

Utredning, handläggning och behandling av PTSD och CPTSD

TRAUMAFOKUSERAD PSYKOTERAPI – FÖRSTAHANDSVAL VID BEHANDLING

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) medför ofta ett stort lidande och förloppet kan bli kroniskt, samtidigt som effektiva psykoterapeutiska behandlingar finns tillgängliga [1].

Posttraumatiska stressreaktioner kan visa sig på många sätt - från somatiska och psykosomatiska besvär till mardrömmar, nedstämdhet och ångest. Debut kan ske i samband med en potentiellt traumatiserande händelse eller senare. Patienter med PTSD kan således söka hjälp inom vården av olika anledningar,

»Posttraumatiska stressreaktioner kan visa sig på många sätt – från somatiska och psykosomatiska besvär till mardrömmar, nedstämdhet och ångest.«

och tidssambandet med händelsen/händelserna kan variera [2-5].

PTSD bör inte minst vara en differentialdiagnos när patienten söker för psykisk ohälsa, kronisk smärta eller diffusa somatiska besvär och vid oproportionerliga reaktioner på en sjukdom och/eller behandling eller andra ingrepp [1, 3, 4, 6].

Utredning av barn och unga

SFBUP:s (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri) riktlinjer för trauma- och stressrelaterade tillstånd rekommenderar att alla som söker vård hos Bup utfrågas strukturerat om barnmisshandel/interpersonella trauman [7]. Vårdnadshavare och barn utfrågas normalt separat. Nekande svar utesluter inte traumaexponering, särskilt vid brister i alliansen, och det kan finnas skäl att upprepa frågorna senare.

För barn i skolåldern som har svårt att svara muntligt på frågor om trauma kan proceduren göras skriftligt. Flera frågeformulär finns, till exempel CATS (Child and adolescent trauma screen) som rör både händelser och PTSD-symtom [8].

Barnets psykosociala miljö och eventuella riskbetenden kartläggs, inklusive vårdnadshavares förmåga att erbjuda stöd, trygghet och skydd mot ny utsatthet. Vid misstanke om att barn far illa görs orosanmälan

Goran Mijaljica, överläkare, psykiatri, Transkulturellt centrum, Region Stockholm; överläkare, Haukeland universitetssjukehus, Øyane DPS, Norge
 ● goran.mijaljica@region-stockholm.se

Sofie Bäärnhielm, docent, överläkare, sektionschef, Transkulturellt centrum, Region Stockholm; Karolinska institutet

Eva Theunis, speciallistläkare, allmänmedicin, Flyktingmedicinsk mottagning, Göteborg

Johan Dyster-Aas, med dr, överläkare, specialist, psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala; Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet

Filip K Arnberg, docent, klinisk psykologi; programdirektör, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet; psykolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Björn Ramel, överläkare, barn- och ungdomspsykiatrimottagning Lund; barn- och ungdomspsykiatrimottagning konsidentitet Malmö

till socialnämnden [9]. Traumaexponering och PTSD innebär en förhöjd suicidrisk [10-12]. Suicidrisken måste därför värderas.

Bedömning av PTSD är normalt aktuell först efter 1 månads symtomduration. Eftersom symtombilden ofta är mångfasetterad, samtidigt som psykiatrisk samsjuklighet är vanlig, behövs i regel en bred barnpsykiatrisk bedömning [11]. Den inkluderar lämpligen klinisk intervju med utvecklingsanamnes, strukturerat diagnostiskt instrument som MINI-KID (Mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents), skattning av funktionsnivå och validerade screeninginstrument (patient och vårdnadshavare) för kvantifiering av symtombördan. Vid misstänkt PTSD rekommenderas i första hand screeninginstrument CATS-1, och vid misstänkt komplex PTSD (CPTSD) CATS-2 (se Tabell 1). Dissociativa symtom utforskas.

Givet hög symtomöverlappning mellan PTSD och vanliga diagnoser som depression, ångest och ADHD är det för korrekt diagnostik angeläget att bedöma sambandet mellan aktuella symtom och traumaexponering, det vill säga om de debuterat eller markant förvärrats efteråt. Vid flera traumahändelser, vilket inte är ovanligt, kan det vara en utmaning.

CAPS-CA-5 (Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 - child/adolescent version) har nyligen översatts till svenska och är det etablerade standardinstrumentet för PTSD-diagnostik [13].

