

Vårdriktlinje för trauma, vuxenpsykiatri

Människor som utsätts för svåra livshändelser och trauman kan uppvisa många olika negativa reaktioner. För de flesta avklingar dessa reaktioner spontant utan långsiktiga konsekvenser. En del kan dock få svårigheter att återhämta sig och kan i vissa fall utveckla mer kroniska störningar. En av de vanligaste av dessa är posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Multipla trauman och långvarig interpersonell traumatisering, framförallt under uppväxtåren, har visat sig innebära en ökad risk, inte bara för så kallad enkel PTSD utan också för mer komplexa former av syndromet. Samsjukligheten är då ofta högre med bland annat samtidiga depressionstillstånd, ångeststörningar, missbruk och symtom på somatisering. Dessa svårigheter innebär också i många fall en förhöjd suicidrisk.

Epidemiologiska studier har visat att de flesta någon gång i livet är med om traumatiska händelser. Upp till 70 % av vuxna individer har angetts i internationella studier beroende på vilka traumakriterier som har använts. Ofta klarar individen detta utan bestående psykiska besvär även om initiala symtom kan vara oroande. Livstidsprevalensen för att utveckla PTSD har uppskattats till runt 5 % i Sverige och syndromet är dubbelt så vanligt bland kvinnor och bland utlandsfödda. Prevalensen i internationella studier ligger på ungefär samma nivå. Det finns inget sätt att förutsäga vem som kommer att drabbas av PTSD efter en traumatisk händelse. Däremot har ett antal riskfaktorer kunnat identifieras vilka utöver de som nämnts ovan bland annat innefattar art och svårighetsgrad av trauma, tidigare eller pågående psykisk ohälsa samt bristen på socialt stöd i samband med traumahändelsen.

Om detta dokument

Denna vårdriktlinje är en del av Region Jönköpings Kliniska Programområden vilka syftar till att säkra en jämlik och resurseffektiv vård. Det innehåller riktlinjer för diagnostik och behandling av traumarelaterade psykiska sjukdomstillstånd/syndrom hos vuxna, mer specifikt akut stressyndrom (ASD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt komplext posttraumatiskt stressyndrom (CPTSD). Som grund har vi använt oss av tidigare utarbetade regionala vårdriktlinjer samt nuvarande internationella "guidelines". Riktlinjerna har också målsättningen att ge fördjupad kunskap för behandlare kring den aktuella forskning som bedrivs på området. Vidareläsning finns i appendix 1 – aktuella fakta kring traumarelaterade psykiska störningar.

Vårdnivå och remiss

Primärvården har en nyckelroll i att identifiera individer med symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Ofta söker personen hjälp för andra besvär än den oroande traumabakgrunden. Den drabbade kan ibland söka för ångestsymptom eller sömnsvårigheter, senare kanske för atypiska depressioner

eller psykosomatiska besvär. Obehandlad PTSD kan påverka en person under mycket lång tid. Dessa tillstånd behöver därför upptäckas tidigt för att undvika en ökad symtombelastning och som en del av det preventiva arbetet. En korrekt ställd diagnos möjliggör ett bemötande inom vården som ökar patientens förståelse och upplevelsen av hanterbarhet.

Det finns goda möjligheter att även behandla traumatiserade personer inom primärvården, men med tanke på risken för framtida psykisk ohälsa, suicidalitet och risk för utveckling av missbruk eller läkemedelsberoende, är det viktigt med ett nära samarbete mellan primärvård och den specialistpsykiatriska öppenvården.

Följande bör vara en del av primärvårdens uppgifter

- Vid lättare kris och traumareaktioner erbjuda psykologisk och farmakologisk behandling.
- Identifiera ASD och PTSD samt psykiatrisk samsjuklighet.
- Behandla somatisk samsjuklighet.
- Erbjuder psykoedukativa insatser till patienter med ASD och PTSD.
- Erbjuder psykologisk och farmakologisk behandling till patienter med ASD och PTSD samt vid behov remittera till specialistpsykiatri.
- Vid svårare kris- och traumareaktioner remittera till specialistpsykiatri.

Specialistpsykiatrins ansvar

- Identifiera PTSD, komplex PTSD samt somatisk och psykiatrisk samsjuklighet.
- Erbjuder psykoedukativa insatser till patienter med PTSD, komplex PTSD samt deras närstående.
- Erbjuder psykologisk behandling till patienter med PTSD och komplex PTSD.
- Erbjuder psykologisk och farmakologisk behandling samt multidisciplinära teambaserade psykosociala stöd- och rehabiliteringsinsatser till patienter med PTSD och komplex PTSD vid hög grad av samsjuklighet och låg funktionsnivå.

