

Fakta om posttraumatisk stress (PTSD)

Läs mer om
forskningsresultat
om PTSD i SBU:s
publikationer.

www.sbu.se/fakta_ptsd

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, kan uppstå hos en person som själv har utsatts för – eller bevittnat – mycket svåra, livshotande och traumatiska händelser som katastrofer, olyckor, våld, sexuella övergrepp och psykisk eller fysisk misshandel.

PERSONER SOM DRABBAS kan återuppleva traumat i plågsamma minnesbilder (flashbacks) trots att de försöker undvika tankar, minnen, händelser, situationer eller personer som påminner

dem. Mardrömmar och sömnproblem är vanligt. Många blir överdrivet vaksamma, irriterade och lättskrämda. Tankeförmågan försämras och tankarna blir negativa – sinnesstämningen sänks.





Vilka drabbas?

Tillståndet kan drabba människor i alla åldrar. Av alla som upplever en mycket svår, livshotande och traumatisk händelse får ungefär var fjärde diagnosen PTSD efteråt. Men siffran kan variera. Efter vissa traumatiska händelser som våldtäkt och tortyr drabbar tillståndet kanske varannan person. Enligt sammanställda studier av barn och unga utvecklas PTSD hos var sjätte som har utsatts för trauma. Bland flyktingar och asylsökande personer är PTSD betydligt vanligare än hos personer utan sådana erfarenheter.

Efter en traumatisk händelse är det vanligt att stressreaktioner uppkommer, men de flesta återhämtar sig på egen hand. Diagnosen PTSD kan sättas först en månad efter den traumatiska händelsen, även om symtomen ibland kommer tidigare. Om PTSD inte behandlas kan det leda till annan psykisk ohälsa och sjukdom. Det är ytterligare en orsak till att det är viktigt att både förebygga och behandla tillståndet.

Varför leder traumat till PTSD hos några?

Det är till stor del okänt vilka faktorer som bidrar till att PTSD utvecklas och vilka skadliga mekanismer exempelvis i det centrala nervsystemet som är involverade. Forskare har bland annat intresserat sig för samspelet mellan ärftliga faktorer och miljön, till exempel möjligheten att vissa individer har en medfödd sårbarhet för detta eller tidigt i livet har exponerats för trauma. En hypotes om vad som händer i nervsystemet är att det uppstår obalans mellan nivåerna av vissa signalsubstanser och receptorer för dessa substanser, som noradrenalin och kortisol. En annan hypotes handlar om balansen mellan funktionerna i höger och vänster hjärnhalva.

Finns det forskning som är till hjälp?

Ja, det finns en del vetenskaplig kunskap om vilka insatser som har effekt – och bra sammanställningar av det som forskningen hittills har visat. SBU har sammanfattat och kommenterat sex systematiska översikter från den brittiska myndigheten NICE om att förebygga och behandla PTSD hos barn

och vuxna. Där utvärderas effekterna av både läkemedel, psykologiska och andra icke-farmakologiska insatser.

Kan PTSD förebyggas när en person har upplevt ett trauma?

Ja, forskningen ger en del hållpunkter för det, även om det finns en del osäkerhet i resultaten. Det varierar bland annat vad studierna jämför med och vid vilken tidpunkt resultaten har mätts.

Men den sammantagna bilden för vuxna är att det är möjligt att olika typer av kbt med traumafokus som ges inom en månad efter den traumatiska händelsen minskar risken för PTSD. Det kan handla om *kognitiv terapi för PTSD*, *cognitive processing therapy*, *narrative exposure therapy* och *prolonged exposure therapy*.

I fråga om barn och unga som utsätts för ett pågående trauma (till exempel under krig) finns det en del studier av möjligheterna att förebygga PTSD – men också betydande osäkerhet. De allra flesta barn som upplever traumatiska händelser utvecklar inte PTSD utan har en naturlig återhämtningsprocess. När det gäller barn under 7 år som lever under krigsliknande förhållanden finns ingen forskning alls om hur PTSD kan förebyggas.

