

RAPPORT

2025

HURTIGOVERSIKT

Ikke-medikamentelle
behandlinger for voksne
med posttraumatisk
stresslidelse (PTSD)

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Ikke-medikamentelle behandlinger for voksne med posttraumatisk stresslidelse (PTSD): hurtigoversikt for samvalgsverktøy
English title	Non-pharmaceutical treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD): a rapid review for patient decision aid
Ansvarlig	Guri Rørtveit, direktør
Forfattere	Katrine Frønsdal, seniorforsker, Folkehelseinstituttet Tonje Lehne Refsdal, forskningsbibliotekar, Folkehelseinstituttet Tuva Øktedalen, forsker II, NKVTS Marie Klæt Gjersheim, psykologspesialist, NKVTS Hanne Kristine Haarset, psykologspesialist, NKVTS
ISBN	978-82-8406
Publikasjonstype	Hurtigoversikt
Antall sider	24 (39 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Samvalgssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Emneord (MeSH)	Stress Disorders, Post-Traumatic; Cognitive Behavioral Therapy; Psychotherapy; Eye Movement Desensitization Reprocessing
Sitering	Frønsdal K, Refsdal TL, Øktedalen T, Gjersheim MK. Ikke-medikamentelle behandlinger for voksne med posttraumatisk stresslidelse (PTSD): hurtigoversikt for samvalgsverktøy. [Non-pharmaceutical treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD): a rapid review for patient decision aid]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2025.

Innhold

INNHold	2
HOVEDBUDSKAP	3
KEY MESSAGES	4
FORORD	5
INNLEDNING	6
METODE	8
Inklusjonskriterier	8
Litteratursøk	9
Utvelging og kvalitetsvurdering av systematiske oversikter	9
Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen	9
RESULTATER	11
Resultater av litteratursøk	11
Beskrivelse av de inkluderte oversiktene	12
Effekt av intervensjoner	14
Effekt på PTSD-symptomer	14
<i>Effekt av ulike intervensjoner sammenlignet med «treatment-as-usual» TAU eller venteliste (WL)</i>	14
<i>Effekt av ulike intervensjoner sammenlignet andre intervensjoner</i>	16
Effekt på funksjon	18
<i>Intervensjoner sammenlignet med TAU eller WL</i>	18
<i>Intervensjoner sammenlignet andre intervensjoner</i>	18
DISKUSJON	20
KONKLUSJON	22
REFERANSER	23
VEDLEGG 1 – LITTERATURSØK	25
VEDLEGG 2 – RELEVANTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER	28
VEDLEGG 3 – KVALITETSVURDERING AV INKLUDERTE OVERSIKTER	35
VEDLEGG 4 – TILLEGGSINFORMASJON (METAANALYSER)	37

Hovedbudskap

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan oppstå etter å ha opplevd eller bevitnet ekstremt truende eller skremmende hendelser. Ubehandlet kan tilstanden hindre normal fungering i hverdagen, derfor er det viktig å finne egnede behandlingsmetoder. Denne hurtigoversikten undersøkte effekten av ikke-medikamentelle behandlinger for å redusere typiske symptomer på PTSD som angst og depresjon, øke livskvalitet, og fungere bedre i hverdagen. Vi søkte etter systematiske oversikter i databasene Epistemonikos, Cochrane Library, MEDLINE og APA PsycInfo.

Vi inkluderte to systematiske oversikter som evaluerte ulike behandlingsformer med hensyn til PTSD-symptomer og funksjon. Resultatene viser at traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) og gruppebasert TF-CBT trolig reduserer PTSD-symptomer sammenlignet med enten standardbehandling (TAU) eller venteliste (WL). Kognitiv terapi, «cognitive processing therapy», ikke-TF-CBT, «prolonged exposure», «narrative exposure therapy» og «eye movement desensitization and reprocessing» reduserer muligens PTSD-symptomer sammenlignet med enten TAU eller WL. Når det gjelder effekt på funksjon, har psykoterapeutiske behandlinger muligens positiv effekt sammenlignet med TAU og WL, mens sammenlignet med mestring/ferdighetstrening er kognitivbaserte behandlinger muligens fordelaktig. For andre behandlingsformer er dokumentasjonen for begrenset til å trekke konklusjoner om PTSD-symptomer og funksjon.

Noen av behandlingsmåtene som vi identifiserte er nokså nye. Derfor finnes det mindre forskning om dem enn om de mer etablerte behandlingsformene, men også de kan ha positiv effekt.

Tittel: Ikke-medikamentelle behandlinger for voksne med posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Publikasjonstype:
Hurtigoversikt

Svarer ikke på alt:
Gir ingen anbefaling
Gir ingen økonomisk vurdering

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge

Når ble litteratursøket avsluttet?

April 2025

Key messages

Post-traumatic stress disorder (PTSD) can develop after experiencing or witnessing extremely threatening or frightening events. If untreated, the condition can impair normal daily functioning, which is why finding suitable treatment methods is important. This rapid review examined the effect of non-pharmacological treatments for reducing typical PTSD symptoms such as anxiety and depression, improving quality of life, and enhancing daily functioning. We searched for systematic reviews in the databases Epistemonikos, Cochrane Library, MEDLINE, and APA PsycInfo.

We included two systematic reviews that evaluated various treatment forms with respect to PTSD symptoms and function. The results show that trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) and group-based TF-CBT likely reduce PTSD symptoms compared to either treatment-as-usual (TAU) or wait-list (WL). Cognitive therapy, cognitive processing therapy, non-TF-CBT, prolonged exposure, narrative exposure therapy, and eye movement desensitization and reprocessing may reduce PTSD symptoms compared to either TAU or WL. Regarding effects on function, psychotherapeutic treatments may have positive effects compared to TAU and WL, while cognitive-based treatments may be advantageous compared to coping/skills training. For other treatment forms, the evidence is too limited to draw conclusions about PTSD symptoms and function.

Some of the treatments we identified are relatively new. Therefore, there is less research available about these compared to more established forms of treatment, but these newer treatments may also have positive effects.

Title: Non-pharmaceutical treatments for adults with posttraumatic stress disease (PTSD)

Type of publication:
Rapid review

Does not answer everything:
No recommendations
No economic evaluation

Publisher:
The Norwegian Institute of Public Health, commissioned by Samvalgssenteret at the University Hospital of North Norway

Date for literature search:
April 2025

Forord

Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Folkehelseinstituttet inngikk i 2017 en samarbeidsavtale om å utvikle evidensbaserte samvalgsverktøy.

Samvalgsverktøyene blir publisert på www.helsenorge.no/samvalg.

Samvalgssenteret har som mål å:

- være ressurseffektive
- være pålitelige
- arbeide i tråd med nasjonale kvalitetskriterier for samvalgsverktøy
- presentere oppdatert og evidensbasert informasjon i et format som er lett å forstå av lekfolk, inkludert pasienter og pårørende

I denne hurtigoversikten, på oppdrag fra Samvalgssenteret, var hensikten å evaluere kunnskapsgrunnlaget for ikke-medikamentelle behandlinger for voksne med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Vi skulle fokusere på effekten av ulike behandlingsformer sammenlignet med standardbehandling (treatment-as-usual) eller venteliste, men også sammenligne de ulike behandlingene seg imellom. Resultatene skal benyttes i samvalgsverktøyet for PTSD.

Bidragstere

Interne medarbeidere ved Folkehelseinstituttet: Katrine Frønsdal (seniorforsker) og Tonje Lehne Refsdal (forskningsbibliotekar).

Eksterne medarbeidere ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS): Tuva Øktedal (forsker II), Marie Klæt Gjersheim (psykologspesialist) og Hanne Kristine Haarset (psykologspesialist) samt eksterne medarbeidere ved Samvalgssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge: Mirjam Lauritzen (spesialsykepleier og prosjektleder) og Sylvi Johansen (rådgiver). Takk til Gyri Hval (FHI) som fagfelleurderte søkestrategien.

Oppgitte interessekonflikter

Alle bidragstere oppgir at de har ingen interessekonflikter.

Rigmor Berg
avdelingsdirektør

Katrine Frønsdal
seniorforsker

Innledning

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en tilstand som kan oppstå i etterkant av å ha vært utsatt for- eller vært vitne til en eller flere hendelser som oppleves som ekstremt truende eller skremmende. Slike hendelser kan være vold, overgrep, ulykker, katastrofer, alvorlig sykdom, eller plutselig uventet eller voldelig død hos en person som står en nær (1). Et vanlige kjennetegn ved PTSD er at man gjenopplever den traumatiske hendelsen gjennom påtrengende minner, drømmer og mareritt. Det er også vanlig å ville unngå aktiviteter og situasjoner som en forbinder med hendelsen, og en vedvarende oppfattelse av fare og kjenne at kroppen er i beredskap, som kan føre til søvnløshet og skvettenhet (1).

