

# Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD)

## EN KLINISK KUNSKAPSUPPDATERING

**Svåra livshändelser** kan påverka människan på många sätt – ibland till det bättre, exempelvis genom en mer vital syn på livet eller personlig utveckling. Men de negativa följderna är mångfasetterade, och av stress-sårbarhetsmodellen följer att många former av psykisk ohälsa kan utlösas eller förstärkas av negativa och potentiellt traumatiserande händelser. Denna översikt rör uttryck för traumarelaterad psykisk ohälsa som vanligtvis har kallats posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). PTSD är en psykiatrisk diagnos som beskriver ett tillstånd där en eller flera mycket påfrestande händelser, som innehållit livsfara eller extrem psykologisk påfrestning, lämnat varaktiga spår som skapar ett stort lidande och funktionsnedsättning. Det kan handla om att själv ha varit direkt utsatt eller att ha bevittnat eller underrättats om andras utsatt-het. Behandling av PTSD beskrivs i en åtföljande artikel i detta nummer.

PTSD karaktäriseras av plågsamma minnesbilder, undvikande av påminnelser om händelsen och över-spändhet/markanta stimulusreaktioner. Ofta förekommer negativa förändringar i tankar och humör: överdrivna skuld-känslor, nedstämdhet, främlingskap inför andra. Minnesbilder från händelsen kan komma dag- eller nattetid, då i form av mardrömmar. Minnesbilder i vaket tillstånd är ofrivilliga och fragmenterade och åtföljs ofta av emotionell och fysiologisk reaktivitet. Ibland är minnesbilderna så påträngande att personen förlorar orienteringen och tycker sig uppleva händelsen på nytt (flashback). Det intensiva obehag som väcks skapar starka incitament för undvikande av allt som kan påminna om händelsen, såväl platser, saker och personer som tankar och känslor. Överspändhet tar sig vanligtvis uttryck i en allmän förhöjd anspändhet och vaksamhet eller lättskräm-dhet. Vissa personer kan te sig avstängda och bedöva-de inför plötsliga stimuli. Symtombilden, med bland annat tydligt undvikande, försvarar självläkning och minskar sannolikheten att den drabbade söker vård. Även om det står klart att människor kan traumatise-ras av svåra händelser, är det bland annat för kliniker och forskare försvarande att definitionen av PTSD och de ingående delarna skiljer sig väsentligt i diagnos-systemen DSM-5 [1] och ICD 11 [2]. Detta gäller även andra trauma- och stressrelaterade diagnoser som finns endast i ett av dessa två system. När Sverige bör-jar använda ICD-11 i vården finns därmed en risk att skillnaderna vållar svårigheter.

### Förekomst och prognos

De flesta människor upplever minst en potentiellt traumatiserande händelse i livet. Potentiellt trauma-

**Sofie Bäärnhjelm**, docent, överläkare, sektionschef, Transkulturellt centrum, Region Stockholm; Karolinska institutet  
 ● sofie.baarnhielm@regionstockholm.se

**Björn Ramel**, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri-mottagning Lund; barn- och ungdoms-psykiatrimottagning konsidentitet Malmö

**Eva Theunis**, special-läkare, allmänme-dicin, Flyktningme-dicinsk mottagning, Göteborg

**Goran Mijaljica**, överläkare, psykiatri, Transkulturellt cen-trum, Region Stock-holm; överläkare, Haukeland universi-tetssjukhus, Øyane DPS, Norge

**Johan Dyster-Aas**, med dr, överläkare, specialist, psykiatri, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet

**Filip K Arnberg**, docent, klinisk psyko-logi, programdirektör, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet; psykolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

tiserande händelser involverar vanligtvis hot om eller faktisk allvarlig skada, plötslig eller våldsam död samt sexuell våld. Det är vanligt att individer i ett tidigt ske-de efter en potentiellt traumatisk händelse upplever ett eller flera tecken på PTSD, men dessa avklingar van-ligtvis med tiden. Det sociala stödet, framför allt från familj, vänner och kollegor, är betydelsefullt för åter-hämtning. Livstidsprevalensen av PTSD i befolknings-