Hos yngre barn baseras bedömning och diagnostik

HUVUDBUDSKAP

- Diagnostik och behandling av patienter med svåra trauman är ofta svår och kräver mycket av vårdens organisation.
- Traumafokuserad psykoterapi är förstahandsval vid behandling av PTSD hos både barn och vuxna.
- Läkemedelsbehandling kan användas som ett alternativ eller som tillägg till psykologisk behandling.
- Traumafokuserad psykoterapi eller kombinerade behandlingar verkar ha god effekt på komplex PTSD, men mer forskning och klinisk erfarenhet behövs.
- Det är önskvärt med ett multidisciplinärt tillvägagångssätt, speciellt vid komplexa tillstånd.
- Både primär- och specialistvården har en viktig roll i behandling av PTSD, och samarbete mellan olika vårdnivåer är angeläget.

mer på vårdnadshavares uppgifter. För barn 6 år och yngre har DSM-5 andra och utvecklingsanpassade kriterier än för äldre barn. Exempelvis kan traumaspecifikt återupprepande förekomma under lek.

Vid misstanke om brott som fysiskt våld eller sexuella övergrepp görs somatisk undersökning, och fynd dokumenteras.

Utredning på primärvårdsnivå hos vuxna

Har patienten kärnsymtom på PTSD med »flashbacks«, undvikande och överspändhet som är tydligt

»Bedömningen är svårare när patienten söker vård av andra skäl ... när det gått lång tid sedan den utlösande händelsen, vid multipla trauman eller när det finns psykiatrisk samsjuklighet.«

kopplade till ett trauma är diagnosen ofta uppenbar. Bedömningen är svårare när patienten söker vård av andra skäl, som kroppsliga symtom (till exempel kronisk smärta), när det gått lång tid sedan den utlösande händelsen, vid multipla trauman eller vid psykiatrisk samsjuklighet. Bedömningen kan vidare kompliceras om patienten saknar tillit till vårdpersonal och därmed underrapporterar symtom och traumatiska erfarenheter.

Vid utredning på primärvårdsnivå ingår en basal kartläggning av psykisk ohälsa med samtal, psykiatrisk anamnes, kroppsuppsökning och provtagning för att utesluta och upptäcka andra sjukdomar [2, 3].

I anamnesen undersöks särskilt patientens sociala situation och funktionsförmågan och personligheten före traumat.

Utredningen, som med fördel kan ske i samarbete med psykolog eller kurator, kartlägger om diagnoskriterierna för PTSD uppfylls. Strukturerad intervju enligt MINI (Mini international neuropsychiatric interview), som innehåller en specifik PTSD-sektion, kan vara till hjälp [2]. Skattningsformulär PCL-5 (Tabell 2), som finns översatt till olika språk, kan också användas.

Utredning på specialistnivå hos vuxna

Basutredningen är den initiala diagnostiska utredningen vid patientens första kontakt med specialistpsykiatri [18]. I Västra Götalandsregionen innehåller basutredningen exempelvis intervju/samtal med ledning av en anamnesmall, standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik (MINI/SCID-1), skattningsskalor (till exempel AUDIT [Alcohol use disorders identification test], DUDIT [Drug use disorders identification test] och WHODAS, [WHO Disability assessment schedule]), kontroll av biologiska markörer (blodstatus, elektrolytstatus, leverstatus, tyroidea-

TABELL 1. Användbara instrument för screening och diagnostik av PTSD och CPTSD, barn och unga

Instrument	Innehåll
<ul style="list-style-type: none"> ● CATS (Child and adolescent trauma screen), version 1 och 2 [8, 14, 15] 	<p>Screeninginstrument, tillgängligt som självskattning (7-17 år) och föräldraskattning för barn från 3 års ålder. CATS innehåller frågor om potentiellt traumatiserande händelser, symtom och funktionspåverkan. CATS-1 baseras på PTSD-symtom enligt DSM-5. CATS-2 innehåller dessutom frågor med utgångspunkt i ICD-11-diagnoserna PTSD och CPTSD. Instrumenten är värdefulla vid diagnostik och för uppföljning av behandlingseffekt.</p> <p>CATS finns att tillgå via Barnafriid - Formulär och metodstöd.</p> <p>CATS finns på flera språk.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● CRIES (Children's revised impact of event scale) [16] 	<p>Screeninginstrument för självskattning. Finns i två versioner med 8 respektive 13 frågor, båda baserade på PTSD enligt DSM-IV. Översatt till flera språk.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● A-DES (Adolescent dissociative experiences scale) [17] 	<p>Screeningformulär med 30 frågor om dissociation. Från 12 års ålder.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS-CA-5 (Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 - child/adolescent version) [13] 	<p>Strukturerad klinikeradministrerad intervju för diagnostik av PTSD enligt DSM-5 hos barn från 7 år. Innehåller 30 frågor. Instrumentet förutsätter förkunskaper och är tillgängligt via Barnafriid.</p>

TABELL 2. Exempel på instrument för kartläggning av potentiellt traumatiserande händelser och symtomskattning/diagnostik av PTSD och CPTSD, vuxna

