



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoteraeutprogrammet*

## **Written exposure therapy vid PTSD**

### **- en litteraturöversikt**

**Johanna Lundgren Blomberg & Elisabeth Rubenson**

Psykoteraeutexamensuppsats 2024.

Handledare: Olof Johansson

Examinator: Sean Perrin

## **Abstract**

Written exposure therapy is a written form of therapy intended to treat post-traumatic stress disorder. In this literature review, the quality of RCT studies conducted on WET was examined, as well as the clinical implications of what emerged in the studies. Literature search resulted in six articles and one dissertation. The quality of the studies was reviewed by using the Cochrane Risk of Bias Tool and the RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale. The results of the review of the risk of systematic bias showed that four of the studies received a correspondingly low risk, and that three of the reviewed studies received a moderate risk of systematic errors. The quality of reviewed studies did also vary. Four of the studies were rated to be of very good quality, two of the studies were of moderate quality and one of the studies was of average quality. In the reviewed studies, it appeared that WET as a treatment method had better results than the control group or non-inferior results compared to the control group. It seems that WET is a treatment method that appears to result in fewer treatment dropouts, shorter treatment duration and requires less training for the therapists. This could mean that WET is a more accessible variant of treatment for PTSD than other more established methods. The overall conclusion is that reviewed RCT studies of treatment with WET for PTSD appear to be of varying quality and that more studies are needed to be able to draw further conclusions about evidence.

*Keywords:* written exposure therapy, post-traumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, randomized controlled trials

## Sammanfattning

Written exposure therapy är en skriftlig terapiform avsedd att behandla posttraumatiskt stressyndrom. I denna litteraturöversikt granskades kvaliteten på RCT-studier som gjorts på WET, samt de kliniska implikationerna av det som framkommit i studierna. Litteratursökning resulterade i sex artiklar och en avhandling. Kvaliteten på studierna granskades genom skattning med hjälp av Cochrane Risk of Bias Tool samt RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale. Resultaten av genomförd granskning av risk för systematiska fel visade att fyra av studierna fick motsvarande låg risk, samt att tre av de granskade studierna fick måttlig risk för systematiska fel. Även kvaliteten på genomförda studier bedömdes variera. Fyra av studierna bedömdes hålla mycket bra kvalitet, två av studierna höll någorlunda kvalitet och en av studierna höll medelmåttig kvalitet. I de granskade studierna framkom att WET som behandlingsmetod hade bättre resultat än kontrollgruppen alternativt inte sämre resultat än kontrollgruppen (non-inferior) Det framkommer även att WET är en behandlingsmetod som förefaller medföra färre behandlingsavhopp, kortare behandlingslängd samt kräver mindre utbildning för behandlarna. Detta skulle kunna medföra att WET är en mer tillgänglig variant av behandling för PTSD än andra mer etablerade metoder. Den sammantagna slutsatsen är att granskade RCT-studier av behandling med WET vid PTSD förefaller hålla varierande kvalitet och att fler studier behövs för att kunna dra ytterligare slutsatser om evidens.

*Nyckelord:* posttraumatiskt stressyndrom, written exposure therapy, kognitiv beteendeterapi, randomiserat kontrollerade studier

## **Tack!**

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Olof Johansson som har haft stort engagemang och kunskap, och varit helt rätt person för uppdraget. Tack också till våra familjer, vänner och kollegor för hjälp, stöd och intresse!



## Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Vad är PTSD, epidemiologi, förlopp, påverkan .....	1
Evidensbaserade psykoterapeutiska behandlingar för PTSD .....	2
Behandling av PTSD i en svensk kontext, särskilt primärvård.....	3
Vad är WET - kort beskrivning av WET .....	3
Vetenskaplig relevans .....	4
Forskningsfrågor .....	6
Metod.....	7
Inklusions- och exklusionskriterier .....	7
Informationssökning.....	7
Relevansbedömningar.....	8
Skattninginstrument .....	9
Etiska ställningstaganden .....	10
Resultat .....	10
Risk för systematiska fel .....	16
Kvalitet på randomiserade kontrollerade studier .....	17
Diskussion .....	21
Huvudsakliga resultat .....	21
Begränsningar med studien.....	23
Etikdiskussion.....	23
Diskussion om skattninginstrumenten.....	24
Jämförelse med meta-analyser och reviews om PTSD-behandling.....	25
Jämförelse med kliniska riktlinjer.....	25
Slutsats .....	26
Referenser.....	27

## **Inledning**

### **Vad är PTSD, epidemiologi, förlopp, påverkan**

PTSD, posttraumatiskt stressyndrom, är en psykiatrisk diagnos som innebär att den drabbade utsatts för eller bevittnat död, allvarlig skada eller sexuellt våld. Kriterierna för diagnosen skiljer sig något mellan diagnosmanualerna DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) och ICD-10 (ICD-10-SE, 2011), och i ICD-11 (World Health Organization, 2019), som förväntas komma i svensk version under 2025 (Socialstyrelsen, 2023) har diagnosen komplex PTSD tillkommit. Symtom på PTSD som förekommer oavsett diagnosmanual är påträngande symtom utifrån händelsen, undvikanden både kring minnen, tankar och känslor samt i det yttre livet, negativ sinnesstämning och negativa synsätt på sig själv och omgivningen samt tydliga förändringar av reaktionsmönster såsom vaksamhet, irritabilitet och sömnstörningar. Symtomen skall kunna kopplas till den traumatiska händelsen, ha varat i mer än en månad och orsaka funktionsnedsättning och/eller ett betydande lidande. Komplex PTSD innebär ovanstående, och därtill genomgripande svårigheter med känsloreglering, negativa tankar om sig själv samt relationssvårigheter. Orsakerna till komplex PTSD är mer omfattande och i tid utdragna traumatiska skeenden. De flesta människor är någon gång i livet med om en händelse som är potentiellt traumatiserande, och många upplever vissa av PTSD-symtomen inledningsvis, men de klingar vanligtvis av med tiden (oftast inom 1-3 månader, enligt en metaanalys av Diamond et al., 2022). Många som är med om potentiellt traumatiserande händelser utvecklar därmed inte PTSD, medan en minoritet, ungefär 1 av 5 personer enligt Diamond et al., gör det. Det finns ett flertal riskfaktorer, som högre nivå av dissociation under den traumatiska händelsen, traumats karaktär, annan psykisk ohälsa nu eller tidigare i livet, genetisk sårbarhet, social utsatthet, att tillhöra en minoritetsgrupp och/eller vara flykting (Ozer et al., 2008, Fazel et al., 2005). Det finns äldre data som indikerar en livstidsprevalens för PTSD i Sverige till 5,6 % (Frans et al., 2005). Bland kvinnor och utlandsfödda har prevalensen uppmätts till den dubbla jämfört med svenskfödda män (Frans et al., 2005, Fazel et al., 2005). Det förekommer spontan läkning från PTSD även senare än ett halvår efter händelsen och upp till flera år efteråt, men tillståndet riskerar att bli permanent för relativt många om behandling inte ges. I en metastudie från 2014 av Morina m.fl. är det ett genomsnitt på 44 % av personer med PTSD

som har tillfrisknat utan behandling drygt tre år efter baslinjemätningen. Vidare finns det en omfattande samsjuklighet med PTSD, såväl psykiatrisk som somatisk. Vanligast är depression, runt 50 % enligt en metastudie av Rytwinski et al. (2013), men vanligt är också substans- och alkoholbruksyndrom (Debell et al., 2014). Förhöjd förekomst, jämfört med människor utan PTSD, gäller också bl.a. emotionellt instabilt personlighetsyndrom, bipolär sjukdom typ I, ätstörningar, paniksyndrom och GAD (Goldstein et al., 2016). Viktigt att notera är också en förhöjd suicidrisk, dvs. att kopplingen mellan PTSD och suicid är stark (Panagioti et al., 2012). Somatiska tillstånd som har en betydande samsjuklighet med PTSD är hjärt- kärlsjukdomar, i något lägre grad men ändå av vikt, även lungsjukdomar, neurologiska sjukdomar, smärta, inflammatoriska och autoimmuna sjukdomar (Gupta, 2013).

### **Evidensbaserade psykoterapeutiska behandlingar för PTSD**

Det finns flera evidensbaserade psykoterapeutiska behandlingar för PTSD hos vuxna, varav flera ryms inom paraplyet traumafokuserad KBT. För att ytterligare komplicera terminologin finns också den specifika metoden TF-KBT, traumafokuserad KBT, för barn och unga med PTSD (Cohen et al., 2017). Vad som räknas som traumafokuserad KBT för vuxna är exempelvis Prolonged exposure, PE (Foa et al., 2021), den i Sverige inte lika kända och använda metoden Cognitive processing therapy, CPT (Resick et al., 2017), och Narrative exposure therapy, NET (Schauer et al., 2011). PE är en metod som fokuserar på exponering för yttre undvikanden och återupprepat berättande av traumaberättelsen. Det ingår omfattande hemuppgifter i form av att göra sådant som tidigare undvikits eller att besöka sådana platser, samt att lyssna på inspelning av traumaberättelsen. Behandlingen tar vanligtvis omkring 15 sessioner à 60-90 minuter (Foa et al., 2021). CPT är ett upplägg om 12 sessioner à 60-90 minuter i grunden, men kan ges på 7-15 sessioner (Chard & Healy, 2020). Det krävs inte att patienten framställer sitt trauma i detalj, men det går att välja att göra en skriftlig berättelse om traumat. Hemuppgifterna är kognitiva till sin karaktär och går ut på att kartlägga och utmana ohjälpsamma tankar som blivit befästa. Vidare ligger fokus inte bara på rädsla utan även på andra hotfokuserade känslor såsom skam, skuld och sorg. NET kan ges på 3-6 och upp till 12 sessioner, och har tydlig framgång med flyktingar (Schauer et al., 2011). Det centrala i NET är skapandet av en berättelse om personens liv, där mest tid läggs på traumat. Det är terapeuten som skriver ner berättelsen och återberättar för patienten vid nästa tillfälle, således innebär det en hel del efterarbete.



