



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Komplex PTSD (C-PTSD) – en (o)känd diagnos?**

**Marie Ranshede & Sara Sköld**

Psykoterapeutexamensuppsats. 2024

Handledare: Marie Karlsson  
Examinator: Per Johnsson



## **Abstract**

Since the introduction of ICD-11 in 2018, C-PTSD has been a diagnosis in the international classification of diseases. Socialstyrelsen is currently working on the Swedish translation, which is expected to be published sometime in 2025. However, C-PTSD as a concept, has been around longer than that. The aim of this study has been to examine the level of knowledge regarding C-PTSD among clinicians, with basic psychotherapy training, working in adult psychiatric outpatient clinics. The study was conducted with a qualitative method. Eight semi-structured interviews were made and analyzed through thematic analysis. The analysis resulted in three main themes: C-PTSD as a diagnosis/concept, interpretation of symptoms and treatment of C-PTSD. The first theme reflected on knowledge of diagnosis criteria and the perception of the occurrence of C-PTSD. The second theme depicted the participants' concepts of how symptoms of C-PTSD manifested in patients and the overlap with other diagnoses. The third theme reflected on the knowledge of treatment of C-PTSD and the approach clinicians had when treating patients with symptoms like in C-PTSD. The results indicated that knowledge of C-PTSD was relatively low both regarding diagnosis criteria, assessment tools, and evidence for treatment. It also indicated gaps in knowledge concerning differentiation between C-PTSD and EIPS. However, the participants recognized that many patients had symptoms similar to those in C-PTSD and customized the treatment accordingly. This study shows the need for increased knowledge in order to provide proper care for patients with C-PTSD.

*Keywords:* C-PTSD, Complex post-traumatic stress disorder, trauma knowledge.

## **Sammanfattning**

I och med införandet av ICD-11, 2018, tillkom diagnosen Komplex PTSD (C-PTSD) i den internationella klassifikationen av sjukdomar och Socialstyrelsen arbetar just nu med den svenska översättningen som förväntas publiceras någon gång under 2025 på WHO:s plattform. Syftet med denna studie var att undersöka hur kunskapsläget bland behandlare med lägst steg 1-kompetens såg ut inom vuxenpsykiatrin. Denna studie gjordes med kvalitativ metod. Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes och analyserades sedan med tematisk analys. Analysen resulterade i tre huvudteman: C-PTSD som diagnos/grepp, tolkning av symtom och behandling vid C-PTSD. Det första temat skildrade kunskap kring diagnoskriterier samt upplevd omfattning av förekomst av C-PTSD. Det andra temat speglade informanternas bild av hur diagnosen manifesteras hos patienterna samt överlappning och differentiering med andra diagnoser. I det tredje temat skildrades kunskap om evidens för behandling och den ansats behandlare har då de möter patienter med symtom som liknar de som finns vid C-PTSD. Resultatet indikerade att kunskapen kring C-PTSD var relativt låg både avseende diagnoskriterier, skattningsinstrument och evidens för behandling samt att det fanns brister i kunskap kring differentiering mellan framför allt C-PTSD och EIPS. Informanternas upplevelse var dock att många patienter hade symtom i linje med de symtom som finns vid C-PTSD, och att behandling därför anpassades utifrån detta. Studien visade att ökad kunskap behövs för att kunna ge rätt vård till patienter med C-PTSD.

*Nyckelord:* C-PTSD, Komplex PTSD, traumakunskap.

## **Tack!**

Vi vill börja med att tacka våra informanter, som tog sig tid att svara på våra frågor med stort engagemang. Utan er hade det inte blivit någon uppsats. Ett stort tack till Marie Karlsson, vår proffsiga och kompetenta handledare, som med mycket kunskap och ett stort tålamod guidat oss på den snåriga stig som uppsatsskrivande emellanåt är. Utan dig hade det definitivt inte blivit någon uppsats. Ett kärleksfullt tack till våra familjer som har stått ut med att vi antingen lyst med vår frånvaro, eller varit förvirrade och disträa när vi väl har varit närvarande. Sist men inte minst vill vi tacka varandra - heja oss!

## Innehållsförteckning

Komplex PTSD (C-PTSD) – en (o)känd diagnos?.....	1
PTSD versus C-PTSD.....	1
Diagnostisering.....	2
Behandling.....	4
Evidensbaserat arbete.....	5
Kompetensområde psykologiska trauman.....	6
Syfte och frågeställning.....	6
Metod.....	7
Deltagare.....	7
Rekrytering.....	8
Procedur.....	8
Analysmetod.....	9
Etiska övervägande.....	11
Resultat.....	11
Tabell 1.....	12
C-PTSD som diagnos/begrepp.....	12
O som i ovisshet, osäkerhet, otydlighet.....	13
Klinisk erfarenhet och patientunderlag.....	15
Tolkning av symtom.....	16
Det enkla och det komplexa i C-PTSD.....	16
Överlappning och differentialdiagnostik.....	18
Behandling vid C-PTSD.....	19
Kunskap om evidens.....	20
Skräddarsydda behandlingar.....	21
Diskussion.....	25
Osäkerhet kring diagnos och diagnostisering.....	25
C-PTSD eller EIPS.....	26
Evidensbaserad praktik och behandling för C-PTSD.....	27
Styrkor och begränsningar.....	28
Fortsatt forskning.....	29
Slutsatser.....	29
Författarnas bidrag och ansvar.....	30

Referenser.....	31
Bilaga 1.....	36

## **Komplex PTSD (C-PTSD) – en (o)känd diagnos?**

I och med införandet av ICD-11, den 18 juni 2018, så tillkom diagnosen komplext posttraumatiskt stressyndrom (C-PTSD) i den internationella klassifikationen av sjukdomar (World Health Organization, 2019). Socialstyrelsen arbetar just nu med den svenska översättningen som förväntas publiceras någon gång under 2025 på WHO:s plattform (Socialstyrelsen, 2023). Diagnosen har varit, och är, omtvistad. Det finns forskare som under lång tid förespråkat en införsel av diagnosen som ett viktigt led i att särskilja tillståndet från PTSD (Brewin et al, 2017; Herman, 1992). Det har tidigare funnits andra benämningar på symtomatologin, bland annat disorders of extreme stress - not otherwise specified (DESNOS) (Van Der Kolk & Curtois, 2005). Men det finns också forskare som ifrågasätter nyttan och behovet av ännu en posttraumatisk diagnos (Friedman et al., 2011). Sammantaget ger ovan information följande bild. Olika namn på liknande, överlappande, tillstånd, med skilda definitioner och avgränsningar i olika diagnossystem, relativt “ny” diagnos, ingen svensk översättning och avsaknad av behandlingsrekommendationer. Som kontrast så visar en sökning på Google att det inom det svenska högskoleväsendet skrivits examensuppsatser på avancerad nivå redan 2012 där begreppet då används på ett sätt som om det vore etablerat (Block, 2012). Dessa omständigheter gjorde oss nyfikna på hur mycket kunskap som kan tänkas finnas hos en behandlare inom svensk psykiatri.

Följande uppsats är en intervjubaserad undersökning, avseende kunskapsläget gällande C-PTSD, hos behandlare med minst Steg-1 kompetens inom vuxenpsykiatri. Målet var att identifiera eventuella kunskapsluckor, och på så sätt uppmärksamma ett eventuellt behov av kompetensutveckling, som kan gynna denna utsatta patientgrupp. Vi har tillsammans många års erfarenhet av behandling inom olika delar av vården, där vi har utvecklat ett intresse för C-PTSD och traumabehandling. Inom ramen för vår uppsats har vi fördjupat oss i de teorier som finns om C-PTSD och detta har sedan varit vårt utgångsläge då vi jobbat fram syfte och frågeställning.

### **PTSD versus C-PTSD**

Enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ett tillstånd som kan uppstå efter att en individ har varit med om en traumatisk händelse; en situation där personen blivit utsatt för livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld, eller bevittnat någon annan som drabbats. För att uppfylla diagnosen krävs att individen uppvisar symptom inom fyra olika



kluster; återupplevande, undvikande, förändrad sinnesstämning/kognitioner samt förändrade stimulusreaktioner. Symtomen ska ha varat i minst en månad och orsaka ett signifikant lidande och/eller försämrad funktionsnivå. Definitionen av C-PTSD enligt ICD 11 innebär att uppfylla PTSD kriterier, samt ytterligare tre symptomkluster benämnda Disturbances in Self-Organization (DSO): en svårighet med affektreglering, en genomgående negativt präglad självbild, tillsammans med skam och skuld, samt interpersonella svårigheter; en upplevelse av att vara avskild från andra och en svårighet att upprätthålla relationer (WHO, 2019). Särskiljandet av diagnoserna PTSD och C-PTSD anges bland annat som ett viktigt led i att bringa klarhet i huruvida trauma förvärvat i vuxen ålder kan kopplas till C-PTSD i lika stor utsträckning som barndomstrauman (Brewin et al, 2017). Nedan beskrivs de tre DSO variablerna mer ingående. Svårigheter med affektreglering. Det autonoma nervsystemet, med dess två delar - det sympatiska systemet och det parasympatiska systemet, styr kroppens vakenhetsgrad. Vid en traumatisering blir det autonoma nervsystemet dysreglerat, vilket leder till obalanser i systemet. Ett överaktivt sympatiskt system, hyper, kan bland annat kännetecknas av rastlöshet, sömnsvårigheter, emotionella utbrott och ångest, en oförmåga att stanna upp och vara här och nu. Medan en överaktivering i det parasympatiska systemet, hypo, snarare manifesteras som en oförmåga att agera, med en upplevelse av att "sitta fast" och med känslor av nedstämdhet, hjälplöshet och hopplöshet. Det är vanligt förekommande att en traumatiserad individ växlar mellan dessa två lägen, med få tillfällen då nervsystemet är reglerat och personen känner sig i balans (Van der Kolk, 2016). Genomgående negativt präglad självbild, hänvisar till den över tid ihållande upplevelsen, som återfinns hos patienterna, av att vara defekt, värdelös, svag, alltigenom dålig och som kommer tillsammans med känslor av skam, skuld och misslyckande (Schwartz, 2020). Detta är ett symptom som i viss utsträckning också återfinns vid PTSD, men i större omfattning och med större konsekvenser vid C-PTSD (Li & Lyang, 2023). Interpersonella svårigheter. Svårigheten att reglera känslor kan leda till omfattande problematik i mellanmänskliga relationer för den drabbade. En oförmåga att känna sig trygg tillsammans med andra människor och tillitsbrist leder till svårigheter med intimitet och att vara nära andra både på ett fysiskt och känslomässigt plan. Ofta finns också en känsla av att vara fränkopplad från andra människor (Walker, 2016).

