier publicerade efter metaanalyserna, som bemöter de kunskapsluckor som identifierats i dem.

Det aktuella forskningsläget summerades utifrån dessa källor. Sammantaget inkluderades fyra metaanalyser, som alla gav stöd för psykologiska interventioner för PTSD, med mest stöd för traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT). Alla fyra metaanalyserna indikerade att majoriteten av studierna varken involverade jämförelser med aktiv behandling eller långsiktig uppföljning, samt var av varierande metodologisk kvalitet.

I den andra litteratursökningen identifierades 12 RCT-studier. Endast en av dessa involverade både en aktiv kontrollgrupp och långtidsuppföljning. I de inkluderade studierna var TF-KBT, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) and Narrativ Exponeringsterapi (NET) de oftast utvärderade psykologiska interventionerna för PTSD hos flyktingar. Den tillgängliga evidensen tyder på att dessa interventioner ger måttliga till stora effektstorlekar vid behandlingsavslut jämfört med ingen behandling hos flyktingar, vilket liknar funna effektstorlekar i RCT-studier i generell befolkning. För att dra säkra slutsatser krävs dock mer omfattande RCT-studier

med aktiva jämförelser och långtidsuppföljning. Det vetenskapliga underlaget tyder tills vidare på att behandling med TF-KBT, EMDR and NET bör göras tillgänglig för flyktingar med PTSD.

## **Sammanfattning på lättare svenska**

Den här rapporten handlar om vård en person kan få som mår dåligt efter svåra händelser.

Bland personer som flytt sitt hemland är risken större att må dåligt av tankar och känslor efter svåra händelser.

Rapporten undersöker vilken vård som finns.

Den undersöker om den vård som ges till personer som flytt fungerar lika bra för dem som för andra.

Det är ganska ovanligt att forskning undersöker det.

Vi tycker att det är viktigt att undersöka.

Flykten och livet i ett nytt land skulle kunna göra det svårare att ta emot vård.

Rapporten visar att den vård som finns fungerar bra för dem som flytt också.

Det finns bra vård att få.

Det skulle vara bra med ännu mer forskning om personer som flytt och mår dåligt.

## Abstract in English

People with a refugee background are at significantly increased risk of mental health difficulties, including Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). There is a large evidence base showing that trauma-focused psychological treatments for PTSD are effective. However, the majority of trials do not include refugees and less is known about how refugees respond to treatment. The present report explores the current state of the literature about psychological interventions for PTSD in adult refugees. A scoping review was conducted in two stages to identify: 1) recent meta-analyses of randomized controlled trials (RCTs) of psychological interventions for PTSD in adult refugees; and 2) RCTs published after the meta-analyses that address knowledge gaps identified in the meta-analyses. The status of the evidence base is summarized from these sources. A total of four meta-analyses were included, all yielding support for trauma-focused psychological interventions, primarily trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT). Included meta-analyses indicated that the majority of RCTs involved inactive comparisons and short follow-ups. In the secondary search, 12 recent RCTs were identified. However, only one involved active treatment comparison and long-term follow-up, and the majority of trials are of varying methodological quality. Across included studies, the most frequently evaluated interventions are TF-CBT, Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) and Narrative Exposure Therapy (NET). The available evidence suggests that these interventions yield moderate to large effect sizes for PTSD at post-treatment relative to no-treatment in refugee populations, which is similar to effect sizes found in RCTs with non-refugee populations. However, firm conclusions await more rigorous RCTs involving active comparisons and long-term follow-ups. In the interim, the available evidence suggests that TF-CBT, EMDR and NET interventions should be made available to refugees with PTSD.

# Introduktion

## Bakgrund

Under det senaste decenniet har en drastisk ökning skett av antalet människor på flykt, från 42 miljoner människor år 2012 till 103 miljoner år 2022 (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2022). Ökningen har framför allt skett till följd av väpnade konflikter och brott mot mänskliga rättigheter, och antalet länder drabbade av konflikter har fördubblats under de senaste tio åren (UNHCR, 2022). Personer med flyktingbakgrund upplever i större utsträckning psykologiskt lidande och fysisk ohälsa, jämfört med den övriga befolkningen (Lund et al., 2018). De bakomliggande orsakerna till detta är komplexa, men en viktig faktor är att flyktingar som grupp i betydligt högre grad varit utsatta för extrema stressorer, såsom potentiellt traumatiserande händelser före, under och efter flykten (Bogic et al., 2012; Priebe et al., 2016; Kalt et al., 2013). Flertalet postmigratoriska faktorer har visats vara särskilt viktiga i att förutsäga flyktingars psykiska hälsa. Däribland ingår svårigheter med tillgång till bostäder, skolor och sysselsättning, och i asylprocessen samt problem till följd av bristande integration, stigma och diskriminering (Li et al., 2016; Schick et al., 2016; Kirmayer et al., 2011.; Miller & Rasmussen, 2010).

Hos personer med flyktingbakgrund är en av de vanligaste formerna av psykiskt lidande posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Tillståndet kännetecknas av oönskade och mycket plågsamma påträngande minnen av den traumatiska händelsen, undvikande av påminnelser om det som hänt, förändringar i reaktivitet och en sänkt sinnesstämning (Morina et al., 2018; ICD-11; World Health Organization (WHO), 2022). Risken för att utveckla PTSD varierar beroende på formen av traumatisk händelse, där den högsta risken förknippas med interpersonellt våld (Kessler et al., 2017). Flyktingar som lever i exil i västerländska länder har upp till tio gånger högre

sannolikhet att drabbas av PTSD, i jämförelse med den allmänna befolkningen (Fazel et al., 2005). Om PTSD inte behandlas riskerar tillståndet att bli kroniskt och hänger ofta samman med en rad negativa konsekvenser såsom psykiatrisk samsjuklighet, suicidförsök, kroniska somatiska sjukdomar, svårigheter med anställning och betydande funktionsnedsättning i vardagen (Morina et al., 2014., Kessler et al., 2009). Det här innebär att effektiv behandling av PTSD hos flyktingar och asylsökande utgör en avgörande utmaning för global hälsa (Fazel et al., 2005). Denna rapport handlar om vilken evidens som finns för psykologisk behandling av PTSD hos flyktingar.

## **Posttraumatiskt stressyndrom**

### **Traumatiska händelser**

En person som diagnostiserats med PTSD uppfyller ett antal kriterier, varav det första är att ha upplevt en potentiellt traumatiserande händelse. En sådan händelse definieras som att bli exponerad för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld (5:e upplagan av Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5); American Psychiatric Association (APA), 2013). Exponeringen för en potentiellt traumatiserande händelse specificeras ytterligare som att antingen själv uppleva, bevittna eller få veta att något drabbat en nära familjemedlem eller vän. Definitionen av traumatisering och symtomen för PTSD är i stort desamma i den 11:e upplagan av International Classification of Diseases (ICD-11; WHO 2022). Denna rapport utgår från kriterierna i DSM-5.

### **Symtom för PTSD**

PTSD kännetecknas av symtom som kategoriseras i fyra olika grupper som DSM-5 definierar på följande vis (APA, 2013). Den första symtomgruppen består av påträngande återupplevelanden av

den traumatiska händelsen, såsom återkommande påträngande minnen och obehagliga drömmar. Påträngande minnen kan även vara i form av dissociation, då individen känner eller beter sig som om den traumatiska händelsen sker här och nu. Det andra symptomklustret innebär att individen undviker stimuli som påminner om den traumatiska upplevelsen. Undvikandet kan vara av både interna stimuli som minnen, tankar och känslor samt externa påminnelser såsom vissa personer, platser och situationer. Den tredje symptomgruppen för PTSD innebär en negativ förändring i sinnesstämning och kognitioner som följer efter den traumatiska händelsen. Det kan vara i form av överdrivet negativa antaganden om sig själv, om andra och om världen. Det kan även bestå av snedvridna tankar om orsakerna eller konsekvenserna av den traumatiska händelsen. Slutligen innebär det fjärde symptomklustret att individen upplever förändringar i anspänning och reaktivitet. Det innehåller symptom som irritabilitet, överspändhet, sömnstörningar och vårdslöst eller självdestruktivt beteende.

## Behandling av PTSD

### Evidensbas

Idag finns det flera evidensbaserade psykologiska behandlingar för PTSD hos vuxna. Den senaste översikten och metaanalysen kring evidensbasen för psykologiska terapier för PTSD av Cochrane Collaboration fann att de mest studerade och mest effektiva behandlingarna för symptomreducering var traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) (Bisson et al., 2013). Dessa behandlingar undersöks både individuellt och i grupp, med sessioner i upp till 90 minuter med en behandlingsperiod på mellan 5 och 18 veckor (Bisson et al., 2013).

De teoretiska modeller som dessa behandlingar bygger på överlappar i viss utsträckning varandra. Modellerna varierar dock gällande i vilken utsträckning de betonar processer som orsakar eller



**Flera varianter av TF-KBT fick stöd i översikten av Cochrane**

vidmakthåller problematiken, utifrån informationsprocessteori och kognitiva beteendemodeller för PTSD. Dessa processer består bland annat av störningar av hur information bearbetas,

hur minnen bildas och återkallas, betingning av negativa känslomässiga och beteendemässiga reaktioner för ofarliga stimuli, utvecklingen av maladaptiva copingstrategier (som motsvarar dysfunktionella antaganden kopplade till den traumatiska upplevelsen), samt hur omgivningen bemöter individen (Bryant, 2019).

Flera varianter av TF-KBT fick stöd i översikten av Cochrane, däribland narrativ exponeringsterapi (NET), *prolonged exposure* (PE), kognitiv terapi (*cognitive therapy*, CT), och kognitiv processterapi (KPT) (Bisson et al., 2013). Alla undersökta protokoll för TF-KBT och EMDR har gemensamma komponenter i form av psykoedukation om traumatiska reaktioner, PTSD och dess behandling samt behandlarledd imaginär exponering för traumaminnat eller andra påminnelser om den traumatiska händelsen (Watkins et al., 2018). Den imaginära exponeringen innebär att traumaminnat avsiktligt aktiveras och hålls kvar. Det görs antingen tyst, som i EMDR, eller genom att högt eller i skrift beskriva händelsen och de egna reaktionerna så detaljrikt som möjligt (PE, CT, NET). Den behandlarledda exponeringen i PE, CT NET och EMDR repeteras i sessionerna med syfte att i efterhand uppdatera traumaminnat med ny information såväl som att minska de aktuella känsloreaktionerna och viljan att undvika eller trycka bort traumaminnat. PE och CT involverar även fysiska påminnelser om den traumatiska upplevelsen när det är möjligt. I EMDR aktiverar



patienten traumaminnat medan de följer behandlarens fingrar med ögonen, alternativt gör en annan alternerande kroppsrörelse (Bisson et al., 2013). Likt PE, CT och CPT har NET som målsättning att kontextualisera individens traumatiska minnen och skapa ett sammanhängande autobiografiskt narrativ, här genom att guida patienten genom dess livshistoria med nedslag i de traumatiska händelserna (Elbert et al., 2011). Medan NET går igenom de traumatiska händelserna kronologiskt fokuserar exponeringen i CT och PE på det minne med störst emotionell respons med syftet att nå en emotionell bearbetning av minnena (Ehlers & Clark, 2000; Foa et al., 2019).

