

# Integrerad behandling vid PTSD och beroendesjukdom

Cirka hälften av dem som söker behandling för beroendesjukdom har PTSD. Inom ramen för ett forskningsprojekt erbjuder EWA-/VERA-mottagningen för kvinnor med PTSD och alkoholproblem i Stockholm, integrerad behandling med en form av traumafokuserad KBT kallad COPE, som i internationell forskning visat goda resultat. Det skriver psykolog [Anna Persson](#) och psykiater [Åsa Magnusson](#).

**D**e flesta är någon gång med om en traumatisk händelse [1-3]. En minoritet drabbas därefter av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) [3, 4], som karakteriseras av återupplevande av traumat, undvikande av stimuli som associeras med det och allmänt nedsatt själslig vitalitet samt ihållande symptom på överspändhet [5]. I nyare diagnoskriterier ingår även negativa förändringar av kognitioner och humör [6].

Amerikanska data visar att 7,8 procent av befolkningen någon gång i livet har PTSD, kvinnor rapporterar mer sällan än män att de upplevt trauma men har dubbelt så ofta PTSD (10,4 procent av kvinnor och 5 procent av män) [7]. Den vanligaste stressoren för att utveckla PTSD är interpersonellt våld [8]: våldtäkt och sexuella övergrepp för kvinnor, och strid eller att ha bevittnat sådan för män [7]. Livstidsprevalensen för PTSD i Sverige uppskattas till 5,6 procent; även här tros

PTSD vara ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män (7,4 respektive 3,6 procent) [9]. PTSD kan vara underdiagnostiserat i svensk allmänpsykiatrisk öppenvård [10] och underdiagnostiken tros vara utbredd, även när trauma uppmärksammas under behandling [11]. Socialstyrelsen rekommenderar att frågor om erfarenhet av våld bör ställas inom barn- och ungdomspsykiatri, mödrahälsovård och till alla kvinnor som söker psykiatrisk vård, eftersom våldsutsatta kvinnor är överrepresenterade inom psykiatrisk vård [12].

### PTSD och samtidig beroendesjukdom

PTSD-symptom tenderar att föregå missbruk eller beroende, hädanefter kallat beroendesjukdom [13-15]. Amerikanska epidemiologiska data visar att 46,4 procent av de med PTSD också någon gång i livet har beroendesjukdom [16]. Samsjukligheten mellan PTSD och alkoholberoende är hög [17, 18]. Svenska data om samsjuklighet saknas.

Människor som har både PTSD och beroendesjukdom har svårare PTSD, sämre fysisk och psykisk hälsa, större funktionsnedsättning, återfaller oftare och tenderar att ha sämre effekt av behandling än personer utan samma samsjuklighet [18-20]. Cirka hälften av dem som söker behandling för beroendesjukdom har PTSD [20].

Ökade PTSD-symptom har kopplats till ökat substansbruk och minskade PTSD-symptom till minskat substansbruk, medan förändringar i substansbruk inte funnits vara relaterade till förändrade PTSD-symptom [21, 22]. Förbättringar av PTSD-symptom verkar ha större effekt på substansbruk än vice versa [23].

Psykologisk behandling är verksamt vid PTSD, följande typer rekommenderas i nationella riktlinjer eller har funnits vara verksamma i stora litteraturöversikter:

- traumafokuserad kognitiv beteendearbete (TF-KBT)/KBT med exponering [24-28]
- icke-traumafokuserad KBT [26]
- eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) [24-26, 28]

Utvärderingar av effekten av läkemedelsbehandling vid PTSD har nått varierande resultat (se till exempel [24, 27-29]). Slutsatserna spänner från att det inte finns tillräckligt underlag för att kunna utvärdera dess effekt [27] till att SSRI lindrar PTSD-symptom [24, 29] och att andra typer av läkemedel visat lovande resultat [29].