### **Diagnostisering**

Som ett led i att underlätta diagnostiseringen av C-PTSD har skattningsformuläret International Trauma Questionnaire (ITQ) utvecklats (Cloitre et al., 2018). Det är en kort, 12

punkters, självskattningsskala med fokus på kärnsymtom vid PTSD och C-PTSD. Den finns fritt tillgänglig för alla användare, bedöms ha en internationell tillämpbarhet och anses vara det mest utvärderade verktyget, av de som finns, för att diagnostisera C-PTSD (Seller et al., 2023). I likhet med många andra psykiatriska tillstånd så förekommer samsjuklighet, med depression, ångest, missbruk och kroniska sjukdomar men också med dissociativa tillstånd, psykos och kroppssyndrom (Karatzias et al., 2019), varför differentialdiagnostiska utmaningar finns. Inledningsvis avseende PTSD och C-PTSD, där det av förklarliga skäl finns många signifikanta likheter, men där den ena diagnosen, PTSD, är en förutsättning för den andra. (Jowett et al., 2019). Även emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) (WHO, 2019), och C-PTSD har överlappande symtombild i form av svårigheter med affektreglering, interpersonella svårigheter samt påverkad självbild, men uttryckssätten bedöms variera mellan de två diagnoserna (Owczarek, et al, 2023). Exempel på detta är en pendlande självbild, från upplevelsen av att vara väldigt kompetent, till upplevelsen av att vara värdelös, hos en individ med EIPS. Medan vid C-PTSD är den ihållande och genomgående negativ. Svårigheter i relationer yttrar sig hos en patient med EIPS i ett pendlande mellan att idealisera och nedvärdera samt en tendens till intensiva relationer medan en patient med C-PTSD håller distansen, engagerar sig inte emotionellt då bristen på tillit dominerar. En distinkt skillnad mellan diagnoserna är förekomsten av trauma vid C-PTSD, inte vid EIPS. Dock är förekomsten av trauma inte ovanlig hos EIPS patienter (Maercker et al., 2022). Men traumatiska erfarenheter är också vanligt förekommande generellt, liksom hos individer med andra personlighetsstörningar. Det finns indikationer på att andra personlighetsstörningar än EIPS, har en högre komorbiditet med PTSD (Jowett et al., 2019). En annan diagnos enligt DSM-5, där symtombilden överlappar med den vid PTSD, är ADHD, attention deficit and hyperactivity disorder, där koncentrationssvårigheter, svårigheter med känsloreglering och sömnproblem förekommer både vid ADHD och PTSD (American Psychiatric Association, 2013). Forskning indikerar också att ett så kallat dubbelriktat samband mellan diagnoserna finns, det vill säga ökad risk för PTSD vid ADHD men även omvänt (Spencer et al, 2016). Ett annat tillstånd, enligt DSM-5 med tendenser till överlappande symtom är ASD, autism spectrum disorder (American Psychiatric Association, 2013), med förekomst av social tillbakadragenhet, känslomässiga utbrott, repetitiva beteenden och sömnsvårigheter. Men även här finns det viktiga skillnader både i uttryckssätt och underliggande förklaringsmodeller (Kuhl-Meltzoff Stavropoulos et al.,

2018). Diagnosen C-PTSD utgår ifrån symtom och funktionsnivå, inte ifrån en eventuell förekomst av traumahistorik, eller flera trauman (ISTSS, 2018).

## **Behandling**

Eftersom C-PTSD inte har varit en egen diagnos så har det historiskt saknats riktlinjer för vilken behandling som är bäst lämpad. Ett tillvägagångssätt för att få fram någon form av rekommendation, har varit att intervjua de som bedömts vara experter på området, kliniker och forskare. En amerikansk enkätundersökning från 2011 visade att personcentrerad, fasspecifik behandling med interventioner inriktade på de mest framträdande symtomen är den behandling som rekommenderas för C-PTSD (Cloitre et al., 2011). Denna enkätundersökning låg sedan till grund för de riktlinjer som International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS, utarbetade avseende behandling för C-PTSD (Bisson et al, 2019; Cloitre et al., 2012; ISTSS, 2018). En mindre liknande enkätundersökning gjordes i Sverige inom ramarna för ett examensarbete, där 65 terapeuter på traumamottagningar eller allmänpsykiatriska mottagningar fick besvara frågor om behandling av C-PTSD, där 75% svarade att de föredrog fasspecifik behandling (Cercio & Sternudd, 2013). Det saknas i nuläget nationella riktlinjer i Sverige, kring hur C-PTSD ska behandlas. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), har gett rekommendationen att framtida forskning bör fokusera på C-PTSD (SBU, 2019). Vidare har SBU på uppdrag av Regeringen, inventerat kunskapsläget kring psykisk ohälsa, och identifierade då en kunskapslucka, avseende låg tillförlitlighet till det vetenskapliga underlaget, för psykologiska och psykoterapeutiska insatser riktade till patienter med PTSD (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2021). Forskningsläget kring behandling vid C-PTSD är tvetydigt. Det finns i dagsläget enbart ett fåtal studier som har behandlat frågan. En metaanalys genomfördes 2019 som visade att de evidensbaserade interventioner, traumafokuserad behandling med eller utan exponering, som finns för PTSD, eventuellt kan vara hjälpsamt även vid C-PTSD (Karatzias et al, 2019). Det påtalades dock att enbart två av de studier som omfattades av analysen representerade samtliga tre symptomkluster representativa för C-PTSD enligt ICD 11. Om behandlingsforskning inte inkluderar samtliga relevanta diagnoskriterier för C-PTSD, medför det svårigheter att bedöma relevans och generaliserbarhet mellan olika resultat, samt att jämföra studier. I de analyser som utvärderade resultaten för de specifika symptomklustren, vart och ett av dem, så visade det att TF-KBT och EMDR gav resultat överlägsna väntelistan eller sedvanlig behandling. Andra behandlingsmodeller som ingick i studien var exponering, interpersonell terapi (IPT),

mindfulness, trauma management training, dialogical exposure therapy (DET), Dialektisk beteende terapi (DBT) samt KBT inklusive känsloreglerings träning och stabilisering. Vid en närmare titt på uppkomsten av trauma, visade sig dock barndomstrauman vara kopplat till sämre resultat vilket kan ha en signifikant betydelse då en stor andel av patienterna med C-PTSD har barndomstrauman. EMDR visade sig ha något bättre utfall än TF-KBT i exponeringsfasen. men skillnaderna var begränsade. Inga andra jämförelser tydde på att en särskild sammansättning av interventioner gav en fördel framför andra. Det visade inte heller på att en enskild, särskild intervention var överlägset bättre på att lösa ett särskilt symtomkluster. Icke-traumafokuserade behandlingar, såsom IPT eller mindfulness medförde symtomlindring och minskade svårigheter i nära relationer (Karatzias, 2019). En gemensam slutsats som dras utifrån den knapphändiga forskning som finns på området, är att mer forskning med fokus på behandling vid C-PTSD behövs. Detta för att nå det mål som finns om att individer i behov av samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap, grundad i forskning (Socialstyrelsen, 2019).

### **Evidensbaserat arbete**

Evidensbaserad psykologisk praktik (EBPP) är ett förhållningssätt som strävar mot att tillhandahålla psykologisk behandling grundad på den bästa tillgängliga forskningen, kombinerad med klinisk expertis och klientens preferenser och värderingar. Principen bakom EBPP är att använda vetenskapligt beprövade interventioner och strategier för att hjälpa klienter att nå sina behandlingsmål både på ett effektivt och etiskt sätt (Sveriges Psykologförbund, 2020). Det anses inte vara tillräckligt som motiv för en behandling, att en enskild professionell eller delar av kåren tror att något är bra. Och att en åtgärd visar sig effektiv för någon betyder inte att den nödvändigtvis fungerar för alla, utan det är den genomsnittliga effekten för en grupp som bör ligga till grund för de slutsatser som dras (Socialstyrelsen, 2019). Beslutsunderlaget för det psykologiska arbetet vilar på tre pelare - vetenskaplig evidens, klientfaktorer och klinikerns expertis. Den vetenskapliga evidensen innebär bland annat att klinikern, med utgångsläge i det aktuella forskningsläget, aktivt värderar forskning och tillgänglig kunskap, har transparens gentemot patienter och kollegor kring hur tillförlitlig kunskapen är samt utvärderar arbetet kontinuerligt. Klientfaktorer innebär, bland annat, ett utgångsläge där patienten är experten på sig själv, men där klinikern inhämtar den information som krävs för att skapa sig en heltäckande bild av patientens behov och förutsättningar och tar ställning till om eventuella anpassningar behöver göras. Den slutliga pelaren, klinikerns expertis, innebär bland

annat att individen har en insikt i den egna förförståelsen, har en systematisk ansats i arbetet, strävar kontinuerligt efter att lära sig mer och prövar sina hypoteser i det dagliga arbetet med mera (Sveriges Psykologförbund, 2020).

### **Kompetensområde psykologiska trauman**

Forskare har pekat på barriärer i vården, som hindrar att patienter med traumaproblematik får rätt diagnos och behandling. Några av dessa barriärer är kunskapsbrist, och upplevd kunskapsbrist, hos kliniker (Salyers et al, 2004). Det finns studier som visar att utbildningsinsatser rörande C-PTSD har visat sig kunna delvis eliminera detta hinder (Kumar et al, 2019). Att inkludera traumakunskap som en naturlig del i akademiska utbildningar, framför allt psykologi och medicin, men även på andra ställen i samhället, uttrycks av Courtois och Gold (2009) vara av yttersta vikt för att kunna upptäcka och bemöta denna patientgrupp på ett adekvat sätt. 2021 lades en motion till Sveriges riksdag med ett förslag om just detta, ett nationellt kunskapscentrum och att se över inklusionen i olika utbildningar kring PTSD och andra traumarelaterade tillstånd, med kompetenshöjning som syfte. Detta för att kunna identifiera upplevda brister, inom flera olika områden i samhällsstrukturen - vården, polismyndigheten, försvarsmyndigheten med flera, för att i en förlängning möjliggöra att individen får tillgång till rätt behandling tidigare (Motion 2021/22:1565).