Behandlingarna skiljer sig åt gällande i vilken utsträckning som behandlare använder kognitiva tekniker för att identifiera och modifiera dysfunktionella traumarelaterade antaganden. De skiljer sig även åt kring hur mycket de involverar träning i copingstrategier för att hantera emotionella eller beteendemässiga problem samt svårigheter med uppmärksamhet, koncentration och relationer (Watkins et al., 2018). NET, PE och EMDR innehåller inte specifika sessioner med syfte att identifiera och modifiera traumarelaterade antaganden som ligger bakom bristande emotionsreglering, undvikande och andra dysfunktionella copingstrategier, medan CPT och CT inkluderar detta. Behandlare som arbetar med NET och PE kan dock välja att använda icke-diagnosspecifika KBT-interventioner efter behov för att hantera negativa kognitioner och copingstrategier (Schauer et al., 2011; Foa et al., 2019). EMDR använder den behandlarledda ögonrörelsen för att modifiera särskilt starka och negativt laddade antaganden kopplade till den traumatiska upplevelsen.

Visst stöd fanns även för icke-traumafokuserad KBT i översikten av Cochrane, dock var TF-KBT och EMDR mer effektiva vid uppföljning (Bisson et al., 2013). Särskilt relevant för denna rapport är att översikten av Cochrane inte särskiljer mellan olika traumagrupper,

därmed inte heller flyktingar. I forskningen om PTSD har frågetecken lyfts kring huruvida internationella behandlingsriktlinjer är möjliga att tillämpa för flyktingar när majoriteten av studierna som riktlinjerna grundas på inte inkluderar personer med flyktupplevelser (Uphoff et al., 2020; Haagen et al., 2017). Syftet med den aktuella rapporten är att adressera denna kunskapslucka i litteraturen.

## **Internationella riktlinjer**

I linje med den senaste metaanalysen av Cochrane Collaboration rekommenderar internationella riktlinjer för behandling av PTSD hos vuxna både psykologiska och farmakologiska interventioner (APA, 2017; National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE), 2018; WHO, 2013). Riktlinjerna från WHO (2013) rekommenderar TF-KBT (individuellt eller i grupp), EMDR eller stresshantering. Dessa riktlinjer avgränsar rekommendationen om farmakologiska interventioner till endast de fall då psykologiska interventioner inte hjälper eller finns tillgängliga. WHO (2015) ger ytterligare riktlinjer avsedda specifikt för PTSD i konflikt- och katastrofområden. De rekommendationerna går i linje med de generella och understryker också att TF-KBT och EMDR rekommenderas endast i de fall då utbildade och handledda behandlare finns tillgängliga. Riktlinjerna från WHO (2013) för PTSD hos barn och ungdomar rekommenderar endast psykologiska interventioner, inte farmakologiska. Denna rapport fokuserar enbart på psykologiska interventioner för vuxna.

De svenska nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen (2021) rekommenderar också i första hand TF-KBT med en exponeringskomponent som behandling för PTSD, och EMDR som ett andra alternativ. Därtill lyfter svenska statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2019) NET som en möjlig lämplig intervention för PTSD hos flyktingar. Förutom denna rekommendation ger inga andra av de nämnda riktlinjerna separata rekommendationer för behandling av PTSD hos flyktingar. Denna

rapport fokuserar på evidensbasen för psykologiska interventioner för flyktingar.

## Psykologisk behandling av PTSD hos flyktingar

Som beskrivet tidigare kan effektiviteten i psykologiska interventioner för PTSD hos flyktingar skilja sig från andra traumatiserade grupper (Uphoff et al., 2020; Haagen et al., 2017). De bakomliggande orsakerna till detta är komplexa men kan hänga samman med faktorer såsom barriärer i språk och kultur såväl som tillgången till vård (Uphoff et al., 2020; Priebe et al., 2016). Tillgången till vård för flyktingar kan begränsas till följd av exempelvis juridiska och politiska restriktioner (Langlois et al., 2016). Dock finns även forskning som tyder på att faktorer som vanligen associeras med flyktingar, som behov av tolk och avsaknad av flyktingstatus, inte predicerar behandlingsutfall (Haagen et al., 2017). Viktigt att understryka är att personer med flyktingbakgrund är en heterogen grupp som även uppvisar skillnader inom gruppen gällande respons på behandling (Carlsson et al., 2014; Turrini et al., 2017; Haagen et al., 2017).



**Tillgången till vård för flyktingar kan begränsas till följd av exempelvis juridiska och politiska restriktioner**

---

Den tillgängliga forskningen om evidensbaserade behandlingar för traumatiserade flyktingar är dock av begränsad kvalitet och möter ofta flertalet utmaningar (Uphoff et al., 2020; Carlsson et al., 2014; Kellezi et al., 2014). Utmaningarna för forskningen inom detta fält kan förstås på olika sätt (Carlsson et al., 2014). En översikt som behandlar dessa frågor (Carlsson et al., 2014) belyser hur kliniker kan bära på en uppfattning om flyktingar som alltför sårbara för att inkludera i studier. Översikten uppmärksammar även metodologiska utmaningar, som svårigheter att standardisera procedurer över heterogena grupper och kontexter. Försök att anpassa

evidensbaserade behandlingar för PTSD till en flyktingpopulation har genomförts i viss utsträckning (Drozdek, 2015). Det finns dock fortfarande viktiga luckor i evidensen och den tillgängliga forskningen om psykologiska interventioner för flyktingar är fortfarande av begränsad kvalitet (Uphoff et al., 2020).

## Sammanfattning

Det finns idag evidensbaserade psykologiska interventioner för PTSD och den nuvarande litteraturen rekommenderar primärt TF-KBT och EMDR (Bisson et al., 2013; WHO, 2013; NICE, 2018; APA, 2017; Socialstyrelsen, 2021). Flyktingar är dock underrepresenterade i de studier som riktlinjerna är grundade på. Därtill tenderar studier som involverar flyktingar att visa hög heterogenitet gällande urvalsmetoder och studiedesign (Kip et al., 2020; Kellezi et al., 2014).

Det har nyligen genomförts flera sammanställningar av

översiktsartiklar inom området. En översikt av Cochrane (Uphoff et al., 2020) kartlägger och beskriver vad som kännetecknar forskningen kring främjande och förebyggande insatser samt behandling av vanliga psykiska tillstånd hos flyktingar. Författarna

**”  
Flyktingar är dock underrepresenterade i de studier som riktlinjerna är grundade på**

drar slutsatsen att det vid den tidpunkten inte fanns ytterligare behov av att sammanställa evidens kring behandling av PTSD, utan i stället att framtida översikter bör fokusera på interventioners tillämplighet i en flyktingpopulation. I synnerhet rekommenderar författarna framtida översiktsartiklar som explicit inkluderar flyktingar, till skillnad från tidigare översikter som inkluderat deltagare från olika populationer. En sammanställning av metaanalyser om komplex PTSD (Niermeyer et al., 2022) inkluderar studier i populationer som bedöms vara särskilda riskgrupper för att utveckla komplex PTSD.

Det inkluderar både flyktingar och andra grupper, såsom krigsveteraner, som inte nödvändigtvis upplever samma stressorer som flyktingar. Den aktuella kartläggande översikten innehåller endast studier genomförda i populationer med erfarenhet av flykt.

## **Syfte och frågeställning**

Syftet med den aktuella rapporten är att via en kartläggande litteraturoversikt utforska följande forskningsfråga: Vad är det aktuella forskningsläget om psykologiska interventioner för PTSD hos vuxna flyktingar? Målsättningarna med översikten är att:

1. Utforska forskningsläget genom nyligen publicerade metaanalyser: identifiera hur forskning har bedrivits samt belysa styrkor, begränsningar och rekommendationer för framtida forskning.
2. Utforska hur nyare studier (publicerade efter den senaste metaanalysen) adresserar kritik och rekommendationer från tidigare forskning.

## Definitioner av begrepp

### FLYKTING

En flykting kännetecknas som en person som befinner sig utanför sitt hemland och är oförmögen eller ovillig att återvända till följd av att hen riskerar förföljelse och hot mot sitt liv, fysiska integritet och frihet (UNHCR, 1951; UNHCR, 2021). Asylsökande är en person som har flytt sitt hemland och söker internationellt skydd utan att ännu ha blivit formellt erkänd som flykting (UNHCR, 2021). Termen flykting(ar) avser genom denna rapport både flyktingar och asylsökande.

### PSYKOSOCIAL INTERVENTION

Psykosociala interventioner används inom litteraturen och genom denna rapport som ett samlingsbegrepp. Det innefattar psykologisk behandling såsom individuell psykoterapi, men även bredare former av psykosociala interventioner såsom interventioner via internet eller i grupp. De senare kan i vissa fall även komma att ges utanför ett traditionellt vårdssystem och utan en utbildad behandlare.

### KARTLÄGGANDE LITTERATURSTUDIE

En kartläggande litteraturoversikt kan genomföras med syftet att presentera en bred översikt av den befintliga litteraturen om ett visst ämne, att identifiera styrkor och begränsningar i den befintliga litteraturen samt att identifiera kunskapsluckor (Munn et al., 2018). Därtill kan kartläggande litteraturoversikter vara användbara för att utforska nyare forskningsområden (Tricco et al., 2016). Generellt sett syftar de till att identifiera och kartlägga den tillgängliga evidensen och är lämpliga när forskare är intresserade av att identifiera särskilda egenskaper hos studier (såsom populationer eller urvalsgrupper), kunskapsluckor eller områden i behov av ytterligare forskning (Arksey & O'Malley, 2005).

# Metod

## Sökprocedur och screening

Två separata litteratursökningar genomfördes med syftet att identifiera a) metaanalyser som utvärderar psykologiska interventioner för PTSD hos flyktingar och b) randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) publicerade efter den senast publicerade metaanalysen, som bemöter kritiken från metaanalyserna. För den första litteratursökningen screenades databaserna PsycINFO, PubMed, Scopus och Cochrane efter relevanta meta-analyser publicerade fram till oktober 2022. I den andra litteratursökningen för individuella RCT-studier genomfördes en sökning i PsycINFO och PubMed efter RCT-studier om psykologiska behandlingar för flyktingar med PTSD, publicerade fram till oktober 2022. En erfaren bibliotekarie (L.A.) rådfrågades i utformningen av sökstrategin, se Bilaga 1 för fullständig sökstrategi.

## Urvalskriterier

Inklusionskriterierna utformades för att motsvara de centrala komponenterna i forskningsfrågan. Metaanalyser som uppnådde följande kriterier inkluderades: innehåller primärt RCT-studier; utvärderar effekten av psykosociala insatser som syftar till att minska PTSD-symtom; innehåller studier med vuxna (18 år eller äldre) deltagare med flyktningbakgrund; och rapporterar summerade effektstorlekar. Studier exkluderades i de fall de undersökte enbart farmakologisk behandling och innehåller urval med flyktingar tillsammans med andra grupper med PTSD.