Om lag 20 av 100 kvinner og 25 av 100 menn i den norske befolkningen har blitt utsatt for en eller flere traumatiske hendelser. Av disse vil 4-5 kvinner og 1-2 menn utvikle PTSD (2). Voldtekt og seksuelle overgrep gir størst risiko for PTSD, men andre risikofaktorer kan være mangelfull sosial støtte, traumer i nære relasjoner og uhensiktsmessige tankemønstre (3, 4, 5, 6, 7). Ubehandlet PTSD kan føre til store utfordringer og kan forhindre å fungere i hverdagen.

Siden det finnes flere behandlingsmetoder for PTSD, er det viktig å finne den mest egnede behandlingsformen som kan gi økt livskvalitet og hjelpe til med å lære å håndtere vanskene. Det finnes ulike ikke-medikamentelle behandlings- og mestringsmuligheter som for eksempel kognitiv terapi, såkalt «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» (8), kurs og gruppeterapi som for eksempel stabiliseringsgrupper, sensorimotorisk psykoterapi og kroppsorientert terapi. Alle nevnte behandlingsmetoder kan gi en midlertidig økning av symptomer, men disse går vanligvis over (9, 10).

Kognitiv atferdsterapi er samtalerapi som utforsker hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen, og hvordan man kan mestre det som er vanskelig, hvor målet er å redusere plagene som de traumatiske opplevelsene forårsaker (11). Det finnes ulike former for kognitiv terapi. Kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) innebærer bearbeiding av de traumatiske hendelsene gjennom samtaler om det som skjedde, endring av antagelser og betydninger knyttet til traumeminnet eller konsekvensene av disse, hvor målet er at minnene blir bearbeidet slik at de blir mer forståelige, og at de ikke trigger gjenopplevelser og angst (12). Forlenget eksponeringsterapi eller «Prolonged Exposure for PTSD» (PE-PTSD) legger vekt på at man skal eksponere seg for traumeminne og situasjoner som man ellers unngår (10). Man gjenforteller den traumatiske opplevelsen i

detalj og det blir tatt lydopptak av fortellingen slik at man kan lytte til den gjentatte ganger i tillegg til at man gradvis utsettes for situasjoner som minner en om traumet. På den måten venner man seg til den traumatiske opplevelsen. Narrativ Eksponerings-terapi (NET) er en korttidsbehandling der man gjenforteller livshistorien sin (13). Terapien går ut på å beskrive hendelsesforløpet i detalj, samtidig som behandleren hjelper med å fokusere på tanker, følelser og kroppslige opplevelser som man hadde under hendelsen.

EMDR er en traumebehandling hvor man bearbeider fastlåste traumeminner. Gjennom øyebevegelser, lyd eller berøring stimuleres hjernen til å integrere og lagre minnene på en bedre måte slik at plagene reduseres (14). Stabiliseringsgrupper er kurs i små grupper med undervisning, ferdighetstrening, øvelser og hjemmearbeid for å gi kunnskap om traumereaksjoner, og redskaper som kan hjelpe med å til å håndtere- og roe ned symptomene (15). Sensorimotorisk psykoterapi er en type kroppsorientert terapi som utforsker og fokuserer på sammenhengen mellom kroppens reaksjoner, følelser, bevegelse, kroppsholdning og pust for å kunne lettere regulere følelser og håndtere symptomer (16).

Hensikten med denne hurtigoversikten er å undersøke effekten av ikke-medikamentelle behandlinger for å redusere symptomene på PTSD, øke livskvalitet, redusere angst og depresjon, opprettholde yrkesaktiv deltakelse og fungere bedre i hverdagen.

Hurtigoversikten skal benyttes som kunnskapsgrunnlag i samvalsverktøyet for PTSD.

Metode

Denne hurtigoversikten er en såkalt oversikt over oversikter eller «umbrella review». Vi søkte utelukkende etter systematiske oversikter som allerede har oppsummert effekten av de ulike aktuelle tiltak eller intervensjoner som benyttes i Norge for å behandle PTSD hos voksne.

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Voksne (>18 år) med PTSD
Intervensjon	• Kognitiv terapi ○ Cognitive therapy for PTSD (CT-PTSD) ○ Traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) ○ Cognitive processing therapy (CPT) ○ Prolonged Exposure (PE) ○ Narrativ eksponeringsterapi (NET) • Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) • Kurs og grupper ○ "Tilbake til nåtid" ○ Gruppebasert terapi for stabilisering • Kroppsorientert psykoterapi ○ Sensorimotorisk behandling
Sammenligning	<i>Relevante sammenlikninger:</i> • CT-PTSD sammenlignet med TAU, WL eller EMDR • TF-CBT sammenlignet med TAU, WL eller EMDR • PE sammenlignet med TAU, WL eller EMDR • EMDR sammenlignet med TAU, WL eller PE
Utfall	• PTSD-symptomer • Livskvalitet (QoL) • Depresjon • Angst • Yrkesaktiv deltakelse • Vurdering av funksjonsnivå
Studiedesign	Systematiske oversikter
Publikasjonsår	2020-2025

CPT: Cognitive Processing Therapy, CT-PTSD: Cognitive Therapy for PTSD, EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, NET: Narrative Exposure Therapy, PE: Prolonged Exposure, PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder, QoL: Quality of Life, TAU: Treatment as Usual, TF-CBT: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, WL: Waiting List

Litteratursøk

Bibliotekar (TLR) utarbeidet søkestrategien i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene. Søket inneholdt relevante kontrollerte emneord (for eksempel Medical Subject Headings), tekstord (ord i tittel og sammendrag), og avgrensninger som gjenspeilte inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar (GH) fagfellevurderte søkestrategien. Søket ble avsluttet i april 2025 og inkluderte søk i følgende databaser:

- APA PsycInfo (Ovid)
- Cochrane Library (Wiley)
- Epistemonikos (Epistemonikos Foundation)
- MEDLINE (Ovid)

Søkestrategiene er dokumentert i vedlegg 1.

Utvelging og kvalitetsvurdering av systematiske oversikter

Én prosjektmedarbeider (KF) gjorde vurderingene («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Screeningen ble utført ved bruk av Covidence-verktøyet (17). Relevante systematiske oversikter ble innhentet i fulltekst og vurdert opp mot inklusjonskriteriene. Dersom det var spørsmål om en systematisk oversikt var relevant eller ikke, ble fagekspertene konsultert.

Kvalitetsvurdering av de relevante publikasjonene ved bruk av AMSTAR-sjekklisten (18) som var vurdert relevante ble gjort av én prosjektmedarbeider (KF).

Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen

Dersom den systematiske oversikten hadde vurdert tillit til resultatene gjorde vi ingen egen vurdering av disse, det vil si egen vurdering av kvaliteten på (tilliten til) effektestimatene, men videreformidlet graderingen av dokumentasjonsgrunnlaget som var gjort. I tilfelle det ikke var gjort noe vurdering, benyttet vi GRADE-kriteriene (19) for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen, med andre ord hvorvidt vi har tillit til effektestimatene (tabell 1). GRADE benytter fem kriterier som vurderes for eventuell nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen: studiekvalitet (risiko for systematiske skjevheter), konsistens mellom studiene (heterogenitet), direktehet (eller overførbarhet), presisjon (størrelse på konfidensintervall) og rapporteringsskjevheter.

Tabell 1. Tillit til dokumentasjonen (GRADE Working Group)