### **Syfte och frågeställning**

För att kunna identifiera eventuella kunskapsluckor och på detta sätt uppmärksamma ett eventuellt behov av kompetensutveckling, syftar denna uppsats till att undersöka hur kunskapsläget gällande C-PTSD ser ut hos behandlare med lägst steg-1 kompetens inom vuxenpsykiatri. Vi vill titta på kunskap kring diagnoskriterier och hur symtom upptäcks och tolkas, samt vilka behandlingar som erbjuds. De huvudsakliga frågeställningarna var:

Hur ser kunskapsläget ut gällande C-PTSD hos behandlare med lägst steg -1 kompetens inom psykiatri?

Hur ser kunskapen ut om diagnoskriterier, symtomkluster, skattningsskalor och förståelse samt tolkning av dessa?

Hur ser kunskapen ut om behandlingsalternativ?

## **Metod**

Vi har valt att använda oss av kvalitativ metod. Det huvudsakliga syftet med denna metod är att beskriva hur något upplevs och begripliggörs (Polkinghorne, D. E. 2005). Vidare är denna metod särskilt värdefull för att se meningsfulla samband och förstå dessa (Langemar, 2008). Vi har en socialkonstruktivistisk ingång vilket innebär att vi ser på det som informanterna berättar som kunskap som konstruerats i den kontext de befinner sig i samt att vi som författare är färgade av vår kontext (McLeod, 2001). Vi har en induktiv ansats och har strävat efter att våra teman ska komma ur det insamlade materialet och inte ur försök att få materialet att passa in i våra förutbestämda ramar (Braun & Clarke, 2006). Willig (2022) beskriver hur tekniker för datainsamling inom kvalitativ metod intar ett bottom-up perspektiv och låter informanternas ord och mening styra. Det behöver finnas en öppenhet och flexibilitet för det material som framkommer i intervjuer (Langemar, 2008). Det innebär att koder genereras efter att materialet samlats in och inte genom forskarens förutbestämda koder (Willig, 2022). Vår studie är på så sätt i första hand driven av empirin (Langemar, 2008). Som Braun och Clarke (2006) påpekar sker inga analyser i ett vakuum utan påverkas av vår förförståelse. Vårt sätt att ställa frågor under intervjun och vår tolkning av materialet bidrar till resultatet. Ett reflexivt förhållningssätt är därför viktigt att ha med sig i kvalitativ forskning (Langemar, 2008 ; Willig, 2022). Vi har genom hela studiens gång stannat upp och reflekterat över vår förförståelse kring ämnet för att på så sätt vara medvetna om hur det påverkar vår tolkning av materialet. Redan då vi spånade kring ämnet och dess frågeställningar samt fortsatt under arbetets gång så har vi reflekterat kring vår förförståelse och våra antaganden, både på ett personligt och på ett teoretiskt plan (Willig, 2022). Vi har använt tematisk analys för analys av data, då denna metod enligt Willig (2022) är särskilt väl lämpad för att undersöka personers förståelse och sätt att tänka om olika fenomen.

### **Deltagare**

Vi valde att intervjua personer som arbetar inom vuxenpsykiatri då vi hade en förförståelse kring att kunskapen om C-PTSD skulle vara störst där samt att vi tänkte att en större andel av patienter med möjlig C-PTSD skulle återfinnas på den vårdnivån. Vi valde att begränsa oss till informanter med lägst steg-1 kompetens då vi tänkte att de skulle ha större generell kunskap om diagnoser och behandling. För att avgränsa vår studie valde vi att intervjua personer verksamma inom vuxenpsykiatri i Skåne.

Vi intervjuade 8 personer, 7 kvinnor och 1 man. Av dessa var 4 psykologer och 4 socionomer, samtliga med minst steg 1 kompetens. Vi har inte frågat informanterna om särskild inriktning på den terapiform de bedriver. Alla informanter var vid tiden för intervjun verksamma inom vuxenpsykiatrin, varav 2 informanter arbetade på högspecialiserade mottagningar. Fördelningen mellan män och kvinnor, mellan socionomer och psykologer samt mellan allmänpsykiatriska och högspecialiserade mottagningar var inte förutbestämd utan avgjordes av vilka som tackade ja till att delta. Bland de personer vi intervjuade fanns en stor spridning avseende erfarenhet och kunskap, både kring arbete inom psykiatri, och specifikt kring C-PTSD. Den informant som hade kortast erfarenhet hade arbetat inom psykiatrin i några månader och den med längst erfarenhet hade arbetat i 25 år. Vi hade inga krav på att informanterna skulle ha specifik kunskap om C-PTSD eller erfarenhet av behandling med denna patientgrupp. Vi såg fördelar med denna spridning då vi menar att den representerar hur verkligheten ser ut på de flesta mottagningar.

### ***Rekrytering***

Vid rekrytering av informanter till studien använde vi oss av tillgänglighetsurval, vilket innebär att rekrytering sker i de sammanhang och på de sätt som finns tillgängliga (Langemar, 2008). Rekrytering av informanter till denna studie skedde genom våra egna kontakter eller kontakter kontakter. Vi beslutade oss för att genomföra fyra intervjuer var och delade upp rekryteringsarbetet så att vi kontaktade de fyra personer vi själva skulle intervjuas. Vi sökte brett i våra professionella och akademiska nätverk och fick på så vis kontakt med informanterna. Tre av informanterna var ytligt bekanta till någon av oss, via universitetet eller arbetsplatser. Vi tog kontakt med möjliga informanter via mail. I mailet presenterades studiens syfte och i vilken kontext den gjordes. Informanterna fick i mailet information om hur intervjun skulle gå till och erbjöds att frivilligt delta med möjlighet att när som helst ta tillbaka sitt samtycke. I informationen framgick även vilka kvalifikationer som krävdes för att delta i studien. Några av informanterna ville försäkra sig om att vi kände till att de inte hade specifik kunskap om C-PTSD, men under förutsättning att inga krav på förkunskap fanns tackade de ja till deltagande. Innan intervjuerna genomfördes skrev informanterna under ett informerat samtycke. I samband med detta skickade vi även mail till respektive informants närmsta chef med information om studien.

### **Procedur**

Vi arbetade fram syfte och frågeställning parallellt med att vi läste relevant litteratur och förkovrade oss i ämnet. Vi utformade därefter en intervjuguide med frågor avseende kunskap kring C-PTSD, tolkning av symtom och kunskap om behandling samt hur den utformas på respektive mottagning (se bilaga). Intervjuguiden bestod av 11 öppna huvudfrågor, med 1-3 underfrågor. Vi valde att ha semistrukturerade intervjufrågor för att under intervjuens gång ge utrymme för informanternas egna reflektioner samt för att vi skulle ha möjlighet att ställa fördjupande följdfrågor (Langemar, 2008). I några av intervjuerna gav informanterna själva svar på underfrågorna utan att vi behövde ställa dem. I några av intervjuerna behövde vi förtydliga frågorna ytterligare genom att omformulera dem. Både innan, under och efter själva intervjutillfället har vi försökt behålla en medvetenhet kring att semistrukturerade intervjuer inte bara är frågor och svar, utan också ett samtal mellan två personer och att samspelet mellan den som intervjuar och den som intervjuas bidrar till den data som samlas in (Willig, 2022).

Intervjuerna genomfördes under februari 2024. Vi intervjuade åtta deltagare och genomförde fyra intervjuer var. Intervjuerna var ca 30 minuter långa. Två av intervjuerna genomfördes som fysiska möten och övriga sex genomfördes via digitala videomöten. Intervjuerna spelades in och deltagarna informerades om när inspelningen startades och avslutades. Efter intervjun sparades det inspelade materialet med lösenordsskydd och inspelningen på inspelningsenheten raderades. Vid transkriberingen gjordes intervjuerna helt konfidentiella och all information som skulle kunna härledas till antingen person eller plats togs bort. Vid transkriberingen fick varje informant ett fingerat namn eller nummer. Intervjuerna transkriberades ordagrant så som informanten uttryckte sig. Vi skrev däremot inte ut varje utfyllnadsord, tex "liksom", "hmmm", om de inte ansågs ha särskild betydelse för tolkningen (Langemar, 2008). Vi var däremot måna om att markera var informanten dröjt på svaret, tex genom att skriva ut tre punkter (...) eller att inom parentes ange tex om informanten skrattat, då vi bedömde att det var meningsfullt för förståelsen av materialet.

### ***Analysmetod***

Vi har gjort en tematisk analys så som den presenteras av Braun och Clarke (2006). Tematisk analys är en kvalitativ metod för att hitta, analysera och beskriva mönster i ett visst material (Braun & Clarke, 2006; Willig, 2022). Nedan presenterar vi de olika stegen vi tog då vi genomförde analysen.

Bekantade oss med data (steg 1). Redan under intervjun och sedan genom transkriptionen började vi bekanta oss med materialet och reflekterade över de svar vi fått.



Eftersom vi valde att transkribera de intervjuer vi själva genomfört blev det nu extra viktigt för oss att ta del av och noggrant bekanta oss även med de intervjuer som vår medförfattare genomfört och transkriberat. En av författarna transkriberade via Transkriptor, en webbaserad tjänst för transkribering, och gick sedan igenom materialet genom att lyssna och jämföra med det transkriberade materialet. En av författarna genomförde transkriberingen själv genom att lyssna och skriva. Skillnaderna i tillvägagångssättet att transkribera, var enbart av praktiska skäl.

Kodning av materialet (steg 2). Vi valde att fortsätta kodning av de intervjuer vi själva genomfört. Genom att koda de intervjuer vi själva genomförde gav vi möjlighet till djupare förståelse av materialet. Vi kände till var informanterna tvekade, funderade eller tydligt framställde sina tankar. För ökad samsyn under processen med kodning samtalade vi regelbundet om vad vi uppmärksammat under arbetet och delade efter hand med oss av de koder vi identifierat. Under processen med kodning lästes alla intervjuer flera gånger och vid behov lades nya koder till efterhand. Under arbetet med kodningen började vi se mönster i materialet, vilket ledde oss in i nästa steg av arbetet.

Generera övergripande tema och utveckla dessa (steg 3 och 4). Från de små delar eller enheter som koder är kunde vi nu börja arbeta fram mönster i det material vi hade. I början hade vi flera övergripande, och ibland ganska yviga, kluster av koder som efter vidare analys bildade allt mer meningsfulla teman. Genom hela processen återgick vi till vårt syfte och våra frågeställningar för att hålla analysen av materialet nära dessa. Under arbetet med att komma fram till teman återgick vi flera gånger till transkripten och läste om dessa för ytterligare förståelse och analys av materialet i sin helhet.

