

# PTSD – Fakta, behandling och återhämtning



Utgiven av Michaela Johansson

# Innehållsförteckning:

## Kapitel 1: Introduktion och grundläggande förståelse

- Vad är PTSD?
- Skillnaden mellan stress, trauma och PTSD
- Historik (från “shell shock” till DSM-5 och ICD-11)
- Vikten av förståelse och tidig intervention

## Kapitel 2: Orsaker och riskfaktorer

- Typer av trauma: krig, våld, olyckor, naturkatastrofer
- Individuella riskfaktorer: tidigare trauman, psykisk sjukdom, brist på socialt stöd
- Skyddsfaktorer: stabil familj, socialt nätverk, problemlösningsförmåga

## Kapitel 3: Neurobiologi

- Hjärnans stresssystem: Amygdala, Hippocampus, Prefrontal cortex
- Hormonella system: kortisol, adrenalin
- Långtidseffekter vid PTSD
- Illustration: Hjärna med markerade områden

## Kapitel 4: Diagnos och symtom

- DSM-5 kriterier: återupplevande, undvikande, negativa tankar, hyperarousal
- Komplex PTSD (C-PTSD)
- Komorbida tillstånd: depression, ångest, missbruk

## Kapitel 5: Förlopp och prognos

- Symtomens debut och tidsförlopp
- Faktorer som påverkar återhämtning

## Kapitel 6: Behandling

- Traumafokuserad KBT
- EMDR
- Läkemedel: SSRI, SNRI, sömnmedel
- Kombinationer av behandling

## Kapitel 7: Självhjälp och copingstrategier

- Andningsövningar och grounding
- Mindfulness och journaling
- Struktur i vardagen och socialt stöd

- Undvika alkohol och droger

#### **Kapitel 8: Stöd till anhöriga**

- Lyssna utan att döma
- Ge praktiskt stöd
- Uppmuntra professionell hjälp

#### **Kapitel 9: Samhällsresurser i Sverige**

- 1177 Vårdguiden
- Vårdcentral och psykiatri
- Röda Korsets behandlingscenter
- Mind Självordslinjen, Kvinnofridslinjen

#### **Kapitel 10: Fallbeskrivning**

- Exempel på patient med PTSD efter trauma
- Beskrivning av symtom, behandling och återhämtning
- Analys av återhämtningsprocess

#### **Kapitel 11: Citat och röster**

- Exempel på autentiska men anonymiserade patientröster
- Klinikens erfarenhet

#### **Kapitel 12: Sammanfattning & reflektion**

- Kärnpöänger och viktiga lärdomar
- Diskussion och reflektionsfrågor

# Förord

Att skriva om trauma är att röra vid de mest mänskliga - smärta, rädsla, överlevnad och längtan efter mening. Trauma är inte något som bara drabbar ”de andra”. Det kan hända vem som helst, när som helst.

Bakom statistiken finns människor med berättelser om mod, förlust och återuppbyggnad.

Denna bok är skriven för alla som vill förstå mer: för den som själv bär på erfarenheter av trauma, för anhöriga, för yrkesverksamma inom vård, skola och socialt arbete - och för alla som tror på möjligheten till läkning.

Mitt mål har varit att förena **vetenskap och mänsklighet**. Att förklara hur hjärnan, kroppen och psyket påverkas av trauma – men också ge röst åt hoppet, styrkan och den långsamma återhämtningen.

Trauma förändrar oss. Men det betyder inte att allt är förlorat. Läkning handlar inte bara om att glömma det som hänt, utan om att kunna leva med det – utan att längre låta det styra.

Om denna bok kan bidra till förståelse, tröst eller inspiration för någon som kämpar, då har den fyllt sitt syfte.

“Det är i mötet mellan kunskap och medkänsla som läkningen börjar.”

— Michaela Johansson

# Kapitel 1: Introduktion och grundläggande förståelse

## Vad är PTSD?

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, (på engelska Post – Traumatic Stress Disorder) är en psykisk reaktion som kan uppstå efter att en person har upplevt eller bevittnat en traumatisk händelse. Det kan vara händelser som krig, olyckor, övergrepp eller naturkatastrofer. PTSD är kroppens och hjärnans sätt att bearbeta extrem stress och trauma. Symtomen kan påverka vardagen, relationer, arbetsförmåga och socialt.