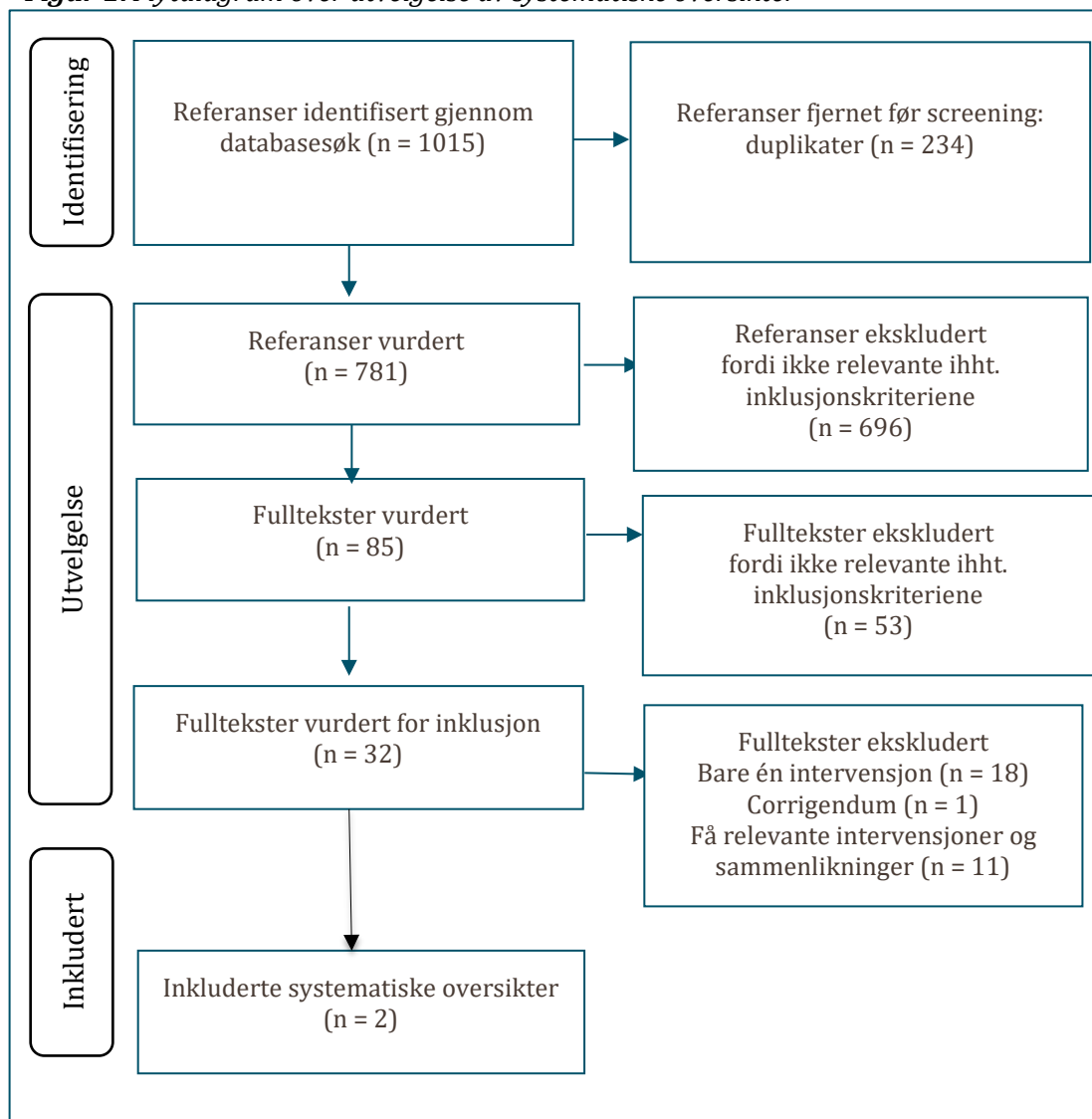
Høy tillit ⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.
--------------------	--

Middels tillit ⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.
Lav tillit ⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.
Svært lav tillit ⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.

Resultater

Resultater av litteratursøk

Figur 1. Flytdiagram over utvelgelse av systematiske oversikter



Databasesøkene ga 1015 treff før fjerning av dubletter (figur 1). Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 781 referanser. Disse ble lastet inn i Covidence-verktøyet for screening. Av de 781 referansene ble 696 referanser ekskludert da de åpenbart ikke

oppfylte inklusjonskriteriene (på basis av tittel og abstrakt). De resterende 85 publikasjonene ble gjennomgått i fulltekst, noe som resulterte i eksklusjon av ytterligere 53 referanser. Fagekspertene ble så invitert til å selektere den eller de systematiske oversiktene som best dekket de aktuelle intervensjonene og sammenlikningene beskrevet i inklusjonskriteriene. Dette resulterte i endelig inklusjon av to systematiske oversikter i denne hurtigoversikten (20, 21). Oversikt over relevante systematiske oversikter, inkludert de to systematiske oversiktene som ble selektert i samarbeid med fagekspertene finnes i vedlegg 2.

De to inkluderte oversiktene ble vurdert til å være av henholdsvis middels-til-høy (20) og middels (21) metodisk kvalitet ved bruk av AMSTAR-sjekklisten (vedlegg 3). Fra oversikten av Lewis og kolleger (20) ble fagekspertene invitert til å selektere de sammenlikningene som var relevante for samvalgsvertøyet.

Beskrivelse av de inkluderte oversiktene

Tabell 2 viser en oversikt over de to inkluderte systematiske oversiktene.

Den systematiske oversikten av Lewis og kolleger 2020 inkluderte 114 studier med til sammen 8171 voksne deltakere diagnostisert med PTSD. De inkluderte studiene i oversikten var utelukkende randomiserte kontrollerte studier (RCTer) av hovedsakelig lav til moderat risiko for systematiske skjevheter. Studiene sammenlignet ulike behandlinger enten med «treatment-as-usual» (TAU) eller venteliste («waiting list» WL) eller med andre behandlingsformer med hensyn til effekt på PTSD-symptomer.

Den systematiske oversikten av Bonfils og kolleger 2022 inkluderte 56 studier med til sammen 5529 voksne deltakere diagnostisert med PTSD. De inkluderte studiene i oversikten var utelukkende RCTer av hovedsakelig moderat risiko for systematiske skjevheter. Studiene sammenlignet ulike behandlinger enten med TAU eller venteliste eller med andre behandlingsformer med hensyn til effekt på funksjon.

Tabell 2. Beskrivelse av de inkluderte oversiktene

Over-sikt	Antall studier (RCT)	Populasjon (total)	Intervensjoner	Komparatorer	Utfall	Risiko for systematiske skjevheter (antall RCTer)*
Lewis 2020	114	PTSD (8171 adults)	<u>CBT-T</u> : BEP, CPT, CT, NET, PE, Single Session CBT; Reconsolidation of Traumatic Memories (RTM); VRET <u>Andre individuelle terapier</u> : EMDR; CBT without a Trauma Focus; Present Centred Therapy (PCT); Supportive Counselling;	Waitlist (WLC), TAU or other psychological therapies or other psychosocial interventions (e.g., psychoeducation, relaxation training)	PTSD symptomer (severitet) etter behandling (enten målt ved vurdering av helsearbeider/fagperson, for eksempel ved bruk av «Clinician-Administered PTSD	Lav (32) Moderat (51) Høy (31)

			Written Exposure Therapy; Observed and Experiential Integration (OEI); Interpersonal Psychotherapy; Psychodynamic Psychotherapy; Relaxation Training; REM Desensitization; Emotional Freedom Technique (EFT); Dialogical Exposure Therapy (DET); Relaxation Training; Psychoeducation; Guided Internet-based CBT with a Trauma Focus <u>Gruppeterapier</u> : Group CBT-T; Group and Individual CBT-T; Group Interpersonal Therapy; Group Stabilizing Treatment; Group Supportive Counselling, couples CBT with trauma focus		Scale» (CAPS) eller selvrapportert, for eksempel ved bruk av «PTSD Checklist for DSM-5» (PCL-5))	
Bonfils 2022	56	PTSD (5529 adults**)	EMDR, PE; NET, CPT, TF-CBT, Stabilization group treatment, Trauma management therapy, Imagery Rehearsal Therapy + CBT, DBT-PTSD, Mantram Repetition Program + TAU, Virtual reality + PE, Mindfulness-Based Stress Reduction, Dialogical Exposure Therapy, Behavioral Activation, Stress management, Trauma and the body Group (sensorimotor), intensive cognitive therapy, weekly cognitive therapy, weekly supportive therapy, trauma affect regulation: guide for education & therapy, DBT+PE, internet CPT, HOPE=(Helping to Overcome PTSD through Empowerment	Therapy control, TAU, waiting list (WLC), WLC/prolonged exposure or other therapies such as supportive therapy followed by exercise program, schema therapy control, exposure, CPT, CPT alone, PCT, PE, Present Centered Group Therapy, Relaxation therapy, cognitive restructuring, sertraline, person-centered therapy, DBT, CPT video	Funksjonelle utfall (social, work, family, relationship, physical & mental health) og livskvalitet (målt ved bruk av MOS-SSS (reverse scored), Social support Scale, SF-12, GAF, WHODAS, SF-36, WHO-QOL-BREF, BASIS-24, FACIT-sp, SDS, WHO-5, IIP, Sarason Social Support VR-12, IPF, EQ-5D-3L, Q-LES-Q, QOL Inventory, QOLI-Brief, Scale, FAMS, DAS, SAS-SR, Multidimensional Scale of Perceived Social Support)	Lav (3) Moderat (46) Høy (7)

*Risiko for systematiske skjevheter eller «Risk of Bias» (RoB): for kritisk vurdering av kjente kilder for systematiske feil i en RCT benyttes et sett av kriterier som hovedsakelig er knyttet til generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, blinding og vurdering av ufullstendige data eller manglende rapportering om utfallsmålene.

**Ikke eksplitt opplyst om, men sannsynlig ut ifra beskrivelsen av populasjonene i de inkluderte RCTene, som er gjort av Bonfils et al. 2022.

Effekt av intervensjoner

Effekt på PTSD-symptomer

Én systematisk oversikt (20) sammenlignet ulike behandlinger enten med TAU, venteliste eller med andre behandlingsformer med hensyn til effekt på PTSD-symptomer. Nedenfor beskriver vi resultatene i denne oversikten.

Effekt av ulike intervensjoner sammenlignet med «*treatment-as-usual*» TAU eller venteliste (WL)

Tabell 3 gir en oversikt over antall studier i hver metaanalyse eller RCT som har vurdert effekt av ulike intervensjoner sammenlignet med TAU eller WL, med henholdsvis effekttestimat og tilsvarende graderingsskår, det vil si hvor vidt man kan ha tillit til effekttestimatet (20).