I den andra litteratursökningen för RCT-studier inkluderades studier som uppnådde följande preliminära kriterier: involverar randomiserad tilldelning till en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp; utvärderar effekten av psykosociala insatser som syftar till att minska PTSD-symtom; och innehåller studier med vuxna (18 år eller äldre)

deltagare med flyktningbakgrund. Endast RCT-studier som följer rekommendationerna för framtida forskning såsom de identifierats i inkluderade metaanalyser accepterades slutgiltigt – det vill säga, studier som innehåller en aktiv jämförelsegrupp och uppföljningsmätning minst fyra månader efter behandlingsavslut. Sökningen avgränsades till RCT-studier som publicerats efter sökningen i den senaste metaanalysen om psykologisk behandling av PTSD hos flyktingar (2020).

## **Urval av studier**

Från de genomförda sökningarna identifierades de senast publicerade metaanalyserna. Ett sista urval gjordes i samråd med handledare (S.P.) för att identifiera metaanalyserna av högst kvalitet. Från den andra sökningen identifierades RCT-studier som uppnådde de preliminära inklusionskriterierna genom att screena titel och abstract. Till sist identifierades de RCT-studier som följer rekommendationerna från de tidigare metaanalyserna.

## **Extrahering av data**

Från de utvalda metaanalyserna identifierades följande metodologiska egenskaper: antal identifierade studier; antal inkluderade studier med utfallsmått för PTSD; urvalsstorlek för utfall av PTSD; inklusionskriterier; studerad intervention; jämförelsegrupp; intervall antal sessioner; sätt som interventionen ges (individuellt eller i grupp); kontext (världsdel eller höginkomst- eller låginkomstland); och uppföljning. Från identifierade RCT-studier summerades följande metodologiska egenskaper: urvalsstorlek; terapiform; jämförelsegrupp; antal sessioner (individuellt eller i gruppformat); uppföljningstid; population och kontext; och utfallsmått för PTSD-symtom (rapporterat som primära eller sekundära utfall). Utifrån metaanalyserna extraherades följande data: syfte med översikten; effektstorlek för minskning av PTSD-symtom vid behandlingsavslut; effektstorlek för minskning av PTSD-symtom vid



uppföljning; resultat från subgruppsanalyser vid behandlingsavslut; publiceringsbias; heterogenitet; och författarnas slutsatser. Till sist extraherades följande data från RCT-studierna: syfte; mål för interventionen; effektstorlek för PTSD-symtom vid behandlingsavslut; effektstorlek för PTSD-symtom vid uppföljning; och slutsatser kring utfall för PTSD. För samtliga inkluderade metaanalyser och RCT-studier har endast utfall gällande PTSD-symtom rapporterats, mätt med klinikeradministrerade strukturerade diagnostiska intervjuer eller standardiserade självskattningsskalor. Inga andra primära eller sekundära utfall rapporteras i den aktuella studien.

## Etiska överväganden

Litteraturstudien involverar inga deltagare men relevanta etiska överväganden har diskuterats ur ett makroperspektiv. Etiska implikationer kan uppstå i utformningen av urvalskriterier som kan gynna vissa metoder eller interventioner. Därtill medför studien, som alla översikter, en risk för publiceringsbias (Brown & Hedges, 2009). Detta kan minimeras genom att exempelvis vara transparent med hur sökningen genomförs (Brown & Hedges, 2009).

När forskning inriktas på en specifik population och därmed antyder att det finns en skillnad från befolkningen i övrigt, uppstår etiska frågor. Tidigare uppmärksammade etiska problem belyser hur forskningsresultat riskerar potentiella konsekvenser av negativa utfall, såsom gällande framtida finansiering och implikationer för vården (Carlsson et al., 2014). Ytterligare en uppmärksam risk är att en studerad minoritet kan uppleva forskningsresultat som patologisering och förstärker stereotyper (Hall, 2001). Forskning i en specifik population innebär även etiska problem gällande att man antar att det går att generalisera mellan grupper (Bledsoe & Hopson, 2009). I denna studie är detta relevant både gällande att generalisera från en allmän population till flyktingar såväl som mellan heterogena grupper av flyktingar.

# Resultat

## Resultat från metaanalyser

### Urval av metaanalyser

Från de utförda sökningarna identifierades nyligen publicerade metaanalyser ( $n = 7$ ). Av dessa identifierades de metaanalyser som var av högst kvalitet ( $n = 4$ ) i samråd med handledare (S.P.).

### Metodologiska egenskaper för inkluderade metaanalyser

Utvalda egenskaper hos de inkluderade metaanalyserna hittas i Tabell 1 och består av antal identifierade studier; antal inkluderade studier med utfallsmått för PTSD; urvalsstorlek för utfall av PTSD; intervall urvalsstorlek i individuella studier; inklusionskriterier; studerad intervention; jämförelsegrupp; intervall antal sessioner; sätt som interventionen ges (individuellt eller i grupp); kontext (världsdel, eller höginkomst- eller låginkomstland); och uppföljning.

Alla fyra metaanalyser syftade till att utvärdera effektiviteten hos psykosociala interventioner för flyktingar. Tre av metaanalyserna var specifikt intresserade av interventioner riktade mot att minska PTSD-symtom. Översikten av Turrini et al. (2019) inkluderar interventioner för flertalet psykiska tillstånd men genomför en separat metaanalys för PTSD-utfall och är därför inkluderad i den aktuella studien. Inom de studier som inkluderas i metaanalyserna utvärderas ofta KBT i någon form. De olika varianterna grupperas som KBT av författarna till metaanalyserna och kategoriseras som TF-KBT i de fall då de innehåller en traumafokuserad komponent utöver generella KBT-element. Även om NET är en form av traumafokuserad KBT jämförs interventionen separat inom metaanalyserna och rapporteras således åtskilt även i den aktuella studien. Majoriteten av de inkluderade studierna i metaanalyserna undersöker KBT, NET eller EMDR (se Tabell 1). Övriga interventioner i de inkluderade

metaanalyserna undersöks endast i en eller två studier per metaanalys, vilket medför att det är svårt att dra vidare slutsatser kring dessa. Genom de inkluderade metaanalyserna undersöker 22 studier KBT med eller utan en traumafokuserad komponent, 20 studier utvärderar NET, 13 studier undersöker EMDR och 10 studier undersöker andra psykosociala interventioner. Samtliga undersökta interventioner i metaanalyserna finns rapporterade i Bilaga 2. Det primära utfallsmåttet i alla inkluderade metaanalyser var graden av PTSD-symtom vid behandlingsavslut. Metaanalyserna definierade de primära utfallsmåtten som standardiserade, kliniker-administrerade utfallsmått av PTSD baserade på DSM- eller ICD-kriterier. Om tillgängligt, prioriterades Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) eller Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). De inkluderade metaanalyserna rapporterade effektstorlekar som den standardiserade skillnaden mellan medelvärden (standardized mean differences, SMD) baserade på Hedges' g.

**Tabell 1. Utvalda egenskaper: Metaanalyser**

| Metaanalyser  | Nosé et al. (2017)   | Thompson et al. (2018)  | Turrini et al. (2019)   | Turrini et al. (2021)   |
|---|--|---|---|---|
| Identifierade studier                                 | n = 3139   | n = 525   | n = 1416  | n = 1085  |
| Inkluderade studier med utfallsmått för PTSD (totalt) | n = 12 (n = 14)  | n = 15 (n = 16)   | n = 20 (n = 26)   | n = 18 (n = 23)   |
| Urvalsstorlek för utfall av PTSD (totalt)             | 543 (888)  | 1111  | 1370 (1959)   | 1748 (2308)   |
| Intervall urvalsstorlek i individuella studier        | 12-142   | 10-280  | 10-347  | 10-694  |
| Inklusionskriterier                                   | a) RCT/CCT; b) PSI; c) AC/IC; d) vuxna flyktingar med PTSD i HIL | a) RCT; b) PSI för PTSD; c) vuxna d) AC/IC; d) 80% flyktingar; e) 80% trolig PTSD | a) RCT; b) PSI c) validerade skolor d) TAU/WL/placebo; d) flyktingar i HIL/LMIL | a) RCT; b) vuxna flyktingar; c) PSI d) TAU/WL/AC; e) 80% med PTSD diagnos |
| Studerad intervention                                 | NET (5); KBT (4); annan (3)                                      | NET (7); EMDR (4); TF-KBT (4);  | NET (4); KBT (7); EMDR (4); annan (5)   | KBT/TF-KBT (7); NET (4); EMDR (5); annan (2)                              |
| Jämförelsegrupp                                       | WL (9); TAU (3)  | AC (3); IC (9); annan (3)   | IC (14); TAU (4); placebo (4)   | WL (8); TAU (6); AC (6)   |
| Intervall antal sessioner                             | 3-25   | 3-20  | 3-16  | 3-16  |
| Individ(i)/grupp(G)                                   | I (10); G (2)  | I (14); G (1)   | I (17); G (4)   | I (14); G (4)   |
| Kontext   | Europa (9); USA (3)  | Europa (7); USA (4); flyktingläger (4)  | HIL (12); LMIL (8)  | HIL (12); LMIL (6)  |
| Uppföljning månader (antal studier)                   | 5-8 (8); 9-12 (4)  | 2-4 (7); 6-8 (4); 12 (1)  | 1-4 (8); 6 (3); 12 (2); 18 (1)  | 1-4 (7); 5-8 (6); 9-13 (4)  |

Förkortningar: PTSD = posttraumatiskt stressyndrom (posttraumatic stress disorder); RCT = randomiserad kontrollerad studie (randomized controlled trial); CCT = controlled clinical trial; PSI = psykosocial intervention; AC = active comparison; IC = inactive comparison; HIC = high income countries; TAU = treatment as usual; WL = waitlist; LMIC = low/middle income countries; NET = narrative exposure therapy; KBT = kognitiv beteendeterapi; EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; TF-KBT = traumafokuserad kognitiv beteendeterapi; HIL = höginkomstländer; LMIL = låg-/medelinkomstländer

Tabell 2. Resultat metaanalyser

| Metaanalyser   | Nose et al. (2017)   | Thompson et al. (2018)  | Turrini et al. (2019)   | Turrini et al. (2021)  |
|--|--|---|---|--|
| Syfte  | Effekt av PSI för PTSD hos flyktingar  | Effektivitet av PSI för PTSD hos flyktingar   | Effektivitet och tillämpbarhet av PSI för psykisk ohälsa hos flyktingar   | Jämföra och rangordna PSI för PTSD hos flyktingar  |
| Antal studier bedömda som hög risk för bias*                               | 7  | 11  | 16  | 5  |
| Antal studier med risk för detektionsbias**                                | L(6); U(1); H(5)   | L(12); U(3); H(1)   | L(15); U(6); H(7)   | L(16); U(2); H(7)  |
| Effektstorlek för minskning av PTSD-symtom vid behandlingsavslut: SMD (CI) | -1.03 (-1.55; -0.51) PSI>HC  | -1.14 (-1.80; -0.47) PSI>HC; -0.03 (0.21;-0.14) PSI>AC  | -0.71 (-1.01; -0.41) PSI>IC   | -1.41 (-2.43; -0.38) CBT>WL; -1.30 (-2.40; -0.20) EMDR>WL; -1.31 (-2.67; -0.36) CBT>TAU  |
| Effektstorlek för minskning av PTSD-symtom vid uppföljning: SMD (CI)       | 0.01 (1.26; 1.28) PSI>HC   | 5-8 månader 0.11 (-0.13; 0.35) PSI>AC; 9-12 månader -0.86 (-1.50; -0.22) PSI>AC;  | -1.08 (-1.81; -0.35) PSI>IC   | n.r.   |
| Publiceringsbias   | Mojlig   | Inte undersökt  | Inte funnen   | Inte funnen  |
| Heterogenitet (I <sup>2</sup> )  | Hög (86%)  | Hög (90%)   | Hög (83%)   | Hög: EMDR-WL (79%); CBT-WL (93%)   |
| Författarnas slutsatser  | PSI effektiv jämfört med inaktiv kontroll, ingen signifikant effekt vid uppföljning. NET effektiv jämfört med inaktiv kontroll, ingen signifikant effekt för KBT | Individuell PI effektiv jämfört med inaktiv kontroll, ingen signifikant effekt jämfört med aktiv kontroll vid behandlingsavslut eller 5-8 månaders uppföljning. Stor skillnad jämfört med aktiv kontroll vid 9-12 månaders uppföljning. Stor effekt av EMDR jämfört med inaktiv kontroll. Mätlig effekt av NET jämfört med minimal intervention vid uppföljning | SI effektiv jämfört med inaktiv kontroll, bibehållen vid uppföljning. Ingen skillnad jämfört med psykologisk placebo. Signifikant effekt för KBT, ingen signifikant effekt för EMDR och NET för PTSD symtom | KBT och EMDR effektiva jämfört med WL, KBT effektiv jämfört med TAU. Ingen signifikant skillnad jämfört med kontroll för övriga interventioner |