»Händelser som upprepas, har längre varaktighet eller är avsiktligt orsakade av andra – i synnerhet om de sker i barndomen och orsakas av omsorgspersoner – förknippas med ökad risk ...«

studier är ca 2-7 procent i västvärlden [3]. I en svensk enkätstudie bedömdes den till 6 procent för ca 20 år se-dan [4], men mer aktuellt underlag behövs. Risken att utveckla PTSD efter en mycket svår händelse varierar stort beroende på händelsens art och den individuel-

### HUVUDBUDSKAP

- PTSD är en psykiatrisk diagnos som beskriver ett tillstånd där en eller flera mycket svåra händelser lämnat varaktiga spår som skapar ett lidande.
- Samsjuklighet med en rad psykiska sjukdomar är mer regel än undantag vid PTSD.
- Somatiska besvär och sjukdomar är vanliga vid PTSD, och ibland orsak till vårdkontakten.
- Tidig upptäckt av PTSD och behandling av samsjuklig-het kan förbättra både psykisk och fysisk hälsa.
- Gott socialt stöd minskar risken att utveckla PTSD.
- Definitionen av PTSD skiljer sig väsentligt i diagnos-systemen DSM-5 och ICD-11.
- Komplex PTSD är en ny diagnos i ICD-11 som införts för att identifiera särskilt komplicerade former och ingår tillsammans med PTSD i gruppen stressrelaterade syndrom.

la exponeringen [3]. Händelser som upprepas, har längre varaktighet eller är avsiktligt orsakade av andra – i synnerhet om de sker i barndomen och orsakas av omsorgspersoner – förknippas med ökad risk för PTSD eller mera ihållande och allvarliga symtom. Sexuella övergrepp och närståendes plötsliga eller våldsamma dödsfall står för majoriteten av PTSD-fallen globalt. Incidensen av PTSD efter sexuella övergrepp är hög [3].

För barn visar studier en hög men varierande förekomst av traumaexponering. I en svensk rapport bejakade 57 procent av tillfrågade elever i årskurs 9 exponering för någon typ av våld under uppväxten, varav 29 procent av en förälder [5]. Våld kan vara direkt riktat mot barnet eller indirekt. Övergrepp sker även digitalt [5]. Lagstiftning mot barnfridsbrott, som trädde i kraft i Sverige 2021, innebär att det är straffbart att utsätta ett barn för att bevittna vissa brottsliga gärningar, såsom vålds- och sexualbrott i nära relationer. Pojkar och flickor utsätts för våld och trauma i ungefär samma omfattning. Sexuella övergrepp är vanligare bland flickor, medan fysiskt våld är vanligare bland pojkar. Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser, hbtq-identitet, att inte bo med båda föräldrar, att leva i hederskontext eller placering utanför hemmet kan öka risken för PTSD. En metaanalys visar att 15,9 procent av traumaexponerade barn utvecklar PTSD före 18 år [6]. Liksom hos vuxna innebär interpersonella händelser, inklusive sexuella övergrepp och större grad av hot mot livet, förhöjd risk för barn; likaså om vårdnadshavare är förövare och vid exponering för fler traumatyper.

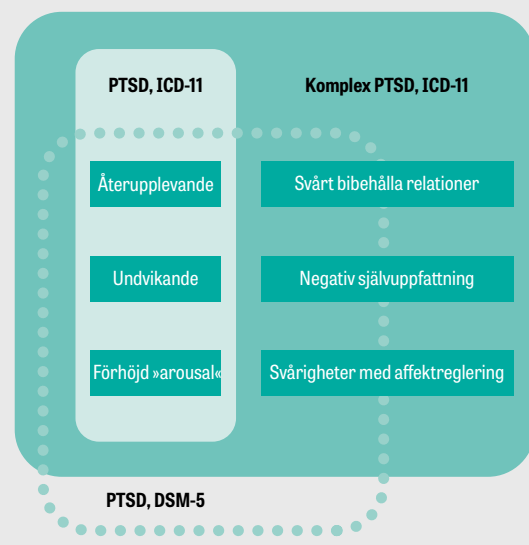
Barndomstrauma medför inte bara en risk för PTSD utan bör ses som en transdiagnostisk riskfaktor för psykopatologi i barndomen upp i vuxen ålder [7-9]. Barnmisshandel, inklusive trauma och försummelse, har således beskrivits som den mest förebyggbara faktorn för psykisk sjukdom [10]. Sjukdomsförlopp och förutsättningar för behandling av psykisk sjukdom, inte minst av depression, påverkas ofta negativt när det finns en traumahistorik. [11]. Flera studier visar att svåra händelser som inte anses nå tröskelvärdet för trauma enligt DSM-5, till exempel mobbning, ofta kan påverka den psykiska hälsan negativt, inklusive symtom förenliga med PTSD [12].

