

Diagnostik og behandling af posttraumatisk stress-syndrom

Cæcilie Böck Buhmann¹ & Henrik Steen Andersen²

STATUSARTIKEL

1. Psykoterapeutisk Klinik, Psykiatrisk Center København
2. Krise- og Katastrofe-psykiatrisk Center, Psykiatrisk Center København

Ugeskr Læger
2017;179:V12160914

Et tiltagende antal patienter henvises i dag til psykiatrien under diagnosen posttraumatisk stress-syndrom (PTSD). Prævalensen af PTSD varierer i høj grad med diagnosesystem og måde at opgøre prævalensen på, men den anslås i en række europæiske lande til at være ca. 2% [1]. I risikogrupper som traumatiserede flygtninge, krigsveteraner og incestofre er prævalensen højere. Diagnosen har væsentlige individuelle og samfundsmæssige omkostninger og kan medføre svært nedsat funktionsniveau hos nogle patienter. Internationalt sker der i disse år en fornyet forståelse af diagnostikken af traumelidelser. Sideløbende sker der en udvikling af behandlingen af PTSD. Formålet med denne artikel er at beskrive den eksisterende psykopatologiske forståelse og evidensbaserede behandling af PTSD samt at introducere nogle af de ændringer, der sker inden for såvel diagnostik som behandling.

DIAGNOSTIK

PTSD blev introduceret i den amerikanske, psykiatriske diagnoseliste, DSM-III, i 1980. Det er en af de få psykiatriske diagnoser, som rummer en årsag-virkning-mekanismen, hvilket kan have særlig betydning i forsikrings- og arbejdsskadesager. Før 1980 havde man haft diagnoser, som ikke var helt tilsvarende, men dog i nogen grad dækkede samme lidelse. Der har været diskussion om nosologien og nosografien gennem årene, og der er således næppe nogen anden diagnose, som har undergået så store ændringer over blot 35 år. Det er særlig sket i DSM-systemet, som hovedparten af forskningen, strukturerede spørgeskemaer og diagnostiske interview om PTSD har været baseret på. I ICD-diagnosesystemet har der ikke været samme ændringer i de diagnostiske kriterier. Den nuværende, ICD-10, har været gældende siden 1990 (Figur 1) og vil efter planen blive afløst af ICD-11 i 2017 eller 2018.

triske diagnoser, som rummer en årsag-virkning-mekanismen, hvilket kan have særlig betydning i forsikrings- og arbejdsskadesager. Før 1980 havde man haft diagnoser, som ikke var helt tilsvarende, men dog i nogen grad dækkede samme lidelse. Der har været diskussion om nosologien og nosografien gennem årene, og der er således næppe nogen anden diagnose, som har undergået så store ændringer over blot 35 år. Det er særlig sket i DSM-systemet, som hovedparten af forskningen, strukturerede spørgeskemaer og diagnostiske interview om PTSD har været baseret på. I ICD-diagnosesystemet har der ikke været samme ændringer i de diagnostiske kriterier. Den nuværende, ICD-10, har været gældende siden 1990 (Figur 1) og vil efter planen blive afløst af ICD-11 i 2017 eller 2018.

DSM-5

I DSM-5 er PTSD nu inkluderet i en ny diagnostisk kategori udelukkende for traumerelaterede lidelser, hvor lidelsen tidligere blev kategoriseret som en angstlidelse. De væsentligste ændringer i forhold til den foregående udgave af DSM er, at der nu findes fire symptomgrupper. Således er kategorien »negative emotioner« tilføjet de oprindelige kategorier »genoplevelser«, »øget alarmberedskab« og »undgåelse«. Desuden er der tilkommet yderligere tre mulige symptomer, så det samlede antal mulige symptomer nu er 20. Det giver 636.120 forskellige symptomkombinationer for at opfylde kriterierne for PTSD [2]. Der er i DSM-5 ændret i det centrale stressorkriterium, idet der er åbnet for, at gentagne, moderate traumer kan give anledning til PTSD, og altså ikke kun massive, exceptionelle traumer. Der er her især tænkt på professionelle som politifolk, redningsmandskab, soldater og sundhedspersonale. Endelig har man i DSM-5 valgt at inkludere undertyper af PTSD, således at patienter nu kan få diagnosen dissociativ PTSD, der er karakteriseret af de-personalisering og derealiseringsoplevelser [3].

ICD-11

ICD-kriterierne for PTSD har i mange år været enklere og mindre elaborerede end DSM-kriterierne. Det vil yderligere blive tilfældet, når ICD-11 introduceres. Det har hermed været hensigten at identificere kernen af

 FIGUR 1

ICD-10 kriterier for posttraumatisk stress-syndrom.