Förkortningar: PTSD = posttraumatisk stress disorder; PSI = psychosocial intervention; IC = inactive comparison; AC = active comparison; CBT = cognitive behavioural therapy; WL = waitlist; EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; TAU = treatment as usual; n.r. = not reported; NET = narrative exposure therapy; \* och \*\* se Referenser

## Sammanställning av resultat från metaanalyser

Resultaten från de inkluderade metaanalyserna hittas i Tabell 2 och består av syftet med översikten; effektstorlek för minskning av PTSD-symtom vid behandlingsavslut; effektstorlek för minskning av PTSD-symtom vid uppföljning; resultat från subgruppsanalyser vid behandlingsavslut; publiceringsbias; heterogenitet; och författarnas slutsatser.

Alla inkluderade metaanalyser fann stöd för att psykologiska interventioner är effektiva för att minska PTSD-symtom jämfört med inaktiva kontrollgrupper (SMD = -0.71 till -1.51). Överlag hittades mest stöd för varianter av KBT med en traumafokuserad komponent medan EMDR följde med mer varierande stöd. En av



**Genomgående i metaanalyserna rapporterades hög heterogenitet**

metaanalyserna fann att NET var mer effektivt än inaktiv kontroll vid behandlingsavslut (Nosè et al., 2017) och en annan fann NET effektiv jämfört med minimal intervention vid 5–8 månader (Thompson et al., 2018). Den

mest förekommande jämförelsen i studierna var en inaktiv kontrollgrupp och de flesta av studierna inkluderade ingen uppföljning eller uppföljning efter upp till fyra månader.

Genomgående i metaanalyserna rapporterades hög heterogenitet ( $I^2 = 79\text{--}93\%$ ). Författarna drar slutsatsen att detta troligtvis är en konsekvens av klinisk heterogenitet i de inkluderade studierna, gällande exempelvis ursprungs- och bosättningsland, tid sedan migration, diagnoskriterier, innehåll och form för interventioner samt år och land för publikationer. Rapporteringen av publiceringsbias varierade mellan metaanalyserna, dock belyser samtliga författare risken för detta.

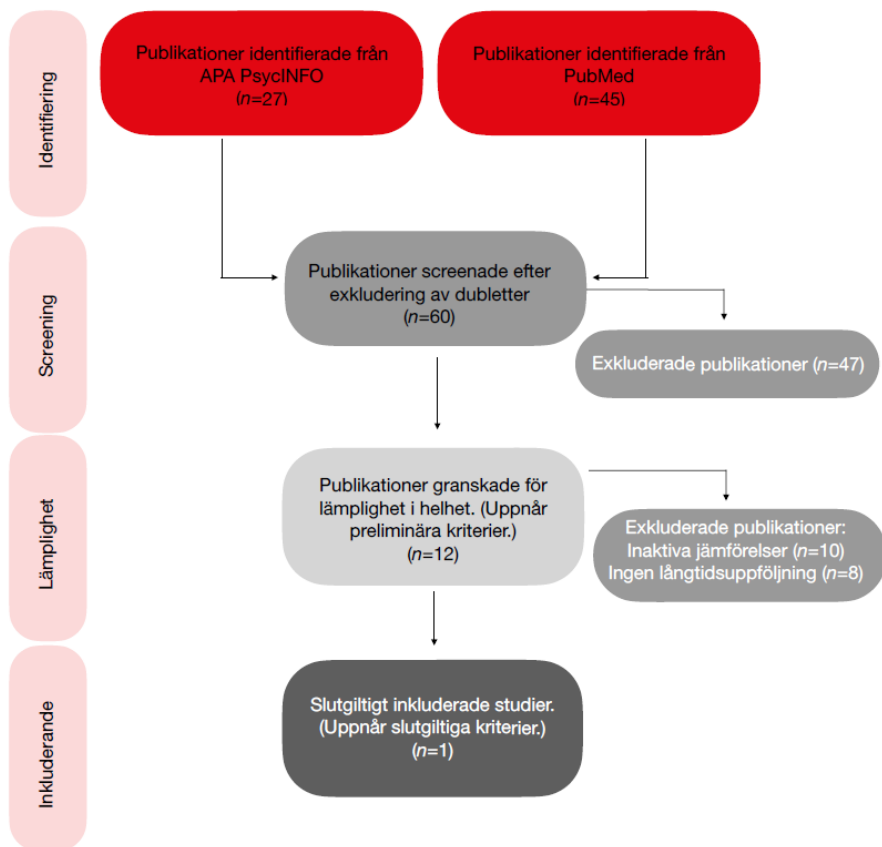
Av de inkluderade metaanalyserna var följande rekommendationer för framtida forskning de mest återkommande: direkta jämförelser mellan aktiva interventioner (framför allt med TF-KBT som en effektiv jämförelse) och att undersöka långtidseffekter. De identifierade rekommendationerna specificerade inte krav på längd för uppföljning, men antas vara åtminstone fyra månader utifrån studiernas rapporterade metodologiska egenskaper och kunskapsluckor. Därtill pekar vissa författare på ett behov av studier som utvärderar kulturellt anpassade interventioner såväl som gemensamma behandlingsfaktorer och förändringsmekanismer.

## **Resultat randomiserade kontrollerade studier**

### **Urval av RCT-studier**

Utifrån slutsatserna i de fyra inkluderade metaanalyserna definierades ytterligare inklusionskriterier för RCT-studier publicerade sedan den senaste metaanalysen. De RCT-studier som uppfyller följande kriterier inkluderades slutgiltigt: a) direkta jämförelser mellan aktiva interventioner; och b) undersöker långtidseffekter, definierat som en uppföljningsmätning vid minst fyra månader efter behandlingsavslut. Från de genomförda sökningarna identifierades studier publicerade mellan februari 2020 och oktober 2022, efter att dubletter exkluderats ( $n = 60$ ). Utifrån screening av titel och abstract identifierades RCT-studier som uppnådde de preliminära inklusionskriterierna. Sökningens resultat inkluderade sekundära analyser, varav originalstudien uppfyllde inklusionskriterierna och därmed inkluderades. Det resulterade i sammanlagt tolv identifierade RCT-studier. Av dessa uppfyllde dock endast en studie de slutgiltiga kriterierna baserade på metaanalysernas rekommendationer, det vill säga involverade en aktiv jämförelsegrupp och långtidsuppföljning. Se Figur 1 för ett flödesdiagram över hur RCT-studierna valts ut.

**Figur 1.** Identifiering av studier via databaser





## Metodologiska egenskaper för inkluderade RCT-studier

Utvalda metodologiska egenskaper för inkluderade RCT-studier hittas i Tabell 3 och består av a) urvalsstorlek; b) terapiform; c) jämförelsegrupp; d) antal sessioner (individuellt eller i gruppformat); e) uppföljningstid; f) population och kontext; och g) utfallsmått för PTSD-symtom (rapporterat som primära eller sekundära utfall).

## Interventioner i RCT-studier

I de RCT-studier som inkluderats undersöker en majoritet av studierna interventioner som inte ingår i de internationella riktlinjerna för PTSD-behandling hos vuxna, även om många av dessa innehåller inslag av KBT. Bland de identifierade RCT-studierna undersöker tre KBT med eller utan en traumafokuserad komponent, en studie undersöker NET. Inga

studier hittades som undersöker EMDR. De flesta av de undersökta interventionerna beskrivs av artikelförfattarna som kulturellt eller på andra sätt anpassade till en

flyktingpopulation, så som författarna till metaanalyserna rekommenderade. Två studier utvärderar en form av kulturellt anpassad gruppvariant av KBT (*culturally adapted cognitive behavioral therapy*, CA-CBT) (Eskici et al., 2021; Kananian et al., 2020). CA-CBT är en manualiserad intervention där sessioner involverar psykoedukation, stretchningsövningar och meditation utöver generella KBT-komponenter. En studie utvärderar internet-KBT, som utformas enligt individens symtombild och innehåller vanliga inslag av KBT (Lindegaard et al., 2021). Modulerna kan då riktas mot symtom som beskrivits av individen, exempelvis ångest, depression, insomni, stress, emotionsreglering och påträngande



**De undersökta interventionerna beskrivs som kulturellt anpassade till en flyktingpopulation**

---

minnen. En av de identifierade studierna undersöker NET, vilket som tidigare nämnts är en traumafokuserad intervention som följer individens livslinje i kronologisk ordning och involverar exponering för traumatiska minnen (Brady et al., 2021). Övriga studier undersöker interventioner i olika former (grupp, individuellt, app) med olika grad av stresshantering, psykoedukation, problemlösning, exponering och copingstrategier. Vissa av dessa interventioner ges av icke-specialister som genomgått träning i den specifika interventionen.

### **Sammanställning av resultat från RCT-studier**

Resultaten av inkluderade RCT-studierna finns i Tabell 4 och består av: a) syfte; b) mål för interventionen; c) effektstorlek för PTSD-symtom vid behandlingsavslut; d) effektstorlek för PTSD-symtom vid uppföljning; och e) slutsatser kring utfall för PTSD. Av de identifierade RCT-studierna som uppfyller preliminära inklusionskriterier ( $n = 12$ ) utvärderar många effekten av psykosociala interventioner med fokus på brett psykiskt lidande hos flyktingar, vilket kan ses i Tabell 3. Populationen i dessa RCT-studier är på så vis inte uteslutande personer med en formell PTSD-diagnos, även om studierna utvärderar symtom för PTSD som primära eller sekundära utfall. Av RCT-studierna som uppfyller de preliminära inklusionskriterierna förefaller resultaten stödja traumafokuserade psykologiska interventioner, med effektstorlekar mellan 0.07 och 1.17 jämfört med kontrollgrupp vid behandlingsavslut. De två RCT-studier som undersökte gruppvarianten av CA-CBT visade signifikant minskning av PTSD-symtom, med måttlig till stor effekt (0.7–1.17) jämfört med inaktiv kontroll (Eskici et al., 2021; Kananian et al., 2020). Av de identifierade RCT-studierna använde majoriteten en inaktiv kontrollgrupp ( $n = 10$ ) (det vill säga ingen behandling eller väntelista) och åtta studier involverade ingen uppföljning vid fyra månader eller senare.