Vilka psykologiska behandlingar har bevisad effekt vid utvecklad PTSD?

Flera psykologiska behandlingar verkar kunna hjälpa, enligt den forskning som hittills har gjorts. Olika former av individuell kbt med traumafokus – *kognitiv terapi för PTSD*, *cognitive processing therapy*, *narrative exposure therapy* och *prolonged exposure therapy* – har ett visst vetenskapligt stöd när de ges mer än tre månader efter en traumatisk händelse. Det är möjligt att de minskar symtom hos vuxna och gör att fler tillfrisknar från posttraumatiskt stressyndrom.

Detsamma gäller bland annat behandling som bygger på specifika ögonrörelser (*eye movement desensitisation and reprocessing*, EMDR), och för traumafokuserad internetbaserad kbt samt för kbt vid specifika symtom som sömnbesvär.

Vilka läkemedel har bevisad effekt vid PTSD?

Studier där personer med PTSD har behandlats med vissa läkemedel (sertralin, flouxetin och paroxetin) – som samtliga är så kallade SSRI, selektiva serotoninåterupptagshämmare – ger vissa belägg för att behandlingen kan minska symtom vid PTSD, jämfört med placebo. Det går däremot inte att bedöma om läkemedel som ges tidigt efter traumat även skulle kunna förebygga tillståndet.

Vad visar forskningen när olika grupper har specialstuderats?

– barn/unga

Olika former av individuell kbt som är traumafokuserad minskar troligen symtom på PTSD hos barn och unga från 7-årsåldern. Det gäller både kortsiktigt och vid uppföljning efter ett år. Effekt har visats, åtminstone kortsiktigt, på både

inåtriktade symtom (som depression och ångest) och utagerande symtom (som aggressivitet). Behandlingen verkar också vara kostnadseffektiv, det vill säga behandlingen verkar göra stor nytta i förhållande till vad den kostar. Effekten av övriga insatser för barn kan inte bedömas eftersom det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

– flyktingar och asylsökanden

Det är möjligt att den psykologiska behandlingsmetoden *Narrative exposure therapy* (NET) lindrar posttraumatisk stress hos flyktingar och asylsökande som har upplevt krig och tortyr. NET är en manualbaserad korttidsvariant av kognitiv beteendeterapi med fokus på trauma. Efter i snitt fem månaders uppföljning i randomiserade studier ses en möjlig effekt av NET. Metodens effekter på längre sikt är vetenskapligt oklara.



Läs SBU:s publikationer

Psykologisk, psykosocial och annan icke-farmakologisk behandling av PTSD hos vuxna. Stockholm: SBU, 2019. www.sbu.se/2019_12

Psykologiska, psykosociala och andra icke-farmakologiska insatser för att förebygga PTSD hos vuxna. Stockholm: SBU, 2019. www.sbu.se/2019_11

Läkemedel för att förebygga och behandla PTSD hos vuxna. Stockholm: SBU, 2019. www.sbu.se/2019_10

Psykologiska och psykosociala insatser för att förebygga posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos barn och unga. Stockholm: SBU, 2019. www.sbu.se/2019_05

Psykologisk, psykosocial och farmakologisk behandling vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos barn och unga. Stockholm: SBU, 2019. www.sbu.se/2019_04

Psykologiska behandlingar vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos flyktingar och asylsökande. Stockholm: SBU, 2019. www.sbu.se/2019_03

Referenser

Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;204:335-40.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry* 1998;55:626-32.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365: 1309-14.

Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ (Clinical research ed.)* 2016;352.

Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burstrom B, Borrell C, Ekblad S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol.* 2012;41:1153-61.

Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA* 2002;288.

National Guideline Alliance (UK). Post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018 Dec. (NICE Guideline, No. 116.) A, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in children.