Instrument	Innehåll
<ul style="list-style-type: none"> ● LEC-5 (Life event checklist) [21] 	<p>Självadministrerad skala som kartlägger om patienten har varit utsatt för någon av 16 potentiellt traumatiska händelser som tycks kunna leda till utveckling av PTSD.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● CAPS-5 (Clinician-administered PTSD scale for DSM-5) [22] 	<p>En strukturerad klinisk intervju som innehåller 30 frågor och kan användas för att ställa PTSD-diagnos under den senaste månaden eller under livstiden eller bedöma PTSD-symtomen under senaste veckan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● PCL-5 (Posttraumatic stress syndrome checklist version 5) [23] 	<p>En självskattningsskala som används för att utvärdera PTSD-symtom enligt DSM-5. PCL-5 kan användas för screening av PTSD-symtom, för att bekräfta diagnosen eller för att följa upp behandlingens effekt på PTSD-symtomen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● ITQ (International trauma questionnaire) [20] 	<p>En skala som utvärderar kärnsymtom på PTSD och komplex PTSD enligt kriterier i ICD-11.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● DES-II (Dissociative experiences scale II) [24] 	<p>En skala som kartlägger dissociativa symtom.</p>

status, B-PETH (fosfatidyletanol), U-toxikologisk panel osv), beslut om behandling och läkarbesök [19].

Efter basutredning görs en fördjupad genomgång av de diagnostiska kriterierna för PTSD.

Komplex PTSD (CPTSD) är en ny diagnos i ICD-11. Forskning pågår bland annat om hur diagnosen bäst utreds och behandlas. För mer information om CPTSD, se artikeln »Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD) - en klinisk kunskapsuppdatering« i detta nummer. En diagnostisk utmaning är gränsdragningen mellan CPTSD och emotionellt in-

stabil personlighetsstörning, men även gentemot andra personlighetssyndrom, PTSD och dissociativa syndrom.

Instrument utvecklade för bedömning av CPTSD är ITQ (International trauma questionnaire) (självskattning) och International trauma interview (semistrukturerad diagnostisk intervju). Båda utvärderas i flera länder [20].

Handläggning efter potentiellt traumatiska händelser

Hos barn är försämrat psykiskt mående i anslutning till traumaexponering vanligt men ofta övergående. Blir vården involverad tidigt efter ett trauma är psykoedukation om posttraumatisk stress, normalisering och råd att söka igen om symptomen inte försvinner ofta tillräckligt. Vid allvarliga symtom rekommenderas krisstöd.

Vuxna som söker vård för akuta stressreaktioner kan ofta erbjudas psykosocialt stöd, psykoedukation och egenvård samt information om tillgänglig behandling i fall PTSD utvecklas. Allvarliga tillstånd kräver annan handläggning.

Varken för barn eller vuxna rekommenderas krisamtal (psykologisk debriefing) eller läkemedel som förebyggande åtgärd mot utveckling av PTSD efter en potentiellt traumatiserande händelse [3].

Psykologiska behandlingar vid PTSD/CPTSD

Manualbaserade traumafokuserade kognitiva beteendeterapier (TF-KBT) är förstahandsval vid behand-

»Manualbaserade traumafokuserade kognitiva beteendeterapier ... är förstahandsval vid behandling av PTSD och kliniskt signifikanta PTSD-symtom ...«

ling av PTSD och kliniskt signifikanta PTSD-symtom hos barn och vuxna (Tabell 3 och 4). Det är framför allt tre protokoll som utgör majoriteten av evidensen för TF-KBT: »prolonged exposure«, »cognitive therapy for PTSD« och »cognitive processing therapy«. Även andra behandlingar som narrativ exponeringsterapi (NET) och EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing) har vetenskapligt stöd, men underlaget är svagare än för TF-KBT. Behandlingarna ges vanligtvis på plats, men det finns visst stöd för att psykologisk behandling av PTSD kan ges digitalt eller i grupp.

Traumafokuserad KBT är ett samlingsnamn för olika behandlingsprotokoll. Det mest spridda i Sverige för vuxna torde vara »prolonged exposure« (PE), en form av beteendeterapi. Det huvudsakliga innehållet i protokollet är imaginativ exponering och exponering in vivo [25]. Imaginativ exponering sker under

sessionerna och innebär att patienten återberättar händelsen och bearbetar den med terapeuten, medan exponering in vivo innebär att patienten mellan sessionerna exponeras för bland annat platser som patienten undviker på grund av traumat. Imaginativ exponering kan te sig skrämmande och påfrestande, vilket tillsammans med omfattningen av hemuppgifter mellan sessionerna är en av behandlingens nackdelar. Trots detta är risken för avhopp från detta protokoll, liksom från andra traumafokuserade terapier, inte högre än vid andra former av psykologisk behandling. Väl utförd terapi har god effekt för en majoritet av patienterna [26].

Vid behandling av barn är TF-KBT enligt Cohen, Deblinger och Mannarino den metod som har starkast evidens och är mest etablerad. Även andra traumafokuserade metoder som normalt ryms under paraplybegreppet TF-KBT, såsom »prolonged exposure« för tonåringar (PE-A) och KID-NET, kan användas [27, 28].