Den enda RCT-studien som uppfyllde de slutgiltiga inklusionskriterierna var en så kallad *noninferiority RCT*. En noninferiority studie undersöker kort sagt ifall en ny behandling inte är sämre än den behandling den jämförs med. Den här studien undersökte om *trauma focused music and imagery* (tr-MI) inte är underlägsen psykologisk standardbehandling (beskrivet nedan) gällande minskning av PTSD-symtom hos flyktingar, med uppföljning efter 6 månader (Beck et al., 2021). Interventionen tr-MI involverar visualisering (*imagery*) av den traumatiska upplevelsen, tillsammans med emotionellt suggestiv musik för att motsvara exponeringen för traumabilder. Musiken väljs tillsammans med patienten och kan komma från patientens kultur. Jämförelsegruppen gavs standardmässig psykologisk terapi, vilket författarna definierar som innehållandes element av TF-KBT, psykodynamisk terapi och narrativa metoder enligt kliniska riktlinjer. Resultaten indikerade att tr-MI var signifikant icke-underlägsen (noninferior) jämfört med kontrollgruppen, med effektstorlek 0.07 (-.29; .15) vid behandlingsavslut och 0.16



**Övriga inkluderade studier verkar ge fortsatt stöd till att psykosociala interventioner ger signifikant minskning av PTSD-symtom**

---

(-.07; .38) vid sex månaders uppföljning. Denna studie ger därmed preliminärt stöd för tr-MI jämfört med evidensbaserade KBT-metoder, och vice versa, med en behållen icke-underlägsenhet (noninferiority) vid sex månaders uppföljning. Övriga inkluderade studier verkar ge fortsatt stöd till att psykosociala interventioner ger signifikant minskning av PTSD-symtom vid behandlingsavslut jämfört med kontrollgrupp utan behandling. Minskningen är i stort sett varaktigt upp till 12 månader efter behandlingsavslut.

**Tabell 3. Utvalda egenskaper RCT**

|   | <b>Eslici et al. (2021)</b>                    | <b>Acarturk et al. (2022)</b>                    | <b>Begotaraj et al. (2022)</b>                 | <b>Azizk-Reebis et al. (2021)</b>              | <b>Bryant et al. (2022)</b>                      | <b>Lindegaard et al. (2021)</b>                  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>Urvalsstorlek</b>  | n = 23   | n = 46   | n = 28   | n = 158  | n = 410  | n = 59   |
| <b>Terapiform</b>   | CA-CBT   | gPM+   | TF-EW  | MBTR-R   | gPM+   | ICBT   |
| <b>Jämförelsegrupp</b>  | TAU (IC)                                       | E-CAU  | (icke-TF) EW och IC                            | WL   | E-CAU  | WL   |
| <b>Antal sessioner (individuellt/grupp)</b>                   | 7 (G)  | 5 (G)  | 3 (G)  | 9 (G)  | 5 (G)  | 7 moduler (I)                                    |
| <b>Uppföljningstid</b>  | Ingen  | 3 månader  | Ingen  | 5 veckor                                       | 3 månader  | Ingen  |
| <b>Population/kontext</b>                                     | Syriska flyktingar; kvinnor; Turkiet           | Syriska flyktingar; Turkiet                      | Migranter; ideell organisation; Italien        | Eritreanska asylsökande i Mellanöstern         | Syriska flyktingar; flyktingläger; Jordanien     | Arabisktalande immigranter; Sverige              |
| <b>Utfallsmått för PTSD-symtom (primära/sekundära utfall)</b> | Standardiserade självskattningsskalor (primär) | Standardiserade självskattningsskalor (sekundär) | Standardiserade självskattningsskalor (primär) | Standardiserade självskattningsskalor (primär) | Standardiserade självskattningsskalor (sekundär) | Standardiserade självskattningsskalor (sekundär) |

Förkortningar: RCT = randomiserad kontrollerad studie (randomized controlled trial); PTSD = posttraumatiskt stressyndrom (posttraumatic stress disorder); CA-CBT = culturally adapted cognitive behavioural therapy; ; gPM+ = group problem management plus; TF-EW = trauma-focused expressive writing; MBTR-R = mindfulness-based trauma recovery for refugees; ICBT = internet-based cognitive behavioural therapy; TAU = treatment as usual; IC = inactive comparison; E-CAU = enhanced care as usual; WL = waitlist control group; tr-MI = trauma-focused music and imagery; PM+ = problem management plus; IAT = integrative adapt therapy; NET = narrative exposure therapy; SH-app = self-help application "Sanadak"; AC = active comparison; KBT = kognitiv beteendeterapi \*Kliniker-administrerade strukturerade diagnostiska intervjuer

**Tabell 3. Utvalda egenskaper RCT**

| RCT  | Beck et al. (2021)                             | Spaaij et al. (2022)                           | Tay et al. (2020)                               | Brady et al. (2021)  | Röhr et al. (2021)                             | Kananian et al. (2020)                           |
|--|--|--|---|--|--|--|
| Urvalsstorlek  | n = 74   | n = 59   | n = 331   | n = 25   | n = 133  | n = 24   |
| Terapiform   | Ir-MI<br>TAU (AC)                              | PM+<br>E-CAU                                   | IAT<br>CBT (AC)                                 | NET<br>WL  | SH-app<br>IC                                   | CA-CBT+<br>WL                                    |
| Jämförelsegrupp (individuellt/grupp)                   | 16 (I)   | 5 (I)  | 6 (I)   | 16 (I)   | 4 veckor (I)                                   | 12 (G)   |
| Uppföljningstid  | 6 månader                                      | 3 månader                                      | 6 veckor  | 6 månader; 12 månader  | 4 månader                                      | 12 månader                                       |
| Population/kontext                                     | Flyktingar, traumamottagning; Danmark          | Syriska flyktingar; Schweiz                    | Rohingya, chin och kachin flyktingar; Malaysia  | Överlevare av trafikföreläring; PTSD-diagnos   | Syriska flyktingar; utsatta områden; Tyskland  | Afghanska flyktingar; män; Tyskland              |
| Utfallsmått för PTSD-symtom (primära/sekundära utfall) | Standardiserade självskattningsskalor (primär) | Standardiserade självskattningsskalor (primär) | Strukturerade diagnostiska intervjuer* (primär) | Strukturerade diagnostiska intervjuer*; standardiserade självskattningsskalor (primär) | Standardiserade självskattningsskalor (primär) | Standardiserade självskattningsskalor (sekundär) |

Förkortningar: RCT = randomized controlled trials; PTSD = posttraumatic stress disorder; Ir-MI = trauma-focused music and imagery; PM+ = problem management plus; IAT = integrative adapt therapy; NET = narrative exposure therapy; SH-app = self-help application "Sanadak"; CA-CBT = culturally adapted cognitive behavioural therapy; TAU = treatment as usual; AC = active comparison; E-CAU = enhanced care as usual; IC = inactive comparison; CBT = cognitive behavioural therapy; WL = waitlist control group \*Clinician-administered structured diagnostic interview

**Tabell 4. Resultat RCT-studier**

| RCT  | Esici et al. (2021)                                    | Acarturk et al. (2022)  | Begotaraj et al. (2022)   | Aizik-Reebs et al. (2021)   | Bryant et al. (2022)                   | Lindegaard et al. (2021)   |
|--|--|---|---|---|--|--|
| <b>Syfte</b>   | Effektivitet, genomförbarhet, tillämpbarhet för CA-CBT | Genomförbarhet, tillämpbarhet, påverkan och kostnadseffektivitet för gPM+ (pilotstudie)   | Effektivitet för TF-EW  | Utvärdera effektivitet och säkerhet i interventionen                              | Utvärdering påverkan gPM+              | Effektivitet för ICBT (pilotstudie)                              |
| <b>Mål för intervention</b>                                | Psykologiskt lidande                                   | Psykologiskt lidande  | Psykologiskt lidande och traumasymtom   | Urval ur samhällsgrupp (kroniska postmigrations-stressorer, hög traumaexponering) | Psykisk hälsa                          | Depression och ångest  |
| <b>Effektstorlek för PTSD-symtom vid behandlingsavslut</b> | $d = 1,17$ CA-CBT>TAU (mellangrupp)                    | $d = 0,40$ gPM+>E-CAU (mellangrupp); $d = 0,39$ (inomgrupp)   | -   | $\eta^2 = 0,17$ MBTR-R>WL (mellangrupp)   | $d = 0,10$ gPM+>E-CAU (mellangrupp)    | $d = 0,24$ ICBT>WL (mellangrupp); - $0,10$ ICBT>WL (grupp x tid) |
| <b>Effektstorlek för PTSD-symtom vid uppföljning</b>       | -  | $d = 0,18$ gPM+>E-CAU (between-group); $d = 0,66$ (within-group)  | $\eta p^2 = 0,09$ (grupp x tid) $\eta p^2 < 0,01$ (grupp) $\eta p^2 = 0,01$ (tid) | $\eta^2 = 0,16$ MBTR-R>WL (mellangrupp)   | $d = -0,09$ gPM+>E-CAU (mellangrupp)   | -  |
| <b>Slutsatser kring uträll för PTSD</b>                    | Stor effekt för CA-CBT                                 | Ikke-signifikant effekt mellan grupper, signifikant effekt inom båda grupper från baslinje till uppföljning. Inte power nog att visa effekt | Ikke-signifikant effekt mellan och inom grupper                                   | Signifikant effekt av MBTR-R jämfört med WL vid behandlingsavslut och uppföljning | Ikke-signifikant effekt mellan grupper | Ikke-signifikant effekt  |

Förkortningar: RCT = randomiserad kontrollerad studie (randomized controlled trial); PTSD = posttraumatiskt stressyndrom (posttraumatic stress disorder); CA-CBT = culturally adapted cognitive behavioural therapy; gPM+ = group problem management plus; TF-EW = trauma-focused expressive writing; ICBT = internet-based cognitive behavioural therapy; TAU = treatment as usual; E-CAU = enhanced treatment as usual; MBTR-R = mindfulness-based trauma recovery for refugees; WL = waitlist; tr-MI = trauma-focused music and imagery; PM+ = problem management plus; ; IAT = integrative adapt therapy; KBT = kognitiv beteendeterapi; NET = narrative exposure therapy; SH-app = self-help application "Sanadak"; PP = per protocol; ITT = intention to treat; n.r. = not reported; IC = inactive comparison; E-TAU = enhanced treatment as usual

Evidensbaserad psykologisk behandling av posttraumatisk stress hos vuxna personer med erfarenhet av flykt