Diagnostik

Traumahändelser och traumareaktioner

Ordet trauma används på ett tvetydigt sätt inom den psykiska hälsovården. Ibland hänvisar begreppet till en allvarlig händelse och vid andra tillfällen till en psykisk reaktion eller skada som följd av en starkt oroande händelse, det vill säga något som allvarligt påverkat en persons känslomässiga välbefinnande. Trauma används rutinmässigt också inom den fysiska hälso- och sjukvården för att beskriva en somatisk skada.

En potentiellt traumatisk händelse, som här används som ett mer specifikt begrepp, är av den arten att den uppfyller någon av de situationer som berörs av kriterium A för PTSD och ASD i den aktuella diagnosmanualen DSM-5. Den subjektiva omedelbara reaktionen på en potentiellt traumatisk händelse har

tidigare ingått vid bedömningen av en traumarelaterad sjukdomsbild i DSM-IV men är inte längre en del av kriterium A. De diskussioner som förts kring detta kriterium redovisas närmare i appendix 1. Här följer den aktuella definitionen enligt DSM-5.

Kriterium A, Akut stressyndrom/Posttraumatiskt stressyndrom enligt DSM-5

Exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld på ett (eller flera) av följande sätt.

- Själv utsatt för en eller flera traumatiska händelser.
- Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats.
- Underrättats om att en traumatisk händelse drabbat en nära familjemedlem eller en nära vän. Observera, när det rör sig om faktisk död eller livsfara som drabbat en familjemedlem eller nära vän, måste det ha rört sig om en våldsam händelse eller ett olycksfall.
- Vid upprepade tillfällen, eller under extrema omständigheter, exponerats för motbjudande företeelser vid en eller flera traumatiska händelser (till exempel först på plats att hantera mänskliga kvarlevor; utredare vid polisen som vid upprepade tillfällen konfronteras med detaljer kring övergrepp mot barn). Observera, detta kriterium avser inte exponering via elektronisk media, television, film eller bilder, såvida inte den här exponeringen sker under tjänsteutövning.
- Exempel på trauman som inkluderas i DSM-5: Exponerad för krigsrelaterade händelser som stridande eller som civilperson; utsatt för hot om, eller faktiskt, fysiskt övergrepp (exempelvis bli fysiskt angripen, rånad, fysiskt misshandlad i barndomen); hot om, eller faktiskt, sexuellt våld (exempelvis våldtäkt, sexuellt utnyttjande, trafficking); kidnappad eller tagen som gisslan; offer för terroristattack; tortyr; naturkatastrofer; allvarliga trafikolyckor; plötslig eller våldsam förlust av en älskad person. För barn kan sexuellt våld handla om utvecklingsmässigt olämpliga närmanden utan inslag av fysiskt våld eller skada. När det gäller försummelse handlar hotet snarare om hinder för att utveckla en emotionellt trygg och pålitlig anknytningsrelation.

Differentialdiagnostiska ställningstaganden

Reaktioner på stress- och traumahändelser kan se mycket olika ut, från kortvarig oro och sömnsvärigheter till mer genomgripande och bestående psykopatologi. Stressorer påverkar kroppens neuroendokrina alarmsystem, och de psykologiska följderna betingas som vi har sett av flera samverkande riskfaktorer.

Även om traumarelaterade psykiska störningar är underdiagnostiserade så behöver inte erfarenheter av potentiellt traumatiserande händelser per definition leda till utvecklandet av en kronisk symtombild som vid PTSD. Mindre allvarliga händelser såsom vardaglig stress, arbetsplatsrelaterad stress och livskriser leder dessutom i de flesta fall till kroppsliga och psykologiska stressreaktioner som inte primärt utmynnar i PTSD som behandlingsbar diagnos.

En allsidig klinisk bedömning innebär utöver diagnostiken kring PTSD att klarlägga eventuell samsjuklighet som snarare är regel än undantag vid traumarelaterade svårigheter. Vid mer komplexa symtombilder är det av vikt att förstå den enskilda individens livshistoria och symtomutveckling för att få en bild av hur traumatiseringen bidragit till dennes svårigheter.

Vid diagnostik av trauma- och stressrelaterade psykiska störningar behöver således flera differentialdiagnostiska överväganden göras och symtombilden kan ibland bättre förklaras med annan psykiatrisk problematik. För klinikern innebär det att ta ställning till aktuellt fokus för behandlingen men även huruvida planering ska ske gällande samtidig eller sekventiell behandling. De bör understrykas att samtliga diagnoser som diskuteras i denna vårdriktlinje utgår från de traumahändelser som redovisas i diagnosmanualens kriterium A, se vidare appendix 1.

Akut Stressyndrom, ASD

Vid akut stressyndrom ses PTSD-liknande symtom den första perioden efter en potentiellt traumatiserande händelse. Diagnosen används under den första månaden och prognosen är vanligtvis god. Hos vissa dominerar dissociativa reaktioner. ASD beskrivs ibland som en normalreaktion på en onormal händelse och har ett begränsat prediktivt värde för utvecklingen av PTSD. Runt hälften av dem som utvecklar PTSD har inte initialt uppfyllt kriterier för ASD. Härnedan följer aktuella symtomkriterier för akut stressyndrom i DSM-5 efter att stresskriterium A fastställts.