Tabell 3. Intervensjoner sammenlignet med TAU eller WL

Intervensjoner	Antall studier (n)	Effekt (SMD, 95% KI)	Effekt	Kvalitet* (GRADE**)
CT, TF-CBT, ikke-TF-CBT og CPT				
TF-CBT	51 (1380)	-1.32 (-1.57 til -1.08)	Ja	⊕⊕⊕○
Group-TF-CBT	7 (313)	-1.02 (-1.26 til -0.78)	Ja	⊕⊕⊕○
CT	4 (189)	-1.33 (-1.80 til -0.86)	Ja	⊕⊕○○
CPT	4 (298)	-1.03 (-1.45 til -0.61)	Ja	⊕⊕○○
Non-trauma-CBT	7 (318)	-1.06 (-1.39 til -0.73)	Ja	⊕⊕○○
Guided internet-based TF-CBT	3 (145)	-1.08 (-1.80 til -0.37)	Ja	⊕○○○
Single session CBT	2 (90)	-0.57 (-1.00 til -0.15)	Ja	⊕○○○
Combined Group and individual TF-CBT	1 (55)	-2.32 (-3.01 til -1.62)	Ja	⊕○○○
Couples CBT	1 (40)	-1.12 (-1.79 til -0.45)	Ja	⊕○○○
Exposure therapies				
PE	12 (772)	-1.59 (-2.05 til -1.13)	Ja	⊕⊕○○
NET	8 (241)	-1.06 (-1.61 til -0.52)	Ja	⊕⊕○○
Written exposure therapy (WET)	1 (44)	-3.39 (-4.43 til -2.44)	Ja	⊕○○○
EMDR				
EMDR	11 (415)	-1.23 (-1.69 til -0.76)	Ja	⊕⊕○○
Courses and groups				
Interpersonal group therapy	1 (48)	-1.19 (-1.84 til -0.54)	Ja	⊕○○○
Group stabilizing treatment	1 (71)	-0.11 (-0.36 til 0.57)	Ingen forskjell	⊕○○○

*Gradeskår er tatt fra den systematiske oversikten av Lewis et al. 2020

**Den systematiske oversikten har ikke oppgitt årsak til nedgraderinger som er gjort for hver intervensjon sammenlignet med TAU eller WL med hensyn til effekt på PTSD-symptomer, men nedgraderingene er knyttet til risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene i metaanalysen og/eller stor heterogenitet mellom studiene i metaanalysen og/eller lav presisjon (stort konfidensintervall) og/eller få studier/deltakere i de inkluderte studiene.

Kognitiv terapi (CT), traume-fokusert og ikke traume-fokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT og ikke-TF-CBT og «cognitive processing therapy» (CPT))

En metaanalyse som sammenstilte 51 studier med totalt 1380 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved behandling med TF-CBT sammenlignet med enten TAU eller venteliste. Tilliten til effektestimatet «Standardized Mean Difference» (SMD) -1.32 (95% KI -1.57 til -1.08) var vurdert til å være moderat.

En metaanalyse som sammenstilte 7 studier med totalt 313 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved å benytte gruppe-basert TF-CBT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.02 (95% KI -1.26 til -0.78) var vurdert til å være moderat.

En metaanalyse som sammenstilte 4 studier med totalt 189 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved behandling med CT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.33 (95% KI -1.80 til -0.86) var vurdert til å være lav.

En metaanalyse som sammenstilte 4 studier med totalt 298 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved behandling med CPT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.03 (95% KI -1.45 til -0.61) var vurdert til å være lav.

En metaanalyse som sammenstilte 7 studier med totalt 318 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved bruk av ikke-TF-CBT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.06 (95% KI -1.39 til -0.73) var vurdert til å være lav.

En metaanalyse som sammenstilte 3 studier med totalt 145 deltakere viste en reduksjon av PTSD-symptomer ved å benytte veiledet internett-basert TF-CBT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.08 (95% KI -1.80 til -0.37) var vurdert til å være svært lav.

En metaanalyse som sammenstilte 2 studier med totalt 90 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved behandling med en enkeltsesjons CBT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -0.57 (95% KI -1.00 til -0.15) var vurdert til å være svært lav.

Én RCT med totalt 40 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved å benytte en kombinasjon av individuell- og gruppe-TF-CBT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -2.32 (95% KI -3.01 til -1.62) var vurdert til å være svært lav.

Én RCT med totalt 55 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD symptomer ved bruk av par-basert CBT sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.12 (95% KI -1.79 til -0.45) var vurdert til å være svært lav.

Eksponerings terapier

En metaanalyse som sammenstilte 12 studier med totalt 772 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved PE-behandling sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.59 (95% KI -2.05 til -1.13) var vurdert til å være lav.

En metaanalyse som sammenstilte 8 studier med totalt 241 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved NET-behandling sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.06 (95% KI -1.61 til -0.52) var vurdert til å være lav.

Én RCT med totalt 44 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD symptomer ved bruk av WET sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -3.39 (95% KI -4.43 til -2.44) var vurdert til å være svært lav.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

En metaanalyse som sammenstilte 11 studier med totalt 415 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved EMDR-behandling sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.23 (95% KI -1.69 til -0.76) var vurdert til å være lav.

Kurs og grupper

Én RCT med totalt 48 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved å benytte interpersonlig gruppeterapi sammenlignet med enten TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD -1.19 (95% KI -1.84 til -0.54) var vurdert til å være svært lav.

Én RCT med totalt 71 deltakere som sammenlignet gruppestabiliseringsterapi med enten TAU eller WL viste ingen forskjell med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD -0.11 (95% KI -0.36 til 0.57) var vurdert til å være svært lav.

Effekt av ulike intervensjoner sammenlignet andre intervensjoner

Tabell 4 gir en oversikt over antall studier i hver metaanalyse eller RCT som har vurdert effekt av ulike intervensjoner sammenlignet med andre intervensjoner, med henholdsvis effektestimat og tilsvarende graderingsskår, det vil si hvor vidt man kan ha tillit til effektestimatet (20).

Tabell 4. Sammenlikninger mellom intervensjoner

Sammenlikning	Antall studier (n)	Effekt (SMD, 95% KI)	Effekt	Kvalitet* (GRADE**)
EMDR vs TF-CBT	10 (387)	-0.17 (-0.55 til 0.21)	Ingen forskjell	⊕⊕○○
Written exposure therapy (WET) vs TF-CBT	1 (126)	0.13 (-0.21 til 0.48)	Ingen forskjell	⊕○○○
TF-CBT vs psychoeducation	1 (27)	-0.19 (-0.95 til 0.57)	Ingen forskjell	⊕○○○
Group CBT without a trauma focus vs group supportive counselling	1 (72)	-0.02 (-0.48 til 0.44)	Ingen forskjell	⊕○○○
Couples CBT without a trauma focus vs couples psychoeducation	1 (43)	-1.37 (-2.04 til -0.70)	Ja	⊕○○○
Internet-based trauma focused CBT vs internet-based psychoeducation	1 (87)	0.11 (-0.31 til 0.53)	Ingen forskjell	⊕○○○
Internet-based trauma focused CBT vs internet-based CBT without a trauma focus	1 (31)	0.40 (-1.12 til 0.31)	Ingen forskjell	⊕○○○

*Gradeskår er tatt fra oversikten

**Den systematiske oversikten har ikke oppgitt årsak til nedgraderinger som er gjort for hver intervensjon sammenlignet med TAU eller WL med hensyn til effekt på PTSD-symptomer, men nedgraderingene er knyttet til risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene i metaanalysen og/eller stor heterogenitet mellom studiene i metaanalysen og/eller lav presisjon (stort konfidensintervall) og/eller få studier/deltakere i de inkluderte studiene.

En metaanalyse som sammenstilte 10 studier med totalt 387 deltakere viste ingen forskjell mellom EMDR-behandling og TF-CBT med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD -0.17 (95% KI -0.55 til 0.21) var vurdert til å være lav.

En RCT med totalt 126 deltakere som sammenlignet WET med TF-CBT viste ingen forskjell mellom behandlingsformene med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD 0.13 (95% KI -0.21 til 0.48) var vurdert til å være svært lav.

En RCT med totalt 27 deltakere som sammenlignet TF-CBT med psykoedukasjon viste ingen forskjell mellom behandlingsformene med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD 0.13 (95% KI -0.21 til 0.48) var vurdert til å være svært lav.

En RCT med totalt 72 deltakere viste ingen forskjell mellom gruppe-basert ikke-TF-CBT og gruppe-basert støtterådgivning med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD -0.02 (95% KI -0.48 til 0.44) var vurdert til å være svært lav.

En RCT med totalt 43 deltakere viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer ved bruk av par-basert ikke-TF-CBT sammenlignet med psykoedukasjon. Tillit til effektestimatet SMD -1.37 (95% KI -2.04 til -0.70) var vurdert til å være svært lav.

En RCT med totalt 87 deltakere som sammenlignet internett-basert TF CBT med internett-basert psykoedukasjon viste ingen forskjell mellom behandlingsformene med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD 0.11 (95% KI -0.31 til 0.53) var vurdert til å være svært lav.