## Skillnaden mellan stress, trauma och PTSD

### 1: Stress

- **Vad det är:** Kroppens och hjärnans reaktion på krav eller press. Kan vara kortvarig eller långvarig.
- **Exempel:** Mycket jobb, pluggande, familjeproblem.
- **Symtom:** Irritabilitet, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, huvudvärk.
- **Varaktighet:** Oftast **tillfällig**, försvinner när stressfaktorn försvinner eller hanteras.
- **Funktion:** Kan vara **positiv** (motiverande) eller **negativ** (skadlig om långvarig).

### 2: Trauma

- **Vad det är:** En **överväldigande händelse** som hotar liv, säkerhet eller psykiskt välmående.
- **Exempel:** Allvarlig olycka, övergrepp, krig, naturkatastrof.
- **Symtom:** Chock, stark rädsla, hopplöshet, förvirring, ibland fysisk reaktion som hjärklappning, svettning.
- **Varaktighet:** Reaktionen kan vara **kortvarig** eller utvecklas till längre problem.
- **Funktion:** Trauma är **orsaken** som kan leda till PTSD, men alla som upplever trauma får inte PTSD.

### 3: PTSD – Posttraumatisk stressyndrom

- **Vad det är:** En **långvarig psykisk störning** som uppstår efter trauma när hjärnan inte lyckas bearbeta upplevelsen normalt.
- **Exempel:** Flashbacks, mardrömmar, känslomässig avstängning, hypervigilans.
- **Symtom:** Återupplevande (flash backs, mardrömmar), undvikande (undviker påminnelser om traumat), förändrad vakenhet och reaktioner (irritabilitet, sömnsvårigheter), negativa tankar och känslor (skuld, hopplöshet).
- **Varaktighet:** **Minst en månad** och påverkad vardagen allvarligt.
- **Funktion:** En **sjuklig reaktion på trauma**, kräver ofta behandling.

## Historik (från “shell shock” till DSM-5 och ICD-11)

Under första världskriget uppstod ett nytt och förbryllande fenomen bland soldaterna. Män som hade överlevt strider utan synliga skador började uppvisa svåra psykiska och fysiska symtom: skakningar, förlamning, mardrömmar, ångest och plötsliga utbrott. Fenomenet fick namnet “**shell shock**”, eftersom man trodde att explosionernas tryckvågor hade skadat hjärnan. Med tiden stod det dock klart att dessa besvär även drabbade personer som aldrig utsatts för explosioner – vilket antydde en **psykologisk orsak** snarare än en fysisk.

Under andra världskriget användes i stället begrepp som “**battle fatigue**” och “**war neurosis**”, där man började förstå att **långvarig psykisk påfrestning** i strid kunde leda till svag utmattning och psykiska störningar. Behandlingen började flyttas närmare fronten och fokuserade mer på vila och återhämtning - ett tidigt steg mot dagens förståelse av krigsrelaterad stress.

Efter kriget försvann diagnosen tillfälligt ur de psykiatriska manualerna. I **DSM-1 (1952)** användes termen “**gross stress reaction**”, men den togs bort i **DSM-11 (1968)**, vilket innebar att många traumadrabbade saknade en formell diagnos. Under **Vietnamkriget** blev bristen på erkännande alltmer problematisk, när tusentals veteraner återvände med svåra psykiska symtom. Samtidigt började forskare uppmärksamma liknande reaktioner hos **överlevare från Förintelsen, offer för våldtäkt och naturkatastrofer**.

År **1980** infördes därför diagnosen **Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)** i **DSM-III** – en milstolpe i psykiatrins historia. För första gången erkände att extrema händelser kunde leda till **långvariga psykologiska skador**, och att detta kunde drabba vem som helst, inte bara soldater. Diagnosen definierades genom tre huvudsakliga symptomgrupper: återupplevande, undvikande och överspändhet.

Under 1990- och 2000-talen förfinades diagnosen succesivt. I **DSM-IV (1994)** breddades trauma-begreppet, och i **DSM-5 (2013)** flyttades PTSD till en ny kategori - “**Trauma- and Stressor-Related Disorders**” - med fyra tydliga symptomkluster. Det moderna

synsättet betonar hur trauma påverkar både känslor, tankar och kroppens reaktionssystem.

I **ICD-11 (2022)**, Världshälsoorganisationens diagnossystem, infördes även **komplex PTSD (C-PTSD)** - en diagnos för personer som utsatts för upprepande eller långvariga trauman, såsom tortyr, barnmisshandel eller krigsfångenskap. Denna form kännetecknas, utöver de klassiska PTSD-symtomen, av djupgående problem med **självbild, känsloreglering och relationer**.