ASD, symtomkriterier enligt DSM-5

B. Minst nio av nedanstående fjorton symtom har debuterat eller förvärrats efter den traumatiska händelsen. Symtomen är uppdelade i fem kategorier – påträngande symtom, negativ sinnesstämning, dissociation, undvikande och arousal.

Påträngande symtom

- Återkommande ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen. Observera, hos barn kan teman eller aspekter av den traumatiska händelsen uttryckas återkommande i lekar.
- Återkommande mardrömmar där innehållet och/eller affektläget i drömmen är kopplat till den traumatiska händelsen. Observera, hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet har tydlig koppling till händelsen.
- Dissociativa reaktioner exempelvis flashbacks, där personen upplever det som om den traumatiska händelsen upprepas på nytt. (Sådana reaktioner kan visa sig längs ett kontinuum där det mest extrema uttrycket är att personen helt tappar kontakten med den pågående nusetituationen.) Observera, hos barn kan traumaspecifikt återupprepande förekomma under lek.

- Intensiv eller utdragen plåga eller uttalade fysiologiska reaktioner vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

Negativ sinnesstämning

- Ihållande oförmåga att uppleva positiva känslor (exempelvis kan inte känna lycka, tillfredsställelse eller kärlek).

Dissociativa symtom

- En förändrad verklighetskänsla inför omgivningen, så kallad derealisation, eller inför sig själv, benämnd depersonalisation (exempelvis ser sig själv som från en annan persons perspektiv, känner sig som i en dimma, har en känsla av att tiden stannar av).
- Oförmögen att minnas någon viktig aspekt av den traumatiska händelsen (beror på dissociativ amnesi och inte på andra faktorer som skallskada, alkohol eller droger).

Undvikande symtom

- Bemödar sig om att undvika plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.
- Bemödar sig om att undvika yttre omständigheter (personer, platser, samtal, aktiviteter, föremål, situationer) som framkallar plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.

Symtom på arousal

- Sömnstörning (exempelvis svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig sömn).
- Irritabel och argsint (redan vid liten eller obefintlig provokation).
- Överdrivet vaksam.
- Koncentrationssvårigheter.
- Lättskrämd.

ASD, övriga kriterier enligt DSM-5

C. Varaktigheten av symtomen enligt kriterium B är tre dagar till en månad efter exponeringen för traumat. Observera att symtomen debuterar i typfallet omedelbart efter traumat, men varaktigheten måste vara minst tre dagar och som mest en månad för att kriteriet ska vara uppfyllt.

D. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

E. Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans som läkemedel, alkohol eller något annat medicinskt tillstånd (exempelvis lindrig traumatisk skallskada) och förklaras inte bättre med kortvarig psykos.

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Vid PTSD har symtom funnits minst en månad och kriterium A behöver vara uppfyllt. Symtomdebut i förhållande till traumaexponering skiftar och kan vara fördröjd. Fördröjd debut specificeras om de diagnostiska kriterierna inte är helt uppfyllda förrän minst sex månader efter händelsen. Vissa symtom kan ha debuterat tidigare. Dissociativa symtom specificeras om ihållande eller återkommande symtom på depersonalisation och derealisation föreligger (symtom som inte kan tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans eller något annat medicinskt tillstånd). Samsjuklighet är vanligt och i många fall söker personer med PTSD hjälp i första hand för sina depressiva besvär. Somatisering, missbruk, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifik fobi eller andra hälsorelaterade besvär kan utgöra komplikationer vid PTSD.

PTSD, symptomkriterier enligt DSM-5

Antalet symptomkriterier har utökats i DSM-5 och innefattar tjugo symtom fördelade på fyra grupper. Det föreskrivs specifikt för varje gruppering antalet symtom som ska föreligga vid diagnos PTSD. Det individuella uttrycket kan således variera stort. DSM-5 beskriver fyra huvudtyper av symtom.