### Behandling av PTSD vid beroendesjukdom

Behandling av psykisk sjukdom och beroendesjukdom ska ske samtidigt för att ha bästa effekt

[30]. Detta gäller även vid PTSD och beroendesjukdom [15, 19]. Patienter föredrar också samtidig behandling av båda sjukdomarna givet av samma kliniker [21, 31]. Klinisk erfarenhet visar dock att den sekventiella behandlingsmodellen är vanlig. Patienten genomför då först behandling för missbruk/beroende, när en längre periods frihet från beroendeframkallande substanser och remitteras därefter vidare för psykiatrisk behandling. Beroendesjukdom karakteriseras av återfall (se till exempel [32]). Detta kan göra det svårt att uppnå varaktig frihet från beroendeframkallande substanser och tros bidra till att patienter inte får sekventiell, eller samtidig, behandling för sjukdomarna.

Tidigare farhågor av olika slag kan också ha bidragit till att patienter med PTSD och beroendesjukdom inte erbjudits samtidig behandling. Patienter med PTSD och beroendesjukdom troddes vara alltför kognitivt påverkade för att kunna ha nytta av behandling [33] och PTSD-behandling befarades vara alltför överväldigande för dem (se till exempel [34-36]). En annan farhåga var att PTSD-behandling skulle föranleda ökad substanskonsumtion [37, 38]. Patienter med beroendesjukdom exkluderades vanligtvis från studier av PTSD-behandling [39].

Ovanstående farhågor har senare avstyrkts. Forskning visar att behandling av PTSD för människor som har både PTSD och beroendesjukdom är både verksamt och tolerabelt för individen och leder till signifikanta minskningar av PTSD-symptom, substansbruk och sug efter beroendeframkallande substanser [34-36, 40-42]. Hittills har psykologisk behandling med exponering/traumafokuserad psykologisk behandling visat mest lovande resultat för PTSD och samtidig beroendesjukdom, och mer forskning behövs [20, 43]. Integrerad psykologisk behandling av PTSD och samtidig beroendesjukdom har dock funnits vara både säker och effektiv [20, 44].

Vad gäller farmakologisk behandling vid PTSD och samtidig beroendesjukdom finns ett fåtal studier och ingen av dem har visat några signifikanta effekter [20].

### Behandling med förlängd exponering (COPE)

Samtidig behandling av PTSD och beroendesjukdom med förlängd exponering (eng. Concurrent treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE)) är en form av manualbaserad TF-KBT med exponering [45]. COPE bygger på evidensbaserad behandling för de båda sjukdomarna: förlängd exponering för PTSD [46] (se även *Psykologtidningen* nr 9 2014

för mer information om förlängd exponering) och återfallsprevention för beroendesjukdom [47]. COPE har visats leda till minskade symptom på PTSD och depression samt minskat substansbruk [40] och ger tillsammans med sedvanlig behandling för beroendesjukdom signifikant minskning av PTSD-symptomens svårighetsgrad utan att förvärra beroendesjukdomens svårighetsgrad [35]. COPE syftar till att informera patienter om sambandet mellan PTSD och substansbruk, minska svårighetsgraden av PTSD-symptom liksom symptom på beroendesjukdom och, precis som förlängd exponering, att hjälpa patienten att återta kontrollen över sitt liv.

## ”Behandlingen utgår från patientens mål vad gäller PTSD och beroendesjukdom”

verkar varandra, vanliga reaktioner på trauma, att förstå undvikande och hur det kan vara kopplat till substansbruk.

För PTSD ingår imaginativ exponering: att patienten upprepade gånger under flera sessioner återberättar minnet av den traumatiska erfarenhet som stör hen mest idag och mellan sessionerna lyssnar på en inspelning av återberättelsen; och exponering in vivo: att patienten närmar sig objektivt sett säkra aktiviteter, platser, situationer etcetera som hen undvikit sedan traumat.