En RCT med totalt 31 deltakere som sammenlignet internett-basert TF-CBT med internet-basert ikke-TF-CBT viste ingen forskjell mellom behandlingsformene med hensyn til PTSD-symptomer. Tillit til effektestimatet SMD 0.40 (95% KI -1.12 til 0.31) var vurdert til å være svært lav.

Effekt på funksjon

Vi inkluderte én systematiske oversikt (21) som sammenlignet ulike behandlinger enten med TAU eller venteliste eller med andre behandlingsformer med hensyn til effekt på funksjon. Nedenfor beskriver vi resultatene i oversikten.

Intervensjoner sammenlignet med TAU eller WL

Tabell 5 gir en oversikt over antall studier i en metaanalyse som har vurdert effekt av ulike psykoterapeutiske behandlinger sammenlignet med TAU eller WL, med henholdsvis effektestimat og tilsvarende graderingsskår, det vil si hvor vidt man kan ha tillit til effektestimatet (21).

Tabell 5. Intervensjoner sammenlignet med TAU eller WL

Intervensjoner	Antall studier (totalt)	Antall i psykoterapi-gruppen (totalt)	Antall i WL/TAU-gruppen (totalt)	Effekt (SMD, 95% KI)	Effekt	Kvalitet** (GRADE***)
Psykoterapeutiske behandlinger*	20 (1272)	654	618	0.426 (0.261 til 0.590)	Ja	⊕⊕○○

*De ulike psykoterapeutiske behandlingene var samlet sammen i én gruppe, det vil si: CPT, Stabilization Group Therapy, Mantram repetition program+TAU, Virtual reality+PE, Medicine+flexible CBT, Cognitive exposure therapy, Trauma and Body group (sensorimotor), Intensive cognitive therapy, PE, Internet CBT, Impact Of Killing (IOK), Mindfulness training, Internet TF-CBT, Mindfulness-based therapy, NET, TAU+IRT, CBCT, Behavioral activation, Imaginal exposure

**Gradeskår ikke oppgitt i oversikten til Bonfils et al. 2022

***Enkel vurdering gjort basert på GRADE-kriteriene: nedgradert på grunn av RCTenes risiko for skjevheter (middels RoB) og på grunn av relativ høy heterogenitet mellom effektestimatene i metaanalysen ($I^2=49.2$)

En metaanalyse som sammenstilte 20 studier med totalt 1272 deltakere viste en signifikant forbedring av funksjonsutfall ved bruk av psykoterapeutiske behandlinger sammenlignet med TAU eller WL. Tillit til effektestimatet SMD 0.426 (95% KI 0,261 til 0,590) var vurdert til å være lav (se vedlegg 4 for mer detaljert informasjon knyttet til studiene inkludert i metaanalysen).

Intervensjoner sammenlignet andre intervensjoner

Tabell 6 gir en oversikt over antall studier i en metaanalyse som har vurdert effekt av ulike kognitiv-baserte behandlinger sammenlignet med mestring/ferdighetstrening, med henholdsvis effektestimat og tilsvarende graderingsskår, det vil si hvor vidt man kan ha tillit til effektestimatet (21).

Tabell 6. Sammenlikninger mellom intervensjoner

Sammenlik- ning	Antall studier (totalt)	Antall i kognitiv te- rapi-gruppen (totalt)	Antall i Skills/co- ping- gruppen (to- talt)	Effekt (SMD, 95% KI)	Ef- fekt	Kvalitet*** (GRADE****)
Cognitive-ori- ented thera- pies* vs Skills/coping therapies**	10 (747)	399	348	0.255 (0.053 til 0.457)	Ja	⊕⊕○○

*De ulike kognitiv-baserte terapiene var samlet sammen i én gruppe i metaanalysen, det vil si: TF-CBT, Mantram repetition program, Mindfulness-based stress reductions, Cognitive restructuring, Intensive cognitive therapy, PE, CPT og PTSD Family Education (PFE)

**De ulike "skills/coping"-terapiene var samlet sammen i én gruppe i metaanalysen, det vil si: Supportive therapy followed by exercise program, Stress management, Presence/person-centered therapy (PCT), Weekly supportive therapy, Interpersonal therapy, Structured Approach Therapy (SAT) og Trauma Affect Regulation (Guide for Regulation and Therapy)

***Gradeskår ikke oppgitt i oversikten til Bonfils et al. 2022

****Enkel vurdering gjort basert på GRADE-kriteriene: nedgradert på grunn av RCTenes risiko for skjevheter (middels RoB) og på grunn av relativ høy heterogenitet mellom effektestimaterne i metaanalysen ($I^2=38.9$)

En metaanalyse som sammenstilte 10 studier med totalt 747 deltakere viste en signifikant forbedring av funksjonsutfall ved bruk av kognitiv-baserte terapier sammenlignet med mestring/ferdighetstrening. Tillit til effektestimateret SMD 0.255 (95% KI 0,053 til 0,457)) var vurdert til å være lav (se vedlegg 4 for mer detaljert informasjon knyttet til studiene inkludert i metaanalysen).

Diskusjon

I denne hurtigoversikten gjennomførte vi et systematisk litteratursøk som resulterte i inklusjon av to systematiske oversikter. De undersøkte effekt av ulike ikke-medikamentelle behandlinger for voksne diagnostisert med PTSD. Når det gjelder effekten av ikke-medikamentelle behandlinger på PTSD-symptomer viser resultatene at vi kan ha høyest tillit til/mest stole på at behandlingene TF-CBT og gruppe-basert TF-CBT gir en reduksjon i PTSD-symptomer sammenlignet med TAU eller WL. Videre viser resultatene at CPT, CT, ikke-TF-CBT, PE, NET og EMDR muligens reduserer PTSD-symptomer sammenlignet med TAU eller WL. Resultatene kan tyde på at EMDR er mer effektivt enn TF-CBT, men dokumentasjonsgrunnlaget er noe usikkert. Med hensyn til effekt på funksjon viser resultatene at psykoterapi sammenlignet med TAU eller WT muligens bedrer funksjon for voksne diagnostisert med PTSD, og at kognitiv-baserte behandlingsformer sammenlignet med såkalt «skills/coping»-terapi er også muligens bedrer funksjon, men det usikre dokumentasjonsgrunnlaget gjør at vi foreløpig har begrenset tillit til effekt-estimatene. For flere andre aktuelle behandlingsformer vurdert i denne hurtigoversikten er det på det nåværende tidspunkt for lite dokumentasjon med hensyn til effekt på PTSD-symptomer og funksjon for å kunne si noe om disse har bedre effekt enn andre aktuelle behandlinger.

Selv om vi utførte et systematisk litteratursøk kan vi ikke utelukke at det finnes publikasjoner som vårt søk ikke fanget opp eller som vi kan ha oversett i utvelgelsesprosessen. Vi er imidlertid relativt sikre på at vi identifiserte alle relevante systematiske oversikter på temaet.

Hurtigoversikter for utvikling av evidensbaserte samvalgsverktøy skal basere seg på allerede oppsummert kunnskap, som for eksempel en systematisk oversikt dersom det er tilgjengelig. Det er grunnen til at primærstudier ikke inngår i denne hurtigoversikten. Det kan dermed finnes primærstudier publisert etter publikasjonsdatoen til de inkluderte systematiske oversiktene som har vurdert relevante ikke-medikamentelle intervensjoner og utfall. Videre dekker denne hurtigoversikten ikke alle de spesifikke utfallsmålene, som for eksempel livskvalitet, depresjon, angst og yrkesaktiv deltakelse, som i utgangspunktet er definert i inklusjonskriteriene for alle behandlingsalternativene. Det er fordi denne hurtigoversikten skulle dekke flest mulig relevante behandlinger, hvilket resulterte i inklusjon av to systematiske oversikter hvor de spesifikke utfallsmålene var gruppert i henholdsvis PTSD-symptom-utfall og funksjonsutfall. Vi er kjent med at andre relevante systematiske oversikter har undersøkt bare én type intervensjon, noe som kunne ha vært relevante å inkludere i vår hurtigoversikt, men som

dessverre ikke var mulig innenfor det predefinerte omfanget og tidsrammen beregnet for en hurtigoversikt.

Til slutt er det viktig å påpeke at enkelte behandlingsformer vurdert i denne hurtigoversikten er relativt nye. Det innebærer at det dermed finnes lite forskningsdata om dem, sammenlignet med de mer etablerte behandlingsformene, men det betyr ikke at disse nyere behandlingene ikke kan ha positiv effekt.

Konklusjon

Tilgjengelig oppsummert forskning som dekker de fleste ikke-medikamentelle behandlingsmetodene som er aktuelle for voksne diagnostisert med PTSD i Norge, viser at TF-CBT og gruppe-basert TF-CBT trolig gir en reduksjon i PTSD-symptomer, sammenlignet med TAU eller venteliste. Videre gir CPT, CT, ikke-TF-CBT, PE, NET og EMDR muligens en reduksjon i PTSD-symptomer. Når det gjelder effekt på funksjon, viser funnene at psykoterapeutiske behandlinger generelt, sammenlignet TAU eller venteliste, muligens bedrer funksjon, og at kognitiv-baserte behandlingsformer sammenlignet med «skills/coping»-terapi er også muligens bedrer funksjon hos voksne diagnostisert med PTSD.