EMDR (Shapiro, 2017) är en metod som inte räknas till KBT-protokollen utan beskrivs som integrativ. Det mest utmärkande är hur ögonrörelser (i de flesta fall) används tillsammans med att patienten får fokusera på någon aspekt av traumat för att nå en bearbetning. EMDR kan ta allt mellan några få sessioner (som minst tre, med förberedelse, bearbetning och reflektion/avslutning) till många i anspråk, det senare givetvis vid mer komplex problematik. Det krävs särskild vidareutbildning för att bedriva EMDR.

### **Behandling av PTSD i en svensk kontext, särskilt primärvård**

I Socialstyrelsens senaste riktlinjer för behandling av ångestsyndrom, dit PTSD tidigare räknades, (Socialstyrelsen, 2021) framkommer det att traumafokuserad KBT med exponering rekommenderas för vuxna med prioritet 3 (skala 1-10 där 1 är bäst och 10 sämst). EMDR rekommenderas med prioritet 7. Skäl till detta är att EMDR inte har visat sig överlägsen KBT med exponering, att det vetenskapliga underlaget är begränsat men att goda kliniska erfarenheter finns.

I Skåne där denna uppsats skrivs och vi själva är verksamma är det relativt nytt att PTSD-behandling erbjuds inom Vårdval psykoterapi som är en del av primärvårdens psykologiska behandlingsutbud. Tidigare kunde patienter inom primärvården endast få PTSD-behandling på sin vårdcentral om det fanns kvalificerad personal. I Vårdval psykoterapi erbjuds enbart KBT-behandling med traumafokuserad inriktning för PTSD, upp till 23 sessioner (Region Skåne, 2024). Inom specialistpsykiatrin, där svårare tillstånd med större funktionspåverkan och komplex samsjuklighet behandlas, är traumafokuserad KBT fortfarande förstahandsvalet men även EMDR kan erbjudas.

### **Vad är WET - kort beskrivning av WET**

Written exposure therapy, WET (Sloan, 2019) är en nyare psykoteraeutisk behandlingsmetod för PTSD utvecklad av Denise Sloan mfl. i Boston. Syftet med utvecklandet av metoden var att hitta de verksamma komponenterna i en traumabehandling och renodla dem för att om möjligt förkorta behandlingstiden och göra PTSD-behandling mer tillgänglig för människor. WET är manualiserad och innefattar 5 behandlingssessioner där patienten skriver om sitt trauma enligt instruktioner från terapeuten. Det betonas att patienten skall skriva om vad som faktiskt hände så som hen idag minns det, inklusive sina egna tankar

och känslor vid den tidpunkten. Från tillfälle 3 skiftar instruktionerna till att patienten uppmanas att skriva om en särskilt plågsam del av det traumatiska skeendet, samt om hur traumat har påverkat hans liv efteråt. I den femte och sista sessionen är instruktionen till patienten att skriva om hur erfarenheten av traumat relaterar till livet nu och till framtiden så som hen uppfattar den. Den första sessionen beräknas ta 60 minuter och de efterföljande 40 minuter. Själva skrivandet sker i 30 minuter, och patienten kan antingen lämnas själv i ett rum under tiden eller så kan terapeuten sitta med men göra egna sysslor i tysthet. Om patienten skulle behöva hjälp att bryta dissociation ges den hjälpen. Inga hemuppgifter förekommer, men instruktioner ges att vara öppen för tankar och känslor kring traumat som sannolikt kommer.

### **Vetenskaplig relevans**

Det finns, som redogjorts ovan, flertalet psykoterapeutiska behandlingsmetoder för PTSD som alla har sina specifika karakteristika. WET har ambitionen att vara ett relevant tillägg till utbudet genom att skilja sig från andra metoder på flera sätt:

WET innefattar endast 5 sessioner och därtill ganska korta, session 2-5 endast 40 minuter. Som vi tidigare har sett brukar Prolonged exposure, som är den vanligast förekommande behandlingen, ges vid omkring 15 sessioner som är 60-90 minuter långa. Liknande, med eventuellt färre sessioner, ser det ut med Cognitive processing therapy, Narrative exposure therapy och EMDR. Om WET kan ge liknande resultat som dessa etablerade metoder på kortare tid vore det en besparing både av tid och känslomässig belastning. Sloan (2019) framför behandlingens tidsaspekt som ett viktigt skäl att utforska användbarheten av WET. Hon för dessutom fram argumentet att en kortare behandling ger färre avhopp, helt enkelt för att det finns färre möjligheter att hoppa av på 5 sessioner jämfört med 15. Det finns data som tyder på att en vanlig anledning för patienter att hoppa av en traumafokuserad psykoterapeutisk behandling (PE eller CPT) är praktiska yttre omständigheter såsom arbete eller studier (Hundt et al., 2020), och en kortare behandling blir då mer möjlig att avsätta tid för.

WET har inga hemuppgifter och är på så sätt lik både EMDR och NET. Patienten informeras istället om att hen kan förvänta sig att tankar och känslor kring traumat dyker upp spontant under veckan och att det bästa för processen är att vara öppen för dessa. Det finns erfarenhet av att patienter på egen hand tar sig an sådant de tidigare har undvikit på grund av sin PTSD. Både PE och CPT har relativt omfattande hemuppgifter, vilket enligt Sloan (2019) kan vara avskräckande för en del patienter och leda till avhopp. Betoningen i WET är på genomförbarhet och tillgänglighet samtidigt som en likvärdig kvalitet som redan existerande behandlingar bibehålls. Det är därför inte hemuppgifternas värde för de patienter som genomför dem som ifrågasätts, utan den aversiva effekten det kan få att misslyckas med att genomföra hemuppgifterna av olika anledningar.

WET kräver inte någon specifik vidareutbildning vilket i synnerhet EMDR gör och i varierande grad de andra metoderna. Samtidigt informerar Sloan (2019) i WET-manualen att man hittills enbart har testat metoden med behandlare som redan är utbildade i psykoterapi och erfarna i andra traumabehandlingsmetoder, varför andra bakgrunder hos behandlare inte rekommenderas. Det innebär att behandlarna dragit nytta av att ha gått kurser om och/eller ha arbetat med andra metoder redan.

WET har en relativt skonsam framtoning för terapeuten jämfört med mer etablerade metoder. PE upplevs vara en både tidsmässigt och känslomässigt krävande metod såväl för patient som behandlare (se t.ex. Halling, 2020). Traumaminnets skall gås igenom i detalj upprepade gånger och det krävs att terapeuten lyssnar med fullt engagemang. I NET skall terapeuten förutom att lyssna också skriva ner berättelsen själv mellan sessionerna vilket tar en hel del tid i anspråk. Även arbete med EMDR kräver en full känslomässig närvaro av terapeuten. CPT behöver inte innebära arbete med traumaminnets i sig, men med associerade tankar och övertygelser, och sessionerna är lika långa. WET är i kontrast till detta inte lika krävande, varken tidsmässigt i sessionen eller mellan sessionerna, eller känslomässigt. Det terapeuten behöver göra med traumaberättelsen är att läsa igenom det patienten skrivit för att kunna ge feedback till patienten nästa gång. Det kräver inte samma närvaro i sessionen och det blir sannolikt ett lägre känslolast av att läsa igenom berättelsen i efterhand jämfört med att vara engagerad i patientens känslor samtidigt som de kommer. Sekundär traumatisering, som är en risk för behandlare som lyssnar till traumaberättelser, förefaller precis som med PTSD inte orsakas av intensiva känslor i sig, utan av att känna sig överväldigad (se t.ex. Miller, 2021, som resonerar kring sekundär traumatisering och möjligheter att hantera den).

För att komplicera resonemanget finns det enligt Miller å andra sidan ett värde för behandlare att kunna bli känslomässigt engagerad i hög grad, som exempelvis en PE- eller EMDR-session kan innebära. Här kan man dock argumentera för vikten av att ha tillgång till olika traumabehandlingsmetoder för att både patienten själv och behandlaren skall kunna välja, så att behandlaren arbetsliv kan bli mer hållbart över tid genom att patienter kan behandlas med olika metoder.