- Plågsamma återupplevanden associerade med den traumatiska händelsen, ibland som mardrömmar. Symtomkriterier som vid akut stressyndrom (se påträngande symtom ovan). Ett eller fler av symtomen föreligger.
- Ovilja att tänka på eller tala om traumat. Ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen. Symtomkriterier som vid akut stressyndrom (se undvikandesymtom). Ett av symtomen eller bägge föreligger.
- Markanta förändringar av stimulusreaktioner med bland annat ökad vaksamhet och irritabilitet. Symtomkriterier som vid akut stressyndrom (se symtom på arousal) men utökad med ytterligare ett kriterium: hänsynslöst eller självdestruktivt beteende. Två eller fler av symtomen föreligger.
- Negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning med koppling till den traumatiska händelsen. Symtombilden överlappar delvis kriterier vid akut stressyndrom gällande dissociativa symtom och negativ sinnesstämning men innefattar fler aspekter på en förändrad självbild/självupplevelse. Två eller fler av symtomen föreligger enligt följande:
 - Oförmögen att minnas någon viktig aspekt av den traumatiska händelsen (beror på dissociativ amnesi och inte på andra faktorer som skallskada, alkohol eller droger).
 - Ihållande och överdrivna negativa uppfattningar eller förväntningar på sig själv, andra eller världen (exempelvis ”jag är värdelös”, ”man kan inte lita på en enda människa”,

”världen är genomgående farlig”, ”hela mitt nervsystem är förstört för alltid”).

- Ihållande, förvanskade tankar om orsaken till eller om konsekvenserna av den traumatiska händelsen, vilket leder till att personen anklagar sig själv eller andra.
- Ihållande negativt känslotillstånd (såsom rädsla, skräck, vrede, skuld eller skam).
- Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter.
- Känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor.
- Ihållande oförmåga att uppleva positiva känslor (såsom kan inte känna lycka, tillfredsställelse eller kärlek).

PTSD, övriga kriterier enligt DSM-5

F. Varaktigheten av symtomen mer än en månad.

G. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

H. Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (exempelvis läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.

Komplex PTSD

Komplex PTSD är ingen separat diagnos i DSM-5 där man utifrån övergripande principer för diagnosrevidering har valt att behålla PTSD diagnosen vilken istället har utökats med ytterligare kriterier för att inkludera mer komplexa uttryck för syndromet. I den senaste revideringen av WHO:s diagnosklassifikation ICD-11 (2018) har den däremot avgränsats gentemot PTSD som en syskondiagnos och fått en egen diagnoskod (6B40 respektive 6B41). Någon aktuell svensk översättning föreligger inte i dagsläget.

Vid komplex PTSD ska samtliga symptomkriterier enligt PTSD vara uppfyllda. Utöver återupplevande, undvikande och hypervigilans, vilka är kärnsymtom för PTSD ingår även det som kallas DSO (Disturbances in Self-Organisation), störningar i självorganisering. DSO kan innefatta allvarliga och bestående svårigheter i förmågan till affektreglering, därtill en ihållande negativ självbild och problem att upprätthålla nära relationer till andra innefattande en känsla av att vara avskuren från omvärlden.

Ofta rymmer anamnesen utdragna, upprepade eller multipla interpersonella stressorer och trauman, så kallad komplex traumaexponering. Det kan handla om krigs- och flyktingtrauman, betydande omsorgsvikt från tidig ålder men också allvarliga upprepade kränkningar i vuxen ålder. Den bristande känsloregleringen innebär en stor känslighet för olika triggers och suicidrisken är ofta mer uttalad. Funktionsnedsättningen är större än vid PTSD. Personer som varit utsatta för

upprepad traumatisering under barndomen har i studier visat sig ha en sämre prognos, men mer forskning kring effektiva behandlingar behövs.

Psykiatrisk samsjuklighet är liksom vid PTSD mycket vanligt. Särskilt ångestproblem, depressiva symtom och dissociativa reaktioner. Det förekommer ofta oklara kroppsliga symtom som exempelvis smärttillstånd, kramper, känselbortfall och andra somatiska sjukdomstillstånd.

Utredning

Vårdens mottagande och bemötande är av stor vikt då det kan vara svårt att berätta om erfarenheter av potentiellt traumatiska händelser. Dessa kan vara förknippade med starka skuld- och skamkänslor och därför svåra att benämna. Riktade frågor specifikt gällande trauma, i synnerhet tidigare eller aktuell utsatthet för våld i nära relationer, är av den anledningen viktiga att artikulera som en del av den kliniska intervjun. Individen som söker vård bör under alla omständigheter bemötas på ett lyhört, respektfullt och icke värderande sätt.

Screening

Ett allmänt screeningförfarande för traumakartläggning rekommenderas inte på primärvårdsnivå. Däremot bör följande korta frågor som adresserar traumapåverkan riktas till förmodade riskgrupper men också till personer med oförklarade psykiska och somatiska symtom som inte förbättrats av tidigare behandling. På denna nivå rekommenderas att inte fördjupa sig i detaljer kring själva traumat utan symtom och reaktioner är i fokus.

- Har du varit med om någon händelse som fortfarande stör dig/påverkar ditt liv?
- Har det hänt att du känt dig påverkad eller upprörd i situationer som påminner dig om händelsen?

Fortsatta utredningsinsatser

Vid positivt utfall på frågorna kan man gå vidare med Primärvårdsskala för DSM-5, Primary Care PTSD Screen for DSM-5, PC-PTSD-5.