Om det bedöms lämpligt är föräldrars/vårdnadshavarens deltagande (ensilt och separat) att föredra, särskilt när det gäller yngre barn. Syftet är att träna föräldrafärdigheter och samspel och att bemöta föräldrars egna känslor inför det som hänt. Liksom för vuxna patienter lindrar TF-KBT samtidig depressivitet och ångest. Evidensen för TF-KBT för barn i förskoleåldern är svagare än för äldre barn. Det gäller även andra metoder som kan övervägas i denna ålder, främst »child-parent psychotherapy«, som är en relationsbaserad metod med grund i psykodynamisk utvecklingsteori, anknytningsteori och traumateori.

Narrativ exponeringsterapi (NET) är en relativt ny behandlingsmetod som främst använts för patienter med flyktningbakgrund. NET syftar till att hjälpa patienten att skapa en kronologisk livsberättelse med fokus på traumatiska upplevelser. Behandlingen bidrar till att omforma det fragmenterade traumatiska minnet till ett sammanhängande narrativ [29]. NET har visats möjligen kunna minska symtom på PTSD och även depressionssymtom [30].

KIDNET är en variant av narrativ exponeringsterapi för barn och har visat bra resultat [31].

FORNET eller narrativ exponeringsterapi för våldsförövare (narrative exposure therapy for forensic offender rehabilitation) fokuserar på PTSD-symtom och aggressivt beteende [32].

WET (written exposure therapy) vid PTSD är en kort, manualiserad behandling som inkluderar att patienten bearbetar traumat genom att skriva om den traumatiska händelsen och dess effekter [33, 34]. WET, liksom en primärvårdsmodell för »prolonged exposure«, är exempel på behandlingsprotokoll med visst stöd som med fördel kan övervägas i primärvård för vuxna.

EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) baseras på teorin om adaptiv informationsbehandling (AIP) [35]. Under bearbetningen rör terapeuten sin hand fram och tillbaka framför patienten, som följer rörelsen med blicken och samtidigt fokuserar på bilder, negativa tankar och kroppsliga sensationer kopplade till det traumatiska minnet. Detta avbryts efter 30–40 sekunder, varpå patienten berättar om tankarna och bilderna hen upplevde under bearbetningen [36].

TABELL 3. Sammanfattning av några behandlingsriktlinjer för PTSD hos barn och unga

Riktlinjer barn	Psykologisk behandling	Farmakologisk behandling	Undvika/Icke-göra
<ul style="list-style-type: none"> ● SFBUP:s »Riktlinje trauma & stress« [7] 	Rekommendation avser PTSD och kliniskt signifikanta PTSD-symtom: <ul style="list-style-type: none"> ● Steg 1: Individuell TF-KBT (Cohen, Deblinger och Mannarino) för barn 3 år eller äldre. PE-A och KID-NET tänkbara för specifika grupper ● Steg 2: EMDR 	Vid sömnsvårigheter, särskilt om de kvarstår efter psykosociala och sömnhygieniska insatser, övervägs farmakologisk behandling	Bearbetning av traumatiska minnen första månaden efter trauma Att blanda och ge från olika psykoterapeutiska metoder. Bensodiazepiner
<ul style="list-style-type: none"> ● Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [2] 	Traumafokuserad KBT* (prioritet 2) EMDR och korttids-PDT (prioritet 10)	SSRI inom ramen för forskning och utveckling	Alfa-adrenerga agonister
<ul style="list-style-type: none"> ● NICE:s riktlinjer [3] 	För vård sökande med diagnos PTSD eller kliniskt signifikanta PTSD-symtom: <ul style="list-style-type: none"> ● Erbjud individuell traumafokuserad KBT** för barn 7-17 år mer än 3 månader efter en traumatisk händelse ● Överväg individuell traumafokuserad KBT** för barn 5-6 år mer än 1 månad efter en traumatisk händelse ● Överväg individuell traumafokuserad KBT** för barn 7-17 år 1-3 månader efter en traumatisk händelse ● Överväg EMDR för barn 7-17 år mer än 3 månader efter en traumatisk händelse om patienten inte svarat på TF-KBT 	Ingen behandling för att förebygga eller behandla PTSD	Individuellt krissamtal (psykologisk debriefing)
<ul style="list-style-type: none"> ● Australiska riktlinjer [59] 	Traumafokuserad KBT eller EMDR när TF-KBT inte finns tillgänglig eller inte kan genomföras		Krissamtal (psykologisk debriefing)

* Inkluderar ej internetförmedlad eller datorbaserad KBT. ** Ska bland annat vara manualbaserad, innehålla 6-12 sessioner, involvera föräldrar när så lämpligt, inkludera psykoedukation och processande av trauma.