Tydliggöra och namnge teman och underteman (steg 5). I denna fas arbetade vi vidare med de teman vi identifierat i materialet. Vi vände och vred på de mönster vi sett för att hitta fram till essensen av det vi såg. Vi arbetade fram underteman för att tydligare belysa några olika delar av det som återfanns i huvudtemat. Detta var en process då vi i en period arbetade med flera olika huvudteman och underteman, men efterhand kunde vi begränsa oss till de tema och undertema som vi ansåg mest relevanta och som presenteras i denna uppsats.

Att skriva analysen (steg 6). Då vi ringat in teman och underteman arbetade vi vidare med att hitta namn som förklarade det vi ville förmedla. Vi provade oss fram med flera olika namn innan vi hittade de slutliga som vi tyckte bäst beskrev de olika mönster vi sett. Parallellt med att hitta namn skrev vi sammanfattningar kring vad varje tema innehöll. Att hitta namn och

sammanfatta våra tankar i skrift hjälpte oss att ytterligare förfina analysen och ta fram essensen i det vi kommit fram till.

### **Etiska överväganden**

I studien har vi utgått från Vetenskapsrådets (2017) riktlinjer för god forskningssed. Deltagarna i studien fick information om studiens kontext och syfte, hur informationsinhämtning skulle gå till, samt om frivillighet i deltagandet. Allt detta gjordes innan de tackade ja till att delta (Langemar, 2008; Willig, 2022). De fick veta att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan vidare motivering. De fick skriva under ett informerat samtycke innan intervjun påbörjades. Även respektive informants närmsta chef fick information om studien. Vid tillfället för intervjun fick informanterna veta när inspelningen påbörjades och avslutades. De inspelade ljudfilerna förvarades lösenordskyddat. Vid transkriberingen gjordes intervjuerna konfidentiella och information som skulle kunna härleda till person eller plats togs bort. Under intervjun ställdes inga frågor av personlig karaktär. Då vi genomfört intervjuer på ett öppet, utforskande sätt har det varit av särskild betydelse att dessutom ha ett etiskt förhållningssätt genom intervjun (Willig, 2022). För oss har det tex inneburit att inte tvinga fram svar eller att inte uttrycka värderingar kring de svar informanterna gett. Även i analysen och tolkningen av datan har vi försökt ha ett etiskt perspektiv. Brinkman och Kvale (2005) menar att forskaren har monopol på tolkningen av det informanten säger och vi har därför genom processen försökt återvända till transkriptionerna för att stämma av vår analys mot ursprungsmaterialet. De uppgifter som samlats in kommer endast att användas för studiens syfte. Informanterna erhöll ingen ersättning för sitt deltagande.

### **Resultat**

Den reflexiva tematiska analysen resulterade i tre huvudteman, med två underteman vardera (se tabell 1). Det första huvudtemat C-PTSD som diagnos/begrepp skildrar kunskap, egen och andras, upplevd och reell, kring diagnoskriterier, ett resonerande kring vad behandlarna ser hos patienterna som ligger i linje med de diagnoskriterier som de inte på rak arm kunde uppges, samt upplevd omfattning av förekomst. Detta fördjupas i två underteman; O som i ovisshet, osäkerhet, otydlighet och Klinisk erfarenhet och patientunderlag. Det andra huvudtemat Tolkning av symtom speglar informanternas bild av hur diagnosen manifesteras hos patienten, komplexiteten av densamma samt upplevelser kring hur diagnosen överlappar med andra diagnoser och differentiering kring dessa. Även här sker en ytterligare fördjupning i

två underteman; Det enkla och det komplexa i C-PTSD samt Överlappning & differentialdiagnostik. Det tredje huvudtemat Behandling vid C-PTSD återspeglar informanternas kunskap kring evidens för behandling mot C-PTSD, vilka behandlingsalternativ som finns att tillgå på deras arbetsplatser samt uppfattning kring lämplig ansats i behandling. Detta fördjupas i två underteman; Kunskap om evidens och Skräddarsydda behandlingar.

**Tabell 1.**

*Temat och undertemat*

Tema	Undertema
C-PTSD som diagnos/begrepp	O som i ovisshet, osäkerhet, otydlighet  Klinisk erfarenhet och patientunderlag
Tolkning av symtom	Det enkla och det komplexa i C-PTSD  Överlappning och differentialdiagnostik
Behandling vid C-PTSD	Kunskap om evidens  Skräddarsydda behandlingar

**C-PTSD som diagnos/begrepp**

Detta huvudtema beskriver informanternas uppfattning och förståelse för C-PTSD utifrån ett diagnostiskt perspektiv, begreppets etablering, men även deras uppfattning kring hur diagnosen uppfattas och förstås av kollegorna inom den verksamhet där de arbetar. Det första undertemat, O som i ovisshet, osäkerhet, otydlighet, speglar förmågan att återge diagnoskriterier, vetskap om skattningsskalor riktade specifikt mot C-PTSD samt deras allmänna uppfattning om förhållningssättet till diagnosen på arbetsplatsen. Medan Klinisk erfarenhet och patientunderlag visar deltagarnas förmåga att ibland veta utan att veta att de vet,

samt illustrerar deras tolkning av hur vanligt förekommande dessa patienter är i den verksamhet de befinner sig i, och även tidigare verksamheter.

***O som i ovisshet, osäkerhet, otydlighet***

Samtliga informanter utom en, uppgav svårigheter att återge diagnoskriterierna för C-PTSD enligt ICD 11. Nedan följer exempel på svar från informanterna:

Informant F - Jag tror att jag har sett någonting, liksom någon beskrivning, men det är inget som jag kan dra mig till minnes så att jag kan återge det.

Informant H - Du, jag måste säga att jag alltså, jag har inte...jag har faktiskt inte jättebra koll...

Den informant som kunde uppge diagnoskriterierna, kunde uppge två av tre DSO-kriterier. Övriga funderade en stund, svävade på svaret, men landade sedan i att de inte kände till diagnoskriterierna.

Samtliga uppgav att de inte har någon kännedom om skattningsskalor riktade specifikt mot C-PTSD.

Informant E - Har förmodligen hört om /.../ men... nej.

Informant C - Vi använder oss av DSM skattning inför bedömningssamtal /.../ men vi har inga specifika skattningsformulär för komplex PTSD, eller PTSD...

De flesta av informanterna uttryckte att det vore bra att ha kännedom om skattningsskalor specifikt för C-PTSD, och att de gärna vill veta och lära sig mer om detta. Flertalet använde i dagsläget inte någon skattningsskala, någon enstaka använde PCL-5.

Flertalet informanter beskrev en osäkerhet kring huruvida diagnosen var vedertagen, det vill säga allmänt accepterad. De uttryckte att de inte riktigt visste om det bara var de själva som var osäkra, eller om det faktiskt var så att de flesta är osäkra eftersom de uppfattat det som att somliga pratar om diagnosen som om den vore vedertagen.

Informant F - Ja, så jag tror inte att det (diagnosen) är vedertaget än som jag förstår det, men helt klart att många uttrycker sig som om det vore vedertaget. Det är ju där jag blir lite osäker.

Informant B: /.../ det är jättemånga inom vårt ...som man skulle kunna kategorisera som komplex PTSD om man följer diagnoskriterierna...men det finns en diskussion om vad som är komplex PTSD, det uppfattas inte så tydligt liksom...det är lite såhär, man får känna efter...(håller upp fingret som för att känna av).

Flera informanter uttryckte en upplevelse av att det fanns en generell otydlighet och osäkerhet kring diagnosen på arbetsplatsen. Hos behandlande kollegor, men också hos diagnostiserande läkare som träffat patienten först. Och då hänger denna osäkerhet sedan med från början till slut.

Informant H - Ja men det är ganska ofta att vi får patienter där läkaren har träffat patienterna på ett första bedömningsamtal och de är inte säkra. Så att redan från början så finns otydligheten med liksom. Jag tror inte de (kollegorna) har så mycket koll på det. Utan där är det nog bara PTSD liksom, att absolut att begreppet finns (C-PTSD), men att det inte är tydligt.

Informant E - Jag tänker att det har blivit någon slags missuppfattning hos vissa personer att man kan ha diagnosen utan att ha så mycket liksom PTSD, men det tänker jag på mitt jobb att det kan man inte, för då är det ju något annat då kanske det är personlighetssyndrom eller anpassningsstörning eller så. Man kan inte ha en komplex PTSD utan PTSD:n, då är det något annat. Ja, det tror jag har blivit lite klurigt med det.

Den sammantagna bilden som gavs av informanterna var att otydligheten och osäkerheten avseende diagnosen var utbredd, och att denna osäkerhet återfinns hos samtliga

yrkeskategorier på arbetsplatsen. Det kom även reflektioner kring att andra, utanför ens egna arbetsplatser, verkar ha missuppfattat diagnosen, vad den faktiskt innebär. Att det finns en uppfattning om att det är möjligt att ha en C-PTSD utan att uppfylla kriterierna för PTSD.

### ***Klinisk erfarenhet & patientunderlag***

När informanterna fick frågan vad som får dem att tänka att en patient har C-PTSD så uppgav huvuddelen av informanterna nu någon eller några av diagnoskriterierna, såsom bristande känsloreglering, svårighet i relationer eller en negativt präglad självbild, i sitt resonemang.

Informant E - /.../ och ha relationer och en person som aldrig har trivts med sig själv bara. Inte kunnat reglera känslor och få må ok utan att, ja, det har alltid varit problem.

Informant D - alltså allt det här med känslor och svårt att hantera dem...men jag vet inte om det är det som är skillnaden /.../ kan det vara det här med självbilden...med relationer och så...

På frågan kring hur vanligt det är att informanterna stötte på patientgruppen på sin arbetsplats så uttryckte flera att de inte sett diagnosen i journaler, eller diagnostiserat själv. Upplevelsen var dock hos samtliga att patientgruppen var vanligt förekommande på den nuvarande arbetsplatsen, och för vissa av informanterna även på tidigare arbetsplatser.

Informant F - /.../ så att jag träffar många som har komplex PTSD men det står inte i deras journal och jag har inte satt diagnosen i sig för det har inte varit prioriterat eller vi har inte diskuterat det, men eftersom jag slipper, läkaren ska ju sätta diagnos och de sätter inte komplex PTSD utan jag har bara sett en faktiskt men det har bara varit PTSD.