National Guideline Alliance (UK). Post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018 Dec. (NICE Guideline, No. 116.) B, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people.

National Guideline Alliance (UK). Post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018 Dec. (NICE Guideline, No. 116.) C, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults.

National Guideline Alliance (UK). Post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018 Dec. (NICE Guideline, No. 116.) D, Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults.

National Guideline Alliance (UK). Post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018 Dec. (NICE Guideline, No. 116.) E, Evidence reviews for pharmacological interventions for the prevention and treatment of PTSD in children.

National Guideline Alliance (UK). Post-traumatic stress disorder. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2018 Dec. (NICE Guideline, No. 116.) F, Evidence reviews for pharmacological interventions for the prevention and treatment of PTSD in adults.

Nosè M, Balette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. (2017) Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(2): e0171030. doi:10.1371/journal.pone.0171030.

Sigvardsson E, Vaez M, Rydholm Hedman AM, Saboonchi F. Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Torture.* 2016;26:41-73.

Om kbt med traumafokus och EMDR

Kbt med traumafokus innefattar flera typer av kognitiv beteendeterapi, som kognitiv terapi för PTSD, cognitive processing therapy, narrative exposure therapy (NET) och prolonged exposure therapy.

Alla bygger på en utprövad manual och innefattar 8 till 12 tillfällen, ibland mer om det behövs. Terapin bedrivs av specialutbildad terapeut under handledning, och den inriktas på att återskapa vardagliga färdigheter i arbete och relationer. I terapin ingår:

- ▶ kunskap om psykologiska trauman och strategier för att hantera dem
- ▶ fördjupning och bearbetning av den traumatiska händelsen
- ▶ bearbetning av skuld och vrede kopplat till händelsen
- ▶ omstrukturering av tankar och minnen som har med traumat att göra
- ▶ hjälp att komma över undvikandebeteende

EMDR, eye movement desensitisation and reprocessing, bygger på en utprövad manual och ges vid 8 till 12 tillfällen av specialutbildad terapeut under handledning.

I behandlingen ingår att förmedla kunskap om PTSD och reaktioner på traumat, att hantera obehagliga minnen (ofta synminnen) som framkallas uppprepade gånger under kontrollerade former (samtidigt med specifika ögonrörelser, eller liknande) tills minnena inte längre väcker ångest. Patienten lär sig att identifiera och bearbeta specifika obehagliga minnen, till exempel genom avslappningstekniker och tekniker för att hantera oönskade minnesbilder eller negativa tankar. Det ingår också att stödja en positiv uppfattning hos den drabbade av sig själv i den traumatiska situationen.



Läs mer i SBU:s tidning Vetenskap och praxis

Terapier kan hjälpa barn mot stressyndrom efter trauma

www.sbu.se/vop21_2019

Möjligt att terapimetod lindrar syndrom efter krig och tortyr

www.sbu.se/vop12_2019

KBT, SSRI och terapi med ögonrörelse kan hjälpa efter traumatisk stress

www.sbu.se/vop

Läs mer på
www.sbu.se

REDAKTÖR: Ragnar Levi,
medicinsk informationschef, SBU
FAKTAGRANSKARE: Jan Liliemark,
medicinskt sakkunnig, SBU
GRAFISK FORM: Sinfo Yra

Om SBU:s arbete

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, utvärderar vårdens metoder genom att systematiskt och kritiskt granska de forskningsresultat som publicerats på olika områden. Granskningarna görs genom ett samarbete mellan SBU:s forskare och ledande ämnesexperter runt om i landet.

Ibland gör SBU egna sammanställningar av forskningsresultaten i form av systematiska översikter. I andra fall granskar SBU översikter som andra organisationer har gjort, och bedömer relevansen för svenska förhållanden. I sådana fall samarbetar personal från SBU med någon ledande sakkunnig person inom det aktuella ämnesområdet.