Baserat på dessa skäl finns det värde i att studera WET närmare. Om det visar sig vara en kostnadseffektiv behandling, både känslomässigt och tidsmässigt, har tillgängligheten till PTSD-behandling för befolkningen i stort möjlighet att öka. Tillgängligheten ökar också genom att WET har en design som skiljer sig på vissa sätt från andra metoder, och har således potential att passa bättre för vissa patienter.

### **Forskningsfrågor**

Syftet med uppsatsen är att göra en noggrann genomgång av kvaliteten av RCT-studierna som gjorts på WET, och att därtill resonera kring de kliniska implikationerna av det som framkommit i studierna.

Vi har således två forskningsfrågor att besvara i denna uppsats:

1. Vilken kvalitet uppvisar evidensen för WET baserat på informationen i RCT-studierna?
2. Vilka är de kliniska implikationerna av dessa studier?

## **Metod**

Då denna översikt syftar till att besvara frågeställningar om det aktuella kunskapsläget inom ett avgränsat område blir det naturligt att använda en design som sammanfattar och utvärderar detta. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har tagit fram en process för detta som beskrivs i Utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvård (SBU, 2020), som valdes som utgångspunkt för översikten i syfte att minska risken för att systematiska fel eller slump påverkade resultaten.

### **Inklusions- och exklusionskriterier**

Som utgångspunkt för urval av artiklar användes metoden PICO, som den är beskriven av SBU (2023). Enligt PICO ska studiedesignen omfatta Population, Insats, Jämförelse (eng. control) och Utfall (eng. outcome). Aktuell litteraturstudie avser undersöka effekten av written exposure therapy (WET) vid PTSD. Beslut togs därför om att inkludera artiklar som beskriver kontrollerade studier av behandling med WET vid PTSD, oavsett orsak till att PTSD har utvecklats hos patientgrupperna. Populationen för aktuell översikt var ungdomar och vuxna med diagnostiserad PTSD. Insatsen är Written Exposure Therapy for PTSD som den är beskriven av Sloan och Marx (2019). För området Jämförelse valdes randomiserade kontrollerade studier. När det gällde Utfall valdes studier som använde olika etablerade skattningsinstrument avsedda att mäta PTSD-symtom. Då WET är en relativt ny behandlingsmodell för PTSD är mängden genomförda RCT:er fortsatt förhållandevis lågt. Med anledning av detta togs beslutet att utvärdera så många artiklar som möjligt som beskrev en randomiserad kontrollerad process. Artiklar som endast beskrev behandlingsutfall utan att vara randomiserat kontrollerade exkluderades.

### **Informationssökning**

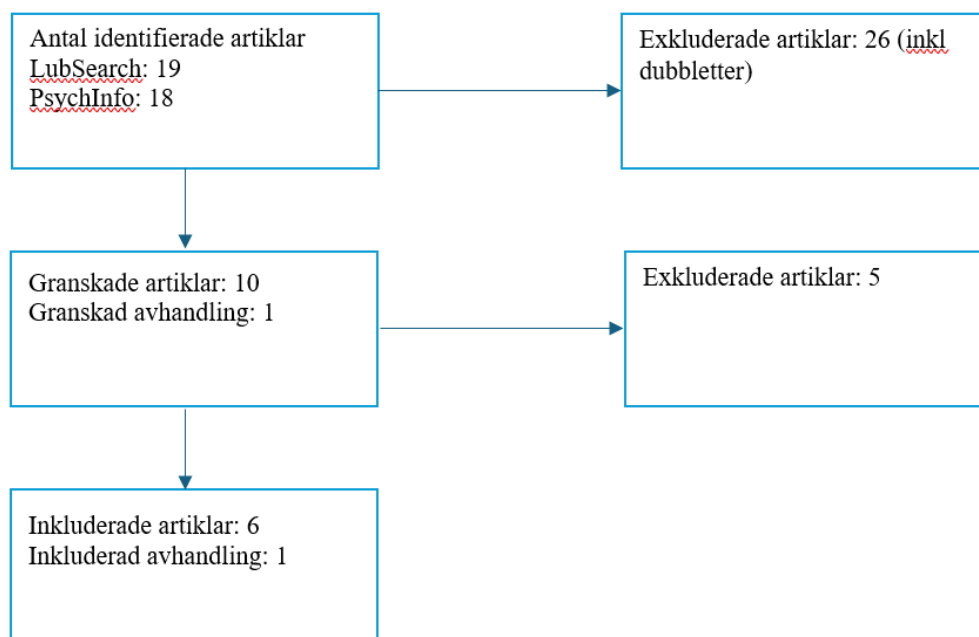
Till en början genomfördes en grundläggande översikt av området då WET är en ny metod och viss osäkerhet fanns kring om en litteraturstudie av RCT:er inom området överhuvudtaget var möjlig vid denna tidpunkt. Denna genomfördes i oktober 2023. Efter den översiktliga sökningen gjordes bedömningen att det var möjligt att gå vidare med en litteraturstudie av RCT:er vid behandling med WET vid PTSD. De huvudsakliga informationssökningarna skedde i januari 2024 i LUBsearch. Vid de mer riktade sökningar avgränsades sökningen till materialtypen akademiska tidskrifter. De sökord som användes var

written exposure therapy + ptsd + rct (11 artiklar) samt written exposure therapy + randomized control trials (8) Därefter gjordes sökningar i PsychInfo med samma sökord med resultatet written exposure therapy + ptsd + randomized control trials (14) samt written exposure therapy + ptsd + rct (4).

## Relevansbedömningar

Därefter sorterades identifierade artiklar genom att läsa titel och abstrakt, och ibland även överskådligt innehåll i artikeln enligt PICO-formatet. Samtliga artiklar utom 11 sorterades bort. Exklusionskriterier innefattade att artiklarna var dubletter, inte var randomiserat kontrollerade, var meta-analyser eller var en projektplan för en påbörjad studie inom området. Detta resulterade i sex artiklar och en avhandling som beskrev randomiserade kontrollerade studier av Written exposure therapy vid PTSD. Efter ytterligare arbete med artiklarna sorterades även ytterligare en artikel bort, då den visade sig vara en projektplan som resulterat i en av de andra artiklarna. Då mängden forskning inom området fortfarande är förhållandevis liten togs beslutet att inkludera alla åldrar och olika anledningar till utvecklande av PTSD. Detta innefattade bl a krigstrauman, sjukdom, trafikolyckor och terrorattacker. Både ungdomar och vuxna inkluderades i urvalet.

Figur 1. Flödesschema över antal inkluderade och exkluderade artiklar.



De artiklar som inkluderades i översikten skattades därefter individuellt av författarna med hjälp av nedan beskrivna skattningsinstrument. Sedan jämfördes skattningarna och författarna diskuterade sina bedömningar och enades om slutgiltiga skattningsresultat.

### **Skattningsinstrument**

I syfte att bedöma kvaliteten på studierna använde vi Cochrane Risk of Bias Tool 2 (Sterne et al., 2019) samt RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale (Kocsis et al., 2010). Cochrane Risk of Bias Tool 2 är ett välanvänt instrument för att granska randomiserade kontrollerade studier. Sammantaget undersöker metoden effekten av att tilldelas en intervention (intention to treat). Genom indelning i fem domäner granskas risken för systematiska fel i designen och utförandet av studien. Dessa domäner är randomiseringsprocessen, avvikelser från planerade interventioner, bortfall, mätning av utfall och rapportering av resultat. För varje domän görs en bedömning av risken för bias som låg, måttlig eller hög baserat på svaren på frågorna under varje domän. Därefter görs en sammantagen bedömning av samtliga domän som beskriver den övergripande risken av bias hos studien. 2020 genomförde Minozzi et al. en utvärdering av instrumentet där det beskrevs krävande och svåränvänt, med måttlig interbedömarreliabilitet. Trots detta förefaller det fortsatt vara det mest använda instrumentet för att undersöka kvalitet på studier.

RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS) skapades av Kocsis et al. (2010) med främsta syftet att undersöka psykodynamisk psykoterapiforskning, samt för att utvärdera empiriska psykoterapistudier i allmänhet. Skalan omfattar 25 items indelade i 6 domäner; beskrivning av subjekten, definiering av och leverans av behandling, utfallsmått, datanalis, behandlingsuppdrag samt övergripande kvalitet hos studien.

Interbedömarreliabiliteten för denna skala beskrivs som god (Kocsis et al., 2010) Skalan valdes för aktuell översikt då den bedömdes användbar för att undersöka de aktuella förutsättningarna för den terapi som här granskas, dvs en relativ korttidsterapi. Andra skattningar bedömdes ej lika lämpade för detta. Detta även mot bakgrund av att skalan främst är utvecklad för att undersöka psykodynamisk terapi, och studier beskrivna i aktuell översikt är uteslutande kognitiv beteendeterapi.

## **Etiska ställningstaganden**

Då studien är designad som en litteraturoversikt ingår inte några nya deltagare eller hantering av känsliga personuppgifter. Detta medför att arbetet inte omfattas av etikprövningslagen, och att de etiska aspekter som bör beaktas vid andra typer av studier inte är tillämpliga i samma utsträckning.