Spontant tillfrisknande från PTSD sker oftast relativt tidigt hos vuxna och barn, inom 3-6 månader [13-15], men kan även ske efter flera år [14]. Därefter riskerar tillståndet att bli långvarigt om inte behandling sätts in [2, 14]. Besvären avklingar dock sällan likformigt utan fluktuerar över tid. Vid senare svåra händelser finns en sårbarhet med ökad risk för PTSD. Socialt stöd är en viktig komponent för läkning och bidrar till resiliens vid traumatisk stress [16]. Begreppet resiliens syftar på individens förmåga att utveckla motståndskraft mot psykiska problem trots svårigheter. I en svensk studie av torterade syriska flyktingar var socialt stöd en skyddande faktor mot att utveckla PTSD [17]. Svår, kronisk traumatisering kan också få mera genomgripande uttryck i personligheten, som negativ självvärdering, bristande emotionsreglering och tillitsrelaterade relationssvårigheter.

## Förändring av diagnoskriterier för PTSD i DSM-5

När DSM-5 lanserades 2013 förändrades PTSD-diagnosen. PTSD flyttades från ångestkapitlet till ett nytt

**FIGUR 1.** Förenklad illustration av överlappning av symtomgrupper som ingår i definitioner av PTSD och komplex PTSD i olika klassifikationssystem.



kapitel, trauma- och stressrelaterade tillstånd. Definitionen av händelser som kan utgöra ett trauma blev tydligare och snävare, bland annat försvann det tidigare kravet att individen måste reagera med intensiv rädsla, skräck eller hopplöshet. Bland annat för att inkludera svårare och mer komplicerade former av PTSD utvidgades antalet symtomkriterier, och en dissociativ undertyp av PTSD infördes. Detta innebär att PTSD enligt DSM-5 kan visa sig på många sätt. De nya symtomkriterierna i DSM-5 överlappar delvis tilläggs-

**»Som reaktion på kritik om att PTSD-diagnosen i DSM-IV var okänslig för yngre barn införde DSM-5 en undertyp för barn 6 år eller yngre.«**

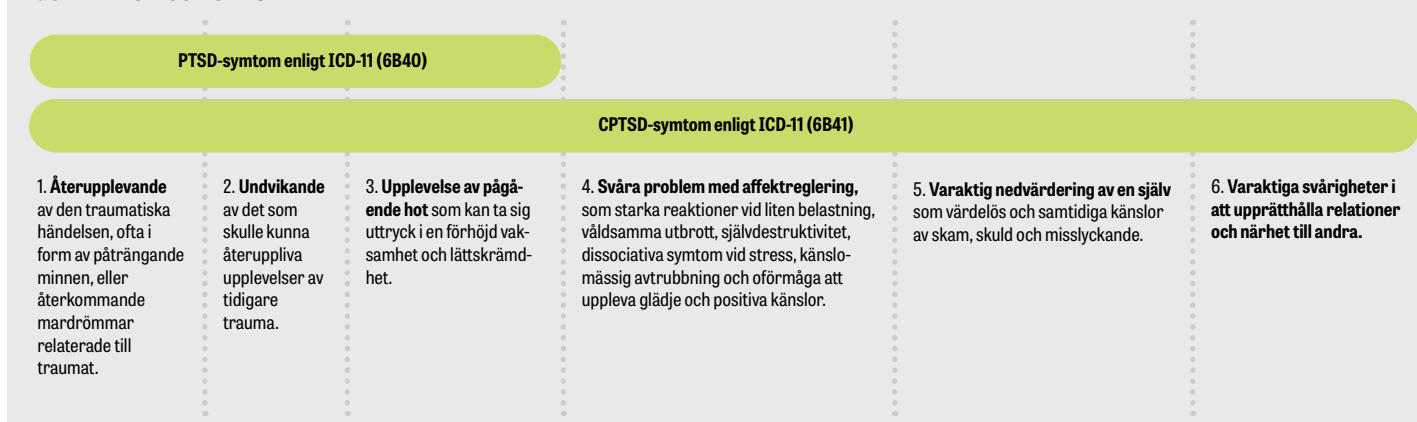
kriterierna för ICD-diagnosen komplex PTSD (CPTSD) (Figur 1).