Dokumentasjonsgrunnlaget fra oppsummert forskning for sammenligninger mellom ulike behandlingsmetoder og for effekten av nyere behandlingsformer er mangelfullt. Videre forskning og systematisk oppsummering av slik forskning er nødvendig, spesielt når det gjelder nyere behandlingsformer og spesifikke utfall som livskvalitet, depresjon og angst.

Referanser

1. World Health Organization. (2025). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#2070699808>
2. Lassemø E, Sandanger I, Nygård JF, Sørgaard KW. The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Jan;52(1):11-19. doi: 10.1007/s00127-016-1295-3. Epub 2016 Oct 18. PMID: 27757493; PMCID: PMC5226978.
3. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, Smid GE. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:335-40. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227. PMID: 24785767.
4. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66. doi: 10.1037//0022-006x.68.5.748. PMID: 11068961.
5. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52. PMID: 12555794.
6. Tortella-Feliu M, Fullana MA, Pérez-Vigil A, Torres X, Chamorro J, Littarelli SA, Solanes A, Ramella-Cravaro V, Vilar A, González-Parra JA, Andero R, Reichenberg A, Mataix-Cols D, Vieta E, Fusar-Poli P, Ioannidis JPA, Stein MB, Radua J, Fernández de la Cruz L. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Dec;107:154-165. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.09.013. Epub 2019 Sep 11. PMID: 31520677.
7. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012 Mar;32(2):122-38. doi: 10.1016/j.cpr.2011.12.001. Epub 2011 Dec 8. PMID: 22245560.
8. EMDR Norge. (n.d.). *Hva er EMDR?* EMDR Norge. <https://emdrnorge.no/hva-er-emdr/>
9. Larsen SE, Wiltsey Stirman S, Smith BN, Resick PA. Symptom exacerbations in trauma-focused treatments: Associations with treatment outcome and non-completion. *Behav Res Ther*. 2016 Feb;77:68-77. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.009. Epub 2015 Dec 18. PMID: 26731171.

10. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO, Rauch SA. *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences – therapist guide* (2. utg.). Oxford University Press 2019 <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190926939.001.0001>
11. Norsk forening for kognitiv atferdsterapi. *Få hjelp ved posttraumatisk stresslidelse*. 2025 <https://kognitiv.no/ulike-lidelser/angstlidelser/posttraumatisk-stresslidelse/hjep-for-posttraumatisk-stresslidelse/>
12. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000 Apr;38(4):319-45. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00123-0. PMID: 10761279.
13. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy (NET) For Survivors of Traumatic Stress* (3rd edition). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing 2024.
14. Shapiro F, Liliot D. EMDR therapy for trauma-related disorders. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (pp. 205-228). New York, NY: Springer 2015. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1_11
15. Modum Bad - Gordon Johnsens Stiftelse, Samlivssenteret. *Tilbake til nåtid: en manual for håndtering av traumereaksjoner* 2014.
16. Fisher J, Ogden P. Sensorimotor psychotherapy. I C.A. Courtois & J.D. Ford (Red), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 312-328). New York: Guilford Press 2009.
17. Covidence: Covidence systematic review software, Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia. Available at www.covidence.org
18. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007 Feb 15;7:10. doi: 10.1186/1471-2288-7-10. PMID: 17302989; PMCID: PMC1810543.
19. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 Apr 26;336(7650):924-6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD. PMID: 18436948; PMCID: PMC2335261.
20. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020 Mar 10;11(1):1729633. doi: 10.1080/20008198.2020.1729633. PMID: 32284821; PMCID: PMC7144187.
21. Bonfils KA, Tennity CL, Congedo BA, Dolowich BA, Hammer LA, Haas GL. Functional outcomes from psychotherapy for people with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2022 Jun;89:102576. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102576. Epub 2022 May 10. PMID: 35580437.

Vedlegg 1 – Litteratursøk

Søkedato: 03.04.2025

Søkeansvarlig: Tonje Lehne Refsdal

Fagfelleevaluering: Gyri Hval

Database	Antall treff
APA PsycInfo (Ovid)	128
Cochrane Library (Wiley)	53
Epistemonikos (Epistemonikos Foundation)	511
MEDLINE (Ovid)	323
Totalt importert til EndNote	1015
Dubletter fjernet i EndNote	234
Totalt etter dublettkontroll i EndNote til screening i Covidence	781

Søkestrategier

Database: APA PsycInfo 1806 to March 2025 Week 4		
Søkedato: 03.04.2025		
Søkegrensesnitt: Advanced Search		
Avgrensinger: Systematic Review og yr="2020 -Current"		
#	Searches	Results
1	exp Posttraumatic Stress Disorder/	44483
2	((((post-traumatic or posttraumatic) adj stress disorder*) or PTSD).ti,ab,id.	56759
3	or/1-2	60070
4	exp Cognitive Therapy/	14223
5	exp Cognitive Behavior Therapy/	58939
6	exp Cognitive Processing Therapy/	524
7	exp Prolonged Exposure Therapy/	349
8	exp Narrative Therapy/	1360
9	exp Eye Movement Desensitization Therapy/	2109
10	exp Group Psychotherapy/	25441
11	exp Trauma Treatment/	725
12	exp Digital interventions/	22874
13	or/4-12	106180
14	3 and 13	5753

15	limit 14 to yr="2020 -Current"	1840
16	limit 15 to "remove medline records"	1197
17	limit 16 to "reviews (maximizes specificity)"	85
18	Systematic Review/ or Meta Analysis/ or (meta analysis or "systematic review").md. or ((systematic* adj2 review*) or metaanal* or "meta anal*" or (review and ((structured or database* or systematic*) adj2 search*)) or "integrative review*" or (evidence adj2 review*)).tw.	131008
19	16 and 18	123
20	17 or 19	128

Database: Cochrane Library Søkedato: 03.04.2025 Søkegrensesnitt: Advanced Search Avgrensinger: Cochrane Reviews		
ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Stress Disorders, Post-Traumatic] explode all trees	4309
#2	((((post-traumatic OR posttraumatic) NEXT (stress disorder*) OR PTSD)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	9085
#3	#1 OR #2	9458
#4	#3 in Cochrane Reviews	53

Database: Epistemonikos Søkedato: 03.04.2025 Søkegrensesnitt: Advanced Search -Title/Abstract Avgrensinger: Systematic Review og Broad Synthesis, Publication Year: 2020-2025		
	"post-traumatic stress disorder" OR "post-traumatic stress disorders" OR "post traumatic stress disorder" OR "post traumatic stress disorders" OR "posttraumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD	
AND		
	therap*	
	Systematic Review	475
	Broad Synthesis	36
	Totalt	511

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions 1946 to April 02, 2025 Søkedato: 03.04.2025		
--	--	--

Søkegrensesnitt: Advanced Search		
Avgrensinger: Systematic Review og yr="2020 -Current"		
#	Searches	Results
1	Stress Disorders, Post-Traumatic/	45301
2	((((post-traumatic or posttraumatic) adj stress disorder*) or PTSD).ti,ab,kf.	51952
3	or/1-2	64793
4	exp Cognitive Behavioral Therapy/	40697
5	Eye Movement Desensitization Reprocessing/	466
6	Psychotherapy/	59466
7	Implosive Therapy/	1861
8	Narrative Therapy/	281
9	Feedback, Sensory/	4382
10	Internet-Based Intervention/	1641
11	or/4-10	105313
12	3 and 11	5578
13	limit 12 to yr="2020 -Current"	1763
14	limit 13 to "reviews (maximizes specificity)"	277
15	Systematic review/ or Meta-Analysis/ or Network Meta-Analysis/ or ((systematic* adj2 review*) or metaanal* or "meta anal*" or (review and ((structured or database* or systematic*) adj2 search*)) or "integrative review*" or (evidence adj2 re-view*)).tw,kf,bt.	630487
16	13 and 15	317
17	14 or 16	323

Vedlegg 2 – Relevante systematiske oversikter

Blant de 32 relevante systematiske oversiktene valgte ekspertgruppen ut Lewis 2020 og Bonfils 2022