## **Resultat**

Våra sökningar resulterade i sex artiklar och en avhandling vilka här sammanfattas kortfattat, samt redovisas i Tabell 1. Tabellen visar i sammanfattande form författare till artiklar och avhandling, vilket urval som ingår i studien, hur jämförelsegruppen såg ut, behandlarna som utfört behandling, utfallsmåttet, resultatet av studien samt när uppföljningen skedde. Resultatet för varje studie redovisas kortfattat nedan.

### **Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors**

2012 genomförde Sloan och hennes medarbetare en studie där WET-behandling jämfördes med en väntelista (Sloan et al., 2012) Deltagarna var 46 vuxna som diagnostiserats med PTSD till följd av en motorfordonsolycka samt hade en stabil medicinering sedan tre månader. Deltagarna randomiserades till antingen WET eller väntelista. Tre kliniker på motsvarande master- eller doktorsexamensnivå med tidigare erfarenhet av exponeringsbehandling för posttraumatisk stress genomförde WET-behandlingarna. CAPS-5 användes för att mäta utfallet. Resultatet visade att deltagarna som hade genomgått WET-behandling uppvisade en minskning av PTSD-symtom. Efter avslutad behandling och vid uppföljningstillfällena uppfyllde färre deltagare i WET-gruppen diagnoskriterier för PTSD jämfört med de som deltog i vänteliste-gruppen. Författarna drar slutsatsen att WET förefaller vara en verksamt behandling mot PTSD.

### **A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial**

Denna studie syftade till att jämföra WET med CPT för PTSD (Sloan et al., 2018). Populationen omfattade både krigsveteraner och icke-krigsveteraner med diagnostiserad PTSD. Inklusionskriterier var en primär PTSD-diagnos och stabil medicinering. 126 deltagare med medelåldern 43,9 år randomiserades till antingen WET eller CPT. De 63 deltagare som behandlades med CPT genomgick 12 behandlingssessioner där de fick identifiera och utmana



dysfunktionella kognitioner om den traumatiska händelsen samt hemuppgifter mellan sessionerna. De 63 deltagare som behandlades med WET genomgick 5 sessioner skriftlig exponering för den traumatiska händelsen. 10 terapeuter på doktorsnivå fick utbildning i både CPT och WET och användes för att behandla med båda metoderna under tiden som studien pågick. Utfallsmåttet var CAPS-5. Resultatet visade att WET inte gav sämre behandlingsresultat än CPT. Det var signifikant färre avhopp i WET-gruppen jämfört med CPT-gruppen. Författarna drar slutsatsen att mängden terapi inte förefaller vara avgörande för behandlingsresultat vid PTSD vilket gör behandling mer tillgänglig för en större grupp patienter.

### **Investigating the feasibility, acceptability and efficacy of using Modified-Written Exposure Therapy in the aftermath of a terrorist attack on symptoms of posttraumatic stress disorder among Afghan adolescent girls**

Denna studie syftade till att undersöka om WET kan fungera i en utsatt kontext med små resurser, där det är ont om utbildad personal och där man vill prioritera unga människor för behandling (Ahmadi et al., 2022). WET-manualen anpassades till tonårsflickor i en afghansk kontext (och kallas därmed M-WET dvs. modifierad WET) genom att de fem sessionerna förlades till samma vecka, instruktionerna och psykoedukationen anpassades något samt att behandlingen gavs i grupp. Författarna valde att jämföra med TF-KBT som är en välstuderad och effektiv behandlingsmetod, samt med väntelista. Även TF-KBT gavs som en gruppbehandling på fem tillfällen. Inklusionskriterierna var att ha gått på den skola för flickor i åldern 12-18 år som utsatts för en viss terrorattack, att ha varit exponerad för attacken, uppleva förhöjda PTSD-symtom enligt CRIES (Child revised impact of event scale) samt slutligen att kunna genomföra behandlingen på ett av två möjliga språk. 120 flickor totalt deltog i studien, och de fördelades slumpmässigt till någon av de tre betingelserna. WET-interventionen genomfördes av gruppleddare med mycket begränsad utbildning, medan TF-KBT-insatsen gavs av en välutbildad klinisk psykolog. Efter avslutad insats visade det sig att M-WET-gruppen och TF-KBT-gruppen hade signifikant lägre skattningar på PTSD-symtom jämfört med kontrollgruppen.

### **Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy of increasing treatment efficacy among military service members with posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority trial**

I studien jämförde Sloan och hennes medarbetare WET med CPT för målgruppen militär personal i tjänst (Sloan et al., 2022). Valet att skilja ut målgruppen militärer i aktiv tjänst från en allmän population med PTSD gjordes för att det finns högre prevalens för PTSD hos militärer än civila i en amerikansk kontext. Att jämföra WET med CPT gjordes av anledningen att Patricia Resick som är en av upphovspersonerna till CPT (Resick, Monsoon & Chard, 2017) deltog i studien som utbildare och handledare till terapeuterna. Inklusionskriterier för studien var ålder över 18 år, att planera att stanna på platsen i minst tre månader samt att uppfylla de diagnostiska kriterierna för PTSD. Totalt 169 personer ingick i studien, och sammanlagt 231 personer bedömdes och samtyckte till insatsen. Behandlarna var välutbildade kliniker som fick utbildning både i WET och CPT, och sedan utförde båda behandlingarna. Utfallsmåttet var CAPS-5 och där kunde ses att WET inte gav sämre resultat än CPT. Därmed är det en klinisk fördel att ha tillgång till en metod som är kortare och enklare att utföra men med samma resultat som existerande metoder. Slutsatser som dras är också att det var en stor varians i utfallet i båda betingelserna, och att kommande forskning med fördel skulle kunna inrikta sig på att studera vem som har nytta av PTSD-behandling och inte.

### **Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in iranian patients with breast cancer**

Zolfa et al. (2023) genomförde en studie med det primära fokuset att undersöka möjligheter att minska PTSD-symtom hos iranska kvinnor med bröstcancer med hjälp av WET. Sedan tidigare finns data som indikerar att omkring 10 % av kvinnor som får bröstcancer också utvecklar en cancerrelaterad PTSD. Sekundära syften med studien innefattade att undersöka WET-behandlingens betydelse för livskvalitet, övergeneral memory (OGM) och upplevd sjukdom. 46 kvinnor med diagnostiserad bröstcancer samt PTSD-symtom inom clinical range enligt PCL-5 inkluderades i studien. De randomiserades till antingen en grupp som fick WET-behandling (23 deltagare) eller en kontrollgrupp (23 deltagare) som inte hade någon ytterligare behandlingskontakt. WET-behandlingen genomfördes av kliniska psykologer som hade genomgått en översiktlig kurs i WET under fyra dagar. Manualen översattes till persiska, i övrigt gjordes inga förändringar i behandlingen. Utfallet av studien mättes främst med PCL-5 avseende PTSD-symtomen, samt med skalor avsedda att mäta utfallet för studiens sekundära syften. Dessa var Quality of life Questionnaire-Cancer30 (QLQ-C30), The Brief illness perception questionnaire (Brief IPQ)

samt Autobiographical memory test (AMT). Resultaten visade att samtliga deltagare i WET-gruppen genomförde behandlingen i sin helhet. Vid behandlingsavslut hade 95,65% av gruppen som behandlats med WET signifikant förbättrat sina PTSD-symtom, och vid uppföljningen hade WET-gruppen även förbättrad QoL, minnesspecificitet och minskad upplevd sjukdom. Inga deltagare i kontrollgruppen rapporterade samma typer av förbättringar. I och med detta finns betydligt större möjligheter för kvinnor med bröstcancer, och potentiellt även för personer med annan somatisk ohälsa kopplad till PTSD, att få behandling. WET med sin enkla utformning kan också ges med de resurser som finns tillgängliga i låg- och medelinkomstländer.

### **Efficacy and Possible Mechanisms of Change in Written Exposure Therapy in Undergraduates with PtSS: A Randomized Trial of WET Compared to Trauma-Focused Expressive Writing**

Avhandlingen, skriven av Ellis (2023) i en nordamerikansk kontext, syftade till att undersöka hur acceptabel WET som metod är jämfört med expressivt skrivande generellt, men också vilka förändringsmekanismer som antas orsaka förbättring gällande PTSD-symtom. Försökspersonerna var collegestudenter som genomförde behandlingen som en del i en kurs, och som antogs till studien om de hade förhöjda PTSD-symtom. Ett syfte var också att utöka populationen som WET använts för, då det vid avhandlingsarbetets start endast var Denise Sloans forskargrupp som hade studerat WET med olika grupper av lite äldre vuxna (jämfört med unga studenter). För denna uppsats syfte har vi valt att inte fokusera på data gällande förändringsmekanismer i WET. 33 personer deltog i studien totalt och fördelades slumpmässigt till de två betingelserna. En forskarassistent gav instruktionerna för skrivandet i båda fallen, men det framgår inte vad denna person hade för utbildning eller introduktion till WET eller expressivt skrivande. Efter avslutad intervention visade det sig att ingen skillnad kunde ses mellan de två grupperna, och att båda skattade signifikant lägre på PTSD-symtom och depressiva symtom än före interventionen. En faktor värd att notera är att studien genomfördes under pandemin och behandlingen gavs via internet. Det innebär således att onlineformatet fungerade väl för studiens population.