Som reaktion på kritik om att PTSD-diagnosen i DSM-IV var okänslig för yngre barn införde DSM-5 en undertyp för barn 6 år eller yngre. Kraven för diagnos är lägre ställda, och kriterierna baseras i högre grad på beteende än internaliserade symtom. Påträngande traumaminnen behöver till exempel inte upplevas som plågsamma, utan kan visa sig som repetitiv lek med traumainnehåll.

## Komplex PTSD (CPTSD) – en ny diagnos i ICD-11

CPTSD är en ny diagnos i ICD-11 som införts för att identifiera individer med särskilt komplicerade sym-

**FIGUR 2. PTSD och CPTSD**



tom och ingår tillsammans med PTSD i gruppen stressrelaterade syndrom. Båda diagnoserna förutsätter en eller flera tidigare mycket svåra händelser. CPTSD förutsätter att kriterierna för PTSD är uppfyllda, men också svåra och genomgripande problem med affektreglering, negativ självbild och ihållande svårigheter i relationer (Figur 2). Dissociation nämns inte explicit som ett symtom vid CPTSD, men studier indikerar en förhöjd förekomst, särskilt efter svåra barn-domshändelser i familjekontext [18]. CPTSD medför ofta en ytterligare försämrad funktion avseende familjerelationer, utbildning och arbete jämfört med PTSD. CPTSD uppträder främst efter mycket svåra, långvariga eller återkommande traumatiska händelser. Kvinnor har en högre risk att utveckla både PTSD och CPTSD. CPTSD finns inte som diagnos i DSM-5.

### Kulturellt färgad symtomvariation

Både ICD-11 och DSM-5 har uppmärksammat variation beroende på kulturella aspekter. I ICD-11 beskrivs att ilska kan vara det mest framträdande uttryckssättet i vissa kulturella grupper och mardrömmar i andra. Vad som upplevs som potentiellt traumatiserande kan skilja sig mellan grupper. Beträffande CPTSD påpekas att dissociativa symtom kan vara vanligare i vissa grupper och att PTSD hos flyktingar och asylsökande kan förvärras av flyktingkapets sociala påfrestningar. DSM-5 beskriver att kulturer erbjuder olika kognitiva modeller för att koppla traumatiska händelser till specifika symtom, vilket leder till olika kulturellt färgade uttryck för PTSD.

### Samsjuklighet

Det finns en hög samsjuklighet vid PTSD med en rad psykiska och somatiska sjukdomar, inte minst depressions- och ångestsjukdomar. Runt 50 procent av patienter med PTSD har samtidig depression [19]. Vanligt är även substans- och alkoholbrukssyndrom [20]. Förhöjd samsjuklighet finns även för emotionellt instabilt personlighetssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, bipolär sjukdom typ I, paniksyndrom, antisocialt personlighetssyndrom, agorafobi, social och specifik fobi och ätstörningar [21]. Nya studier har uppmärksammat den höga förekomsten av psykos-

symtom hos flyktingar med PTSD [22]. PTSD innebär en tydligt förhöjd suicidrisk [23]. CPTSD ser ut att innebära en än mer påtaglig samsjuklighet med andra psykiska sjukdomstillstånd än PTSD [24].