Har du någon gång i ditt liv upplevt något så skrämmande och upprörande att du under den senaste månaden:

- Haft mardrömmar om det eller tänkt på det fast att du inte ville det?
- Försökt att inte tänka på det eller undvikit situationer som påminner om den stressande upplevelsen från tidigare?
- Hela tiden varit på din vakt eller varit lättskrämd?
- Upplevt dig som bedövad eller avskuren från andra människor/aktiviteter eller från din omgivning?
- Haft skuldkänslor eller inte kunnat sluta anklaga dig själv eller andra för det som hänt eller för problem som händelsen orsakat?

Jakande svar på tre eller fler av frågorna indikerar att sannolik PTSD föreligger och att fördjupad anamnes kring trauma behövs. Nedanstående instrument och skalor kan då bidra till den diagnostiska bedömningen samt eventuell samsjuklighet. Flertalet av dessa är fritt tillgängliga och kräver ingen specifik behörighet.

- PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5.
- Checklista för att bedöma förekomst av potentiellt traumatiska livs händelser, Life Event Checklist for DSM-5, LEC-5.
- AUDIT, DUDIT för bedömning av missbruksrelaterad samsjuklighet.
- MADRS-S för självskattning av depressiva symtom.
- M.I.N.I. samt Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I för differentialdiagnostik.

Fördjupad bedömning inom psykiatri PTSD

- Den noggranna kliniska intervjun utgör grunden för diagnostik och kartläggning av traumabakgrund och symtombild. En checklista kan gärna användas som underlag, förslagsvis LEC-5 eller motsvarande. Flertalet evidensbaserade behandlingsmodeller innefattar dessutom anamnes kring traumahistorik och psykoedukation som en utgångspunkt för fortsatt behandling.
- Ta ställning till om den eller de stressorer patienten exponerats för motsvarar A-kriteriet för PTSD, alltså utgör en potentiellt traumatisk händelse. För att kartlägga den aktuella symtombilden och följa behandlingsförlopp kan PCL-5 användas. Den inledande bedömningen kan senare kompletteras med strukturerad intervju för PTSD. The Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5, CAPS-5 är en sådan traumaspecifik intervju vilken dock har vissa behörighetskrav för att få användas.

Komplex PTSD

- Vid misstanke om mer komplex traumaproblematik inklusive dissociativa reaktioner rekommenderas strukturerad symtomkartläggning och en långsammare utredningstakt för bedömning av komplex PTSD samt eventuell samsjuklighet. Ofta krävs en längre tid av tillitsbyggande innefattande ett flertal bedömningssamtal.
- Grunden är liksom vid enkel PTSD en noggrann klinisk anamnes avseende återupplevande, undvikande och förändrade stimulusreaktioner. Utöver detta behöver en bedömning göras gällande självbild, relationsförmåga och eventuella brister i affektreglering. Screening med International Trauma Questionnaire, ITQ, kan vara en utgångspunkt för fortsatt kartläggning. En strukturerad intervju är för närvarande under utprövning i Sverige. Personlighetsrelaterade svårigheter förekommer även vid andra tillstånd och den kliniska bedömningen behöver ha som fokus att klarlägga omfattning och relation till tidigare traumaexponering.

- Kartläggning av dissociativa störningar kan ske med hjälp av Dissociative Experience Scale, DES och Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20. Dessa screeninginstrument kan vara en grund för fortsatt klinisk intervju men används med fördel även som ett inslag i den fördjupade intervjun. Vid mer allvarlig dissociativ problematik kan även strukturerad intervju enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders och SCID-D användas.
- Svåra barndomshändelser av interpersonell natur har konstaterats öka risken för PTSD, komplex PTSD och suicidalt beteende samt en ökad psykosocial belastning. Personen ifråga kan dessutom fortfarande stå inför pågående hot och då riskera ytterligare exponering för trauma. Den samlade bedömningen behöver av den anledningen innefatta en värdering av risken för självskadebeteende, självmord och skada för andra men också behovet av psykosocialt stöd generellt.
- Det är också av stort värde att diskutera och lyfta fram resurser och styrkor som personen har och de positiva coping strategier som han eller hon använder sig av. Där så är möjligt bör även familjemedlemmar ingå i bedömningsprocessen som en del av kartläggningen av psykosociala faktorer av vikt för behandlingen.

Behandling

Flera studier indikerar att personer som uppfyller PTSD-diagnos vid omkring sex månader efter traumat och som inte genomgått behandling, i många fall kommer att följa en kronisk sjukdomskurva där PTSD-symtomen kan kvarstå i decennier. Endast omkring hälften av dessa individer har visat sig tillfriskna inom 3 år. Effektiv behandling kan aktivt främja psykiska läkningsprocesser som leder till att fler blir symtomfria eller mår bättre och att återhämtningen påskyndas.