### **Written Exposure Therapy vs Prolonged Exposure Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: a randomized clinical trial**

Från september 2019 till april 2022 genomfördes en studie med syftet att jämföra WET med prolonged exposure (PE) för målgruppen krigsveteraner (Sloan et al., 2023). 178

krigsveteraner med diagnostiserad PTSD och stabil medicinering inkluderades i studien. Deltagare som behandlades med WET genomgick fem till sju behandlingssessioner av skrivbaserad imaginär exponering. Deltagare som behandlades med PE genomgick åtta till tretton sessioner av imaginär exponering under sessionerna och in vivo-exponeringar mellan sessionerna. Terapeuterna var utbildade behandlare med bakgrund antingen som socionomer eller psykologer, och med vana av både WET och PE. Utfallsmåttet var CAPS-5, och det rapporterade resultatet visar att WET inte gav ett sämre resultat än PE. Författarna drar slutsatsen att WET är en verksamt behandling vid PTSD som medför färre avhopp under behandlingen än vid andra längre behandlingar. Det tyder på att WET är en metod som har potential att öka tillgängligheten till PTSD-behandling. Som exempel ges primärvård och psykiatrisk slutenvård där möjligheten att ge en lång behandling oftast är obefintlig. Behandlarna behöver inte heller avsätta dubbeltimmar om 90 minuter.

## Tabell 1

*Randomiserade kontrollerade studier utifrån författare och år, urval, metod, behandlare, utfallsmått, resultat och uppföljning*

Författare, år	Urval (population, typ av trauma, N)	Jämförelse-grupp	Behandlare	Utfallsmått	Resultat	Uppföljning
Sloan et al., 2012	Personer med PTSD efter motorfordonsolycka, N=46	WET vs. väntelista	Utbildade terapeuter	CAPS	WET-gruppen förbättrades signifikant.	6, 18 och 30 veckor efter baslinjemätning
Sloan et al., 2018	Veteraner och civila, N=126	WET vs. CPT	Kliniska psykologer	CAPS-5	Ingen skillnad mellan grupperna. Båda förbättrades avseende PTSD-symtom. Dock färre avhopp från WET.	6, 12, 24 och 36 veckor efter första sessionen
Ahmadi et al., 2022	Tonårsflickor som bevittnat terroråd, N=120	WET vs. TF-KBT al. väntelista	Icke utbildad personal (WET) alt.	CRIES	Ingen skillnad mellan de aktiva grupperna.	3 månader efter avslutad inter-

			klinisk psykolog (TF-KBT).		Båda förbättrades avseende PTSD-symtom.	vention
Sloan et al., 2022	Aktiva militärer, N=169	WET vs. CPT	Kliniska psykologer	CAPS-5	Ingen skillnad mellan grupperna. Båda förbättrades avseende PTSD-symtom. Dock färre avhopp från WET.	10, 20 och 30 veckor efter första sessionen.
Zolfa et al., 2022	Kvinnor med bröstcancer, N=46	WET vs. väntelista	Klinisk psykolog	PCL-5, QLQ-C90, Brief IPQ, AMT	WET-gruppen förbättrades avseende PTSD-symtom, livskvalitet, uppfattning om sjukdomen samt minnesspecifitet.	3 månader efter avslutad intervention
Ellis 2023	Studenter, olika typer av trauman även subkliniska, N=33	WET vs. EW	Forskningsassistent, oklar utbildning	PCL-5, PHQ-9, DERS, PTCI, SAM	Ingen skillnad mellan grupperna. Båda förbättrades avseende PTSD-symtom och depression.	Direkt efter avslutad intervention
Sloan et al., 2023	Veteraner, N=178	WET vs. PE	Kliniska psykologer	CAPS-5	Ingen skillnad mellan grupperna. Båda förbättrades avseende PTSD-symtom. Dock färre avhopp från WET.	10, 20 och 30 veckor efter första sessionen

N=antal deltagare, WET=Written exposure therapy, EW=Expressive writing, PE=Prolonged exposure therapy, PCL-5=The PTSD checklist for DSM-5, PHQ-9=Patient health questionnaire-9, DERS= Difficulties in emotion regulation scale, PTCI=Posttraumatic cognitions inventory, SAM=Self-assessment manikin, CAPS-5=Clinician-administered PTSD-scale for DSM-5, CRIES=Child Revised Impact of event scale, QLQ-C90=Quality of life questionnaire-Cancer30, Brief IPQ=The Brief illness perception questionnaire, AMT=Autobiographical memory test, CPT=Cognitive processing therapy

### **Risk för systematiska fel**

I syfte att bedöma risk för systematiska fel användes Cochrane Risk of Bias Tool 2. Verktöget är skapat för att undersöka om det finns risk för systematiska fel i studien som kan ha påverkat resultatet. Detta utifrån fem områden; randomiseringsprocessen, avvikelser från planerade interventioner, bortfall, mätning av utfall och rapportering av resultat. Resultatet av genomförd bedömning presenteras i tabell 3: Randomiserade kontrollerade studier bedömda med Cochrane Risk of Bias Tool 2.

Samtliga inkluderade studier granskades med hjälp av verktöget. Till största del bedömdes studierna uppvisa låg risk för systematiska fel. För tre av studierna bedömdes måttlig risk för systematiska fel på domänen Mätning av utfall. Detta fick till följd att även övergripande risken för fel bedömdes som Måttlig. Dessa studier var Ahmadi et al. (2022), Ellis (2023) och Zolfa et al. (2022). Vid dessa studier användes självskattningar som utfallsmått, något som bedöms riskerar att medföra betydelse för resultatet. Deltagarna i de båda randomiserade studierna var medvetna om vilken intervention (behandling) de fick och skattade själva det upplevda utfallet. Dock bedömdes inte deras kunskap om interventionen ha påverkat deras skattningsresultat, varvid den sammantagna bedömningen medförde att risken för fel bedömdes som Måttlig och inte Hög, i enlighet med riktlinjer för bedömning i Cochrane Risk of Bias Tool 2.

## Tabell 2

### *Randomiserade kontrollerade studier bedömda med Cochrane Risk of Bias Tool 2*

Artikel, år	Randomisering	Avvikelser från planerade interventioner	Bortfall	Mätning av utfall	Rapportering	Övergripande risk
Sloan m.fl. 2012	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg
Sloan m.fl. 2018	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg
Ahmadi m.fl. 2022	Låg	Låg	Låg	Måttlig	Låg	Måttlig
Sloan m.fl. 2022	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg
Zolfa m.fl. 2022	Låg	Låg	Låg	Måttlig	Låg	Måttlig
Ellis 2023	Låg	Låg	Låg	Måttlig	Låg	Måttlig
Sloan m.fl. 2023	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg	Låg

### **Kvalitet på randomiserade kontrollerade studier**

De sju studierna bedömdes även med RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale (Kocsis et al., 2010), i syfte att undersöka studiernas sammantagna kvalitet. Resultatet presenteras i tabell 4: Randomiserade kontrollerade studier bedömda med RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale, i form av den sammanräknade summa av poäng samt den övergripande bedömningen. Det finns 24 frågor som skattas med poängen 0, 1 eller 2. Vad gäller den övergripande bedömningen, fråga 25, är skalan 7-gradig. Maxpoäng för hela skalan blir således 55 poäng. Resultatet av granskningen varierade. Fyra av artiklarna fick 6 poäng (av 7) och klassades därmed som mycket bra (very good). Två av artiklarna fick 5 poäng och bedömdes därmed som någorlunda bra (moderately good) Den granskade avhandlingen fick 4 poäng i den övergripande bedömningen, vilket motsvarar genomsnittlig (average).

### **Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors** (Sloan et al., 2012).

I artikeln framkommer även här att deltagarna i studien har tillåtits fortsätta ta sin pågående psykiatriska medicinering förutsatt att de var på en stabil dos sedan minst tre

månader innan studiens början, men information om vilka läkemedel som deltagarna har tagit saknas. Antalet deltagare var dock endast 46, och den långsiktiga uppföljningen av behandlingen skedde efter bara 6 månader. Det finns en översiktlig beskrivning av terapeuterna som deltog som behandlare i studien men saknas information om var och hur behandlingarna utfördes. Genomgående bedöms studien ha god kvalitet, då anmärkningarna utifrån Kocsis et al. (2010) var få. Artikeln som helhet får således 6 poäng av 7 möjliga (mycket bra)

**A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial** (Sloan et al. 2018).

I artikeln beskrivs inklusionskriterierna som breda. De bedöms vara något för kortfattat beskrivna. Dessa innefattar endast att deltagarna ska vara 18 år eller äldre, motsvara DSM-5-kriterierna för PTSD samt om de tar psykotropa läkemedel så ska dosen vara stabil sedan minst fyra veckor. Dock beskrivs inte vilken typ av läkemedel som deltagarna har tagit. Vidare saknas tillräcklig beskrivning av relevanta komorbiditeter. Uppföljningen skedde efter 36 veckor. Terapeuteffekter diskuteras övergripande. Jämförelsegrupperna i studien hade något skiftande behandlingslängd (med anledning av de olika metoderna). Något som medförde lägre sammantagen poäng. Totalt bedöms studien hålla god kvalitet och får 6 poäng av 7 (mycket bra)

**Investigating the feasibility, acceptability and efficacy of using Modified-Written Exposure Therapy in the aftermath of a terrorist attack on symptoms of posttraumatic stress disorder among Afghan adolescent girls** (Ahmadi et al., 2022).

