

## FAQta-ark om PTSD

Diagnosen PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) er en relativ ny diagnostisk enhed. Ofte forudsætter diagnostik og behandling en tværfaglig og tværsæktoriel tilgang. Der er endnu begrænset evidens vedrørende håndtering i almen praksis. FAQta-arket præsenterer praksisrelevant viden om diagnostik, forebyggelse og behandling samt muligheder for henvisning.

### Hvad er PTSD?

PTSD er en kompleks – og i flere tilfælde kronisk – lidelse, som kan være vanskelig at identificere og håndtere. Alle mennesker kan formodentlig udvikle PTSD. Den præmorbid personlighedsstruktur kan have betydning for sværhedsgrad og udvikling. Prævalensen er ikke undersøgt i Danmark, men skønnes ifølge Lægehåndbogen at være omkring 1 %. I bestemte risikogrupper er den op til 30-50 % afhængigt af eksponering. Ældre studier peger på sandsynligheden for underdiagnostik i almen praksis. Et britisk studie fra 2020 har afdækket, at op til 15 % af patienterne i almen praksis (rekrutteret fra venteværelser) havde mulig PTSD.

### De diagnostiske kriterier

De diagnostiske kriterier ifølge ICD-10 F43.1 (sv.t. ICPC-2-koden P82) er:

- Oplevelse af én eller flere ekstremt truende/katastrofelignende begivenheder
- Genoplevelse af traumat (flashbacks, invaderende minder, mareridt, stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumat)
- Undgåelse (personen forsøger at undgå indre og ydre faktorer, som giver minder om traumat) – medfører ofte isolationstendens
- Øget alarmberedskab:

Amnesi for traumat eller dele af traumat  
eller

Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab med to eller flere af følgende:

- Søvnproblemer (ind-/gennemsovningsproblemer)
- Manglende impuls kontrol (f.eks. iritabilitet eller vredesudbrud)
- Koncentrationsbesvær
- Hypervigilitet (usædvanlig vagtsomhed)
- Tilbøjelighed til at fare sammen.

Symptomerne skal have stået på i mindst en måned og opstå indenfor seks måneder, fra den traumatiske hændelse er sket. Der er dog studier, som påviser, at en gruppe patienter udvikler symptomer senere (late-onset PTSD). Professionelle, som er trænet til at modstå traumer og udvalgt pga. psykisk robusthed, vil oftere debutere sent med PTSD.

Hvis tilstanden varer mere end to år, må en personlighedsændring (F62.0) efter katastrofeoplevelse overvejes som tillægsdiagnose.<sup>9</sup>

De diagnostiske kriterier forventes ændret med ICD-11. WHO har vedtaget at implementere ICD-11 fra 1. januar 2022.

### Risikogrupper

- Flygtninge, indvandrere og familiesammenførte fra konfliktområder
- Personer i udsatte jobpositioner, f.eks. soldater, politi, reddere og fængselsbetjente
- Ofre for naturkatastrofer, store ulykker, diverse fysiske, psykiske og seksuelle overgreb m.m.
- Patienter med psykisk sygdom i forvejen.

Børn kan – ligesom øvrige nærtstående, f.eks. ægtefæller – være selvstændigt (primært) traumatiserede eller sekundært traumatiserede som følge af opvækst/samliv med traumatiserede personer.

<sup>9</sup> Tilstanden afløses af diagnosen kompleks PTSD i den kommende ICD-11 klassifikation, jf. Buhmann CB, Andersen HS. [Diagnosing and treating post-traumatic stress disorder]. Ugeskr Læger. 2017;179(24).

## PTSD og almen praksis

### Rettidig diagnose og forebyggelse

Vær opmærksom på traumatiske hændelser i sygehistorien. Informér om reaktioner på disse og evt. symptomer på PTSD. Gør opmærksom på mulig behandling af PTSD. Følg op, gerne indenfor en måned. Der er ikke påvist effekt af rutinemæssig kort debriefing. Den praktiserende læges primære rolle er at sikre adgang til diagnostik ved behov, medvirke til stressreduktion, forebygge at familien/pårørende/børn får sekundære skader, og henvis til psykolog ved behov. Rettidig diagnostik er vejen til relevant behandling og tilgang. Det diskuteres, om diagnosen kan stilles i almen praksis. I forbindelse med evt. erstatningssager og/eller tilkendelse af ydelser kan der forventes ønske om psykiatrisk speciallægevurdering.