TABELL 4. Sammanfattning av behandlingsriktlinjerna för behandling av PTSD hos vuxna*

Riktlinjer	Psykologisk behandling	Farmakologisk behandling	Undvika/Icke-göra
<ul style="list-style-type: none"> ● Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [2] 	TF-KBT med exponering bör erbjudas till vuxna med PTSD (prioritet 3) EMDR (prioritet 7) kan erbjudas	Antidepressiva läkemedel, särskilt SSRI, (prioritet 5) kan erbjudas	Användning av bensodiazepiner är icke-göra Förebyggande krisbearbetning (debriefing)
<ul style="list-style-type: none"> ● NICE:s riktlinjer [3] 	TF-KBT för vuxna som diagnostiserats med PTSD eller som har visat svåra PTSD-symtom	SSRI eller venlafaxin ska erbjudas om personen föredrar farmakologisk behandling	Läkemedel, inklusive bensodiazepiner, för att förebygga PTSD bör inte ges Psykologisk debriefing
<ul style="list-style-type: none"> ● Amerikanska VA-/DoD-riktlinjer [6] 	Individuell, manualbaserad traumafokuserad psykoterapi som förstahandsval i behandling (»cognitive processing therapy«, EMDR eller »prolonged exposure«)	Dessa riktlinjer rekommenderar sertralín, paroxetin eller venlafaxin i monoterapi för patienter med PTSD som väljer att inte påbörja traumafokuserad psykoterapi eller inte har tillgång till den behandlingen	Användning av bensodiazepiner rekommenderas inte Cannabis och dess derivat rekommenderas inte

* Detta är en sammanfattning av riktlinjerna. För fullständiga rekommendationer hänvisar vi till ursprungligt dokument.

EMDR är andrahandsval vid pediatrik PTSD och kan till exempel övervägas om TF-KBT inte fungerat.

Farmakologisk behandling

PTSD har till stora delar fortfarande en okänd patofysiologi. Det är därför kanske inte förvånande att det kliniskt har varit mycket magert med farmakologiska framsteg de senaste decennierna [37].

Läkemedel har en undanskymd roll vid behandling

av pediatrik PTSD. Ingen medicin är godkänd på denna indikation. Läkemedel kan dock vara aktuella för behandling av psykiatrisk samsjuklighet och för att lindra specifika symtom. Vid sömnsvårigheter kan substanser som melatonin och prometazin vara aktuella, och för äldre barn även mirtazapin eller propiomazin.

Hos vuxna fokuserar olika studier framför allt på antidepressiva mediciner, särskilt SSRI [38-40].

Enligt en metaanalys finns det evidens för att rekommendera monoterapi med paroxetin, fluoxetin, sertralin eller venlafaxin [39].

Neuroleptika kan övervägas vid svåra symtom [3], till exempel quetiapin [39].

Prazosin, en alfa-1-receptorblockerare, används ibland vid behandling av mardrömmar. Det finns flera studier som visat effekt på sömn och mardrömmar vid PTSD hos vuxna [41].

Forskning pågår för att utvidga arsenalen av farmakologiska behandlingsalternativ. Det gäller både gamla och nya farmaka inriktade på olika mekanismer i de stressystem som är relaterade till PTSD [39, 40, 42, 43] samt även tidigare till viss del kontroversiella substanser, till exempel ketamin och MDMA (metylendioximetamfetamin) [43, 44]. I en metaanalys av läkemedelsassisterad psykoterapi noterade man vissa positiva resultat vad gäller MDMA-assisterad psykoterapi [45].

Behandlingar med oklar effekt

Tilläggsbehandling med fysisk aktivitet kan ha god effekt på PTSD-symtom [46], och det kan vara gynnsamt att ta fram en specifik plan kring fysisk aktivitet för patienter med PTSD [47].

Neurofeedback har länge varit ett intressant behandlingsalternativ när exponeringsterapier inte går att genomföra. Neurofeedback innebär självreglering av hjärnaktiviteten via bland annat återkoppling av EEG-signaler [48].

Behandling av komplex PTSD

Forskningen indikerar att TF-KBT sannolikt är effektiv för behandling av CPTSD, men mer forskning behövs [49, 50].

Två kombinerade flerkomponentsbehandlingar har visat bra resultat: SNT (förkortning av STAIR och NET) och DBT-PTSD (dialektisk beteendeterapi för PTSD) [49, 51].

SNT innehåller två moduler: STAIR (Skills training in affect and interpersonal regulation), som fokuserar

»Det finns ofta skäl att först behandla PTSD även i närvaro av psykiatrisk samsjuklighet, i synnerhet som PTSD-behandling kan lindra symtom på depression och ångest ...«

på färdighetsträning för att utveckla de känslomässiga och interpersonella resurserna, och narrativ terapi (NET, narrative exposure therapy), som använder sig av exponering och kognitiv restrukturering [51].