Hos personer i konfliktområden finns en förhöjd risk för PTSD och en förhöjd samsjuklighet med andra psykiska sjukdomar [25]. En aktuell studie visar hög

**»PTSD innebär även en ökad risk för bland annat metabola sjukdomar, muskuloskeletala sjukdomar, kronisk smärta, psykosomatiska besvär och immunmedierade sjukdomar ...«**

förekomst av PTSD hos ukrainska flyktingar, både internflyktingar och de som lämnat landet [26]. En tysk studie visar en hög allmän förekomst av trauma och psykisk ohälsa bland ukrainska flyktingar [27].

Det är viktigt att kliniskt uppmärksamma den stora samsjukligheten med flera somatiska sjukdomar. PTSD är en stark riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar [28-30] för såväl män som kvinnor [31]. Det finns samband mellan PTSD och lungsjukdomar [32]. Risken för neurologiska sjukdomar är förhöjd, med ökad risk för demensutveckling, Parkinsons sjukdom och nedsatt kognitiv förmåga [33]. PTSD innebär även en ökad risk för bland annat metabola sjukdomar, muskuloskeletala sjukdomar, kronisk smärta, psykosomatiska besvär och immunmedierade sjukdomar [28, 33]. Hos flyktingpatienter kan tortyrskador orsaka långvarig smärta [34], och de kan ha drabbats av traumatisk hjärnskada [35]. Traumatisk stress ökar risken för inflammatoriskt relaterade sjukdomar [36] och för autoimmun sjukdom [30].

Den höga somatiska samsjukligheten visar vikten

av kombinerad psykiatrisk och somatisk utredning och behandling. Det är viktigt att utreda smärtpatienter för eventuell PTSD [37]. Smärta och PTSD-symtom kan interagera på ett sätt som har visats öka svårighetsgrad och effekt av båda åkommorna [38]. Tidig upptäckt och behandling av samsjukligheten kan förbättra både den psykiska och fysiska hälsan och minska förekomsten av ytterligare sjukdom samt minska dödlighet [39,40].

**Är PTSD en systemsjukdom?** I stället för att betrakta PTSD som en stressrelaterad psykisk sjukdom med hög samsjuklighet har det föreslagits att PTSD bör ses som en systemsjukdom med olika neurobiologiska, fysiologiska och inflammatoriska reaktioner på stress [41]. Därtill visar forskning att trauma och svåra belastningar i barndomen kan få långtgående följder på molekylär och neurobiologisk nivå, vilket antas bidra till att dylika barndomserfarenheter är generellt potentiella riskfaktorer [10].

## Differentialdiagnostik

Förutom en hög samsjuklighet finns vid PTSD även en påtaglig symtomöverlappning med andra psykiska sjukdomar, särskilt generaliserad ångest och depression. Flera kriterier för depression kan även vara kriterier för PTSD. Återupplevande är dock unikt för både PTSD och CPTSD, samtidigt som dessa diagnoser också förutsätter traumaexponering. Borderline-personlighetssyndrom [BPS] och särskilt CPTSD delar en klinisk bild av svårigheter med affektreglering och relationer. BPS utmärks av en instabil och varierande självbild. Vid CPTSD är självbilden konstant nedvärderad. Relationssvårigheter vid CPTSD innebär en tendens att undvika och distansera sig från relationer, till skillnad från BPS, som uppvisar ett mönster av instabila och intensiva relationer. Impulsivitet, suicidalitet och självskadebeteenden verkar vara vanligare vid BPS än vid CPTSD [42]. Vikten av att uppmärksamma dissociativa symtom vid PTSD och särskilja dem från psykotiska symtom har framhållits, men det är en klinisk utmaning [43]. Vidare är dissociativa och psykotiska syndrom och BPS associerade med ökad förekomst av trauma. Dissociation i sin patologiska form definieras i DSM-5 som en störning av de normala integrerade funktionerna av medvetande, minne, identitet och/eller perception av omgivningen, och kan i vissa fall vara så framträdande att handläggningen bör inriktas mot dessa besvär snarare än PTSD.