För beroendesjukdom ingår olika färdigheter för att minska risken för återfall, bland annat att bli medveten om sug efter beroendeframkallande substanser och färdigheter för att hantera detta samt att bli medveten om och hantera ilska, eftersom just ilska ofta föranleder återfall för personer med PTSD och beroendesjukdom. Hemuppgifter är en viktig del av behandlingen.

### Kan inledas vid pågående beroendesjukdom

Fördelar med COPE i den kliniska vardagen är att behandlingen kan inledas redan när patienten fortfarande har problem med beroendesjukdom. Någon viss tids nykterhet eller frihet från beroendeframkallande substanser innan behandling inleds krävs inte. Under behandlingens gång rekommenderas i första hand helnykterhet, i andra hand kontrollerat substansbruk.

Behandlingen utgår från patientens mål vad

gäller PTSD och beroendesjukdom.

COPE fungerar för olika typer av trauman och beroendesjukdom med olika typer av beroendeframkallande substanser samt för både män och kvinnor. Det finns i forskningslitteraturen inga rapporter om COPE specifikt för hbtq-personer. Andelen patienter som väljer att avbryta COPE är jämförbar med den andel som väljer att avbryta integrerad icke-traumafokuserad behandling för PTSD och beroendesjukdom, behandling för enbart beroendesjukdom respektive behandling för andra typer av psykisk ohälsa [35].

COPE rekommenderas för personer med PTSD och beroendesjukdom samt tillräckligt minne av sitt eller sina trauman. COPE rekommenderas inte vid tillstånd som bedöms mer akuta än patientens PTSD och beroendesjukdom, såsom behov av ineliggande avgiftning, när patienten vill fortsätta dricka eller ta andra beroendeframkallande substanser, pågående psykos, dissociation som är svårare eller påverkar patienten mer än hans PTSD, pågående våld i hemmet, allvarligt självskadebeteende eller hög risk för suicid. Dessa tillstånd ska då behandlas först. COPE rekommenderas inte heller när patienten inte minns (nog av) sitt eller sina trauman.

COPE-manual och arbetsbok för patienter finns på engelska [45] och kommer på svenska under 2015.

### COPE i Sverige

EWA-/VERA-mottagningen inom Beroendecentrum Stockholm erbjuder behandling för kvinnor med alkoholproblem som har barn under 18 år samt för kvinnor med PTSD och alkoholproblem. PTSD är kraftigt överrepresenterat bland patienterna vid den mottagning där författarna arbetar och var det redan innan mottagningen började erbjuda integrerad behandling för PTSD och beroendesjukdom.

År 2012 påbörjades ett forskningsprojekt vid mottagningen för att förbättra diagnostik och behandling av PTSD och samtidigt alkoholberoende hos kvinnor. Projektet startade som ett samarbete mellan EWA-/VERA-mottagningen inom Beroendecentrum Stockholm, Karolinska institutet, amerikanska Medical University of South Carolina (MUSC) och National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

En pilotstudie (n = 10) har genomförts, bland annat för att prova COPE i svensk öppenvård. Resultaten visar en kliniskt signifikant minskning av PTSD-symptom och de flesta kvinnornas

symptom uppfyllde inte lägre diagnoskriterierna för PTSD efter behandling. Även symptom på depression, alkoholkonsumtion, sug efter alkohol och alkoholberoendets svårighetsgrad minskade signifikant efter behandling.

I år 2015 inleds en dubbelblind randomiserad placebo-kontrollerad studie där läkemedelsförstärkt COPE kommer att prövas (n = 120). Hypotesen är att ett läkemedel ska förstärka effekten av behandlingen genom att underlätta utsläckning och nyinläring och att behandlingen ska leda till minskade PTSD-symptom, minskad alkoholkonsumtion och ökad funktionsnivå inom viktiga områden, som till exempel arbete och familj.