DBT-PTSD är en kombinerad behandling för CPTSD som baseras på DBT med tillägg av traumafokuserad KBT och de specifika teknikerna CPT (compassion-focused therapy) och ACT (acceptance and commitment therapy) [52].

När det gäller barn finns visst stöd för att TF-KBT är

verksam vid CPTSD, men generellt är underlaget begränsat [53]. Klinisk erfarenhet talar för att evidensbaserade terapier för PTSD kan fungera om anpassningar görs.

Behandling av PTSD och psykiatrisk samsjuklighet

Majoriteten av patienter med PTSD lider samtidigt av något annat psykiatriskt tillstånd. Depression är vanligast, men även ångestsyndrom, substansbrukssyndrom och psykotiska symtom är vanliga [54, 55].

Det finns ofta skäl att först behandla PTSD även i närvaro av psykiatrisk samsjuklighet, i synnerhet som PTSD-behandling kan lindra symtom på depression och ångest [56]. Exempelvis en svår depression kan dock försvåra traumafokuserad psykoterapi och kan behöva behandlas först. Anpassningar av PTSD-behandling kan också krävas vid förhöjd suicidrisk, liksom vid omfattande dissociation [3].

PTSD-behandling ska inte skjutas upp endast på grund av samtidigt substansbrukssyndrom [3].

Svenska nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderar integrerad behandlingsmetod (KBT) för behandling av missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig PTSD [57].

Ett annat exempel på integrerad behandling med god effekt på PTSD-symtom är COPE (concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure), som är en kombination av PE och återfallsprevention [58].

Organisationsstöd till behandlare som möter PTSD

Behandlare i vården påverkas av patienters berättelser om traumatiska händelser [60, 61]. I DSM-5 nämns att indirekt exponering, som att få ta del av detaljerade berättelser om mycket svåra trauman, kan leda till utveckling av PTSD. Begreppet sekundär traumatisering syftar på den stress som en individ kan uppleva i samband med att hen får ta del av hur andra utsatts för svåra trauman och inkluderar såväl emotionella som beteendemässiga reaktioner [62]. Behandlare behöver därför adekvat stöd från organisationen. Faktorer som en rimlig arbetsbörda, kunskaper om sekundär traumatisering och dess konsekvenser, möjlighet till handledning och kollegialt stöd och mentorskap för nya medarbetare kan minska risken för att behandlare utvecklar svåra stressreaktioner [63].

Etisk/moralisk stress och moralisk skada. Moralisk stress uppstår i situationer där det finns flera rimliga handlingsalternativ, men individen måste välja ett och därmed utesluta andra. Den typen av stress kan även uppstå när vi är medvetna om den moraliskt riktiga handlingen, men inte kan utföra den på grund av regler, ledarskap och så vidare [64, 65].

Begreppet moralisk skada kan förstås som en stark kognitiv och känslomässig respons till följd av situationer och händelser som går emot personens etiska/moraliska kodex. Denna skada anses inte vara en psykisk sjukdom, men kan påverka individens övertygelser och förtroende [66, 67].

Behandling och omhändertagande på olika vårdnivåer

Primärvården har en central roll vid behandling av PTSD hos vuxna, bland annat genom sin koordineran-

FAKTA 1. Tortyr och PTSD

- Tortyr innebär en ökad risk för PTSD och komplex PTSD jämfört med andra svåra trauman. Tortyr kan leda till långvariga PTSD-symtom.
- Fysiska och psykiska skador till följd av tortyr är inte sällan av komplex karaktär.
- Istanbulprotokollet är FN:s internationellt erkända standard för tortyrskadedokumentation. Det är en manual för medicinsk och juridisk utredning som innehåller en psykosocial, en psykologisk/psykiatrisk och en somatisk del.
- Region Skåne har utformat en mall för läkar- och tandläkarintyg till Migrationsverket, »Dokumentation av misstänkta tortyrskador«. Syftet är att uppmärksamma att misstanke om genomgången tortyr föreligger och att vidare utredning krävs.
- I Sverige finns några kunskapscentrum och mottagningar med specialkompetens för tortyrskador.
- Alla som har utsatts för tortyr har rätt till utredning, vård och rehabilitering enligt FN:s tortyrkonvention.

de roll vid somatisk samsjuklighet och remittering till övriga specialister [2].

Det är viktigt att stärka patientens egna resurser genom att informera om egenvård, inklusive sömnhygien och livsstilsåtgärder. Information och stöd till närstående och anhöriga ska övervägas [3]. En samordnad individuell plan (SIP) kan vara av värde för att samordna och följa upp olika insatser.

Rutiner för upptäckt och behandling av patienter med krigs- och tortyrskador behövs på alla vårdnivåer (Fakta 1). I flera regioner finns specialistmottagningar för patienter med PTSD på grund av krig eller tortyr.