När det gäller PTSD och utvecklingsrelaterade funktionsstörningar finns både komplexa samband och differentialdiagnostiska utmaningar. Koncentrations-svårigheter, svårigheter att reglera känslor och sömnproblem förekommer både vid ADHD och PTSD. En metaanalys har visat ett dubbelriktat samband mellan ADHD och PTSD, det vill säga ökad risk för PTSD vid ADHD och i något mindre grad omvänt [44]. Samtidigt utgör beteendeproblematik och impulsivitet associerad med ADHD en riskfaktor för traumaexponering. Individer med ADHD kan ha en förhöjd sårbarhet för PTSD. En studie fann att barn utsatta för misshandel hade fler utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningsdiagnoser än barn utan motsvarande bakgrund, samtidigt som sambanden inte främst förklarades av misshandel [45]. Författarna rekommenderar

att barn utsatta för misshandel genomgår en full neuropsykologisk bedömning och att kliniker uppmärksammar att barn med flera utvecklingsrelaterade svårigheter har en förhöjd risk att utsättas för misshandel. Trauma och svåra händelser har associe-

---

## »När det gäller PTSD och utvecklingsrelaterade funktionsstörningar finns både komplexa samband och differentialdiagnostiska utmaningar.«

---

rats med lägre kognitiv förmåga, men en longitudinell studie fann inget orsakssamband [46, 47]. Någon tydligt ökad förekomst av PTSD bland patienter med autismspektrumstörning har inte visats [48].

## Vård användande vid PTSD och barriärer till vård

Antalet personer i Sverige som behandlats för PTSD i vården fördubblades nästan mellan åren 2006 och 2016 [49]. Risken att vårdas för PTSD var kopplad till migrationsstatus, tidigare psykisk sjukdom, låg inkomst eller utbildning, kvinnor, äldre, ensamstående föräldrar och stadsmiljö [49]. Trots ett ökat vårdanvändande finns barriärer till vård och behandling. Det kan finnas flera samverkande faktorer som bidrar till detta. PTSD-symtom som undvikande och kognitiv funktionsnedsättning försvårar hjälpsökande och förmåga att berätta om symtom och svåra händelser. För den som är ny i Sverige är bristande kunskap om vården och språksvårigheter begränsande faktorer. Låg hälsolitteracitet påverkar hjälpsökande. För patienter med PTSD som inte vet att upplevda svåra trauman kan påverka den psykiska hälsan, eller att det går att få hjälp, är det ofta de somatiska symtomen som förmedlas till vården. Även stigma runt psykisk ohälsa och psykologisk behandling bidrar till svårigheter att söka hjälp.

Det finns även barriärer i vården. Kunskaps- och kompetensbrist om PTSD hos vårdpersonal leder till försämrad identifiering av PTSD [50]. En översiktsartikel om barriärer till vård och vad som underlättar vårdsökande vid PTSD lyfter fram betydelsen av identifiering av PTSD i vården, men också vikten av att individen kommer över upplevelser av skam över emotionella problem [51]. Språket kan vara en kommunikationsbarriär [52]. Olika språk behöver däremot inte vara en behandlingsbarriär [53].

## Diagnostik när diagnoskriterier ser olika ut

Klinisk bedömning, självskattningsformulär och strukturerade intervjuer utgör basen för diagnostik av PTSD. Då det inte är självklart att patienten själv identifierat kopplingen mellan svåra livshändelser och psykiska besvär, behöver undersökningen både fastställa förekomst av svåra händelser och huruvida besvaren har uppkommit eller förvärrats i samband

## »För att kliniker enkelt ska kunna hålla sig uppdaterade och få stöd i att orientera sig i en ibland komplex symtombild ser vi ett behov av ett samordnat nationellt kunskapsstöd.«

med händelsen. För vidare utredning och behandling se vår åtföljande artikel i detta nummer.