Resan från "shell shock" till dagens PTSD och C-PTSD speglar inte bara hur medicinsk kunskap utvecklas, utan också ett skifte i samhällssynen på trauma. Det som en gång sågs som svaghet eller feghet erkänns nu som en **mänsklig reaktion på extrem stress** – en påminnelse om både kroppens och psykets sårbarhet, och om vikten av försåelse och vård.

## Vikten av förståelse och tidig intervention

Förståelsen av posttraumatisk stress har genom historien inte bara handlat om medicinska definitioner, utan också om **hur samhället bemöter den drabbade**. Där man förr såg svaghet eller brist på disciplin, ser vi idag uttryck för en normal mänsklig reaktion på extrem stress. Denna förändrade syn är avgörande - inte bara för att minska stigma, utan också för att möjliggöra **tidig upptäckt och effektiv behandling**.

Tidiga insatser efter trauma har visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för återhämtning. Att snabbt identifiera symptom, erbjuda trygghet, socialt stöd och professionell hjälp kan förhindra att kortvariga stressreaktioner utvecklas till **kronisk PTSD**. Forskning visar att personer som fått **psykologiskt stöd inom veckor eller månader** efter en traumatisk händelse har betydligt bättre prognos än de som inte får det.

Ett centralt mål är att skapa **trygga miljöer** där drabbade vågar berätta om sina upplevelser utan rädsla för skuld eller misstro. Empati och förståelse från omgivningen – familj, vänner, vårdpersonal och samhälle - kan vara lika läkande som själva terapin.

För barn och unga, där hjärnan fortfarande är under utveckning, är tidig intervention särskilt viktig. Traumatiska upplevelser i barndomen kan påverka känsloreglering, inlärning och relationer långt in i vuxenlivet om de lämnas obehandlade. Här spelar **skola, socialtjänst och vård** en nyckelroll i att upptäcka signaler och erbjuda stöd i tid.

Att förstå PTSD handlar alltså inte bara om diagnos och behandling, utan om **mänsklig medkänsla och kunskap**. Ju tidigare vi möter trauma med förståelse, desto större chans har personen/personerna att återfå trygghet, mening och framtidstro.

## Kapitel 2: Orsaker och riskfaktorer

### Typer av trauma: Krig, våld, olyckor, naturkatastrofer

Trauma kan uppstå i många olika former och sammanhang. Det som avgör om en händelse bli traumatisk är inte bara vad som inträffat, utan **hur personen upplever situationen**. En händelse som för en person går att hantera kan för en annan upplevas som fullständig överväldigande. Nedan följer en genomgång av några av de vanligaste typerna av trauma som människor kan utsättas för.

Krig och beväpnade konflikter är en av de mest studerade formerna av trauma. Soldater, civila och flyktingar kan under lång tid leva med livshotande situationer, våld och förlust av anhöriga. Många bär med sig djupa psykologiska sår långt efter att striderna har upphört. Barn som växer upp i krigszoner påverkas särskilt starkt, då deras grundläggande känsla av trygghet och tillit till omvärlden skadas redan i tidig ålder.

Våld och övergrepp är en annan vanlig form av trauma. Det kan handla om fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld, misshandel i nära relationer, våldtäkt eller tortyr. Den som utsätts för denna typ av övergrepp upplever ofta en förlust av makt, värdighet och kontroll, vilket kan ge upphov till djup skam, skuld och misstro mot andra människor. När våldet sker upprepade gånger eller under lång tid, särskilt i barndomen, kan det leda till **komplex PTSD (C-PTSD)**, en form av trauma som påverkar självbild, känslereglering och relationer.

Olyckor och medicinska trauman kan också ge starka psykiska reaktioner. Trafikolyckor, arbetsplatsolyckor, plötsliga sjukdomsfall eller komplicerade förlossningar kan upplevas som livshotande och skapa en rädsla av total hjälplöshet. Många beskriver en förlust av kontroll, ett tillstånd där kroppen reagerar kraftigt även efter att faran är över.

Liknande reaktioner kan uppstå efter livshotande medicinska ingrepp eller längre perioder av intensivvård.