#### Vær opmærksom på:

- Stressrelateret adfærd og symptomer og/eller undvigende adfærd (de "stille")
- Søvnforstyrrelser
- Uspecifikke smerter, somatoforme tilstande
- Psykiatrisk komorbiditet (angst, depression, misbrug m.fl.).

#### Hav særligt fokus på risikogrupper.

Ved mistanke om PTSD – spørg ind til traumatiske hændelser og deres betydning:

- Genoplevelser i mareridt om oplevelsen eller tanker/sanseoplevelser (flashbacks) i vågen tilstand
- Undgåelse af situationer, der minder om oplevelsen/-erne
- Let ved at fare sammen, selv ved små sanseindtryk
- Følelsestom, fremmed og uengageret i forhold til andre, til aktiviteter og til omgivelser.

## Rammesætning for kontakten med patienter med (mistænkt) PTSD

### Lægens kontakt med patienter, hvor der er mistanke om PTSD, eller hvor PTSD er påvist.

- Det er vigtigt at etablere en tryk, tillidsfuld og forudsigelig ramme med fast behandler og aftalte mødetidspunkter.
- Italesæt tilstand, klarlæg potentiel sværhedsgrad og evt. behandlingsbehov sammen med patienten, hvad enten det drejer sig om behandling af PTSD og/eller andet helbredsproblem.
- Gennemfør relevant somatisk undersøgelse og udredning ved symptomer, idet der er høj komorbiditet med andre lidelser. Vær også opmærksom på hovedtraume i sygehistorien, da traumatisk hjerneskade kan ligne PTSD og forværre PTSD-symptomer.
- Henvis evt. tidligt ved behov for diagnostisk udredning og/eller specialiseret/tværfaglig behandling.
- Spørg på et tidspunkt til pårørendes (herunder børns) velbefindende, og tilbyd evt. kontakt. Bekymring for familie og nære relationer kan være en stressfaktor for den ramte.
- Orienter og inddrag kommunale og andre samarbejdspartnere om lidelsen, hvor det er relevant. Sygemelding overvejes med henblik på medvirken til stressreduktion.

Ved fremmedsprogede anbefales brug af tolk på vid indikation. Vær dog opmærksom på, at ikke alle patienter ønsker at have en tolk med i konsultationen.

Vær også opmærksom på at sætte den fornødne tid af til konsultationen.

Overvej, om klinikken har brug for en praktisk vejledning i tilgangen til disse patienter, herunder mulighed for supervision af behandlere og personale.

## Behandling

Den praktiserende læges rolle er primært at få mistanken, forebygge følgeskade af traumatiske hændelser og medvirke til stressreduktion, herunder at håndtere en evt. ventetid på relevant diagnostik og behandling. Specifik behandling vil ofte foregå i andet regi afhængigt af sværhedsgrad, komorbiditet, egen læges kompetencer og patientens ønsker.

### Psykoterapi

Evidensen er størst for traumefokuseret terapi til såvel forebyggelse af akut stresslidelse som behandling af diagnosticeret PTSD. Der anvendes talrige psykoterapeutiske tilgange, blandt disse er især fire kognitive tilgange<sup>9</sup> baseret på god evidens. Studierne er primært gennemført i andre regi end almen praksis. Studier fra almen praksis er sparsomme og peger på, at almen praksis med særlig interesse og med baggrund i en

etableret terapeutisk alliance kan medvirke til stressreduktion. Traumefokuseret terapi forudsætter relevant og formaliseret uddannelse.

### Medicin

Medicin er ikke førstevalgsbehandling af voksne med PTSD, men kan i få tilfælde ordineres sideløbende med støttende samtaler afhængigt af symptomatologi – særligt ved søvnforstyrrelse, højt alarmberedskab og genoplevelser. Sertralin anbefales som førstevalg af Sundhedsstyrelsen. Der er endvidere fundet effekt af paroxetin og venlafaxin, mens mirtazapin og mianserin kan have effekt på søvnforstyrrelse. Der er nogen evidens for brugen af f.eks. olanzapin som adjuverende behandling. Der er ikke evidens for brugen af benzodiazepiner og stemningsstabiliserende medicin.

<sup>9</sup>Cognitive processing therapy (CPT), trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), prolonged exposure therapy (PE) og eye movement desensitization and reprocessing (EMDR).