Att som kliniker navigera bland diagnoskriterier försvåras av de olika definitionerna av PTSD i de senaste upplagorna av diagnostiska manualer. Tidigare har man försökt harmonisera definitionerna av PTSD i WHO:s ICD-system och APA:s (American Psychiatric Association) DSM-system. I och med den senaste utgåvan av DSM, DSM-5, avbröts detta. Ett skäl var att DSM-definitionen av PTSD blev än mer omfattande, till följd av ambitionen att inkludera fler och mer komplicerande aspekter av posttraumatisk stress. ICD-11 däremot, som ratificerades 2018 och inom två år torde finnas på svenska, har förenklat definitionen och dess diagnosformulering. Den innehåller endast mera prototypiska symtom, men har i tillägg formulerat den nya diagnosen, CPTSD. I såväl psykiatrisk som somatisk vård är det viktigt att uppmärksamma symtom på PTSD och initiera behandling för både psykologiska och somatiska symtom.

Kunskaper kring PTSD och konsekvenser av svåra trauman är ett snabbt växande forsknings- och kunskapsfält. För att kliniker enkelt ska kunna hålla sig uppdaterade och få stöd i att orientera sig i en ibland komplex symtombild ser vi ett behov av ett samordnat nationellt kunskapsstöd. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2024;121:23090*

### SUMMARY

#### Post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) – a clinical update of knowledge

Post-traumatic stress disorder, PTSD, is a psychiatric diagnosis that describes a condition where one or more very traumatic events, that include life-threatening or extreme psychological stress, have left permanent traces of distress that induce sustained suffering. In this clinical overview, we present current updates in diagnostic criteria and a new diagnosis of complex PTSD, and discuss the problems caused by the new PTSD diagnosis criteria partially differing in the DSM-5 and ICD-11 diagnostic manuals. Diagnostic challenges caused by symptom variations is discussed, as well as the high degree of comorbidity with other psychiatric and somatic illnesses. Combined forms of treatment that reduce both psychological PTSD and somatic symptoms is underscored, as well as the clinical value of early discovery of PTSD and treatment of comorbidity. Furthermore, the article illuminates knowledge about resilience and social support as protective factors.