Studien genomförs vid Beroendecentrum Stockholm, Capio Maria i Stockholm och Akade-

miska sjukhuset i Uppsala. Samarbetet med Karolinska institutet, MUSC och NIAAA fortgår och även Linköpings universitet deltar i projektet. ●



**ANNA PERSSON**  
Psykolog, EWA-/VERA-mottagningen och Rosenlunds mödravårdsteam, Beroendecentrum Stockholm



**ÅSA MAGNUSSON**  
Psykiater, EWA-/VERA-mottagningen och Rosenlunds mödravårdsteam, Beroendecentrum Stockholm, med dr. och adjunkt, Karolinska Institutet

Fullständig referenslista finns på [www.psykologtidningen.se](http://www.psykologtidningen.se)

#### REFERENSER:

- Breslau N, Kessler R C, Chilcoat H D et al. (1998). *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community*. Archives of General Psychiatry, 55: p. 626-632.
- Creamer M, Burgess P, McFarlane A C. (2001). *Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being*. Psychological Medicine, 31(07).
- Breslau N *Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders*. Can J Psychiatry, 47(10): p. 923-929.
- Kessler R C, Sonnega A, Bromet E, et al. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry, 52(12): p. 1048-1060.
- Frans Ö, et al. (2005). *Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population*. Acta Psychiatr Scand, 111(4): p. 291-9.
- Jacobsen L K, Southwick Steven M, et al. *Substance Use Disorder in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature*. Am J Psychiatry, 158(8): p.1184-1190.
- McFarlane A C (1998). *Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: The nature of the association*. Addictive Behaviors, 23(6): p. 813-825.
- Pietrzak R H, et al. (2011). *Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. J Anxiety Disord, 25(3): p. 456-65.
- Kessler R C, Crum R M, Warner L A, et al. *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry, 54(4): p. 313-321.
- Mills K L, Teesson M, Ross J, et al. (2006). *Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of mental health and well-being*. Am J Psychiatry, 163(4): p. 651-658.
- Berenz, E.C. and S.F. Coffey, *Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders*. Curr Psychiatry Rep, 14(5): p. 469-77.
- Mills, K L, Teesson, M, Back, S E, et al. *Integrated Exposure-Based Therapy for Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. A Randomized Controlled Trial*. JAMA, 308(7): p. 690-699.

#### Forskningsnotis

## KBT hjälper anhöriga efter självmord

**Anhöriga till personer** som begått självmord får ingen lindring av självanklagelser, depressiva symtom och hopplöshetskänslor efter att de genomgått ett KBT-baserat utbildningsprogram om självmord och sorg. Däremot kan programmet ge en signifikant symtomlindring över tid när det gäller tecken på komplicerad sorg och depression. Det visar en studie vid universitetet i Ghent, Belgien.

I studien delades 86 anhöriga till personer som tagit sina liv

i två grupper: en interventionsgrupp som fick fyra tvåtimmars KBT-baserade utbildnings-

sessioner i det egna hemmet, och en grupp som enbart följdes med intervjuer i hemmet vid två tillfällen. Utbildningen täckte fakta om självmord, övergripande förklaringsmodeller, speciella omständigheter vid sorg efter självmord, myter om sorgprocesser, etc. Olika skattningsformulär användes för att fånga tankar vid sorg samt skalor för copingstrategier.

Åtta månader efter interventionen uppmättes inga skillnader mellan grupperna sett till självanklagelser, depres-

siva symtom, suicidtankar och andra negativa tankar. Däremot uppvisade interventionsgruppen en signifikant minskning av så kallad komplicerad sorg och depression, samt att interventionsgruppen uppvisade en signifikant förändring när det gällde att uttrycka känslor och söka socialt stöd: KBT-utbildningen ledde till att deltagarna sökte mindre stöd än kontrollgruppen.

Studien är publicerad i tidskriften *Crisis* 2014; 35(3):193-201. DOI: 10.1027/0227-5910/a000252 ●