F43.1: Posttraumatisk belastningsreaktion

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter).
- B. Genoplevelser:
- 1) tilbagevendende genoplevelse af traumet i »flashbacks«, påtrængende erindringer eller mareridt eller
 - 2) stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet.
- C. Undgåelse af alt der minder om traumet.
- D. Øget alarmberedskab:
- 1) delvis, evt. fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
 - 2) vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med ≥ 2 af følgende:
 - a) ind- eller gennemsovningsbesvær
 - b) irritabilitet el. vredesudbrud
 - c) koncentrationsbesvær
 - d) øget vagtsomhed
 - e) tilbøjelighed til sammenfaren
- E. Forekommer inden for 6 mdr. efter den traumatiske oplevelse.

PTSD og dermed det, som er unikt ved lige netop denne diagnose. Endvidere har man i ICD-11 ønsket at fremhæve den af PTSD følgende væsentlige funktionsnedsættelse [4].

I et studie har man sammenlignet de seneste to udgaver af både ICD og DSM. Ved applicering af kriterierne for de fire diagnoser på 510 ulykkesofre, der blev undersøgt seks år efter ulykken, var der markante forskelle på den diagnosticerede frekvens af PTSD: ICD-10: 9,0%, ICD-11: 3,3%, DSM-IV: 5,9% og DSM-5: 6,7% [5]. I en multicenterundersøgelse, der blev foretaget i 13 lande med 23.936 patienter, opfyldte kun omkring en tredjedel kriterierne for alle fire diagnose-systemer ved »bredt defineret PTSD« [6].

Komplekse traumereaktioner

Der er lagt op til, at der introduceres en ny diagnostisk kategori i ICD-11: kompleks PTSD (k-PTSD). En sådan findes ikke i DSM-5, og der hersker uenighed mellem grupperne bag ICD og DSM om, hvorvidt k-PTSD bør figurere som en selvstændig entitet [3, 4]. I DSM-IV havde man diagnosen »disorder of extreme stress not otherwise specified«, men den er udeladt af DSM-5, da man ikke fandt tilstrækkelig evidens for den. I stedet er symptomerne på komplekse traumereaktioner forsøgt indarbejdet direkte i PTSD-diagnosen. K-PTSD, som er foreslået i ICD-11, er især møntet på tilstande, hvor der har været langvarige og/eller gentagne traumatiske oplevelser, ofte startende i barndommen. Disse tilstande vil således ofte opstå efter en barndom med vold, seksuelt misbrug og udtalt omsorgssvigt. Tilstanden vil rumme både egentlige symptomer – svarende til PTSD – og personlighedsmæssige forandringer af længerevarende, evt. vedvarende, karakter: forstyrret selvbillede, affektiv dysregulering, dissociation og interpersonelle problemer [4, 7]. Den personlighedsmæssige del af diagnosen svarer i nogen grad til diagnosen i ICD-10 »personlighedsændring efter katastrofeoplevelse«, som har været dårligt forskningsmæssigt belyst og i realiteten kun har haft beskeden anvendelse gennem årene.

Komorbiditet

Især med kriterierne for DSM-5 og det potentielt heterogene billede kan der være usikre grænseflader til andre psykiatriske lidelser, især angstlidelser, somatiseringslidelser, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og forstyrrelse af opmærksomhed og adfærd. I populationer med kronisk PTSD (af mindst seks måneders varighed) finder man desuden en meget høj grad af komorbiditet [8]. Det drejer sig især om affektive lidelser, angstforstyrrelser og misbrug af rusmidler. Der har dog været fokus på, i hvor høj grad de enkelte diagnoser reelt er selvstændige lidelser, eller om flere samtidige lidelser er et diagnostisk artefakt. I de nye diagnostiske kriterier for DSM-5

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Der er betydelige forskelle i de diagnostiske kriterier for posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) – især mellem det amerikanske psykiatriske diagnosesystem, DSM, og den internationale sygdomsklassifikation, ICD, hvilket kan give kliniske og forskningsmæssige udfordringer.
- ▶ Ofte er den primære behandling for PTSD psykoterapi, og der udvikles nye metoder på området. Etablerede former er fortsat traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi med eksponering og eye movement desensitization and reprocessing therapy.
- ▶ Farmakologisk behandling af PTSD er sekundær til psykoterapi. Der findes evidens for behandling med sertralin, paroxetin, venlafaxin og fluoxetin.

har man således forsøgt at reducere omfanget af »falsk« komorbiditet ved at inkludere flere mulige symptomer i PTSD-diagnosen.