De områden som får lägre skattningar är att relevanta komorbiditeter inte beskrivs, beskrivning av eventuell medicinering saknas, att det inte verkar ha funnits något tillvägagångssätt för att säkerställa metodtrohet, ingen information om handledning av terapeuter ges. Vidare saknas beskrivning av eventuella negativa händelser under behandlingens gång, samt möjliga terapeuteffekter. Uppföljningen efter behandlingens slut ägde rum efter tre månader, och en del av flickorna som ingått i studien gick vid den tidpunkten inte att få tag på då de flytt landet. Studien får den sammanfattande bedömningen 5 av 7 möjliga poäng (moderately good).



**Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy of increasing treatment efficacy among military service members with posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority trial** (Sloan et al., 2022).

De synpunkter som finns på denna artikels upplägg och genomförande är få. Relevant komorbiditet hos deltagarna redovisas inte. De som har medicinerat med psykofarmaka har fått lov att fortsätta så länge dosen har varit stabil i minst tre veckor, men det nämns inte vilka mediciner det rör sig om. Som med de flesta andra studier i denna uppsats räknas uppföljningen efter 30 veckor som medellång. Eventuella terapeuteffekter har redogjorts för och förekommer sannolikt inte, men för full poäng hade även en statistisk beräkning behövts. Artikeln som helhet får 6 poäng av 7 möjliga, således mycket god kvalitet.

**Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in iranian patients with breast cancer** (Zolfa et al., 2023).

Följande faktorer hos studien gör att skattningarna blir lägre än 2 som är högsta möjliga: Antalet deltagare, eventuell psykiatrisk komorbiditet hos de patienter som inkluderas i studien redovisas inte, ej heller om patienterna fick någon annan behandling parallellt.Handledning gavs till terapeuten, och även skattning avseende metodtrohet genomfördes, men den senare får inte full poäng eftersom bedömare var en av artikelförfattarna och således inte oberoende. Uppföljningstiden klassas som medellång. Inga eventuella terapeuteffekter diskuteras. Denna studie klassas i sin helhet som 5 av 7 möjliga (moderately good).

**Efficacy and Possible Mechanisms of Change in Written Exposure Therapy in Undergraduates with PtSS: A Randomized Trial of WET Compared to Trauma-Focused Expressive Writing** (Ellis 2023).

I denna studie är urvals- och bedömningsprocessen noga beskriven, liksom randomiseringen av deltagare. Dock är antalet deltagare lågt, relevanta komorbiditeter är inte fullt ut beskrivna, ej heller om de står på någon medicinering som kan antas påverka den psykiska hälsan. Det finns ingen information om utbildningen hos den person, en forskningsassistent, som gav behandlingarna, ej heller om eventuell handledning och säkerställande av metodtrohet. Författarens starka sida är behandlingen av statistik som skattats högt. Skattningen av kvaliteten på utfallsmått blir dock låg eftersom det är deltagarnas självskattning som utgör resultaten. Det saknas beskrivningar av eventuella negativa händelser under studiens gång. Långtidsuppföljning saknas helt. Den sammanlagda

kvaliteten på studien bedöms som medelmåttig (4 av 7) och får således lägst poäng av de studier som ingår i denna uppsats.

### **Written Exposure Therapy vs Prolonged Exposure Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: a randomized clinical trial** (Sloan et al., 2023).

Artikeln beskriver att deltagarna ska fortsätta ta sin psykotropa medicinering, om den är stabil sedan mer än fyra veckor innan studien inleddes. Dock saknas beskrivning av vilka läkemedel som deltagarna har tagit under studiens gång. Uppföljningen efter avslutad studie skedde 30 veckor efter avslutet, istället för efter en längre tidsperiod (12 månader eller mer), vilket medför att det är svårt att säga något om interventionens långvariga effekter. Artikeln innefattar översiktliga beskrivningar av behandlarna som utförde interventionerna, dock saknas information om i vilken miljö behandlingarna utfördes. I artikeln framkommer också att samma terapeuter användes för att utföra båda behandlingsformerna (WET och PE). Ingen information ges om behandlarnas eventuella lojalitet till någon av behandlingsformerna (tidigare erfarenhet av arbete med dessa, särskild utbildning). Överlag bedöms kvaliteten på studien som mycket god, 6 av 7 poäng (mycket bra).

### **Tabell 3**

*Randomiserade kontrollerade studier bedömda med RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale*

Artikel, år	Totalsumma	Övergripande bedömning 1-7
Sloan m.fl. 2012	50	6 (very good)
Sloan m.fl. 2018	47	6 (very good)
Ahmadi m.fl. 2022	33	5 (moderately good)
Sloan m.fl. 2022	49	6 (very good)
Zolfa m.fl. 2022	43	5 (moderately good)
Ellis 2023	31	4 (average)
Sloan m.fl. 2023	48	6 (very good)

## Diskussion

Denna litteraturöversikt har avsett granska kvaliteten på evidensen för WET baserat på informationen i de granskade RCT-studierna, samt de kliniska implikationerna av resultaten i dessa studier.

### Huvudsakliga resultat

Gällande kvalitet på evidensen visar resultaten av genomförd granskning att risken för systematiska fel varierade. Fyra av studierna fick motsvarande låg risk, tre av de granskade studierna fick måttlig risk för systematiska fel. Även kvaliteten på genomförda studier bedömdes variera. Fyra av studierna bedömdes hålla mycket bra kvalitet, två av studierna höll någorlunda kvalitet och en av studierna höll medelmåttig kvalitet. Fyra artiklar av de totalt sju granskade publikationerna är skrivna med samma huvudförfattare, Denise M Sloan, som också är författare till den huvudsakliga manualen för behandling med WET (tillsammans med Brian P Marx). Samtliga av dessa artiklar/studier har fått högt resultat i denna granskning, 6 av 7 totalpoäng. Dock skiljer sig dessa artiklar åt. Tre av artiklarna har höga N-tal, och jämför WET med aktiva kontrollgrupper. Artikeln som publicerades 2012 har dock färre deltagare, och väntelista som kontrollbetingelse. Med anledning av detta minskar möjligheterna att dra slutsatser om metoden i just denna studie. Den sammantagna bedömningen blir densamma som för de övriga artiklarna vid korrekt användning av skattningsinstrumentet men vid en närmare granskning bedöms artikeln inte motsvara samma kvalitet som de andra artiklarna.

För kliniska implikationer framkom att samtliga studier som har granskats i litteraturöversikten visar att WET har bättre resultat än kontrollgruppen alternativt inte sämre resultat än kontrollgruppen (non-inferior) Även om studierna har viss varierande kvalitet, tyder den övervägande delen av studierna på att WET är en verksam behandling vid PTSD. WET har fått bättre resultat än väntelista, och samma resultat som andra aktiva behandlingar inklusive Expressive writing. Den skillnad som har kunnat ses i Sloans et al. studier där WET jämförts med PE eller CPT, är att WET-gruppen hade färre avhopp. Detta gällde både veteraner, aktiva militärer och civila. Artikelförfattarna drar slutsatsen att WET som metod kan vara mer skonsam och genomförbar för patienter, vilket gör att fler PTSD-patienter kan genomgå en hel behandling. Fördelen med en tidsmässigt kortare behandling är att den fungerar även i rörligare sammanhang såsom en militärbas eller en politiskt instabil region,

men också på psykiatriska avdelningar eller i primärvårdssammanhang där möjligheterna att erbjuda en lång behandling av olika skäl inte är lika stora.

Globalt är det också av värde att kunna erbjuda behandlingar som kräver minimalt med utbildning hos terapeuterna, och WET har fördelen att det är enkelt att läsa upp färdiga instruktioner. Trots fördelarna med WET är det åtskilliga patienter, i en av våra analyserade studier så många som ungefär hälften (Sloan et al., 2018), som efter avslutad behandling visserligen förbättrats men som fortfarande uppfyllde kriterierna för en PTSD-diagnos. En klinisk slutsats blir således att vara beredd att erbjuda interventioner för de patienter som inte får tillräcklig hjälp av WET, eller för den delen PE eller CPT, men det är ännu inte särskilt tydligt vilka patienter det är och vad de bör erbjudas. Några ledtrådar är dock att det förefaller som att PTSD-patienter med mycket dissociativa besvär är hjälpta av en stabiliseringsfas innan de kan arbeta med en traumabehandling (Cloitre et al., 2012). En alldeles ny studie drar slutsatsen att det är den sammanlagda svårighetsgraden i patientens PTSD som predicerar ett sämre behandlingsutfall, och att dissociation möjligen också spelar in (van Vliet et al., 2024). Författarna rekommenderar att patienter med svårare problematik får ta del av fler sessioner än andra, eller tillägg av fler evidensbaserade metoder. Ett exempel på en annan evidensbaserad metod att testa för fler patientgrupper skulle kunna vara Imagery rescripting som har kunnat hjälpa patienter där PE inte nådde hela vägen (Grunert et al., 2007), eller Compassionfokuserad terapi som också har visat på goda resultat för personer med komplex traumatisering (Willis et al., 2023). Sammanfattningsvis finns det inga belägg i existerande studier för att hävda att WET kan hjälpa andra subgrupper av patienter med PTSD än de som redan blir hjälpta av etablerade metoder, däremot är den stora vinsten att fler kan få en bra behandling med små medel. Det gäller både tidsmässigt i själva behandlingen som är kortare, och genom kortare utbildning för terapeuten. Den korta tidsramen i WET skulle dock i vissa fall kunna uppfattas negativt för en del patienter. I en ny systematisk genomgång av kvalitativa studier om PTSD-behandling framkommer att det funnits patienter som övervägt att hoppa av sin behandling för att de ifrågasatte om antalet sessioner skulle räcka (Gjerstad m.fl., 2024). En annan kort behandling som minimerar den tid en terapeut lägger på patienten är det svenska projektet HOPE (Huddinge online prolonged exposure) som har presenterat data nyligen (Bragesjö et al., 2024). Det är en internetbaserad behandling som nu har testats för personer med svår och komplex PTSD. Forskargruppen kunde se att många fullföljde behandlingen och förbättrades i sin PTSD, även om också de lyfter fram att patienter med