Behandling för PTSD och andra traumarelaterade störningar syftar till att lindra eller bota lidandet, återupprätta upplevelsen av trygghet och säkerhet samt skapa en känsla av sammanhang. Svåra händelser kan inte raderas ur minnet, men behandlingen kan lindra eller lösa upp minnenas påträngande och plågsamma karaktär samtidigt som förmågan att bemästra olika traumasymtom ökar. Upplevelsen av händelsen går från att vara lagrad i ett mer avspjälkat och fragmenterat tillstånd till att under bearbetningen bli mer integrerad i den drabbades ständigt pågående självupplevelse.

Behandlingen syftar även till att förändra negativa uppfattningar om självet, om andra, om världen och om framtiden och istället återupprätta en basal tillit. Under slutfasen kan fokus ligga på att öva beteenden som minskar risken för framtida återfall samt även underlätta skapandet av sammanhang och kontinuitet där traumaberättelsen blir en integrerad del av patientens hela livsberättelse.

Traumafokuserad psykoterapi

Det råder idag enighet internationellt kring vilka metoder som är mest lämpade och som i flertalet studier och metaanalyser har visat god effektivitet när det gäller behandling av PTSD. Traumafokuserad psykoterapi ska övervägas för alla

patienter som uppfyller PTSD-diagnos. Följande behandlingsmetoder har uppvisat stark och likvärdig evidens.

- Prolonged Exposure (PE).
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR).
- Kognitiv terapi för PTSD.
- Cognitive Behavioral Therapy with a trauma focus.
- Cognitive Processing Therapy (CPT).

Mekanismerna bakom verksam PTSD-behandling är i nuläget inte klarlagda men de mest effektiva behandlingarna delar inslag som:

- Möjligheten att aktivera eller konfrontera traumatiska minnen i en trygg omgivning.
- Möjligheten att modifiera traumatiska minnen, särskilt gällande relationen mellan stimuli (exempelvis minnesbilder, ljud) och respons (exempelvis höjd arousal, negativa kognitioner).
- Möjligheten att vid upprepade tillfällen konfrontera situationer eller aktiviteter som har undvikits eller orsakat förhöjd ångest, sedan traumahändelsen.

Genom dessa gemensamma inslag verkar traumafokuserad behandling kunna hjälpa patienten att bearbeta traumatiska minnen med både dess affektiva, kognitiva samt beteendemässiga konsekvenser. Även patienter med långvarig PTSD har god effekt av traumafokuserad behandling. Vid svåra eller komplexa symtombilder behöver multidisciplinära insatser och en kombination av behandlingsmetoder övervägas. För mer information om PTSD-behandling utifrån rådande forskningsläge samt ovan beskrivna traumafokuserade terapier, se vidare appendix 1 och 2.

Psykosociala insatser och rehabilitering

Psykosocialt stöd samt familje- och nätverksorienterat behandlingsarbete kan vara en förutsättning för att personer med PTSD och svårare samsjuklighet ska kunna fokusera på och stanna i behandling. Boendestöd, myndighetskontakter samt familjestöd är insatser som kan behövas för att bidra till en tryggare livssituation. Rehabiliteringsinsatser kan främja personens egen återhämtning. En väl utvecklad samverkan, både inom teamet och med andra vårdgivare är grunden för detta mer långsiktiga och hållande arbete för personer med komplexa svårigheter.

Fysioterapeutiska insatser

Fysisk aktivitet har visat generellt god effekt vid ångest och depression. Basal kroppskännedom är en beprövad behandling vid värkproblematik, spänningar och kroppslig oro och visar även lovande resultat för vuxna patienter med PTSD. Den stärker också patientens förmåga att tillgodogöra sig en traumafokuserad psykoterapi.

Läkemedelsbehandling

Farmakologisk behandling har visat sig ha begränsad effekt vid PTSD men kan finnas som ett komplement och vara ett inslag i den stabiliserande behandlingen för att mildra depressiva symtom och starkare ångestreaktioner eller vid substansbrukssyndrom. Läkemedel kan också vara ett alternativ när psykologisk behandling inte kan genomföras, inte har fungerat, eller då patienten inte önskar sådan behandling, se vidare appendix 3.

Rekommendationer för bemötande och behandling vid traumahändelser och traumarelaterade tillstånd

Första tiden efter en potentiellt traumatiserande händelse

- Initiala stressreaktioner efter exceptionella händelser är vanligt och ska inte patologiseras. Psykologisk första hjälpen omfattar skydd, omsorg, praktiskt/socialt och känslomässigt stöd för att mobilisera individens egen förmåga till återhämtning.
- Förebyggande insatser med läkemedel eller psykologisk debriefing i akutfasen efter ett trauma har inte visat sig hjälpsamt i att förhindra utveckling av PTSD eller andra långvariga negativa psykiska konsekvenser. I aktuella guidelines avråds från att erbjuda detta.
- Vid sexuella övergrepp och andra ärenden där patienten blivit utsatt för brott är det ofta aktuellt med ett nära samarbete mellan olika myndigheter och att insatser och utredningar samordnas. Liksom vid allt samarbete är det viktigt att särskilja de olika myndigheternas sekretess, lagar, uppgifter och roller. Psykiatri kan initialt behöva samplanera med socialtjänst, åklagare och polis. Detta i syfte att tolka offrets information och beteende, att ge stödsamtal till både patient och anhöriga samt att bidra till ärendets fortsatta utveckling. Det rekommenderas att avvakta med traumafokuserad behandling tills efter patienten delgivit all relevant information i ärendet till myndigheterna.