BEHANDLING

Evidensbaseret psykoterapeutisk behandling

De psykoterapeutiske behandlingsformer, hvor der til dato er mest evidens for effekten, er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi med eksponering/*prolonged exposure* (TFKAT) individuelt og i grupper, og individuel *eye movement desensitization and reprocessing therapy* (EMDR) samt stress-management, der er mere adfærdorienteret [9]. Endelig er der efterhånden væsentlig evidens for *cognitive processing therapy* (CPT) [10]. TFKAT bygger på kognitiv adfærdsterapi med hovedfokus på eksponering for undgåelse og eksponering for traumat gennem gentagen genfortælling [11]. CPT bygger også på en kognitiv adfærdsterapeutisk forståelse, men patienten foretager her traumebearbejdningen skriftligt [12], mens genfortællingen af traumat i EMDR foretages samtidig med gentagen stimulering af skiftevis højre og venstre side af kroppen (f.eks. øjne eller hænder), som man endnu ikke har fundet en videnskabelig forklaring på effekten af [13]. De eksponeringsbaserede terapier har dog den væsentlige ulempe, at mange patienter falder fra behandlingen pga. psykisk ubehag. Generelt rapporteres der således om en høj grad af frafald og manglende respons på behandling hos op til 50% af deltagerne [14].

Der mangler studier, hvor man direkte sammenligner effekten af individuel psykoterapi med effekten af gruppeterapi, men i et studie har man dog fundet større effekt på PTSD af individuel KAT end af gruppe-KAT, mens der var større effekt af gruppeterapi end af ventelister [15]. Der er dog stadig ganske få publicerede studier af gruppeterapi ved PTSD, og de fleste har metodologiske problemer. Med den begrænsede evidens, der findes på området, er der endnu ikke noget, der tyder

på, at bestemte metoder anvendt i gruppeterapi er mere effektive end andre [16]. I Danmark anvendes der i stigende grad gruppeterapi, pga. stort pres på behandlingssystemet, men i virkeligheden findes der ingen studier af omkostningseffektiviteten ved gruppebehandling sammenlignet med individuel behandling af PTSD, der kan underbygge antagelsen om metodens anvendelighed. Der skal bemærkes, at psykologisk debriefing i den akutte fase er kontroversiel og generelt frarådes.

Psykoterapeutens varighed og delvist indholdet afhænger af lidelsens kompleksitet, herunder om der er tilknytningstraumer efter overgreb i barndommen, og forekomsten af komorbide lidelser. Varigheden af behandlingen, der er undersøgt i kliniske forsøg, strækker sig typisk fra 12 gange individuelt til 12-30 gange i gruppe [10]. International Society for Trauma and Stress Studies anbefaler på basis af en undersøgelse blandt behandlere, at patienter med kompleks PTSD får behandling over 9-12 måneder baseret på en fase-model med en stabiliserende fase, en traumbearbejdningsfase og en nyorienteringsfase (*skills training in affective and interpersonal regulation* (STAIR)) [12, 17], men denne model er også blevet kritiseret for ikke at være forskningsmæssigt underbygget [18].

Andre psykoterapeutiske tilgange

Tilpasning af en række psykoterapeutiske tilgange til PTSD er under udvikling, og nogle er så småt blevet undersøgt i kliniske studier. Det drejer sig bl.a. om interpersonel psykoterapeuti, *acceptance and commitment therapy*, psykodynamisk terapi og narrativ eksponering [19]. Andre terapiformer er blevet tilpasset PTSD, men der er endnu ingen publiceret forskning til at underbygge dem med (skematerapi, dialektisk adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi og *somatic experiencing*). *Present-centered therapy* (PCT) er en terapiform uden eksponering og med fokus på traumets aktuelle konsekvenser for patienten. PCT har typisk været brugt som kontrolterapi i kliniske forsøg, men det tyder på, at PCT kan være lige så effektiv som de behandlinger, den var designet til at være kontrolbehandling for, og den giver mindre frafald [20]. Narrativ eksponeringsterapi er primært blevet brugt hos traumatiserede flygtninge [19], hvor der efterhånden er væsentlig evidens for effekt. Studierne er dog primært udført af samme forskergruppe.

Farmakologisk behandling

Der findes evidens for, at der er nogen effekt af farmakologisk behandling af PTSD, og ingen for, at kombinationsbehandling med både medicin og psykoterapeuti er bedre end de enkelte behandlinger alene [21]. Den primære psykofarmakologiske behandling for PTSD er selektive serotoninoptagelseshæmmere. Af disse er

sertralin anbefalet af såvel Sundhedsstyrelsen [22] som i internationale metaanalyser [23], men i en ny omfattende metaanalyse fandt man, at der ikke var større effekt af sertralin end af placebo. Derimod fandt man effekt af paroxetin, fluoxetin og venlafaxin [24]. I samme metaanalyse fandt man en svag evidens for effekt af mirtazapin og amitriptylin. Der findes på nuværende tidspunkt begrænset evidens for brugen af antipsykotisk medicin som monoterapi, men nogen evidens for brugen af f.eks. olanzapin som adjuverende behandling af PTSD. Ligeledes er der ikke evidens for brugen af benzodiazepiner og stemningsstabiliserende medicin [23-26]. En række andre farmakologiske behandlinger har været forsøgt, om end med beskedne evidens for effekt (f.eks. melatonin og betablokkere).