## REFERENSER

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- International classification of diseases and related health problems, 11th revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Trauma and PTSD in the WHO World mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(Suppl 5):1353383.
- Frans O, Rimmö PA, Aberg L, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):291-9.
- Jernbro C, Landberg Å, Thulin J. Våld mot barn 2022. En nationell kartläggning. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2023.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204:335-40.
- Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, et al. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;273(3):397-410.
- McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, et al. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Med*. 2020;18(1):96.
- Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):247-56.
- Teicher MH, Gordon JB, Nemeroff CB. Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education. *Mol Psychiatry*. 2022;27(3):1331-8.
- Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169(2):141-51.
- Larsen SE, Pacella ML. Comparing the effect of DSM-congruent traumas vs. DSM-incongruent stressors on PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2016;38:37-46.
- Diamond PR, Airdrie JN, Hiller R, et al. Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: a meta-analytic study. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2066456.
- Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):249-55.
- Hiller RM, Meiser-Stedman R, Fearon P, et al. Research review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma – a meta-analytic study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(8):884-98.
- Horn SR, Feder A. Understanding resilience and preventing and treating PTSD. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(3):158-74.
- Gottvall M, Vaez M, Saboonchi F. Social support attenuates the link between torture exposure and post-traumatic stress disorder among male and female Syrian refugees in Sweden. *BMC Int Health Hum Rights*. 2019;19(1):28.
- Hyland P, Hamer R, Fox R, et al. Is dissociation a fundamental component of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder? *J Trauma Dissociation*. Epub 4 Jul 2023. doi: 10.1080/15299732.2023.2231928
- Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, et al. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2013;26(3):299-309.
- Debell F, Fear NT, Head M, et al. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(9):1401-25.
- Rijkers C, Schoorl M, van Hoeken D, et al. Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6):510-7.
- Rathke H, Poulsen S, Carlsson J, et al. PTSD with secondary psychotic features among trauma-affected refugees: the role of torture and depression. *Psychiatry Res*. 2020;287:112898.
- Holliday R, Borges LM, Stearns-Yoder KA, et al. Posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and suicidal self-directed violence among US military personnel and veterans: a systematic review of the literature from 2010 to 2018. *Front Psychol*. 2020;11:1998.
- Karatzias T, Hyland P, Bradley A, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety*. 2019;36(9):887-94.
- Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-8.
- Ben-Ezra M, Goodwin R, Leshem E, et al. PTSD symptoms among civilians being displaced inside and outside the Ukraine during the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res*. 2023;320:115011.
- Buchcik J, Kovach V, Adedeji A. Mental health outcomes and quality of life of Ukrainian refugees in Germany. *Health Qual Life Outcomes*. 2023;21:(23).
- Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):86-99.
- Song H, Fang F, Arnberg FK, et al. Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: population based, sibling controlled cohort study. *BMJ*. 2019;365:11255.
- Song H, Fang F, Tomasson G, et al. Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA*. 2018;319(23):2388-400.
- Gradus JL, Farkas DK, Svensson E, et al. Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009334.
- Spitzer C, Barnow S, Völzke H, et al. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med*. 2009;71(9):1012-7.
- Ryder AL, Azcarate PM, Cohen BE. PTSD and physical health. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(12):116.
- Williams AC, Amris K. Pain from torture. *Pain*. 2007;133(1-3):5-8.
- Diaz M, Wallin Lundell I. Tortyrrens påverkan på exekutiva funktioner. Konsekvenser av PTSD och traumatisk hjärnskada hos tortyröverlevare vid traumabehandling, asylprocess och integration. Huddinge: Röda Korsets kompetenscenter för tortyr- och krigsskaderehabilitering; 2023.
- Levine AB, Levine LM, Levine TB. Posttraumatic stress disorder and cardiometabolic disease. *Cardiology*. 2014;127(1):1-19.
- Kind S, Otis JD. The interaction between chronic pain and PTSD. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(12):91.
- Nordin L, Perrin S. Pre-treatment pain predicts outcomes in multimodal treatment for tortured and traumatized refugees: a pilot investigation. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1686807.
- Thomae K, Dorrepaal E, Draijer N, et al. Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD? A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2014;50:1-15.
- Lunkenheimer F, Garatva P, Steubl L, et al. Prevalence and incidence of post-traumatic stress disorder and symptoms in people with chronic somatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2023;14:1107144.
- Krantz DS, Shank LM, Goodie JL. Post-traumatic stress disorder (PTSD) as a systemic disorder: pathways to cardiovascular disease. *Health Psychol*. 2022;41(10):651-62.
- Maercker A, Cloitre M, Bachem R, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;400(10345):60-72.
- Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, et al. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2020;46(5):1104-13.
- Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE, et al. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(1):72-83.
- Dinkler L, Lundström S, Gajwani R, et al. Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: a co-twin control analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(6):691-701.
- De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological findings in pediatric maltreatment: relationship of PTSD, dissociative symptoms, and abuse/neglect indices to neurocognitive outcomes. *Child Maltreat*. 2013;18(3):171-83.
- Danese A, Moffitt TE, Arseneault L, et al. The origins of cognitive deficits in victimized children: implications for neuroscientists and clinicians. *Am J Psychiatry*. 2017;174(4):349-61.
- Rumball F. A systematic review of the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorders. *Rev J Autism Dev Disord*. 2019;6:294-324.
- Rahman S, Zammit S, Dalman C, et al. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: a prospective cohort study based on multiple nationwide Swedish registers of 4.6 million people. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e60.
- Salyers MP, Evans LJ, Bond GR, et al. Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: clinician perspectives. *Community Ment Health J*. 2004;40(1):17-31.
- Smith JR, Workneh A, Yaya S. Barriers and facilitators to help-seeking for individuals with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Trauma Stress*. 2020;33(2):137-50.
- Mangrio E, Sjögren Forsk K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):814.
- D'Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, et al. Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. *Behav Cogn Psychother*. 2007;35(3):293-301.