svåra symtom troligen behöver en längre behandling. Patienterna har inte fått frågor om hur nöjda de var med behandlingen, men en möjlig slutsats är att det är fördelaktigt att som patient kunna välja typ av behandling även då det är ont om behandlarresurser.

### **Begränsningar med studien**

Denna litteraturöversikt innehåller en rad begränsningar. Den mest övergripande kan vara att WET är en relativt ny behandlingsmetod och att det finns förhållandevis lite forskning på området. Vid den första litteratursökningen övervägde författarna om det var möjligt att genomföra en litteraturöversikt av detta slag på det underlag som var tillgängligt. Dock bedömdes behovet av en sådan här undersökning stort, då WET blivit en allt mer populär behandlingsform för PTSD i många olika kontexter men framför allt på primärvårdsnivå (se t.ex. en översiktsartikel om PTSD publicerad i Läkartidningen där WET nämns i detta sammanhang, Mijaljica et al., 2024). Detta möjligen med anledning av de ekonomiska och praktiska fördelar som kortare och mer lättadministrerad behandling medför, i jämförelse med mer traditionella och omfattande alternativ. På grund av detta blir det viktigt att ta reda på om WET verkligen är ett bra alternativ för behandling, även om underlaget för att göra detta i dagsläget är något tunt. En annan begränsning av samma anledning är att fyra av sju granskade studier är författade av samma forskargrupp, Denise Sloan med kollegor. Det är rimligt att anta att en större variation av författare/forskare hade medfört en större variation i underlaget som beskrivs i studierna. Flera av studierna är genomförda i USA och flera av dem omfattar PTSD hos krigsveteraner. Ytterligare en begränsning är att ingen av studierna har mer än 30 veckors uppföljning. Det blir således svårt att säga något om de långsiktiga effekterna av behandlingen. Om forskningsunderlaget hade varit större hade vi kanske i urvalsprocessen kunnat inkludera fler studier med längre uppföljningsperiod.

### **Etikdiskussion**

Vi upplever en begränsad etikdiskussion i artiklarna som har granskats. Några av artiklarna lyfter så kallade adverse events, dvs. negativa händelser, till följd av genomförd behandling. Dock skulle detta område kunna adresseras ytterligare. Det är också känt att psykoterapi ibland kan medföra negativa/skadliga konsekvenser för patienter, i det här fallet deltagare i psykoterapistudier, även då behandlingen ges på ett korrekt sätt (Schermuly-Haupt et al., 2018). Således behövs diskussion även om detta område. Vi är själva bekanta med att

behandla med WET och har kommit i kontakt med frågeställningen om vad som händer om behandlingsbehov kvarstår efter de fem genomförda samtalen som WET innefattar. Manualen kommenterar inte detta i någon större utsträckning. Vad händer om patienten har öppnat upp om och kommit i kontakt med sitt trauma men inte fått några behandlingseffekter? Hur ser verksamhetens resurser och rutiner då ut för att erbjuda mer eller annan behandling? Ytterligare diskussion krävs kring detta svåra område.

### **Diskussion om skattningsinstrumenten**

Metoderna vi använt för att granska artiklarna, Cochrane risk of bias tool 2 (2019), och RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS) av Kocsis et al. (2010), kräver eventuellt en högre grad av kunskap om statistik än vi har. Kocsis et al. har uttryckligen valt att inte göra sitt skattningsförfarande ännu mer komplext för att användandet då förväntas bli lägre, så det är en balansgång i instrumentet att vara tillgängligt för uppsatsskrivande på denna nivå samtidigt som det skall ge ett riktigt bidrag till forskningen.

RCT of Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS) av Kocsis et al. (2010), har väckt några frågor hos oss under arbetets gång. Det gäller hur relevanta vissa av instrumentets 25 frågor har varit både för att utvärdera studierna på just WET, och i allmänhet gällande randomiserade kontrollerade studier. Artikeln av Sloan et al. från 2012 får höga poäng trots att n-talet är lågt. Detta kan ses som en svaghet i metoden, Kocsis, att det inte finns instruktioner om den övergripande skattningen. Alla frågor bedöms lika mycket värda till den övergripande poängberäkningen, exempelvis just frågan om n-tal ger lika många poäng som frågor om vilken handledning studiens terapeuter har haft.

I några av studierna förefaller det irrelevant att redovisa i detalj huruvida patienterna får någon annan behandling eller ej, i de fall då behandlingen ges i en kontext där tillgången till behandling är låg och detta är ett av skälen till varför WET prövas. Även detta ger sämre poäng i skattningen.

Att diskutera hur det säkerställs att det verkligen är WET som ges är inte heller något som görs i alla studier då WET har tydliga skriftliga instruktioner till patienten. Samtidigt är det en av flera fördelar med WET, att det inte finns lika stora risker för avvikelser från manualen då det centrala i terapeutens uppgift är att läsa upp några korta instruktioner före och efter patientens skrivpass. Således blir inte heller terapeuteffekter särskilt viktiga i jämförelse med andra terapier. I RCT-PQRS ges högst poäng om terapeuten är välutbildad

vilket vad gäller WET inte sammanfaller med kvalitet på behandlingen. Här blir det tydligt att frågorna är utvecklade för att analysera RCT:s på psykodynamiska psykoterapier.

### **Jämförelse med meta-analyser och reviews om PTSD-behandling**

I en ny metaanalys av randomiserade kontrollerade studier av PTSD-behandling för vuxna har Hoppen et. al. (2024) kommit fram till att det inte kan ses någon skillnad i behandlingsresultat för personer med ett trauma jämfört med personer som har varit med om fler trauman. Här ingår studien av Sloan et al. från 2012. Således är även WET representerat, och analyserades i en större grupp av studier på traumafokuserade KBT-metoder.

Rutt et al. (2018) jämför PE med CPT för populationen veteraner med PTSD, och drar en tydlig slutsats att det inte spelar roll vilken av metoderna en patient genomgår, så länge behandlingen fullföljs. De negativa effekterna av en avbruten behandling är många, men det är också vinsterna av en genomgången behandling. Om WET kan ge lika bra resultat som PE och CPT, vilket studierna i denna uppsats tyder på, är detta ytterligare ett belegg för metodens fördelar.

Enligt Lee et al. (2022) som har gjort en genomgång av en mängd olika metoder för behandling av PTSD, både traumaspecifika och icke-traumaspecifika, är det av värde att bedöma vilken metod som hade gagnat den specifika patienten och låta hen själv göra ett informerat val. Utifrån detta har WET en plats i utbudet av PTSD-behandlingar då metoden kan ge samma framgång som PE och CPT, har praktiska fördelar som redan nämnts, men också potentiellt sett kan tilltala patienter som inte är lika lockade av andra metoder och därmed kan vara mer benägna att fullfölja en WET-behandling. Ett exempel kan vara patienter som vill gå igenom en traumaberättelse men hellre skriver än pratar. En orsak till detta kan vara omfattande skam kring traumat.

### **Jämförelse med kliniska riktlinjer**

I en översikt om PTSD-behandling av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019) nämns inte WET utan endast PE, CPT, NET och kognitiv terapi för PTSD i första hand, samt EMDR i andra hand. Underlaget för detta kommer från brittiska motsvarigheten NICE (National institute for health and care excellence). SBU:s upplysningstjänst har dock alldeles nyligen (i februari 2024) besvarat en inskickad fråga om WET: "Vilken sammanställd forskning och vetenskapliga studier finns om written exposure

therapy (WET) för behandling av personer med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)?” (SBU, 2024). Svar ges genom att meddela att en översiktsartikel (Thompson-Hollands, Marx & Sloan, 2019) har en alltför stor risk för biases för att SBU skall vilja redovisa resultaten. En sökning efter artiklar har gjorts och redovisas, men dessa artiklar har inte gått igenom och analyserats för eventuella biases. Listan på artiklar som presenterar primärstudier på WET liknar till stor del vår egen, med något enstaka undantag. Slutsatsen som dras är att mer forskning behövs för att förbättra kunskapsbasen.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2021) jämförs alla former av traumafokuserad KBT tillsammans. WET nämns inte uttryckligen men skulle kunna inkluderas i den gruppen av metoder i framtiden under förutsättning att forskningsläget stärks.