Naturkatastrofer utgör ytterligare en form av trauma. Jordbävningar, översvämningar, skogsbränder eller stormar kan leda till förlust av hem, anhöriga och trygghet. Denna typ av trauma påverkar ofta inte bara individer utan hela samhällen, och kan skapa ett slags kollektivt lidande. I dessa situationer blir gemenskap, stödinsatser och återuppbyggnad centrala delar i återhämtningen.

Det finns även trauman som uppstår indirekt, så kallad **sekundär eller vikarierande traumatisering**. Personer som inte själva har utsatts för en traumatisk händelse, men som upplever upprepade gånger bevittnar eller arbetar med andras trauma – exempelvis vårdpersonal, räddningstjänst, poliser eller terapeuter – kan utveckla liknande symtom som vid direkt exponering. Det visar att även medkänsla och enagemang kan bli en psykologisk belastning om stödet och återhämtningen brister.

Trauma kan alltså ta sig många uttryck, men gemensamt för alla former är att individens **upplevelse av trygghet och kontroll rubbas i grunden**. Att förstå denna mångfald är avgörande för att kunna bemöta varje människa med rätt stöd, respekt och behandling.

### **Individuella riskfaktorer: tidigare trauma, psykisk sjukdom, brist på socialt stöd**

Alla som upplever en traumatisk händelse utvecklar inte posttraumatiskt stressyndrom. Människor reagerar olika beroende på personliga, biologiska och sociala faktorer. Det finns dock vissa **riskfaktorer** som ökar sannolikheten att drabbas av långvariga psykiska besvär efter ett trauma. Tre av de mest betydelsefulla är tidigare trauma, psykisk sårbarhet och brist på socialt stöd.

Personer som tidigare har upplevt trauma löper en ökad risk att utveckla PTSD vid nya påfrestningar. Särskilt gäller detta personer som utsätts för upprepade eller långvariga trauman, exempelvis under barndomen. Tidigare erfarenheter av övergrepp, våld eller förlust kan påverka hjärnans stresssystem och göra det svårare att återhämta sig vid framtida påfrestningar. Kroppen och psyket kan då reagera snabbare och kraftigare, eftersom de redan är "förberedda" på fara.

Även **psykisk ohälsa** före traumat kan vara en betydande riskfaktor. Personer med ångest, depression eller annan psykisk sjukdom har ofta svårare att hantera akuta stressreaktioner och att bearbeta svåra upplevelser. Det betyder inte att psykisk sjukdom orsakar PTSD, men det kan minska personens motståndskraft och göra återhämtningen mer komplicerad. Genetiska faktorer, personlighet och biologiska skillnader i stressreglering kan också spela en roll.

En tredje viktig skyddsfaktor är **socialt stöd**. Människor som efter en traumatisk händelse upplever att de har någon att prata med, som tror på deras berättelse och

erbjuder trygghet, har ofta en betydligt bättre prognos. Omvänt kan brist på stöd, skuld, skam eller misstro från omgivningen förvärra symtomen och försvåra läkning. Stödjande relationer fungerar som en buffert mot stress och hjälper individen att återfå känslan av trygghet och tillhörighet.

Sammantaget visar forskningen att trauma inte bara påverkas av **vad som hänt**, utan också av **vem det händer** och **vilka resurser personen har omkring sig**. Tidigare livserfarenheter, psykisk hälsa och sociala relationer bildar tillsammans den bakgrund mot vilken varje trauma tolkas och bearbetas. Att förså dessa individuella skillnader är avgörande för att kunna erbjuda rätt stöd och behandling.

### **Skyddsfaktorer: stabil familj, socialt nätverk, problemlösningsskyddsfaktorer**

Liksom det finns faktorer som ökar risken att utveckla posttraumatiska reaktioner, finns det också sådant som **skyddar** individen mot långvariga psykiska konsekvenser. Dessa **skyddsfaktorer** bidrar till motståndskraft, eller det som ofta kallas **resiliens** - förmågan att hantera, anpassa sig till och återhämta sig från svåra händelser. Resiliens handlar inte om att vara opåverkad av trauma, utan om att kunna hitta vägar tillbaka till balans och mening trots svårigheter.

En **stabil och trygg familjemiljö** är en av de mest betydelsefulla skyddsfaktorerna, särskilt för barn och unga. När barnet växer upp i en miljö präglad av kärlek, struktur och tillit skapas en grundläggande känsla av trygghet som kan mildra effekterna av senare påfrestningar. Även i vuxen ålder spelar familjens och närsåendes stöd en central roll. Att lämna sig sedd, trodd och omgiven av människor som bryr sig kan ge kraft att hantera det svåra och motverka känslor av isolering och hopplöshet.