Informant H - Vanligt. Men det, det är jätte, jättemycket PTSD patienter, sen är det väl det där att folk har liksom inte helt klart för sig, är det här bara PTSD eller är det komplex PTSD? Men jo, det är vanligt. Det är verkligen inte ovanligt.

Utifrån informanternas svar verkar det som att det är vanligare att försöka ringa in eller konceptualisera en symtombild, snarare än att fastställa diagnos. Som vi tidigare beskrivit verkar det hos en del informanter också finnas en tendens att tänka att någon annan ska diagnostisera och att det inte ingår i det terapeutiska arbetet.

### **Tolkning av symtom**

Detta huvudtema beskriver informanternas uppfattning och förståelse för vilka symtom en patient med C-PTSD kan uppvisa men också deras upplevelse av hur tillståndet kan blandas ihop med andra tillstånd. Det första undertemat, Det enkla och det komplexa i C-PTSD återspeglar vilka observationer hos patienten samt händelser i dennes historia som hänvisar informanterna i riktning mot diagnosen, vad informanten med enkelhet uppmärksammar samt vilka symtom som är mer komplexa och mindre tydliga. Det som informanterna mer resonerar sig fram till i stället för att svara direkt på. Det andra undertemat, Överlappning & differentialdiagnostik, illustrerar hur informanterna upplever att diagnosen C-PTSD tenderar att överlappa med andra diagnoser och deras upplevelse av hur detta kan påverka diagnostiken.

### ***Det enkla och det komplexa i C-PTSD***

Så gott som samtliga informanter beskrev direkt, spontant, och med lätthet att de såg problem under barndomen, flertalet trauman och övergrepp som signifikant för patienter med C-PTSD. Det vill säga, de nämner specifika händelser och specifik tidsrymd, inte funktionsnivå eller symtomkluster.

Informant A - /.../ utifrån många jag träffar så tänker jag att jag ser att det ofta är faktorer under uppväxten som har påverkat att de mår så dåligt att de inte har, att de har blivit...ja...inte fått det de behöver som barn såklart.

Informant G - Jag tänker att PTSD, det är ju en händelse som man arbetar med och komplex PTSD det är ju flera händelser.

Därefter är vår upplevelse att informanterna blev mer eftertänksamma och verkade resonera sig fram till det som är det lite mer komplexa/omfattande;

Informant E - /.../ att det finns en hypervigilans och andra typer av svårigheter med sömn och uppmärksamhet till att det också finns de lite mer depressiva kriterierna, att känna sig avskuren från andra människor och relaterat till andra.

Informant F - Nästan alla går in med att jag är konstig. Jag är knepig, jag är knepigare än alla andra. Det är antagandet som många har med sig och som många tror jag med komplex PTSD ofta bär på, liksom att bara veta hur sjuk jag är och hur äcklig jag är och hur fel jag är.

Här nämner flera av informanterna en symtombild som inkluderar DSO kriterier, man även andra områden med svårigheter hos patienterna. Därutöver nämner några informanter avsaknaden av vissa saker hos patienten, som de antar har betydelse för att informanten ska komma att tänka att här kan det handla om en C-PTSD.

Informant F - För mig innebär komplex PTSD att det inte är så tydligt för personen ofta vad traumat är, vad det handlar om /.../ när det är mer komplex PTSD och det kanske är ett mönster man har vuxit upp med exempelvis som övergrepp och så så är det ju oftast inte så tydligt för personen. /.../ man ifrågasätter vad man själv kan lita på och vad som är sant. Men man märker att man absolut inte fungerar såklart att det är tydligt, men det är ofta svårare att liksom pinpointa vad det är för trauma man har varit utsatt för.

Informant G - /.../ för en del med komplex PTSD så kan de inte se när de hamnar, när de återupprepar vissa mönster som gör att de hamnar i liksom risksituationer. /.../ andra skulle se att det där är inte särskilt säkert att att befinna sig i den miljön, för där har du ju blivit utsatt. Men personen liksom kan inte. Ser inte eller förstår inte att det här är ju en liknande situation.

Informanterna beskriver att patienterna inte själva vet eller förstår vad det dåliga måendet eller traumat består av. Att de har svårt för att sätta ord på vad en har varit med om. Dessutom att det finns en avsaknad av viktiga, värdefulla komponenter såsom kärlek, omsorg och spegling. Hur det påverkat dem i identitetsutvecklingen och i förhållandet av jaget vilket



leder till en bristande förmåga att kunna lita till sig själv, vad en känner. Hur vissa av patienterna har en självdestruktivitet som de inte själva är medvetna om, då det är så naturligt för dem att befinna sig i dysfunktionalitet. De vet inget annat.

### ***Överlappning och differentialdiagnostik***

Då vi frågade våra informanter om det finns andra sätt att tolka symtomen för C-PTSD fick vi från majoriteten svaret att de också tänker kring personlighetssyndrom, främst emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS). Vid flera tillfällen för informanterna resonemang som visar på detta. Då vi frågar kring C-PTSD får vi vid flera tillfällen svar som handlar om hur man tänker med patienter som har EIPS. Vi fick då ställa frågan på nytt och påminna om att den gäller C-PTSD, inte EIPS. Vid något tillfälle fick vi påminna upprepade gånger. Flera reflekterar kring att patienter som har svårt med affektreglering och interpersonella relationer ofta tolkas i termer av personlighetssyndrom.

Informant C - Jag tänker som personlighetssyndrom tex kan ju ligga nära till hands, om man tänker på varaktiga svårigheter avseende självbild, stabilitet, självuppfattning, hur man tolererar och hanterar känslor men också interpersonell funktion alltså förmåga till empati och närhet, lita på andra /.../ men sen kan man ju ha med sig sårbarhetsfaktorer, personliga sårbarhetsfaktorer, innan man blivit utsatt för trauma, men att det kan vara svårt att liksom avgöra vad som är vad.

En av informanterna resonerar kring att PTSD med komplex symtomatologi kan påverka personligheten på ett sådant sätt att det leder till personlighetssyndrom.

Informant H - /.../ i kombination med en upplevelse av att det har satt sig på personligheten, alltså att det kan visa alltså det kan vara ja, men som ett personlighetssyndrom. Det har påverkat personligheten i den grad att man uppfyller ett personlighetssyndrom.

Flera av informanterna kan också se en överlappning och svårigheter med att skilja mellan C-PTSD och ADHD. På frågan om det finns andra sätt att tolka symtomen för C-PTSD svarar informant G

- Jo, neuropsykiatriska diagnoser tycker jag... att de liksom går in i vartannat. Informant F - /.../ och vården kanske också har jättemånga olika diagnoser. Och också det här med emotionellt instabil personlighetsstörning och borderline och ADHD idag och så vidare. För att ingen riktigt vet, och diagnossystemet inte har varit så fullständigt.

Flera informanter för ett resonemang kring att personer med ADHD som dessutom varit utsatta för en eller flera traumatiska händelser kan vara svåra att skilja från de med C-PTSD. En av informanterna som arbetar i ett team riktat mot ADHD och autism beskriver det så här:

Informant B: ...och där kommer ju som sagt också de här med PTSD, och då blir det ju automatiskt komplex PTSD mer eller mindre, för de har ju oftast en belastning historiskt sett, i sin anamnes, med svårt med kompisrelationer, svårt med beteende, ja men alla de här grejerna. Ja och sen har de nån form av trauma också.

Några av våra informanter lyfter tanken på att patienter kanske är feldiagnostiserade.

Informant G - Det jag har funderat på kring komplex PTSD är att /.../ det är svårt att kunna diagnostisera nu när jag börjat jobba på vuxenpsykiatri så tänker man ju, sätter man diagnosen instabil personlighetsstörning. Man kan ju fundera på om det är rätt diagnos eller om man har blivit feldiagnostiserad. Det är ju såna här saker jag funderar på. Och en del har ADHD också eller neuropsykiatriska diagnoser där de också haft svåra barndomar, alltså med trauma i barndomen.

Samtliga informanter beskriver överlappning av symtom, främst med EIPS men även ADHD, samt svårigheter med differentialdiagnostik. Samtidigt är det ingen av våra informanter som beskriver en tydlig ansats i att försöka skilja dessa tillstånd åt.

### **Behandling vid C-PTSD**

Detta huvudtema beskriver informanternas kunskap om evidens för behandling av C-PTSD, vilka behandlingsalternativ som finns på deras respektive arbetsplatser samt deras tankar

om vad som är viktigt i behandling av dessa patienter. Det första undertemat Kunskap om evidens belyser kunskap om behandling och evidens för densamma. Under subtema två, Skräddarsydda behandlingar, försöker vi fånga in hur behandlingar, trots att man säger att man inte vet så mycket, anpassas för att möta patientens behov samt de många alternativ till behandling som finns att välja mellan.

I våra tidigare huvudtema har vi beskrivit hur alla informanter känner igen patienter som varit utsatta för trauman och som visar flera symtom i linje med komplex PTSD, men det tycks ovanligt att sätta diagnosen. I detta huvudtema återspeglas detta i att det finns liten kunskap om evidens och forskning kring behandling specifikt för C-PTSD, men då patienterna uppfattas finnas på respektive mottagning har behandling på olika sätt formats för att möta patienternas behov.

### ***Kunskap om evidens***

Av våra åtta informanter var det en som hade specifik kunskap om evidens för behandling av komplex PTSD. De övriga kände inte till forskning och evidens på området.

Informant F - Men evidens i sig eller forskning så, jag känner inte till det. Jag tror, jag kan inte tänka mig att det har kommit så mycket liksom eftersom det är så pass nytt men. Jag skulle gärna vilja veta mer.

Informant A - Jag vet inte vad det finns för forskning kring specifikt komplex PTSD, där man har lagt manken till att särskilja det från borderline och inte PTSD, om man har sett några skillnader i effekten.

Så gott som samtliga informanter uttryckte ett intresse av att få veta mer kring evidensläget för C-PTSD.

På frågan om behandling för PTSD och C-PTSD skiljer sig åt finns det hos de flesta informanter en osäkerhet. För någon av informanterna finns det dessutom en osäkerhet kring om det har bedrivits forskning på området och om det finns behandlingsråd specifikt gällande C-PTSD.

Informant H - Jag vet inte om det forskats på det. Huruvida en klassisk EMDR eller PE eller vad det nu kan vara, jag vet inte hur det står sig om man då

genomför behandlingen på någon som kategoriserats som PTSD och någon som får komplex PTSD, så det vet jag faktiskt inte.