Vid Akut stressyndrom (ASD)

- Vid lindriga eller obetydliga symtom inom första månaden efter en traumatisk händelse rekommenderas uppföljning inom fyra veckor ("watchfull waiting").
- Psykopedagogiska interventioner i form av muntlig och skriftlig information om vanligt förekommande reaktioner efter traumatiska händelser och hanteringsstrategier för dessa.
 - 1177 Vårdguiden.
 - Bemästring av allvarliga händelser - Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri.
 - Förstå och återhämta sig från trauma - Nationellt centrum för traumaexpertis i Australien – Phoenix Australia.
- Egenvårdsråd: informera om vikten av vardaglig hälsobefrämjande rutin med fysisk aktivitet, regelbunden livsföring i sömn och kost, socialt umgänge och aktivitet.

- Information om samhälleliga stödresurser vid behov, exempelvis brottsofferjour och andra kriscentra.
- Vid svåra reaktioner och ASD-symtom under första månaden erbjuds traumafokuserad behandling, tidigast två veckor efter händelsen.
- Vid behov ges kortvarig stabiliserande läkemedelsbehandling med ickeberoendeframkallande läkemedel.

Vid Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

- Psykopedagogiska interventioner och egenvårdsråd enligt ovan.
- Behandling med evidensbaserad traumafokuserad psykoterapi är förstahandsval vid PTSD. Traumafokuserad psykoterapi ska övervägas för alla som uppfyller diagnoskriterierna för PTSD, oberoende av hur lång tid som passerat sedan traumat.
- Behandling för ökad stabilisering avseende sömnproblem, ångest- och stressreaktioner ges vid behov som komplement till traumafokuserad psykoterapi.
- Läkemedelsbehandling kan finnas som komplement till stabiliserande behandling av depressiva symtom och ångest, då i form av SSRI-preparat, icke-beroendeframkallande lugnande mediciner eller betablockerare.
- Vid PTSD och substansberoende rekommenderas integrerad samtidig behandling. Vidareläsning finns i appendix 1.
- I gruppen asylsökande och flyktingar kan det vara särskilt viktigt att undersöka och främja stabiliserande och stödjande faktorer i deras vardag och etablering. De studier som finns avseende psykologisk behandling vid PTSD hos dessa personer ger visst stöd för traumafokuserad terapi med Prolonged Exposure (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Kognitiv terapi för PTSD, Cognitive Processing Therapy (CPT) samt Narrative Exposure Therapy (NET). Resultaten är dock inte entydiga utifrån aktuella systematiska översikter vilket redovisas närmare i appendix 1.

Vid Komplex PTSD (CPTSD)

- Begränsad forskning finns ännu vad gäller behandling av komplex PTSD. Ofta krävs längre behandlingstider och multidisciplinära insatser med psykologisk behandling, psykosociala stöd- och rehabiliteringsinsatser, fysioterapi och läkemedel. Traumafokuserad terapi bör dock övervägas även vid komplex PTSD. Behandlingen behöver ofta kombineras med affektreglerande och kroppsorienterade interventioner. Vid mer komplexa svårigheter kan en förberedelsefas med stabilisering av både den inre (kognitiva/affektiva) och den yttre (psykosociala) miljön vara nödvändig innan direkt traumabearbetning kan påbörjas.
- Vid komplex PTSD rekommenderas ett mer flexibelt förhållningssätt där behandlaren i hög grad utgår från den individuella patientens möjligheter och behov. Då anknytningsrelaterade trauman är vanliga kan mer tid och

fokus behöva läggas på att utveckla en grundläggande trygghet i den terapeutiska relationen. Det kan också bli nödvändigt att utifrån olika terapeutiska ingångar och system hjälpa patienten att hantera de svårigheter som kan tänkas bli ett hinder för att engagera sig i en traumafokuserad behandling som exempelvis beroendeproblematik, dissociation, emotionell dysreglering, relationella svårigheter eller negativ självuppfattning. Mer information finns i appendix 4.

Uppföljning och utvärdering av behandling

Växlande sjukdomsförlopp är vanligt vid PTSD och återfall kan förekomma. Behandlingen utvärderas och följs upp med stöd av självskattningsskalor. Generellt rekommenderas följande.