#	Author Year (studies)	Popu- lation	Intervention(s)	Comparisons Comparator(s)	Out- come(s)	Meta- analy- ses	Referanse /lenke
1	Vereecken 2024 (16 RCTs)	PTSD adults	EMDR	Controls Waitlist	EMDR effi- cacy / PTSD symp- toms	No	Full-text: https://www.cureus.com/articles/247185-revisiting-eye-movement-desensitization-and-reprocessing-therapy-for-post-traumatic-stress-disorder-a-systematic-review-and-discussion-of-the-american-psychological-associations-2017-recommendations#!
2	Wright 2024 (18 RCTs)	PTSD adults	EMDR	Other psychological treatments (CBT-TF, stabilization, RT, CBT-TF (PE), CBT-TF (BEP), EFT, REMD	EMDR effi- cacy / (PTSD) symptoms, achieving re- sponse and remission	Yes (MA)	Full-text: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/emdr-v-other-psychological-therapies-for-ptsd-a-systematic-review-and-individual-participant-data-metaanalysis/903183C014DD518979569C26525588E1
3	Hoppen 2023 (157 RCTs)	PTSD adults	Psychological interventions (PI) (trauma-focused cognitive behavior therapy [TF-CBT], eye movement desensitization and reprocessing [EMDR], other trauma-focused interventions and non-trauma-focused interventions)	PI vs Controls TF-CBT vs non-trauma-focused interventions	PI efficacy and accepta- bility	Network (NMA) and pairwise meta- analysis (MA)	Abstract: https://psycnet.apa.org/doi/10.1037%2Fccp0000809
4	Siehl 2021 (56 studies)	PTSD adults, chil- dren, per petrators	Narrative exposure therapy (NET)	Active controls	NET Long- term efficacy	Yes (MA)	Full-text: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2020.1847345#abstract

5	Kaur 2024 (20 studies)	PTSD adults	Exposure-based therapies (virtual reality exposure therapy, EMDR, NET& other)	Controls (waitlist, medication, TAU, non-trauma-focused psychological treatments (e.g., supportive therapy, stress inoculation training)) TFT	QoL	Yes (MA)	Full-text: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/iclp.23727
6	Storm 2021 (7 studies)	PTSD adults	Psychotherapy alone and psychotherapy in combination with medications (trauma-focused psychotherapy, cognitive behavioural therapy (CBT), prolonged exposure therapy (PE), cognitive processing therapy, eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR), or narrative exposure therapy or stress management	Medications (sertraline, paroxetine, fluoxetine or venlafaxine, or combinations of these)	PTSD symptoms	Yes (MA)	Full-text: https://ugeskriftet.dk/dmj/comparing-treatments-post-traumatic-stress-disorder-systematic-review
7	Raghuraman 2021 (24 RCTs)	Individuals with a history of exposure to trauma and reporting PTSD outcome measures (diagnostic status and/or symptom severity) following such exposure.	Narrative exposure therapy (NET)	Waitlist, emotional freedom technique, psychoeducation, TAU, academic catch-up, stress inoculation training, no intervention, CBT, present-centred therapy, supportive counselling, trauma counselling, interpersonal psychotherapy	PTSD diagnosis and PTSD and depression symptoms	Yes (MA)	Full-text: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2486
8	Jericho 2022 (82 studies)	PTSD adults	Trauma-focused therapies (EMDR, PE, CBT, CBT, ACTST, STAIR-PE....)	Comparisons between therapies and between therapies and controls (waitlist, TAU etc), and between trauma-focused and non-trauma focused therapies	Therapy efficacy / PTSD symptoms	Yes (MA and NMA)	Full-text: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13366
9	van-deKamp 2023 update SR from 2019	PTSD adults	Body-and movement-oriented interventions	Controls (both waitlist and active, such as educational and lifestyle interventions, APA (2017) guideline	PTSD symptoms	Yes (MA)	Full-text: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22968

	(14 new studies -> total 29)			treatments, treatment as usual, and others)			
10	Hoppen 2022 (157 RCTs)	PTSD adults	Psychological interventions (PI) (F-CBT, EMDR, other-TF-PIs and non-TF-PIs)	Passive or active control conditions	PI efficacy and acceptability	Yes (MA and NMA)	Full-text: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.03.22274616v2.full.pdf
11	Rasines-Laudes 2023 (18 RCTs)	PTSD adults	EMDR	Waitlist, relaxation-biofeedback, TAU, TTP, PE, Emotional release techniques, SITPE, ImRs, Fluoxetine/placebo, STAIR	PTSD symptoms	Yes (MA and NMA)	Full-text: https://www.psico-thema.com/pdf/4820.pdf
12	Willis 2023 (20 quantitative studies and 11 qualitative studies)	PTSD adults	Stabilisation and phase-orientated psychological treatment (S alone and S followed by TFT)	Delayed treatment group, PE, creating change, EMDR, TAU, DBT	Treatment efficacy	Yes (MA)	Full-text: Stabilisation and Phase-Orientated Psychological Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis
13	Schleyer 2022 (4 studies)	PTSD adults	Group therapy in primary care settings	Waitlist, TAU	PTSD symptoms	No	Full-text: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834322000421?via%3Dihub
14	DeJesus 2024 (7 RCTs and 10 open trial studies)	Mostly PTSD adults	Written exposure therapy	No treatment, TF-CBT, Expressive writing, CPT, CPT+A	PTSD symptoms	No	Accepted manuscript: https://psycnet.apa.org/manuscript/2024-53004-001.pdf
15	Wei 2021 (18 studies)	PTSD (adults?)	Narrative exposure therapy	?	PTSD symptom reduction and loss of diagnosis	Yes (MA)	Abstract: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftra0000922
16	Mavranezouli 2020 (90 RCTs) <i>The aim was to update evidence included in the previous NICE PTSD guideline from 2005</i>	PTSD adults	Psychological interventions (PI) (EMDR, combined somatic/cognitive therapies, TF-CBT, self-help with support,	Waitlist, followed by non-TF-CBT, TF-CBT combined with a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), SSRIs, self-help without support and counselling	PTSD symptoms Remission at treatment endpoint	Yes (NMA)	Abstract: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/psychological-treatments-for-posttraumatic-stress-disorder-in-adults-a-network-metaanalysis/CEF6134E1EB1EBEF1C529AEAE98330AE
17	Weber 2021 (corrigendum)	-	-	-	-	-	Corrigendum : https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-

							core/content/view/A8E220DC917C8FCF43B4D8C24DCF9E91/S0033291721003214a.pdf/long-term-outcomes-of-psychological-treatment-for-posttraumatic-stress-disorder-a-systematic-review-and-meta-analysis-corrigendum.pdf
18	Swerdlow 2023 (20? RCTs)	PTSD (adults?)	Trauma-focused psychotherapy	?	Interpersonal functioning	Yes (MA)	Abstract : The impact of trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder on interpersonal functioning: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials - Swerdlow - 2023 - Journal of Traumatic Stress - Wiley Online Library
19	Weber 2021 (22 studies)	PTSD adults	Psychological interventions (PI) (classified as TFT or non-TFT)	TFT, control, NTFT	PTSD symptoms (severity)	Yes (MA)	Full-text : https://www.cambridge.org/core/ser-vices/aop-cambridge-core/content/view/618318B2D6266D011900EDAA160A03DB/S003329172100163Xa.pdf/long-term-outcomes-of-psychological-treatment-for-posttraumatic-stress-disorder-a-systematic-review-and-meta-analysis.pdf
20	Morina 2021 (136 RCTs) NB: same research group as Hoppen	PTSD adults	Psychological interventions (PI) (EMDR, Standard CT, EST, PE, PCT, MCPT, NET, VRET.....) – individual or in group	Passive and active control conditions (waitlist, MA, SMDT...)	PTSD symptoms	Yes (MA)	Full-text: https://www.cambridge.org/core/ser-vices/aop-cambridge-core/content/view/8899D6AC16398C937E372AC4214A110D/S0033291721001641a.pdf/study-quality-and-efficacy-of-psychological-interventions-for-posttraumatic-stress-disorder-a-meta-analysis-of-randomized-controlled-trials.pdf

21	Gupta 2024 (10 studies)	PTSD adults and youth	EMDR	TF-CBT	Treatment efficacy	Yes (MA)	PhD Dissertation: https://www.proquest.com/open-view/999bfa2af84af7377548ab0c0741f00c/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar
22	Bonfils 2022 (56 studies)	PTSD (adults?)	Psychological interventions (PI) (EMDR, PE; NET, CPT, TF-CBT, Stabilization, Trauma management therapy, Imagery Rehearsal Therapy + CBT, DBT-PTSD, Mantram Repetition Program + TAU, Virtual reality + PE; Mindfulness-Based Stress Reduction, Dialogical Exposure Therapy, Behavioral Activation.....	Therapy control, waiting list, supportive therapy followed by exercise program, schema therapy control, exposure, CPT, TAU, PCT, PE, Present Centered Group Therapy.....	Functional outcomes and QoL	Yes (MA)	Full-text: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618522000494
23	Susanty 2022 (5 RCTs + 4 Non-RCTs)	PTSD adults	Psychological interventions (PI) Psychopharmacological-CBT, SMART-CPT, Resilience Oriented Treatment, Memory Specificity Training, IEF Eclectic Therapy, TFP, VR-GER...	Pharmacological intervention, CPT, PE, BEP...	Neurocognitive functioning (memory, attention, information processing, and executive functioning)	No	Full-text: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/20008198.2022.2071527?needAccess=true
24	Öst 2023 (33 RCTs and non-RCTs)	PTSD adults	Cognitive behavior therapy (CBT) (prolonged exposure, cognitive processing therapy, cognitive therapy for PTSD , and trauma-focused CBT , delivered in routine clinical care)	None, other CBT, TAU, waitlist, STAIR+PE	PTSD severity	Yes (MA)	Full-text: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796723000724?via%3Dihub
25	Yunitri 2023 (98 RCTs)	PTSD adults	Psychological interventions (PI) (CPT, CT, EMDR, NET, PE, CBT, PCT, brief eclectic psychotherapies (BEP), psychodynamic therapy (PDT) or combination therapies	No treatment or TAU	PTSD symptoms	Yes (NMA)	Abstract: https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/comparative-effectiveness-of-psychotherapies-in-adults-with-posttraumatic-stress-disorder-a-network-metaanalysis-of-randomised-controlled-trials/9A085844AD2E80CE7B5AE0520F0E648D#access-block