En informant resonerar kring skillnad mellan behandling för PTSD och C-PTSD och då vi mer konkret frågar om hen menar att det egentligen inte är så stor skillnad på dessa behandlingar svarar hen:

Informant A - Exakt, nu vet jag inte hur en komplex PTSD-behandling ser ut exakt, men jag tänker att det vi gör är att vi jobbar först med färdigheter i stabiliseringsfasen innan vi går in och gör PTSD-behandlingen...

Majoriteten av informanterna kände inte till evidens eller rekommenderad behandling för C-PTSD. Några av informanterna ger intrycket av att inte ha reflekterat över att de saknar denna kunskap. Några ger däremot uttryck för att de noterat bristen på kunskap och märker att den behandling som vanligtvis ges inte är tillräcklig, men har inte sökt vidare för att få kunskapen.

De uttrycker också en osäkerhet kring om, och i så fall hur, en behandling för C-PTSD skulle skilja sig från behandling för PTSD. Majoriteten resonerar sig fram till att behandling för patienter med C-PTSD skiljer sig från den för PTSD och bygger sitt resonemang på klinisk erfarenhet av arbete med traumatiserade patienter som de misstänker också skulle uppfylla kriterierna för C-PTSD.

### ***Skräddarsydda behandlingar***

Alla våra informanter träffar patienter som har den symtombild som känns igen från C-PTSD och erbjuder dem olika sorters behandling. Endast en informant beskriver en genomtänkt behandlingsmodell för patienter med C-PTSD. De övriga beskriver skräddarsydda behandlingsupplägg med stor variation.

De flesta mottagningar som informanterna arbetar på erbjuder flera olika sorters behandlingar och individuell behandling anpassas i hög grad. För de flesta är prolonged exposure (PE) den individuella behandling som ges. En del av informanterna resonerar kring att det är den traumabehandling som finns tillgänglig och därför används den. Flera av informanterna problematiserar dock PE för just denna patientgrupp.

Informant C - Jag har ju som sagt mest erfarenhet av prolonged exposure, som jag faktiskt inte tycker har fungerat så bra för de som har den här typen av problematik.

Informant B - När det då ska väljas behandlingsform, om jag tittar på vår mottagning, jag har ju bara PE när det gäller traumabehandling /.../ och PE tycker ju jag är en enorm, kräver rätt så hög medvetenhet och motivation /.../ och uthållighet är ju inte de här personernas eller patienternas...

Flera informanter berättar att upplägg för behandling skräddarsys utifrån en kombination av flera olika typer av behandlingar och att detta ofta är hjälpsamt för patienter med C-PTSD. På detta sätt adresseras de olika områden av svårigheter en patient med C-PTSD kan ha men det ges inte i en sammanhållen behandling.

Informant E - Bra, tänker jag och att man får hitta vad just den här patienten behöver för kombination, liksom över tid. Du kanske först ska gå i den här gruppen och sen få den här individuella behandlingen eller tvärtom eller så räcker det med en av de här sakerna.

Patienter kan då röra sig mellan olika behandlingar och på så sätt också möta olika behandlare. Ingen beskriver en uttalad röd tråd kopplat just till C-PTSD genom de olika behandlingar som erbjuds. Däremot beskrivs att man utformar behandling utifrån var patienten befinner sig och vilken svårighet som upplevs viktigt att börja med.

Informant E - Då erbjuds prolonged exposure och EMDR. Och så erbjuds det psykodynamisk terapi med inslag av EMDR, som man kombinerar. EMDR med kbt och/eller PE med kbt. Som delbehandling kan man också gå känsluskola. Man kan gå ERGT. Man kan gå i en grupp som heter STAP som är sensorisk medvetenhet som arbetsterapeuterna har. Som handlar om ångesthantering. Det är kring sinnen man kan också gå psykiatrisk fysioterapi, basal kroppskänedom och annan riktad fysioterapi.

Informant F - ERGT, PE, sen är det ju att du kanske går på yoga basal kroppskännedom, individuell kontakt med läkare, motionsgrupp. Så att man kanske går compassiongrupp har vi också, så man kan gå i flera olika grupper.

Flera av våra informanter lyfter särskilt fram känsloskola som hjälpsam för patienter med C-PTSD. De har identifierat att dessa patienter har svårigheter med affektreglering och märker att de kan tillgodogöra sig annan traumabehandling bättre om de också tar del av känsloskola. Känsloskola beskrivs dock inte som sammanhängande med övrig traumabehandling.

Informant D - Vi har ju känsloskola, compassion och de här...och jag märker ju väldigt skillnad på dem som har gått de här, för de kan ju ändå prata om sina känslor och sätta ord på de de tänker och känner i situationerna /.../ så nu är det nästan mer eller mindre så fort de har något trauma överhuvudtaget, eller PTSD, och vill ha hjälp med det att de flesta tar omvägen, att lite så här erbjuda dem att du får bättre resultat om du kan det här med känslor. Så ofta går de kanske 10 veckor känsloskola /.../ jag märker väldigt stor skillnad på dem efter att de kommer tillbaka.

Flera informanter berättar om skräddarsydda behandlingar både utifrån kombinationen av flera olika typer av behandlingar och utifrån modifikation avseende tid och alliansskapande. Samtliga informanter beskriver hur man behöver anpassa den individuella behandlingen för någon med symtom som vid C-PTSD. I grunden beskrivs inte en annorlunda behandling än den som ges för PTSD, men behandlingen behöver i större utsträckning modifieras och anpassas för den enskilda individen. Flera informanter reflekterar kring hur de försöker göra dessa anpassningar. Hos de flesta finns dock en osäkerhet kring hur kollegor gör och om det är så man ska göra. Nästan alla informanter framför att behandlingen för patienter med C-PTSD kräver mer tid.

Informant H - De behöver mer omfattande behandling, längre sannolikt då. De behöver jobba mycket med skam och skuld. De behöver jobba ganska mycket med gränssättning. Och sedan så behöver de såklart jobba sig igenom traumat

som man brukar göra enligt prolonged exposure till exempel med kanske mer modifieringar. Och i deras takt, ja som sagt mer modifieringar...

Informant E - Jag tar mig friheten att anpassa utifrån att vi vet vilka grundläggande principer som exponering har, så länge man håller sig till dem men att man kan anpassa det här med tiden...

Utöver tid reflekterar informanterna kring att trygghet och allians är viktigt och något man behöver arbeta extra kring.

Informant C - ...har behövt en väldigt trygg och stabil allians med terapeuten och det är ganska krångligt i början liksom innan man har fått till det. Så jag tänker att de i högre utsträckning har behov av en längre terapi /.../ och att man behöver jobba mycket med trygghet.

Vidare beskriver majoriteten av informanterna mer omfattande arbete med stabilisering och färdigheter.

Informant A - Jag tänker att man behöver lära sig mer färdigheter, lära sig hantera starka känslor utan att till exempel bli suicidal eller... på något sätt ha de verktygen för att kunna gå in i en sån behandling.

En informant beskriver detta som en terapeutisk förberedelse, som något som behövs för att sedan kunna gå in i själva terapin.

Informant B - Jag tänker att man behöver ha en längre behandling med komplex PTSD, du behöver kanske grunda mer /.../ men annars tänker jag att det kanske behövs en förberedelse, en terapeutisk förberedelse.

Alla informanter beskriver, utifrån sin kliniska erfarenhet, att det finns behov av anpassningar för denna patientgrupp. Under intervjuerna är det emellanåt svårt att veta om informanterna pratar uteslutande om patienter som har symtom i linje med C-PTSD vilket gör

det svårt att veta om anpassningar som beskrivs rör just denna patientgrupp. Utan att själva veta om det beskriver informanterna delar av fasspecifik behandling då de alla nämner vikten av en stabiliseringsfas innan traumaexponering. De beskriver också behovet av längre perioder i de olika faserna samt vikten av att en trygg och stabil allians som en förutsättning för vidare behandling.

### **Diskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka kunskapsläget gällande C-PTSD hos behandlare med lägst steg-1 kompetens inom vuxenpsykiatri. Vi ville titta på kunskap kring diagnoskriterier och hur symtom upptäcks och tolkas, samt vilka behandlingar som erbjuds patienter med C-PTSD. Vi intervjuade behandlare verksamma inom vuxenpsykiatri och analyserade sedan datan. I analysen kom vi fram till tre huvudteman. Det första var C-PTSD som diagnos/begrepp. Här beskrev vi informanternas relativt låga kunskap om faktiska diagnoskriterier, men också att de ibland vet mer om diagnosen än de tror att de vet. Vidare belystes här att informanterna hade en uppfattning om att patienter med symtom som vid C-PTSD är en relativt vanlig patientgrupp i de verksamheter de arbetar i. I huvudtema två, tolkning av symtom, beskrev vi hur informanterna uppfattar och tolkar de symtom som patienter med C-PTSD kan uppvisa samt deras uppfattning om hur det kan blandas ihop med andra tillstånd. I vårt tredje huvudtema, behandling vid C-PTSD, speglades informanternas relativt låga kunskap om evidens för behandling för C-PTSD samt deras tankar om vad som är viktigt i behandlingen av dessa patienter som de trots allt möter i sitt dagliga arbete.

### **Osäkerhet kring diagnos och diagnostisering**

C-PTSD som diagnos i den internationella klassifikationen för sjukdomar har endast funnits sedan 2018 (World Health Organization, 2019). Diagnosen har däremot funnits som begrepp betydligt längre än så och en diskussion har förts på internationell nivå kring hur symtombilden ska förstås och förklaras (Brewin et al, 2017; Curtois, 2005; Friedman et al, 2011; Herman, 1992; Van Der Kolk, 2016). Resultatet av denna studie visar på osäkerhet hos informanterna kring diagnoskriterier och hos några även en osäkerhet kring om diagnosen är vedertagen. Mot bakgrund av den diskussion som förts i forskarsamhället kring diagnosen samt att den relativt nyligen införts i ICD-11 kan vi förstå den otydlighet som råder. Vi finner det intressant att alla våra informanter trots detta kan beskriva denna grupp patienter och beskriver att de träffar många patienter med symtom som vid C-PTSD på de mottagningarna inom vuxenpsykiatri där de arbetar. Det är som om patienterna finns, och känns igen väl, trots att



de inte identifieras och diagnostiseras med C-PTSD. Alla våra informanter behandlar patienter som de tänker har symtom som vid C-PTSD, trots att de inte formellt har diagnosen. Det är därför svårt att veta om dessa patienter skulle uppfylla diagnoskriterierna eftersom screening utifrån detta inte gjorts. Detta behöver tas i beaktande då vi i denna studie lyfter behandling för patienter med C-PTSD.