Primärvårdens roll och ansvar vid behandling av PTSD skiljer sig markant mellan och inom olika regioner. Olika vårdcentraler kan ha varierande tillgång till

»Faktorer som en rimlig arbetsbörda, kunskaper om sekundär traumatisering och dess konsekvenser, möjlighet till handledning och kollegialt stöd och mentorskap ... kan minska risken för att behandlare utvecklar svåra stressreaktioner ...«

exempelvis psykologer för psykologisk behandling, vilket gör att patientens adress kan påverka behandlingsmöjligheterna.

Principiellt finns dock inget hinder för att behandla vuxna med PTSD utan komplex symtombild och/eller svår psykiatrisk samsjuklighet i primärvården.

Behandling bör ske på specialistnivå vid komplexa och svåra PTSD-tillstånd, när behandling i primärvård inte har gett önskat resultat och vid psykiatrisk samsjuklighet.

För patienter som har kontakt med både primär- och specialistvård är en tydlig fördelning av ansvaret för uppföljningen och behandlingen av PTSD angelägen [2].

Det är avslutningsvis författarnas intryck att intresset för psykotraumafältet ökat på senare år i Sverige. Samtidigt kvarstår stora utmaningar och förbättringsmöjligheter vad gäller diagnostik och behandling av PTSD. Svårigheterna gäller exempelvis tillgång till kompetens inom och implementering av evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2024;121:23091

SUMMARY

PTSD and Complex PTSD – Assessment, management and treatment

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a disruptive condition associated with great suffering. Fortunately, effective treatments are available. Assessment of children and adolescents with symptoms of PTSD is done within the child and adolescent mental health services. Adults are assessed in primary healthcare settings. In complex conditions with psychiatric comorbidity, assessment is conducted in specialist psychiatric services. Trauma-focused psychotherapy is the treatment of choice for both children and adults. Trauma-focused psychotherapy is also recommended for treating complex PTSD, despite a weaker evidence base. PTSD-specific treatment should normally be offered even in the presence of psychiatric comorbidities. Treatment of children and adolescents with PTSD and CPTSD is provided by child and adolescent mental health services. Adults can receive treatment both in primary and secondary healthcare settings, depending on symptomatology and comorbidities.