**Tabell 4. Resultat RCT-studier**

| RCT  | Beck et al. (2021)   | Spaaij et al. (2022)  | Tay et al. (2020)  | Brady et al. (2021)  | Röhr et al. (2021)   | Kananian et al. (2020)            |
|--|--|---|--|--|--|-----------------------------------|
| <b>Syfte</b>   | Icke-underlägsenhet (noninferiority) hos tr-MI                             | Genomförbarhet för PM+ (pilotstudie)  | Effektivitet för IAT jämfört med KBT   | Preliminär effektivitet för NET; genomförbarhet av RCT-studie                                    | Effektivitet och kostnadseffektivitet för självhjälpsapp               | Utvärdera CA-CBT (pilotstudie)    |
| <b>Mål för intervention</b>                                | Traumasyntom   | Psykologiskt lidande  | Vanliga psykiatriska tillstånd hos flyktingar  | PTSD   | PTSD   | Transdiagnostisk                  |
| <b>Effektstorlek för PTSD-symtom vid behandlingsavslut</b> | $d = 0.07$ tr-MI>TAU (PP); $d = 0.07$ tr-MI>TAU (ITT) (mellangrupp)        | -   | $d = 0.93$ IAT (inomgrupp); $d = 0.87$ CBT (inomgrupp); adjusted mean difference = $-0.08$ IAT>CBT (mellangrupp) | $d = 2.36$ NET (inomgrupp)   | $d = 0.118$ SH-app>IC (ITT); $d = 0.01$ SH-app>IC (PP) (mellangrupp)   | $d = 0.7$ CA-CBT>WL (mellangrupp) |
| <b>Effektstorlek för PTSD-symtom vid uppföljning</b>       | $d = 0.16$ tr-MI>TAU (PP); $0.14$ tr-MI>TAU (ITT) (mellangrupp)            | $d = 0.57$ PM+ (inomgrupp); $d = 0.35$ E-TAU (inomgrupp)                        | Signifikant effekt för IAT och KBT; större effekt av IAT än KBT  | -  | $d = -0.051$ SH-app>IC (ITT); $d = 0.074$ SH-app>IC (PP) (mellangrupp) | $d = 0.7$ CA-CBT (mellangrupp)    |
| <b>Slutsatser kring utfall PTSD</b>                        | Signifikant icke-underlägsenhet (noninferiority) hos tr-MI jämfört med TAU | Stödjer genomförande av RCT, inte power nog att upptäcka statistisk signifikans | Signifikant effekt för IAT och KBT; större effekt av IAT än KBT  | Signifikant minskning av symtom i NET-gruppen; ingen formell beräkning av power; RCT genomförbar | Ingen signifikant skillnad mellan intervention och kontroll            | Måttlig effekt av CA-CBT          |

Förklaringar: RCT = randomiserad kontrollerad studie (randomized controlled trial); PTSD = posttraumatiskt stressyndrom (posttraumatic stress disorder); CA-CBT = culturally adapted cognitive behavioural therapy; gPM+ = group problem management plus; TF-EW = trauma-focused expressive writing; ICBT = internet-based cognitive behavioural therapy; TAU = treatment as usual; E-CAU = enhanced treatment as usual; MBTR-R = mindfulness-based trauma recovery for refugees; WL = waitlist; tr-MI = trauma-focused music and imagery; PM+ = problem management plus; IAT = integrative adapt therapy; KBT = kognitiv beteendeterapi; NET = narrative exposure therapy; SH-app = self-help application "Sanadak"; PP = per protocol; ITT = intention to treat; n.r. = not reported; IC = inactive comparison; E-TAU = enhanced treatment as usual

# Diskussion

## Sammanfattning av resultaten

Det övergripande syftet med rapporten var att genomföra en kartläggande litteraturöversikt om nyligen publicerad forskning kring psykologiska interventioner för PTSD hos flyktingar, med forskningsfrågan: Vad är det aktuella forskningsläget om psykologiska interventioner för PTSD hos vuxna flyktingar?

Översikten behandlar fynden från fyra nyligen publicerade metaanalyser och 12 individuella RCT-studier som publicerats efter dessa metaanalyser, varav endast en RCT-studie uppfyllde de slutgiltiga inklusionskriterierna (det vill säga adresserade de luckor i metodologi som identifierats i de fyra metaanalyserna). Inom de inkluderade metaanalyserna och individuella RCT-studierna fanns sammanlagt 25 studier som undersöker KBT (med eller utan en traumafokuserad komponent), 21 studier utvärderar NET och 13 studier utvärderar EMDR. Många av de övriga studerade psykosociala interventionerna involverade element från KBT och beskrevs som kulturellt, eller på andra vis, anpassade till en flyktingpopulation.

### Delmål 1

Rapportens första delmål var att utforska forskningsläget genom nyligen publicerade metaanalyser, vilket genomförts via en litteratursökning och identifiering av fyra högkvalitativa metaanalyser inom fältet. Genom att summera studiernas metodologiska egenskaper (Tabell 1) har rapporten adresserat målet att identifiera hur forskning har genomförts. Med summeringen av resultat (Tabell 2), vilken inkluderar rapportering av heterogenitet, var målet att belysa rapporterade styrkor och begränsningar inom metaanalyserna. Resultaten från de inkluderade metaanalyserna fann stöd för att traumafokuserade psykologiska interventioner är



effektiva i att reducera PTSD-symtom hos vuxna flyktingar, med effektstorlekar mellan  $-0.71$  och  $-1.51$  jämfört med kontrollgrupp vid behandlingsavslut. Från inkluderade metaanalyser och RCT-studier förefaller TF-KBT, NET och EMDR vara effektiva vid behandlingsavslut jämfört med inaktiva kontrollgrupper. Mest stöd rapporterades för KBT med en traumafokuserad komponent, och i andra hand för EMDR, medan NET fick stöd endast i de två tidigare metaanalyserna. De genomsnittliga effektstorlekarnas intervall i metaanalyserna överlappade varandra och med de som rapporterats i en nyligen publicerad metaanalys om psykologiska interventioner för PTSD hos en allmän population (icke-flyktingar) (Bisson et al., 2013). Inom de inkluderade metaanalyserna rapporterades hög statistisk heterogenitet, vilket författarna antar är en konsekvens av den kliniska heterogeniteten i studierna. Författarnas huvudsakliga rekommendationer för framtida forskning summerades med betoning på de mest återkommande rekommendationerna, vilket är framtida studier som involverar aktiva jämförelsegrupper och långsiktig uppföljning. Därtill rekommenderade författarna framtida forskning att undersöka förändringsmekanismer och kulturellt anpassade interventioner.

## **Delmål 2**

Rapportens andra målsättning var att utforska hur senare studier adresserar de kunskapsluckor och följer de rekommendationer som tidigare forskning belyst. Rekommendationerna som författarna till de inkluderade metaanalyserna gett utvecklades därför vidare till urvalskriterier för RCT-studierna. En systematisk litteratursökning genomfördes för att identifiera studier som publicerats efter den senaste metaanalysen ( $n = 12$ ) och urskilja RCT-studier som följt tidigare rekommendationer ( $n = 1$ ). Genom att rapportera urvalsproceduren (se Figur 1), metodologiska egenskaper för inkluderade studier (se Tabell 3) och resultat se (Tabell 4) var målet att kartlägga om och hur dessa studier följde rekommendationerna

från tidigare forskning. Majoriteten av dessa studier adresserade inte de identifierade metodologiska luckorna utan involverade i stället inaktiva jämförelser och relativt kort uppföljningstid. Följaktligen uppfyllde endast en RCT de slutgiltiga inklusionskriterierna, och



**Det har under de senaste 10–15 åren skett en ökning av antalet randomiserade kontrollerade studier om behandling av PTSD riktade mot flyktingar**

bidrog med visst stöd för interventionen *trauma focused music and imagery*. Inom de RCT-studier som uppfyller de preliminära inklusionskriterierna går resultaten i linje med de som rapporterats i de inkluderade metaanalyserna, vilket innebär att

behandlingarna är överlägsna kontrollgrupper utan behandling vid behandlingsavslut (intervall för effektstorlekar = 0.09 –1.17), med dessa framsteg bibehållna över relativt kort tid (<12 månader). Detta ger således ytterligare preliminärt stöd för traumafokuserade psykologiska interventioner för PTSD hos flyktingar.

## Evidensläget idag

Svaret på forskningsfrågan ”Vad är det aktuella forskningsläget om psykologiska interventioner för PTSD hos vuxna flyktingar?” kan därför kort sammanfattas som följer: Det har under de senaste 10–15 åren skett en ökning av antalet randomiserade kontrollerade studier om behandling av PTSD riktade specifikt mot flyktingar. Majoriteten av de behandlingar som undersöks inom denna population är desamma som de som undersöks i en allmän population (icke-flyktingar). Majoriteten av studierna involverar TF-KBT, NET eller EMDR och en jämförelsegrupp utan behandling, med mest stöd funnet för TF-KBT och i andra hand EMDR. När effektstorlekarna vid behandlingsavslut för dessa interventioner, såsom de rapporterats i inkluderade metaanalyser (flyktingar), jämförs med resultaten av den senaste Cochrane Collaboration

metaanalysen av PTSD-behandling (oavsett traumagrupp) (Bisson et al., 2013), förefaller det som att TF-KBT och EMDR ger liknande utfall hos en flyktingpopulation som hos icke-flyktingpopulation. Den höga heterogeniteten i RCT-studier som involverar flyktingar medför dock att direkta jämförelser mellan populationerna blir problematiska. Likväl verkar det som att om riktlinjer för PTSD-behandling utformades specifikt för flyktingar baserat på den evidens som finns tillgänglig, skulle dessa riktlinjer innehålla samma rekommendationer som de befintliga riktlinjerna som inte är specifikt riktade till flyktingar.

## Begränsningar

I linje med den höga heterogeniteten i underliggande forskning om effektiviteten i psykosociala behandlingar av PTSD hos flyktingar har även denna kartläggande studie flertalet begränsningar. Till att börja med har individer med PTSD, både flyktingar och icke-flyktingar, höga nivåer av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet. Skillnaderna mellan dessa grupper gällande samsjuklighet och i synnerhet sociala svårigheter såsom integration, boende och andra socioekonomiska faktorer, kan vara viktiga för utfall av behandling. Tidigare forskning indikerar att psykologiska interventioner kan fungera annorlunda hos flyktingar än i en allmän population (Uphoff et al., 2020; Haagen et al., 2017).

Resultaten från denna studie tyder på, utifrån den begränsade och heterogena data som finns tillgänglig, att de mest rekommenderade behandlingarna (TF-KBT och EMDR) inte verkar skilja sig i effektivitet hos flyktingar än hos en allmän population gällande minskning av PTSD-symtom jämfört med inaktiv kontroll vid behandlingsavslut. Effekten av dessa behandlingar över längre uppföljningsperioder är dock fortsatt underbeforskat. Därtill ger befintliga studier, med eller utan flyktingar, begränsad data om samsjuklighet och sociala faktorerers inverkan på utfall för PTSD. På liknande vis finns begränsat underlag för hur traumafokuserad

behandling inverkar på individens funktion i bredare bemärkelse. Gällande flyktingar har heller inga försök gjorts att se ifall behandlingsmiljö (såsom flyktingläger eller permanent bosättning) modererar utfall. De RCT-studier som inkluderats i denna rapport innefattar olika behandlingsmiljöer inklusive mer utsatta postmigrationsmiljöer och flyktingläger. Det är av stor vikt att förstå hur patientfaktorer och behandlingsmiljö påverkar utfall så att behandlingar, i den mån det är möjligt, kan anpassas utifrån individens situation och eventuellt påverka behandlingens tillämpbarhet och effekt.