Andre behandlingsformer

Der forskes p.t. i en række andre behandlingsmodaliteter til PTSD, herunder methylendioxyethylamfetamin og psilocybin [27], neurofeedback [28], yoga [29] og transkraniel magnetisk stimulering [30].

KONKLUSION OG DISKUSSION

Diagnostik og behandling af PTSD udvikles i disse år. Diagnosen er blevet væsentligt forandret i DSM-5, og oplægget til ICD-11 tyder på, at man der vælger at bevæge sig i en anden retning, hvilket kan give såvel kliniske som forskningsmæssige udfordringer. Der udvikles også en række nye behandlinger, men evidensen er begrænset. Således forbliver det TFKAT og EMDR, der er mest evidens for. I Danmark anvendes der i højere grad gruppeterapi, men der er begrænset forskning i effekten af gruppeterapi. Der er evidens for farmakologisk behandling med paroxetin, venlafaxin, fluoxetin og sertralin. I et dansk perspektiv betyder det, at forskning i anvendeligheden af den behandling, der typisk anvendes, bør have højeste prioritet, da der endnu ikke findes evidens for at underbygge en ændring af eksisterende retningslinjer, måske fraset på det farmakologiske område.

SUMMARY

Cæcilie Böck Buhmann & Henrik Steen Andersen:

Diagnosing and treating post-traumatic stress disorder
Ugeskr Læger 2017;179:V12160914

The post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnosis has undergone large developments. With the changes in DSM-5 and the proposed changes in ICD-11, the two systems move in different directions. Treatment for PTSD is developing, but the evidence for the effect is lacking behind. Trauma-focused cognitive behavioural therapy and eye movement desensitization and reprocessing remain first choice. Pharmacotherapy is secondary. There is evidence for the effect of paroxetine, venlafaxine and fluoxetine and less so for sertraline.

KORRESPONDANCE: *Cæcilie Böck Buhmann.*

E-mail: Caecilie.boeck.buhmann@regionh.dk

ANTAGET: 9. marts 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 12. juni 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC et al. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatr* 2015;28:307-11.
- Galatzer-Levy IR, Bryant RA. 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspect Psychol Sci* 2013;8:651-62.
- Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA et al. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:750-69.
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.
- O'Donnell ML, Alkemade N, Nickerson A et al. Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *Br J Psychiatry* 2014;205:230-5.
- Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depress Anxiety* 2014;31:494-505.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR et al. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013;4:10.3402.
- Smith SM, Goldstein RB, Grant BF. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *J Psychiatr Res* 2016;82:16-22.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD003388.
- Schnyder UC. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders – a practical guide for clinicians. Springer International Publishing, 2015.
- Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. Oxford University Press, 2007.
- Schnyder U, Muller J, Morina N et al. A comparison of DSM-5 and DSM-IV diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *J Trauma Stress* 2015;28:267-74.
- Jeffries FW, Davis P. What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? a review. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:290-300.
- Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB et al. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry* 2008;71:134-68.
- Barrera TL, Mott JM, Hofstein RF et al. A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2013;33:24-32.
- Sloan DM, Bovin MJ, Schnurr PP. Review of group treatment for PTSD. *J Rehab Res Develop* 2012;49:689-701.
- Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A et al. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011;24:615-27.
- De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depress Anxiety* 2016;33:359-69.
- Bomyea J, Lang AJ. Emerging interventions for PTSD: future directions for clinical care and research. *Neuropharmacology* 2012;62:607-16.
- Frost ND, Laska KM, Wampold BE. The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2014;27:1-8.
- Hetrick SE, Purcell R, Garner B et al. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD007316.
- Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD002795.
- Hoskins M, Pearce J, Bethell A et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J psychiatry* 2015;206:93-100.
- Jeffreys M, Capehart B, Friedman MJ. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: review with clinical applications. *J Rehabil Res Dev* 2012;49:703-15.
- Wang HR, Woo YS, Bahk WM. Atypical antipsychotics in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clin Neuropharmacol* 2013;36:216-22.
- Mithoefer MC, Grob CS, Brewerton TD. Novel psychopharmacological therapies for psychiatric disorders: psilocybin and MDMA. *Lancet Psychiatry* 2016;3:481-8.
- Reiter K, Andersen SB, Carlsson J. Neurofeedback treatment and post-traumatic stress disorder: effectiveness of neurofeedback on post-traumatic stress disorder and the optimal choice of protocol. *J Nerv Ment Dis* 2016;204:69-77.
- van der Kolk BA, Stone L, West J et al. Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2014;75:e559-e565.
- Trevizol AP, Barros MD, Silva PO et al. Transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *Trends Psychiatry Psychother* 2016;38:50-5.