Alla utom en av informanterna beskriver en osäkerhet kring diagnoskriterier, men kan trots det resonera sig fram till de tilläggs-kriterier för C-PTSD som finns i ICD -11. De kan beskriva att denna patientgrupp har svårt med självbild, affektreglering och interpersonella relationer. Detta ringar in de tre tilläggs-kriterier vid C-PTSD som kallas DSO - Disturbance in Self-organization (WHO, 2019). Informanterna är dock omedvetna om att detta är diagnoskriterier, utan beskriver det mer som typiska kännetecken för en patient med C-PTSD. Majoriteten av informanterna beskriver att om en patient har en viss traumahistorik, avseende mängd och komplexitet, så är detta likställt med C- PTSD. Dock så är diagnosen kopplad till symtom och funktionsnivå snarare än mängden och/eller komplexiteten av händelser. Det är viktigt att komma ihåg att människor med erfarenheter av kroniska eller upprepade trauman inte nödvändigtvis utvecklar C-PTSD, även om risken finns (ISTSS, 2018).

Ingen av informanterna är bekant med screening instrumentet ITQ - International Trauma Questionnaire (Cloitre et al., 2018; Seller et al., 2023) Detta ser vi som ett relativt enkelt och konkret utvecklingsområde som kan underlätta den diagnostik som många av informanterna refererar till som svår.

### ***C-PTSD eller EIPS***

Flertalet av informanterna pratar om patienter med C-PTSD och EIPS på ett sätt som vi tolkar som att dessa tillstånd lätt blandas ihop. Vid ett par tillfällen under intervjuerna får vi svar som handlar om EIPS trots att vi frågar kring C-PTSD. Då fick vi upprepa frågan igen, ibland mer än en gång, och påminna om att det gäller C-PTSD, inte EIPS. Flera informanter beskrev svårigheter i att skilja dessa diagnoser åt. Mot bakgrund av att majoriteten av informanterna sa att de inte kände till diagnoskriterier eller evidens för behandling kan även svårigheten att skilja dessa tillstånd åt förstås. Symtom på C-PTSD kan misstolkas och förstås som andra psykiatriska tillstånd, så som EIPS, om klinikern inte har tillräcklig kunskap och utbildning om trauma (Kumar et al, 2022). Symtomen mellan C-PTSD och EIPS överlappar varandra när det gäller svårigheter med affektreglering, interpersonella svårigheter och negativ självbild, men skillnader bedöms finnas i hur dessa svårigheter uttrycks (Owczarek et al, 2023).

Vi finner det därför angeläget att framöver öka kunskapen om differentiering mellan diagnoserna C-PTSD och EIPS.

### **Evidensbaserad praktik och behandling för C-PTSD**

Både Psykologförbundet (Sveriges Psykologförbund, 2020) och Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2019) påvisar vikten av att arbeta utifrån riktlinjerna av evidensbaserad praktik vid beslut om insatser. Evidensbaserad praktik beskrivs som en växelverkan mellan praktisk erfarenhet, kunskap från forskning och klientfaktorer. Då kunskap och evidens för behandlingsmetoder utvecklas och förändras behöver detta följas för att kunna implementeras i praktiken. Här beskrivs också vikten av att utvärdera de metoder som används för att kunna bidra till förändringar (Sveriges Psykologförbund, 2020). Studien visar att den del av en evidensbaserad praktik som handlar om närhet till evidens brister när det gäller kunskap om C-PTSD. Däremot visar samtliga informanter på kontinuerlig utvärdering då de påtalar svårigheter med att genomföra PE-behandling och då de ser ett stort behov av anpassningar för att behandling ska vara verksamt. Det saknas i nuläget nationella riktlinjer i Sverige för hur C-PTSD ska behandlas, vilket kan förklara den osäkerhet informanterna beskriver kring behandling.

Flera informanter lyfter behovet av, och önskemål om, mer kunskap och välkomnade denna studie. Enligt Karatzias et al (2019) finns goda grunder för att patienter med C-PTSD behöver ses som en särskild patientgrupp och därmed också behöver behandlingsinterventioner specifikt utformade för den traumaexponering de varit utsatta för. Vidare ser de behov av mer forskning kring vilka behandlingsinterventioner som är mest effektiva för de olika symtomklustren i C-PTSD, vilket ligger helt i linje med slutsatser dragna av SBU (2019) och ISTSS (2018) med flera. Bristen på kunskap, träning och uppmärksamhet på C-PTSD hos de behandlare som möter dessa patienter kan få skadliga konsekvenser. Det kan bland annat leda till att patienten inte får rätt behandling, att insatser för stabilisering leder till ökad stress eller att patienter blir återtraumatiserade under behandling (Kumar et al, 2022). Flertalet av våra informanter beskriver en osäkerhet kring sin egen kunskap kring komplexa trauman och hur det ska behandlas. Forskning gjord av Salyers et al (2004) visar på just detta, hur kunskapsbrist och upplevd kunskapsbrist pekas ut som en barriär mellan patienter med komplexa trauman och rätt vård. Detta har visat sig kunna avhjälpas med utbildning och är en viktig förutsättning för att kunna identifiera dessa patienter som är i ett så stort behov av vård. Men framför allt rätt vård (Kumar, 2019; Courtois och Gold, 2019).

## Styrkor och begränsningar

Vi valde att genomföra studien med kvalitativ metod och att analysera resultatet med reflexiv tematisk analys. Braun och Clarke (2006) menar att tematisk analys är en flexibel och användarvänlig metod som lämpar sig väl för den som är ovan vid att genomföra kvalitativa analyser. Eftersom ingen av oss hade nämnvärd erfarenhet av metoden fann vi därför tematisk analys lämplig. Tolkningen av datan påverkas av författarnas förförståelse (Braun & Clarke, 2006) vilket i sin tur påverkar analysen och resultatet. Detta är en svaghet i kvalitativ metod som i stor utsträckning bygger på informanternas ord och författarnas tolkning av dessa. Vi har genom hela studien försökt anta ett reflexivt förhållningssätt och en ödmjukhet inför tolkningen av resultatet. Vi har i studien haft en induktiv ansats och vår strävan har varit att på ett öppet sätt ta oss an både intervjusituationen och analysen av datan. Detta öppna sätt att intervjua ger ett djup i förståelsen av informanternas upplevelser. (Polkinghorne, 2005) Vi är dock medvetna om att vår förförståelse av teorier om C-PTSD kan ha påverkat detta. Vi hade en förförståelse kring att kunskapen om C-PTSD skulle vara relativt låg och att patienter med symtom på C-PTSD ofta får andra diagnoser. Vidare misstänkte vi att patientgruppen, utifrån symtombilden, skulle kännas igen som förekommande på mottagningarna, men att lite kunskap skulle finnas kring evidens för behandling. Trots att vi försökt vara medvetna om vår förförståelse kan detta ha påverkat vår tolkning av datan.

Vårt urval av deltagare för studien har varit begränsat. Vårt urval är gjort utifrån tillgänglighet (Langemar, 2008) vilket begränsar de slutsatser vi kan dra i studien. I kvalitativ metod är det svårt att se att informantens beskrivning representerar en större grupp, utan den behöver snarare ses som just den personens upplevelse (Langemar, 2008). En svaghet i kvalitativ metod med intervjuer är att det förutsätter att informanterna kan reflektera över sina upplevelser och sätta ord på dem på ett sätt som ger upplevelsen rättvisa (Polkinghorne, D. E, 2005). Vi kan se att studien skildrar en begränsad del av vuxenpsykiatrin. Trots det tycker vi oss se mönster som går igen hos våra informanter som är värda att reflektera kring. Polkinghorne (2005) menar att det inte är mängden data som är det väsentliga, utan att denna data är tillräckligt rik för att ge klarhet till det vi vill undersöka.

Kanske hade vi fått andra resultat om vi begränsat vår studie till informanter med ett visst antal års erfarenhet av behandling eller en viss yrkesgrupp. Vi menar dock att bredden på urvalet representerar verkligheten på många mottagningar och därför kan säga oss något om det generella kunskapsläget inom vuxenpsykiatrin.

Då informanterna inför intervjun fick information om ämne och syfte med intervjun hade författarna initialt farhågor om att informanterna skulle ha läst på inför intervjun. Det skulle i så fall ha kunnat påverka resultatet och inte gett oss en trovärdig bild av hur kunskapsläget faktiskt såg ut. Det visade sig dock under intervjuerna att nästan alla informanter hade ganska lite kunskap om just C-PTSD, varför vi med stor sannolikhet kan utesluta att informanterna skaffat sig kunskap enbart inför intervjun.

Sex av intervjuerna genomfördes digitalt vilket kan ha påverkat både informanterna och författarna. En del information, tex kring kroppsspråk samt den personliga ton som kan behövas för trygghet i intervjusituationen kan gå förlorad. Hade intervjuerna genomförts för ett antal år sedan hade detta förmodligen varit av större betydelse, medan många nuförtiden har en vana vid digitala möten som gör det mer naturligt.

Eftersom endast en av informanterna hade specifik kunskap om diagnoskriterier för C-PTSD och övriga i första hand resonerade sig fram till vilka patienter som skulle kunna vara i denna grupp, behöver vi även tolka svar gällande behandling med försiktighet. På dessa frågor svarade informanterna kring hur de tänker att en behandling bör vara samt hur den vanligtvis genomförs på mottagningarna. Det innebär att beskriven behandling inte genomförs på patienter som fått diagnosen C-PTSD och möjligheten finns därför att förslag på interventioner och modifieringar blandas ihop med de som skulle ges till andra patientgrupper tex patienter med EIPS.

### **Fortsatt forskning**

I likhet med vad SBU (2019) kommit fram till ser vi ett behov av fortsatt forskning kring behandling för patienter med C-PTSD. I nuläget ser vi att de patienter som har svårighet med affektreglering får behandling genom till exempel känsluskola. Vi ser ett behov av forskning kring tydligare behandlingsalternativ kopplade till samtliga tilläggs-kriterier vid C-PTSD, även negativ självbild och svårigheter med interpersonella relationer. Vi ser även ett behov av att utforska vidare hur behandlingarna för C-PTSD och PTSD, samt hur behandlingarna för C-PTSD och EIPS, kan skilja sig åt.