REFERENSER

- Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. Treating PTSD: a review of evidence-based psychotherapy interventions. *Front Behav Neurosci*. 2018;12:258.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2021-4-7339.
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. 5 dec 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Spottswood M, Fortney J, Chen JA, et al. Posttraumatic Stress disorder in the primary care setting: summary of recommended care. *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27(2):87-93.
- Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, detection and correlates of PTSD in the primary care setting: a systematic review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016;23(2):160-80.
- US Department of Veterans Affairs/US Department of Defense, Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Version 4. Washington, DC: US Government Printing Office; 2023.
- Riktlinje Trauma & stress. Stockholm: Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP); 2019.
- Sachser C, Berliner L, Holt T, et al. International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord*. 2017;210:189-95.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlag. 1 kap 14 §.
- Nock MK, Green JG, Hwang I, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300-10.
- 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.
- Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, et al. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: an update meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;99:129-41.
- US Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). Child/adolescent version. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>
- Nilsson D, Dävelid I, Ledin S, et al. Psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) in a sample of Swedish children. *Nord J Psychiatry*. 2021;75(4):247-56.
- Sachser C, Berliner L, Risch E, et al. The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) - validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *Eur J Psychotraumol*. 2022;13(2):2105580.
- Perrin S, Meiser-Stedman R, Smith P. The Children's revised impact of event scale (CRIES): validity as a screening instrument for PTSD. *Behav Cogn Psychother*. 2005;33(4):487-98.
- Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, et al. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent dissociative experiences scale. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(8):491-7.
- Region Stockholm. Kunskapsstöd för vårdgivare. Posttraumatiska stressyndrom - PTSD. <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/regionala-varldprogram/posttraumatiska-stressyndrom---ptsd>
- Västra Götalandsregionen. Regional medicinsk riktlinje. Basutredning inom vuxenpsykiatri. 28 jun 2023. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-394/surrogate/Basutredning%20inom%20vuxenpsykiatri.pdf>
- Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, et al. The International trauma questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):536-46.
- US Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. The Life Events checklist for DSM-5 (LEC-5). https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
- Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, et al. The Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018;30(3):383-95.
- US Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- APA PsycNet (American Psychological Association); Carlson EB, Putnam FW. Dissociative experiences scale - II (DES-II) [database record]. 1993.
- Hembree EA, Rauch SAM, Foa EB. Beyond the manual: the insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD. *Cogn Behav Pract*. 2003;10(1):22-30.
- Lewis C, Roberts NP, Gibson S, et al. Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumol*. 2020;11(1):1709709.
- Thielemann JFB, Kasparik B, König J, et al. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse Negl*. 2022;134:105899.
- Morina N, Koerssen R, Pollet TV. Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 2016;47:41-54.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing; 2011.
- SBU kommenterar. Psykologiska behandlingar vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos flyktingar och asylsökande. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2019.
- Neuner F, Catani C, Ruf M, et al. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(3):641-64, x.
- Hecker T, Hermentau K, Crombach A, et al. Treating traumatized offenders and veterans by means of narrative exposure therapy. *Front Psychiatry*. 2015;6:80.
- Sloan DM, Marx BP. Written exposure therapy for PTSD. A brief treatment approach for mental health professionals. Washington, DC: American Psychological Association; 2019.
- Sloan DM, Marx BP, Acierio R, et al. Written exposure therapy vs prolonged exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. Epub 23 aug 2023. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.2810
- Wilson G, Farrell D, Barron I, et al. The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder - a systematic narrative review. *Front Psychol*. 2018;9:923.
- Bergh Johannesson K. Traumatiska minnen kan behandlas effektivt med EMDR. *Läkartidningen*. 2007;104:782-3.
- Krystal JH, Davis LL, Neylan TC, et al. It is time to address the crisis in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: a consensus statement of the PTSD Psychopharmacology Working Group. *Biol Psychiatry*. 2017;82(7):e51-9.
- Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, et al. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3(3):CD002795.
- Hoskins MD, Bridges J, Sinnerton R, et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur J Psychotraumol*. 2021;12(1):1802920.
- Akiki TJ, Abdallah CG. Are there effective psychopharmacological treatments for PTSD? *J Clin Psychiatry*. 2018;80(3):18ac12473.
- Reist C, Streja E, Tang CC, et al. Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectr*. 2021;26(4):338-44.
- Steckler T, Risbrough V. Pharmacological treatment of PTSD - established and new approaches. *Neuropharmacology*. 2012;62(2):617-27.
- Abdallah CG, Averill LA, Akiki TJ, et al. The neurobiology and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2019;59:171-89.
- Feduccia AA, Mithoefer MC. MDMA-assisted psychotherapy for PTSD: are memory reconsolidation and fear extinction underlying mechanisms? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;84(Pt A):221-8.
- Hoskins MD, Sinnerton R, Nakamura A, et al. Pharmacological-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumol*. 2021;12(1):1853379.
- Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, et al. Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumol*. 2015;23(2):130-6.
- Oppizzi LM, Umberger R. The effect of physical activity on PTSD. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(2):179-87.
- Chiba T, Kanazawa T, Koizumi A, et al. Current status of neurofeedback for post-traumatic stress disorder: a systematic review and the possibility of decoded neurofeedback. *Front Hum Neurosci*. 2019;13:233.
- Maercker A, Cloitre M, Bachem R, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;400(10345):60-72.
- Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(11):1761-75.
- Niwa M, Kato T, Narita-Ohtaki R, et al. Skills training in affective and interpersonal regulation narrative therapy for women with ICD-11 complex PTSD related to childhood abuse in Japan: a pilot study. *Eur J Psychotraumol*. 2022;13(3):2089033.
- Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, et al. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(12):1235-45.
- Rossouw J, Sharp T, Halligan S, et al. Psychotherapeutic interventions for childhood posttraumatic stress disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2022;35(6):417-24.
- Qassem T, Aly-ElGabry D, Alzarouni A, et al. Psychiatric co-morbidities in post-traumatic stress disorder: detailed findings from the adult psychiatric morbidity survey in the English population. *Psychiatr Q*. 2021;92(1):321-30.
- Galatzar-Levy IR, Nickerson A, Litz BT, et al. Patterns of lifetime PTSD comorbidity: a latent class analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(5):489-96.
- Angelakis S, Nixon R. The comorbidity of PTSD and MDD: implications for clinical practice and future research. *Behaviour Change*. 2015;32(1):1-25.
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Artikelnr 2019-1-16.
- Back SE, Killen T, Badour CL, et al. Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: a randomized clinical trial in military veterans. *Addict Behav*. 2019;90:369-77.
- Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, et al. Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: updates in the third edition. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022;56(3):230-47.
- Baum N. Secondary traumatization in mental health professionals: a systematic review of gender findings. *Trauma Violence Abuse*. 2016;17(2):221-35.
- Kizilhan JL. Stress on local and international psychotherapists in the crisis region of Iraq. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):110.
- Oginska-Bulik N, Michalska P. Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients - the mediating role of job burnout. *Psychol Serv*. 2021;18(3):398-405.
- Knight C. Indirect trauma: implications for self-care, supervision, the organization, and the academic institution. *Clin Superv*. 2013;32:224-43.
- Larsson G, Nilsson S, Waaler G. Moralisk stress - professionella möten med moraliskt laddade situationer. *Necessa*. 2018;3(1):32-7.
- Kallenberg K, Larsson G, Nilsson S, et al. Moralisk stress och ledarskap. Lund: Studentlitteratur; 2016.
- Litz BT, Stein N, Delaney E, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):695-706.
- Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018;212(6):339-46.