### **Slutsats**

Det har således visat sig att kvaliteten på granskade studier varierar. Mer forskning krävs för att få mer entydiga resultat gällande evidens och kvalitet. Dock tyder de kliniska implikationerna på att WET är en verksam och tillgänglig behandlingsform för PTSD.



## Referenser

- \* Ahmadi, S. J., Musavi, Z., Samim, N., Sadeqi, M., & Jobson, L. (2022). Investigating the Feasibility, Acceptability and Efficacy of Using Modified-Written Exposure Therapy in the Aftermath of a Terrorist Attack on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Afghan Adolescent Girls. *Frontiers in Psychiatry, 13*.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3389/fpsy.2022.826633>
- American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Bragesjö, M., Ivanov, V. Z., Andersson, E., & Rück, C. (2024). Exploring the feasibility and acceptance of huddinge online prolonged exposure therapy (HOPE) for severe and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 15*(1).  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/20008066.2024.2320607>
- Chard, K. M., & Healy, E. T. (2020). Cognitive processing therapy for PTSD. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD*. (pp. 69–90). American Psychological Association. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0000196-004>
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depress Anxiety, 29*: 709-717.  
<https://doi.org/10.1002/da.21920>
- Cohen, J. A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents (2nd Ed.)*. The Guilford Press.
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S., & Goodwin,

- L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(9), 1401–1425.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7>
- Diamond, P. R., Airdrie, J. N., Hiller, R., Fraser, A., Hiscox, L. V., Hamilton-Giachritsis, C., & Halligan, S. L. Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: a meta-analytic study. (2022). *Eur J Psychotraumatol*. 2022 May 23;13(1):2066456. <https://doi:10.1080/20008198.2022.2066456>
- \* Ellis, R. A., (2022). Efficacy and Possible Mechanisms of Change in Written Exposure Therapy in Undergraduates with PtSS: A Randomized Trial of Wet Compared to Trauma-Focused Expressive Writing. Graduate Research Theses & Dissertations. 7001. <https://huskiecommons.lib.niu.edu/allgraduate-thesesdissertations/7001>
- 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. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2021). *Prolonged exposure terapeutmanual: emotionell bearbetning vid ptsd (Andra utgåvan)*. Natur & Kultur.
- Frans, Ö., Rimmo, P., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–299.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>
- Gjerstad, S. F. Poulsen, S., Spadaro, E. F. A., Nordin, L., & Palic, S. (2024). How is trauma-focused therapy experienced by adults with PTSD? A systematic review of qualitative studies. *BMC Psychol* 12, 135 (2024).

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s40359-024-01588-x>

Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P.,

Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *51*(8), 1137–1148.

<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>

Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*(4), 317–328.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jbtep.2007.10.005>

Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, *25*(1), 86–99.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3109/09540261.2012.736367>

Halling, I. (2020). Hinder för emotionell bearbetning vid PTSD - terapeuters erfarenheter av utmaningar i arbetet med Prolonged exposure. [Psykologexamensarbete, Institutionen för psykologi, Lunds universitet]. LUP Student Papers.

<http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/9001376>

Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Kip, A., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2024). The efficacy of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder following exposure to single versus multiple traumatic events: A meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, *11*(2), 112–122.

[https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S2215-0366\(23\)00373-5](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S2215-0366(23)00373-5)

Hundt, N. E., Ecker, A. H., Thompson, K., Helm, A., Smith, T. L., Stanley, M. A., & Cully, J. A. (2020). "It didn't fit for me:" A qualitative examination of dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in veterans. *Psychological Services, 17*(4), 414-421-421. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/ser0000316>

ICD-10-SE. (2011). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning, svensk version. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/> (Hämtad 2024-02-19).

Lee, E., Faber, J., & Bowles, K. (2022). A review of trauma specific treatments (TSTs) for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Social Work Journal, 50*(2), 147–159. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s10615-021-00816-w>

Mijaljica, G., Bäärnhielm, S., Theunis, E., Dyster-Aas, J., Arnberg, F. K., & Ramel, B. *Utredning, handläggning och behandling av PTSD och CPTSD. Traumafokuserad psykoterapi – förstahandsval vid behandling. Läkartidningen. 2024;121:23091.* <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2024/01/utredning-handlaggning-och-behandling-av-ptsd-och-cptsd/#comments>

Miller, B. C. (2021). *Reducing secondary traumatic stress. Skills for sustaining a career in the helping professions.* Routledge Taylor & Francis Group.

Minozzi, S., Cinquini, M., Gianola, S., Gonzalez-Lorenzo, M., & Banzi, R. (2020). The revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2) showed low interrater reliability and challenges in its application. *Journal of Clinical Epidemiology, 126*, 37–44. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jclinepi.2020.06.015>

- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, 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*(3), 249–255.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cpr.2014.03.002>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(1), 3–36.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/1942-9681.S.1.3>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(7), 915–930.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>
- Region Skåne (2024). *Psykoterapi - information för remitterter och behandlare*. Hämtad 19 februari 2024, från <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/lov/psykoterapi-information-for-remitterter-och-behandlare/>
- Resick, P. A., Monsoon, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: a comprehensive manual*. The Guilford Press.
- Rutt, B. T., Oehlert, M. E., Krieschok, T. S., & Lichtenberg, J. W. (2018). Effectiveness of Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure in the Department of Veterans Affairs. *Psychological Reports*, *121*(2), 282-302.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/0033294117727746>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence

- of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299-309–309.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1002/jts.21814>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy - a short-term treatment for traumatic stress disorders (2nd Ed.)*. Hogrefe.
- Schermuly-Haupt, M.L., Linden, M. & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cogn Ther Res* 42, 219–229.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures (3rd Ed.)* The Guilford Press.
- Sloan, D. M. (2019). *Written exposure therapy for PTSD: a brief treatment approach for mental health professionals* (B. P. Marx (Ed.)). American Psychological Association.
- \* Sloan, D. M., Marx, B. P., Acierno, R., Messina, M., & Cole, T. A. (2021). Comparing written exposure therapy to Prolonged Exposure for the treatment of PTSD in a veteran sample: A non-inferiority randomized design. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 22. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.conctc.2021.100764>
- \* Sloan, D. M., Marx, B. P., Bovin, M. J., Feinstein, B. A., & Gallagher, M. W. (2012). Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 627–635.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.brat.2012.07.001>
- \* Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., Resick, P. A. (2018). A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):233–239.

doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4249

\* Sloan, D. M., Marx, B. P., Litwack, S., Sloan, C., Acierno, R., Messina, M., Muzzy, W., & Gallagher, M. W. (2023). Written Exposure Therapy vs Prolonged Exposure Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 80(11), 1093-1100–1100.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1001/jamapsychiatry.2023.2810>

\* Sloan, D. M., Marx, B. P., Resick, P. A., Young-McCaughan, S., Dondanville, K. A., Straud,

C. L., Mintz, J., Litz, B. T., Peterson, A. L., & STRONG STAR Consortium. (2022). Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Trial. *JAMA NETWORK OPEN*, 5(1), e2140911. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1001/jamanetworkopen.2021.40911>

Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 19 februari 2024 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Internationell klassifikation av sjukdomar (ICD-11)*. Hämtad 19 februari 2024, från

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

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos vuxna*. Hämtad 14 april 2024 från [https://www.sbu.se/2019\\_12](https://www.sbu.se/2019_12)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2023). *Utvärdering av insatser i*

*hälso- och sjukvården och socialtjänsten - en metodbok*. Hämtad 23 april 2024 från

<https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?lang=sv>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2024). *Written exposure therapy (WET) vid posttraumatiskt stressyndrom*. Hämtad 22 april 2024 från

<https://www.sbu.se/ut202403>

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I. et al.

(2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*

2019; 366 :l4898 doi:10.1136/bmj.l4898

Thompson-Hollands, J., Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2019). Brief Novel Therapies for

PTSD: Written Exposure Therapy. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(2),

99–106. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s40501-019-00168-w>

van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Huisman, M., Bachrach, N., Meewisse,

M. L., van Haren, S., & de Jongh, A. (2024). Predictors and moderators of treatment

outcomes in phase-based treatment and trauma-focused treatments in patients with

childhood abuse-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of*

*Psychotraumatology*, 15(1).

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/20008066.2023.2300589>

Willis, N., Dowling, C., Deehan, T., O'Reilly, G. (2023). Exploring the Impact of

Trauma and the Role of Compassion Before and After a Phase-orientated Intervention

for Complex Trauma. *European Journal of Trauma and Dissociation*. 2023 7(1).

DOI: 10.1016/j.ejtd.2022.100308.

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and

related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>



\* Zolfa, R., A. Moradi, M. Mahdavi, H. Parhoon, K. Parhoon, and L. Jobson. (2023).

Feasibility and Acceptability of Written Exposure Therapy in Addressing

Posttraumatic Stress Disorder in Iranian Patients with Breast Cancer.

*Psycho-Oncology* 32 (1): 68-76–76. doi:10.1002/pon.6037.