Alla fyra inkluderade metaanalyser uppmärksammar de höga nivåerna av heterogenitet i RCT-studier som involverar flyktingar. Studier varierar gällande studiedesign, utfallsmått, kontext för terapin, tid sedan migration och diagnostiska inklusionskriterier för deltagare. Tidigare belysta utmaningar i studier inom en flyktingpopulation, såsom svårigheter i att standardisera procedurer mellan grupper och miljöer, skulle kunna bidra ytterligare till den höga heterogeniteten (Carlsson et al., 2014; Drozdek, 2015). De



**Alla fyra inkluderade metaanalyser uppmärksammar de höga nivåerna av heterogenitet i RCT-studier som involverar flyktingar**

varierande faktorerna medför att det är svårt att dra säkra slutsatser kring effektiviteten hos någon specifik psykosocial intervention. För det tredje pekar alla fyra inkluderade metaanalyser mot att TF-KBT

och EMDR är överlägsna jämfört med ingen behandling och över korta tidsspänn. Såsom författarna till metaanalyserna betonar behövs fler studier som involverar aktiva behandlingsjämförelser och längre uppföljning. Av de 12 RCT-studier som identifierades publicerade efter metaanalyserna adresserade endast en studie denna begränsning. Det tyder på att forskningen fortsätter att utföra

studier med deltagare som är flyktingar utan att åtgärda de mest akuta kunskapsluckorna.

## **Metodologiska begränsningar**

I en kartläggande översikt bör flera begränsningar gällande metoden uppmärksammas. I alla översikter finns risken att möjliga relevanta källor kan vara utelämnade till följd av svagheter i sökstrategin eller felbedömningar i urvalsprocessen. Eftersom den aktuella studien bygger på redan publicerade resultat måste även risken för publiceringsbias uppmärksammas. Inga studier har exkluderats ur översikten på grund av utfall, med avsikten att minimera risken för rapporteringsbias. Kartläggande översikter innehåller sällan formell bedömning av kvalitet, och följaktligen kan inga praktiska implikationer härröras från resultaten (Peters et al., 2020). De tolv RCT-studierna som identifierats i den andra sökningen involverade ett relativt lågt antal deltagare vilket ytterligare begränsar de slutsatser som kan dras.

Eftersom sökstrategin fokuserades till studier om psykosociala interventioner för PTSD som involverar flyktingar behövdes tydliga definitioner av dessa termer. Sökstrategin involverade metaanalyser och RCT-studier som specificerar hur PTSD mättes, antingen utifrån DSM- eller ICD-kriterier eller poäng på standardiserade självskattningsskalor. De specifika interventionerna innehåller element som tillåter dem att grupperas under rubriker som TF-KBT och EMDR.

I denna rapport används en juridisk och sociopolitisk definition av flykting, men de individuella RCT-studierna och metaanalyserna använder inte enbart en definition. Denna brist på en konsekvent definition av termen flykting i inklusionskriterierna för RCT-studierna innebär ytterligare en begränsning för de slutsatser som kan dras

gällande effektiviteten av psykosociala interventioner för PTSD hos flyktingar.

## Slutsatser

Sammanfattningsvis är resultaten från denna kartläggande översikt i linje med tidigare forskning, och indikerar att traumafokuserade psykologiska interventioner för PTSD hos vuxna flyktingar är effektiva. De vanligast utvärderade psykologiska interventionerna för PTSD hos flyktingar är TF-KBT, EMDR och NET, med mest stöd funnet för TF-KBT. Dessa traumafokuserade psykologiska interventioner förefaller vara lika effektiva för PTSD hos flyktingar som hos icke-flyktingar. Det är dock svårt att dra säkra slutsatser på grund av problem kopplade till kvaliteten hos studier som genomförts med flyktingar, samt på grund av att för få studier involverar aktiva behandlingsjämförelser och långtidsuppföljning.

Begränsningarna i nyligen genomförd forskning inom fältet förefaller vara konsekvent med den kritik som belysts i tidigare forskning, vilket tyder på att forskare i högre grad behöver adressera de befintliga kunskapsluckorna. Majoriteten av de inkluderade studierna involverar inaktiva jämförelser och relativt kort uppföljning, vilket begränsar möjliga slutsatser från resultaten. Dessutom finns mycket lite evidens för hur faktorer på personnivå (till exempel ålder, samsjuklighet) och behandlingsnivå (till exempel i grupp eller individuell, behandlingsmiljö) hänger samman med utfall.

I och med den höga prevalensen av PTSD hos flyktingar och den kontinuerliga underrepresentationen i forskningen finns ett behov av mer omfattande studier av högre metodologisk kvalitet. Tills vidare tyder dock evidensen på att TF-KBT, EMDR och NET bör tillgängliggöras för flyktingar med PTSD.

# Rekommendationer

## Ytterligare forskning

De två huvudsakliga slutsatserna av de fyra inkluderade metaanalyserna är att framtida studier bör:

- Involvera jämförelser mellan två eller fler aktiva behandlingar, i stället för endast en aktiv behandling och en kontrollgrupp utan behandling.
- Mäta utfall vid uppföljning längre än fyra månader efter behandlingsavslut.

Eftersom bäst evidens har konstaterats för TF-KBT och EMDR bör dessa två interventioner ses som de mest lämpliga aktiva jämförelsegrupperna i framtida studier. Metaanalyserna identifierade även höga nivåer av heterogenitet i studier. Framtida studier bör sträva mot att förbättra kvaliteten och omfattningen i studiedesign när det kommer till urvalsprocedur, urvalsstorlek, utfallsmått för primära och sekundära utfall, identifiera potentiella prediktorer och mediatorer, blinda utfallsmätningar vid avslutad behandling samt hantera bortfall och andra centrala egenskaper i RCT-studier.

Framtida forskning behöver också utforska potentiell inverkan av samsjuklighet, sociala faktorer och behandlingsmiljö för PTSD-utfall, såväl som interventioners inverkan på bredare aspekter av livskvalitet.

Den aktuella översikten fann få exempel som tyder på att forskare försöker åtgärda de kunskapsluckor och adressera den heterogenitet som rapporterats i litteraturen. Av de tolv inkluderade RCT-studierna som publicerats efter metaanalyserna involverade endast en studie både en aktiv jämförelsegrupp och långtidsuppföljning och samtliga studier begränsades av små urvalsgrupper och höga nivåer av heterogenitet (även om det senare inte formellt bedömdes). Effektiv

behandling av PTSD hos personer med erfarenhet av flykt utgör en avgörande och alltmer akut utmaning för global hälsa. Forskningen behöver ta kunskapsluckorna på allvar och adressera de metodologiska svagheter som tidigare forskare pekat ut för att kunna bemöta denna utmaning.



## Referenser

- \*Acarturk, C., Uygun, E., Ikkursun, Z., Yurtbakan, T., Kurt, G., Adam-Troian J., Senay, I., Bryant, R., Cuijpers, P., Kiselev N., McDaid D., Morina N., Nisanci Z., Park, A. L., Sijbrandij, M., Ventevogel P., & Fuhr D. C. (2022) Group problem management plus (PM+) to decrease psychological distress among Syrian refugees in Turkey: a pilot randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(8).
- \*Aizik-Reebs, A., Yuval, K., Hadash, Y., Gebreyohans Gebremariam, S., & Bernstein, A. (2021). Mindfulness-based trauma recovery for refugees (MBTR-R): Randomized waitlist-control evidence of efficacy and safety. *Clinical Psychological Science*, 9(6), 1164-1184.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. (8<sup>th</sup> ed.). Oxford University Press.
- \*Beck, B. D., Meyer, S. L., Simonsen, E., Søggaard, U., Petersen, I., Arnfred, S. M. H., Tellier, T., & Moe, T. (2021). Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1930960.
- \*Begotaraj, E., Sambucini, D., Ciacchella, C., Pellicano, G. R., Pierro, L., Wamser-Nanney, R., Aceto, P., De Paola, C., Caroppo, E., & Lai, C. (2022). Effectiveness of the expressive writing on the psychological distress and traumatic symptoms of the migrants: A prospective

study multiarm randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.

- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, (12).
- Bledsoe, K., & Hopson, R. (2009). Chapter 25: Conducting ethical research and evaluation in underserved communities. In Mertens, D. M., & Ginsberg, P. E. (Eds.), *The handbook of social research ethics* (391-406). SAGE Publications, Inc.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schutzwahl, M., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science* 200, 216–223.
- \*Brady, F., Chisholm, A., Walsh, E., Ottisova, L., Bevilacqua, L., Mason, C., von Werthern, M., Cannon, T., Curry, C., Komolafe, K., Robert, R. E., Robjant, K., & Katona, C. (2021). Narrative exposure therapy for survivors of human trafficking: feasibility randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 7(6).
- Brown, B., & Hedges, D. (2009). Chapter 24: Use and misuse of quantitative methods: Data collection, calculation, and presentation. In Mertens, D. M., & Ginsberg, P. E. (Eds.), *The handbook of social research ethics* (373-386). SAGE Publications, Inc.
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry*, 18(3), 259-269.
- \*Bryant, R. A., Bawaneh, A., Awwad, M., Al-Hayek, H., Giardinelli, L., Whitney, C., Jordans, M. J. D., Cuijpers, P., Sijbrandi, M., Ventevogel, P., Dawson, K., Akhtar, A., & STRENGTHS Consortium. (2022). Effectiveness of a brief group behavioral intervention for

- common mental disorders in Syrian refugees in Jordan: A randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 19(3), e1003949.
- Carlsson, J., Sonne, C., & Silove, D. (2014). From pioneers to scientists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 630–637.
- Drozdek, B. (2015). Challenges in treatment of posttraumatic stress disorder in refugees: Towards integration of evidence-based treatments with contextual and culture-sensitive perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 24750.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
- \*Eskici, H. S., Hinton, D. E., Jalal, B., Yurtbakan, T., & Acarturk, C. (2021). Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy for Syrian Refugee Women in Turkey: A Randomized Controlled Trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. (2nd ed.). Oxford University Press.
- Fredriksson, L. (2023). *Psychological interventions for posttraumatic stress disorder in adult refugees: A scoping review* [Psykologexamensarbete, Institutionen för psykologi, Lunds universitet]. LUP Student Papers. <https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/9112914>
- Haagen, J. F., Ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2017). Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *The British Journal Of Clinical Psychology*, 56(1), 69–83.

- Hall, G. C. N. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 69, 502–510.
- Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L., & Zimmerman, C. (2013). Asylum seekers, violence and health: A systematic review of research in high-income host countries. *American Journal of Public Health*, 103(3), e30–e42.
- \*Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with Afghan refugees: A randomized controlled pilot study. *Journal of traumatic stress*, 33(6), 928-938.
- Kellezi, B., Patel, N., & de C Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, de Girolamo, G., L., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8.
- Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 23–33.
- Kip, A., Priebe, S., Holling, H., & Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 489-503.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general

- approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967.
- Langlois, E. V., Haines, A., Tomson, G., & Ghaffar, A. (2016). Refugees: Towards better access to health-care services. *Lancet*, 387(10016), 319–321.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5(1), 1-9.
- Li, S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(82).
- \*Lindegaard, T., Seaton, F., Halaj, A., Berg, M., Kashoush, F., Barchini, R., Ludvigsson, M., Sarkohi, A., & Andersson, G. (2021). (2021). Internet-based cognitive behavioural therapy for depression and anxiety among Arabic-speaking individuals in Sweden: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(1), 47-66.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* 5, 357–369.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine* 70, 7–16.
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018). Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 433.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic

review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 249–255.

- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-7.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. (NICE Guideline 116).  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Niemeyer, H., Lorbeer, N., Mohr, J., Baer, E., & Knaevelsrud, C. (2022). Evidence-based individual psychotherapy for complex posttraumatic stress disorder and at-risk groups for complex traumatization: a meta-review. *Journal of affective disorders*, 299, 610-619.
- \*Nosè, M., Balette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(2).
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris, E. & Munn, Z. (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406-451). JBI.
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. (Health evidence network synthesis report, 47). Geneva: World Health Organization.
- \*Röhr, S., Jung, F. U., Pabst, A., Grochtdreis, T., Dams, J., Nagl, M., Renner, A., Hoffmann, R., König, H. H., Kersting, A., & Riedel-Heller, S. G. (2021). A self-help app for Syrian refugees with posttraumatic

- stress (Sanadak): randomized controlled trial. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 9(1), e24807.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders*. (2nd ed.). Hogrefe Publishing.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Müller, J., & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 28057.
- Socialstyrelsen, 2021. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. (Stöd för styrning och ledning).  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>
- \*Spaaij, J., Kiselev, N., Berger, C., Bryant, R. A., Cuijpers, P., De Graaff, A. M., Fuhr, D. C., Hemmo, M., McDaid, D., Moergeli, H., Park, A., Pfaltz, M. C., Schick, M., Schnyder, U., Wenger, A., Sijbrandi, M., & Morina, N. (2022). Feasibility and acceptability of Problem Management Plus (PM+) among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland: a mixed-method pilot randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 13(1).
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Psykologiska behandlingar vid post- traumatiskt stressyndrom (PTSD) hos flyktingar och asylsökande*. (SBU kommenterar: sammanfattning och kommentar av andra aktörers kunskapsöversikter). [www.sbu.se/2019\\_03](http://www.sbu.se/2019_03)
- \*Tay, A. K., Mung, H. K., Miah, M. A. A., Balasundaram, S., Ventevogel, P., Badrudduza, M., Khan, S., Morgan, S., Rees, S., Moshin, M., & Silove, D. (2020). An Integrative Adapt Therapy for common mental health symptoms and adaptive stress amongst Rohingya, Chin, and

Kachin refugees living in Malaysia: A randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 17(3), e1003073.

- \*Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66-79.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Pearson-Sharpe, J., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T., & Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC medical research methodology*, 16(1), 1-10.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.
- \*Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., Barbui, C., Bird, M., Carswell, K., Churchill, R., Cuijpers, P., Hall, J., Hansen, L. J., Kösters, M., Lantta, T., Nosè, M., van Ommeren, M., Ostuzzi, G., Sijbrandij, M., ... Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 376-388.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems* 11, 51.
- \*Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., Nosè, M., Ostuzzi, G., Purgato, M., Ricciardi, C., Sijbrandij, M., Tol, W., & Barbui, C. (2021). A network meta-analysis of



psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD. *BMJ Global Health*, 6(6), 1-11.

United Nations High Commissioner for Refugees. (1951). *Convention and protocol relating to the status of refugees*.  
<https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). *UNHCR master glossary of terms*. <https://www.unhcr.org/glossary>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2022). *Global Trends: Forced Displacement in 2021*.  
<https://www.unhcr.org/globaltrends.html>

Uphoff, E., Robertson, L., Cabieses, B., Villalon, F. J., Purgato, M., Churchill, R., & Barbui, C. (2020). An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9).

Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 12, 258.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11<sup>th</sup> ed.)*.  
<https://icd.who.int/>

# Bilagor

## Bilaga 1.

PCC

**Population:** Adult patients with refugee and/or asylum seeker status

**Concept:** Psychosocial interventions aimed at reducing PTSD symptoms

**Context:** All contexts of psychological interventions. (Primarily interventions delivered in country of resettlement, i. e. not specifically targeting interventions in settings such as refugee camps)

### Sökstrategi

**Databas:** PsycInfo

**Datum:** 26/10 2022

#### S#: 1

1. "Refugee\*\*"
2. OR asylum seeker\*
3. OR involuntary migrant\*
4. OR torture survivor\*
5. OR hostage\*
6. OR migrant\*
7. OR immigrant\*
8. OR torture
9. Linked full text
10. Peer reviewed
11. References Available
12. Language English
13. Publication February 2020-December 2022
14. Age Adulthood (18 years & older)

#### S#: 2

1. "Post traumatic stress disorder"
2. OR posttraumatic stress disorder
3. OR ptsd
4. OR trauma
5. OR psychotrauma
6. Linked Full text

7. Peer reviewed
8. References Available
9. Language English
10. Publication February 2020-October 2022
11. Age Adulthood (18 years & older)

**S#: 3**

1. "Psychosocial intervention\*\*"
2. OR psychological treatment
3. OR therap\*
4. OR psychotherap\*
5. OR psychological intervention\*
6. Linked full text
7. Peer Reviewed
8. References Available
9. Language English
10. Publication February 2020-October 2022
11. Age Adulthood (18 years & older)

**S#: 4**

1. "Randomized controlled trial"
2. OR randomized control trial
3. OR random
4. OR rct
5. Linked Full text
6. Peer Reviewed
7. References available
8. Language English
9. Publication February 2020-October 2022
10. Age Adulthood (18 years & older)
11. AND S1 AND S2 AND S3

**Databas:** PubMed

**Datum:** 26/10 2022

**S#: 1**

1. "Refugee\*\*"
2. OR asylum seeker\*
3. OR involuntary migrant\*
4. OR torture survivor\*
5. OR hostage\*

6. OR migrant\*
7. OR immigrant\*
8. OR torture
9. Full text
11. Age Adolescent (13-18 years); Adult (19 years and older)
12. Language English
13. Publication February 2020-December 2022

**S#: 2**

1. "Post traumatic stress disorder"
2. OR posttraumatic stress disorder
3. OR ptsd
4. OR trauma
5. OR psychotrauma
6. Full text
7. Age Adolescent (13-18 years); Adult (19 years and older)
8. Language English
9. Publication February 2020-December 2022

**S#: 3**

1. "Psychosocial intervention"
2. OR psychological treatment
3. OR therap\*
4. OR psychotherap\*
5. OR psychological intervention\*
6. Full text
7. Age Adolescent (13-18 years); Adult (19 years and older)
8. Language English
9. Publication February 2020-December 2022

**S#: 4**

1. "Randomized controlled trial"
2. OR randomized control trial
3. OR random
4. OR rct
5. Full text
6. Age Adolescent (13-18 years); Adult (19 years and older)
7. Language English
8. Publication February 2020-December 2022
9. AND S1 AND S2 AND S3

## Bilaga 2.

### Studerade interventioner i inkluderade metaanalyser

#### **Nosè et al., 2017:**

Narrative Exposure Therapy (NET):  $n = 5$

Cognitive Behavior Therapy (CBT, other types than NET):  $n = 5$  Trauma Focused

Psychotherapy (TFP):  $n = 2$

Culture-Sensitive Oriented Peer (CROP):  $n = 1$

Family-Group Intervention (FGI):  $n = 1$

#### **Thompson et al., 2018:**

Narrative Exposure Therapy (NET):  $n = 7$

Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT):  $n = 4$

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR):  $n = 4$

#### **Turrini et al., 2019:**

Narrative Exposure Therapy (NET):  $n = 4$

Cognitive Behavior Therapy (CBT):  $n = 6$

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR):  $n = 4$  Common Elements

Treatment Approach (CETA):  $n = 1$

Writing for recovery:  $n = 1$

Interpersonal psychotherapy (IPT) :  $n = 1$

Teaching Recovery Techniques (TRT):  $n = 1$

Culture-Sensitive Oriented Peer (CROP):  $n = 1$

Need- satisfaction intervention:  $n = 1$

#### **Turrini et al., 2021:**

CBT and TF-CBT:  $n = 8$

Narrative Exposure Therapy (NET):  $n = 7$

EMDR and related protocols: :  $n = 5$

Coffee and family education and support:  $n = 1$

Cognitive restructuring:  $n = 1$

Exposure therapy:  $n = 1$

Self-help plus (SH+):  $n = 1$

Stress inoculation training:  $n = 1$

Stabilisation therapy:  $n = 2$

Stress management:  $n = 1$

Supportive counselling:  $n = 1$

Trauma counselling:  $n = 1$



## **Svenska Röda Korset**

Röda Korset finns i 192 länder för att hjälpa människor i kriser och katastrofer. I Sverige finns vi över hela landet – vi är landets största humanitära frivilligorganisation, med över 22 000 volontärer i cirka 581 lokalföreningar.

Ett av våra prioriterade områden är hälsa och vård. Vi arbetar för rätten till god och jämlik hälsa och erbjuder sjukvård, aktiviteter för välmående samt psykosocialt stöd som hjälper människor att få en meningsfull vardag. En viktig del av det arbetet är våra vårdverksamheter – specialiserad vård för krigsskadade och torterade, samt vår vårdförmedling för papperslösa och migranter. Målet för Svenska Röda Korsets behandlingscenter är att ge människor som utsatts för krigsupplevelser och tortyr stöd och vård så att de kan återerövra sin psykiska och fysiska hälsa.

Verksamheterna finns på sex platser i Sverige: Skellefteå, Uppsala, Stockholm, Skövde, Göteborg och Malmö – den första mottagningen startade i Stockholm 1985.

## **Röda Korsets Högskola**

Med människan i centrum och utblick mot världen är omvårdnad och hälsa i ett globalt perspektiv Röda Korsets Högskolas unika profil inom utbildning, forskning och samverkan.

Röda Korsets Högskola vilar på en lång tradition – ända sedan 1867 har högskolan utbildat högt ansedda och eftertraktade sjuksköterskor. Högskolan gör en stor samhällsnytta och examinerar årligen cirka 160 sjuksköterskor och 50 specialistsjuksköterskor inom intensivvård, infektionssjukvård och psykiatrisk vård. Högskolan bidrar också till att öka kompetensen bland kliniska handledare inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom att erbjuda uppdragsutbildning. Röda Korsets Högskola bedriver också forskning med forskningsinriktningen "Hälsovetenskap i ett globalt perspektiv".

Högskolan finns på Campus Flemingsberg och har 1 000 studenter och 70 medarbetare.

## **Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering**

Kompetenscentret är ett samarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola med syfte att utveckla bättre traumabehandling för människor som skadats av tortyr och krig. Utifrån Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterades kunskap och högskolans vetenskapliga kompetens driver vi klinisk forskning för att bidra till mer effektiv och skonsam rehabilitering – i Sverige och globalt.



**Röda Korsets Högskola** Besöksadress: Hälsovägen 11C, 141 47 Huddinge | Postadress: Box 1059  
141 21 Huddinge | Telefon 08-587 516 00 | [info@rkh.se](mailto:info@rkh.se) | [www.rkh.se](http://www.rkh.se)