26	Kaptan 2021 (22 one- and two arms studies)	PTSD adults and children	Group EMDR (EMDR Integrative Group Treatment Protocol (13 studies), EMDR Group Traumatic Episode Protocol (4 studies), EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress (4 studies) and EMDR Group Protocol with Children (1 study))	No treatment, waitlist, passive control group	PTSD symptoms, depression and anxiety	No	Full-text: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2549
27	Rosendahl 2023 (review of 3 metaanalyses) <i>På tysk</i>	PTSD (adults?)	Group psychotherapy	NR	PTSD symptoms	No	Abstract: https://elibrary.klett-cotta.de/article/10.21706/tg-17-2-92
28	Lee 2021 (34 studies including review of metaanalyses)	PTSD	Trauma specific treatments (TST) <u>TST</u> (16 studies incl. metaanalyses): CBT, sleep-specific CBT, TF-CBT, internet CBT, VRET, PE, NET, CPT, EMDR, hypnotherapy <u>Conventional TST</u> (10 studies): EFTt, STAIR, IPT, DBT-PTSD, seeking safety, TIR, ART, MCT, IRT <u>Non-conventional TST</u> (8 studies): Yoga, physical activity, EFrT, acupuncture, MRP, mind-body therapy, music therapy	Waitlist and other treatments (ET, CPT, supportive counseling)	PTSD remission, dropout, & clinical improvement	No	Full-text: https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-021-00816-w#Sec1
29	Rosendahl 2024 <u>Not a systematic review</u> (review of selected MAs)	Anxiety, OCD and PTSD	Group treatments	No treatment, active controls, other treatments	Treatment efficacy	No	Full-text: https://psycnet.apa.org/fulltext/2025-30529-002.pdf
30	McLean 2022	PTSD adults	Exposure therapy (ET)	Waitlist, TAU, active treatment conditions (non-trauma-focused)	Treatment efficacy	Yes (MA)	Full-text: https://www.sciencedi-

	(65 studies)			comparators, trauma-focused treatments, medication)	(overall and individual efficacy)		rect.com/science/article/pii/S0272735821001586?via%3Dihub
31	Lewis 2020 (114 RCTs)	PTSD adults	Psychological interventions (PI) <u>CBT-T</u> : BEP, CPT, CT, NET, PE, Single Session CBT; Re-consolidation of Traumatic Memories (RTM); VRET <u>Other individual therapies</u> : EMDR; CBT without a Trauma Focus; Present Centred Therapy (PCT); Supportive Counselling; Written Exposure Therapy; Observed and Experiential Integration (OEI); Interpersonal Psychotherapy; Psychodynamic Psychotherapy; Relaxation Training; REM Desensitization; Emotional Freedom Technique (EFT); Dialogical Exposure Therapy (DET); Relaxation Training; Psychoeducation; Guided Internet-based CBT with a Trauma Focus <u>Group therapies</u> : Group CBT-T; Group and Individual CBT-T; Group Interpersonal Therapy; Group Stabilizing Treatment; Group Supportive Counselling, couples CBT	Waitlist, TAU, other psychological therapies, other psychosocial interventions (e.g., psychoeducation, relaxation training)	Severity of PTSD symptoms	Yes (MA)	Full-text: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1729633#abstract
32	Hudays 2022 (8 studies)	PTSD (children, adolescents and adults)	EMDR	CBT	PTSD symptoms, anxiety and depression	Yes (MA)	Full-text: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/24/16836

Vedlegg 3 – Kvalitetsvurdering av inkluderte oversikter

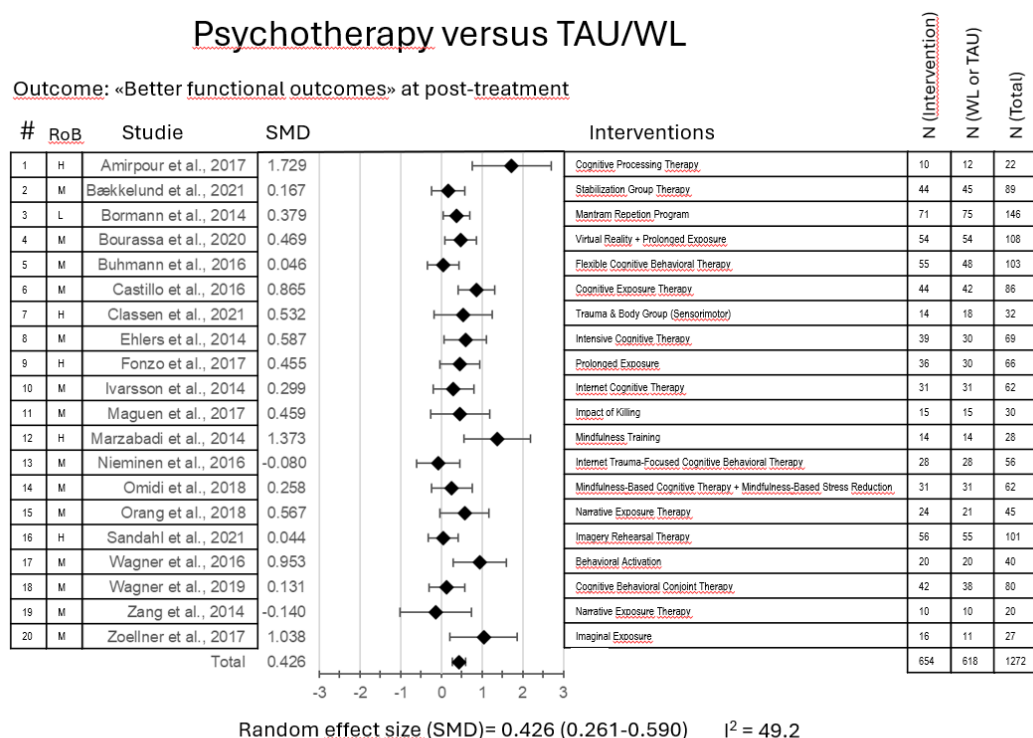
Lewis 2020	
1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	Y
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place	Y/N
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	Y
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.	Y
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	Y/N
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	Y
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	Y
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	Y
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I ²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).	Y
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).	Y
11. Was the conflict of interest stated? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	Y/N

Bonfils 2022	
1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	Y
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place	Y
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	Y
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.	Y
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	Y/N
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	Y
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	Y
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	Y/N
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I ²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).	Y/N
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).	Y
11. Was the conflict of interest stated? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	Y/N

Vedlegg 4 – Tilleggsinformasjon (metaanalyser)

Psychotherapy versus TAU/WL

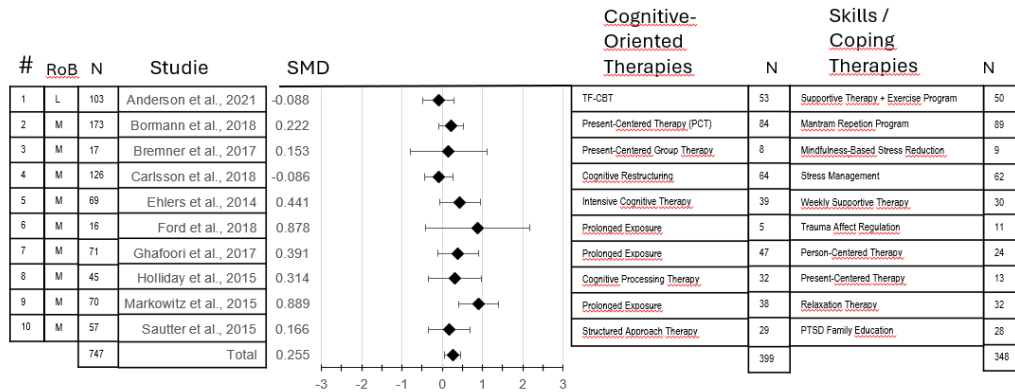
Outcome: «Better functional outcomes» at post-treatment



RoB: Risk Of Bias; SMD: Standardized Mean Difference; TAU: Treatment As Usual; WL: Waiting List

Cognitive-oriented versus Skills/Coping therapies

Outcome: «Scores on functioning mesures» at post-treatment



Random effect size (SMD)= 0.255 (0.053-0.457) $I^2 = 38.9$

RoB: Risk Of Bias; SMD: Standardized Mean Difference; TAU: Treatment As Usual; WL: Waiting List

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no