- PCL-5 och MADRS-S för inledande bedömning och basmått. En tid efter påbörjad behandling samt vid avslut, PCL-5 och MADRS-S för att stämna av insatsernas effekt.

Sjukskrivning

Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter så även om samsjuklighet föreligger. Därför måste det göras en individuell sammanvägd bedömning av arbetsförmågan utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. Överväg alltid om deltidssjukskrivning är möjligt, eller om det finns möjlighet att anpassa arbetsuppgifterna. Ta hänsyn till om det finns samsjuklighet eller andra omständigheter som gör att socialstyrelsen vägledning inte går att följa, motivera det i så fall i läkarintyget. Bedömning av funktionsförmåga och aktivitetsbegränsning kan med fördel göras av en arbetsterapeut. Vid behov av stöd för att återgå till arbetslivet kan rehabkoordinator kopplas in.

ASD – akut stressreaktion, F43.0

Diagnosen akut stressreaktion kan inte användas mer än 4 veckor efter traumat. Vid snabbt aktivt psykosocialt stöd och om tillståndet inte utvecklas till exempelvis PTSD eller depression återkommer funktionsförmågan relativt snabbt.

Socialstyrelsen vägledning/rekommendationer om sjukskrivning:

- Vid lindrig akut stressreaktion kan arbete ha en positiv effekt och sjukskrivning bör i sådana fall undvikas.
- Vid medelsvår akut stressreaktion kan patienten sjukskrivas på heltid, alternativt partiell sjukskrivning, upp till fyra veckor.

PTSD – posttraumatiskt stressyndrom. F43.1

Vid PTSD förekommer stora individuella skillnader i arbetsförmåga. Funktionsförmågan kan vara helt eller partiellt nedsatt under perioder.

Socialstyrelsen vägledning/rekommendationer om sjukskrivning:

- Vid lindrig eller inte fullt utvecklad PTSD och när arbetet innebär ett socialt stöd bör sjukskrivning i sådana fall undvikas.
- Vid lindrig till medelsvår PTSD kan patienten sjukskrivas partiellt eller på heltid upp till tre månader.
- Medelsvår till svår PTSD med psykisk eller somatisk samsjuklighet kräver ofta längre sjukskrivning partiellt eller heltid upp till ett år.
- Vid svår PTSD med uttalad samsjuklighet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt kan arbetsförmågan bli permanent nedsatt.

Om patienten inte är sjukskriven och ska genomföra traumafokuserad behandling kan förebyggande sjukpenning behövas för att kunna genomgå behandlingen.

Barnperspektivet

Många barn växer upp i en familj där det förekommer att en förälder har psykisk ohälsa. Det kan innebära oro, orimligt ansvarstagande, förändringar i vardagen och svåra upplevelser, vilket för barnen kan leda till skolsvårigheter, egen ohälsa och andra negativa konsekvenser på sikt.

Tydligt ansvar för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är i huvudsak ett ansvar för landsting och regioner, totalt 21 i landet. År 2010 infördes en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen med en skyldighet för vården att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller någon annan som barnet bor med vårdas för missbruk, psykiatriska problem, allvarlig sjukdom eller oväntat avlider. Bestämmelsen är unik, eftersom den lägger ansvar för barns behov på personal som möter vuxna patienter. Familjeformuläret är ett verktyg för att identifiera barns behov av information råd och stöd, samt att kunna initiera lämpliga insatser för barn som anhöriga utifrån 5 kap. 7§Hälso- och sjukvårdslagen.

Familjeperspektiv behövs

Utvecklingen inom den offentliga vården och omsorgen har gått mot en ökad individualisering och specialisering. Det måste till aktiva insatser för att skapa och upprätthålla ett samarbete mellan enheter och verksamheter för att få ett helhets- och familjeperspektiv.

Olika former av stöd

Stödet till barn kan ges genom stöd till föräldrarna, familjen och direkt till barnen. Stöd till föräldrarna kan handla om stöd i föräldraskap och att se barns behov. Ett sätt att ge stöd till barn är att de får adekvat information om sjukdomen. Barn kan behöva stöd inom förskola och skola för att kunna ta del av verksamheten och klara skolarbetet. Det är också rätt vanligt med stöd i form av så kallad psykoedukativ gruppverksamhet för barn, allt oftare i kombination med samtida grupper för föräldrar. Syftet är att avlasta skuld och skam, utbyta erfarenheter med andra i liknande situation och få mer kunskap.

Kvalitetsindikatorer

Arbete pågår, i dialog med psykiatrins ”utdatagrupp”. Föreslagna indikatorer:

- Andel patienter med PTSD (F43.1) där kompletterande instrument använts för identifiering och diagnostik.
- Andel patienter med PTSD (F43.1) som erhållit psykopedagogiska insatser.
- Andel patienter med PTSD (F43.1) som fått behandling med traumafokuserad KBT eller EMDR.