### **Slutsatser**

I denna studie har vi undersökt kunskapsläget gällande C-PTSD hos behandlare verksamma inom vuxenpsykiatri i Skåne. Vi har funnit att kunskapen om diagnostisering och evidens för behandling är relativt låg. Men också att behandlare vet mer än de tror att de vet.

Vi tror att den som arbetar med behandling inom vuxenpsykiatri har en önskan om att göra rätt och ge behandling enligt bästa tillgängliga praktik. Därför är det anmärkningsvärt att det finns en så stor osäkerhet och okunskap om just denna patientgrupp. Kanske beror det på att diagnosen C-PTSD är ny i den svenska översättningen av ICD-11 och att symtomatologin benämns på andra sätt i DSM. Diagnosen har också, i en del sammanhang, varit omdiskuterad, vilket också kan tänkas bidra till att kunskapen inte nått hela vägen ut i verksamheterna. Trots detta beskriver alla våra informanter att de väl känner igen patientgruppen och ser att de behöver behandling på andra sätt än vad som är vanligt vid PTSD. I enlighet med riktlinjer för evidensbaserad praktik ser vi ett mönster av att anpassa behandling så att den blir verksam utifrån de specifika svårigheter patienten har. Däremot saknar vi det evidensbaserade inslaget och det växelverkan som evidens bör ha med klinisk erfarenhet.

Trots att denna studie är begränsad, tycker vi oss kunna se att det finns ett stort behov av ökad kunskap kring diagnostisering och behandling av patienter med C-PTSD. Detta ger också informanterna uttryck för. Flera av informanterna uttryckte att denna studie var viktig för dem som ett led i att mer explicit reflektera kring C-PTSD. Både i klinisk verksamhet och på olika utbildningar ser vi behov av ökade inslag av utbildning kring C-PTSD. Detta skulle stärka den evidensbaserade delen av EBPP och öka möjligheten för patienter med C-PTSD att få rätt diagnos och behandling.

### **Författarnas bidrag och ansvar**

Marie Ranshede (M.R) och Sara Sköld (S.S) har under handledning av Marie Karlsson formulerat frågeställningar och utarbetat studiens design. M.R och S.S har genomfört datainsamling och dataanalyser tillsammans. M.R genomförde 4 intervjuer och S.S genomförde 4 intervjuer. Vi har gemensamt och i lika omfattning bidragit till alla delar av uppsatsen, och är båda ansvariga för de slutsatser som presenteras och för uppsatsen i sin helhet.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, Monson CM, Olf M, Pilling S, Riggs DS, Roberts NP, Shapiro F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of PTSD: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 475-483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Block, C. (2012). *VAR FINNS HJÄLPEN? - om komplex traumatisering och traumabehandling* [Psyko-terapeutprogrammet, Ersta Sköndal Högskola]. DiVA. <http://esh.diva-portal.org/smash/get/diva2:561836/FULLTEXT01>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., Van Ommeren, M., Reed, G. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 157–181. <https://doi.org/10.1080/10720530590914789>
- Cercio & Sternudd (2013). *Komplex PTSD: symtombild och lämplig behandling*. Umeå Universitet. <https://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:693920/FULLTEXT01.pdf>
- Courtois, C., Gold, S. (2009) The Need for Inclusion of Psychological Trauma in the Professional Curriculum: A Call to Action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2009, Vol. 1, No. 1, 3–23. <https://doi.org/10.1037/a0015224>

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>

Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012). *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Hämtad på: [www.istss.org](http://www.istss.org)

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, Cr., Bisson, I., Roberts, N., Maercher, A., Karatzias, T. & Hyland, P. (2018) The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2018 Dec;138(6):536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*, 750-769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Norton.

Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. July 1992 5(3):377-391. <https://doi.org/10.1007/bf00977235>

Hyland, P., Hamer, R., Fox, R., Vallières, F., Karatzias, T., Shevlin, M & Cloitre, M. (2023) Is Dissociation a Fundamental Component of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder? *Journal of Trauma & Dissociation*, Pages 45-61 <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2231928>

International Society for Traumatic Stress Studies (November 2018). ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults. [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS\\_CPTSD-Position-Paper-\(Adults\)\\_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf.aspx)

Jowett, S., Shevlin, M., Karatzias, T. & Albert, I. Differentiating Symptom Profiles of ICD-11 PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A Latent Class Analysis in a

Multiply Traumatized Sample. *Journal of Personality Disorders*, 2020 Jan; 11(1):36-45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>.

Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N., Bisson J & Shevlin, M. (2019) Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 1 September 2019, 36(9):887-894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>

Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, Hyland P, Maercker A, Ben-Ezra M, Coventry P, Mason-Roberts S, Bradley A, Hutton P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychology Medicine*, 49(11),1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>

Kumar, S., Brand, B., Courtois, C (2019). The Need for Trauma Training: Clinicians' Reactions to Training on Complex Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Vol 14(8), Nov, 2022 pp. 1387-1394. <https://doi.org/10.1037/tra0000515>.

Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig* (1. uppl.). Liber

Li, Y., & Liang, Y. (2023) The effect of childhood trauma on complex posttraumatic stress disorder: the role of self-esteem. *European Journal of Psychotraumatology* Volume 14, 2023 - Issue 2. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2272478>

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y., Khoury, B., Hitchcock, C. & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet* 2 Jul 2022; 400: 60–72. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00821-2)

McLeod, J. (2001) *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. SAGE Publications Ltd

Motion 2021/22:1565. Rätt vård vid Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/ratt-var-d-vid-posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd\\_h9021565/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/motion/ratt-var-d-vid-posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd_h9021565/)



Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-4-7339.

Owczarek, M., Karatzias, T., McElroy, E., Hyland, P., Cloitre, M., Kratzer, L., Knefel, M., Grandison, G., Ho, G. W. K., Morris, D., & Shevlin, M. (2023). Borderline personality disorder (BPD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD): A network analysis in a highly traumatized clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 37(1), 112–129. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1521/pedi.2023.37.1.112>

Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137–145. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.137>

Salyers, M., Evans, L., Bond, G. Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: clinician perspectives. *Community Mental Health Journal*. 2004;40(1):17-31. <https://doi.org/10.1023/b:comh.0000015215.45696.5f>

Schwartz, A. (2020). *A Practical Guide to Complex Ptsd: Compassionate Strategies to Begin Healing from Childhood Trauma*. Rockridge Press.

Seller, N., Davoodi, K., Keem, M. & Das, S. (2023) Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol 27, 2023 - Issue 3 <https://doi.org/10.1080/13651501.2023.2197965>

Socialstyrelsen (24 maj 2019) Evidensbaserad praktik i socialtjänsten. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/>

Socialstyrelsen (23 apr 2023). Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11). <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-11/>

Spencer, A., Faraone, S., Bogucki, O, Pope, A., Ucida, M., Milad, M., Spencer, T., Woodworth, Y. & Biederman, J. (2016) Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*. 27 Jan 2016. 77(1):72-83. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09479>.

Stavropoulos Kuhl-Meltzoff, K., Bolourian, Y. & Blacher, J. (2018). Differential Diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Post Traumatic Stress Disorder: Two Clinical Cases. *Journal of Clinical Medicine*. 8 Apr 2018. Vol.7, no. 4, p. 71.  
<https://doi.org/10.3390/jcm7040071>

Sveriges Psykiologförbund (maj 2020) Principer för evidensbaserad psykologisk praktik (EBPP) [www.psykiologforbundet.se/globalassets/a-psykiologforetagarna/ebpp-002.pdf](http://www.psykiologforbundet.se/globalassets/a-psykiologforetagarna/ebpp-002.pdf)

Van der Kolk, B. A. (2016). *The body keeps the score: Brain, mind and body in the treatment of trauma*. Viking Press.

Vetenskapsrådet. (2017) God forskningssed. God-forskningssed\_VR\_2017.pdf

Walker, P. (2013) *Complex PTSD: From Surviving to Thriving: A Guide and Map for Recovering from Childhood Trauma*. Createspace Independent Publishing Platform.

Willig, C. (2022). *Introducing qualitative research in psychology* (4 uppl.). Open University Press.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

## **Bilaga 1**

### Intervjufrågor

1. Vad innebär C-PTSD för dig?
  - När kom du i kontakt med/hörde talas om diagnosen första gången?
  
2. Vad känner du till om diagnoskriterierna för C-PTSD enligt ICD 11?
  - Är du bekant med tilläggs kriterierna - DSO ?
  
3. Vad är din upplevelse av diagnoskriterierna?
  - Vilka svårigheter finns med diagnoskriterierna? Är de tydliga, otydliga?
  
4. Hur särskiljer du C-PTSD ifrån PTSD?
  - Vad får dig att tänka att någon har C-PTSD och inte PTSD?
  - Vilken typ av händelser i en patients liv får dig att tänka i termer av C-PTSD?
  - Varierar problembilden mellan dessa två diagnoser?
  
5. I mötet med patienter, finns det något särskilt som får dig att tänka att det kan röra sig om C-PTSD?
  - Finns det andra sätt att tolka symtomen, andra diagnoser? Vilka i så fall?
  
6. Hur vanligt är det att du stöter på patienter med C-PTSD?
  - Hur vanligt upplever du att det är på din mottagning? (tex hur vanligt är det att frågan lyfts på handledning & behandlingskonferens?)
  - Har du stött på dessa patienter i tidigare verksamheter där du arbetat?
  
7. Vad använder du för verktyg i din bedömning av C-PTSD?
  - Använder du några skattningsskalor? Vilka?
  - Känner du till några andra skattningsskalor riktade mot diagnostisering av C-PTSD?
  
8. Vad behöver dessa patienter för behandling?
  - Vad säger evidensen?

- Skiljer sig behandlingarn för C-PTSD ifrån behandling för PTSD? Hur?
9. Vilken/vilka behandlingar för C-PTSD erbjuds inom ramen för din verksamhet?
- Hur upplever du att dessa behandlingar fungerar?
  - Vad finns det för fördelar respektive utmaningar med dessa behandlingar?
  - Skulle annan sorts behandling/kompetens behövas inom detta område? Vilken i så fall?
10. Det finns forskare som hävdar att man som behandlare med fördel kan bjuda in kroppen i behandlingen av C-PTSD.
- Vad tänker du om det?
  - Är det något du gör?
  - Vad gör du isåfall?
11. Hur är det att arbeta med dessa patienter? Vilka är utmaningarna och förutsättningarna?
- Vilka råd och tips skulle du ge till någon som ska arbeta med patienter med C-PTSD?