Ett **starkt socialt nätverk** fungerar som en skyddande buffert mot stress. Vänner, kollegor och samhällsgemenskap erbjuder inte bara praktisk hjälp, utan också emotionellt stöd och bekräftelse. Socialt stöd hjälper individen att bearbeta upplevelsen, sätta ord på känslor och skapa sammanhang i det som hänt. Ensamhet och social isolering, däremot, kan förstärka symptom och försvåra återhämtningen.

En annan viktig skyddsfaktor är **förmågan till problemlösning och känsloreglering**. Människor som har lärt sig hantera motgångar konstruktivt, söka hjälp vid behov och anpassa sig till förändringar har större chans att återhämta sig efter traumat. Denna kompetens kan vara medfödd till viss del, men den går också att utveckla genom erfarenhet, terapi och socialt stöd.

Andra faktorer som visar sig stärka resiliensen är **meningsfulla aktiviteter, andlig eller kulturell förankring**, samt **fysisk hälsa**. Att hitta mening i det man gått igenom – alla kunna integrera upplevelsen i sin livsberättelse - är ofta en avgörande del av läkningen.

Sammanfattningsvis är skyddsfaktorer inte ett skydd mot att kännas smärta eller sorg, utan mot att fastna i traumat. De hjälper individen att återfå kontroll, återuppbygga tillit

och fortsätta framåt. För våd, skola och samhälle är det därför lika viktigt att **stärka dessa resurser** som att behandla själva symtomen.

## Kapitel 3: Neurobiologi

### Hjärnans stresssystem: Amygdala, Hippocampus, Prefrontala cortex

När en människa upplever fara eller hot aktiveras kroppens och hjärnans stresssystem - ett avancerat nätverk som gör oss redo att överleva. Denna reaktion, ofta kallad **“kamp-, flykt- eller frysresponsen”**, är en del av vårt biologiska arv och styrs av flera centrala hjärnstrukturer. Vid trauma och PTSD blir detta system ofta **överaktiverat eller ur balans**, vilket förklarar många av de typiska symtomen. Tre av de viktigaste delarna i hjärnans stresssystem är **amygdala, hippocampus och prefrontala cortex**.

**Amygdala** fungerar som hjärnans larmsystem. Det är ett litet mandelformat område djupt inne i tiningloben som snabbt bedömer om något är farligt. När amygdala uppfattar ett hot skickar den signaler till kroppen att mobilisera energi: hjärtat slår snabbare, musklerna spänns, andningen ökar och stresshormoner som adrenalin och kortisol frisätts. Vid PTSD är amygdala ofta **överaktiv**, vilket gör att individen reagerar starkt även på små eller ofarliga stimuli. Det förklarar varför många drabbade upplever **ständigt påslag av rädsla, oro eller vaksamhet**.

**Hippocampus**, som ligger nära amygdala, spelar en central roll för **minne och orientering i tid och rum**. Den hjälper oss att avgöra om ett hot är verkligt eller tillhör det förflutna. Vid trauma påverkas hippocampus av höga nivåer av stresshormoner, vilket kan leda till **fragmenterade och otydliga minnesbilder**. Därför kan traumatiska minnen upplevas som om de händer på nytt – inte som något som redan har inträffat. Studier har visat att personer med långvarig PTSD ofta har **minskad volym i hippocampus**, vilket kan bidra till svårigheter att särskilja nuet från dåtiden.

**Prefrontala cortex**, den främre delen av hjärnan, ansvarar för **logiskt tänkande, impulskontroll och känsloreglering**. Den fungerar som en slags “broms” på amygdala och hjälper oss att förstå att faran är över. Vid PTSD är aktiviteten i prefrontala cortex ofta **nedsatt**, vilket innebär att denna broms inte fungerar som den ska. Resultatet blir att individen lätt fastnar i starka emotionella reaktioner och svårt att lugna sig även när hotet inte längre är verkligt.

Samspelet mellan dessa tre strukturer – amygdala, hippocampus och prefrontala cortex - avgör hur vi reagerar på stress. Hos en frisk person återgår systemet till balans när faran är över. Hos en traumatiserad person fortsätter hjärnan däremot att **agera som om hotet fortfarande finns**, vilket leder till övervakthet, flashbacks och undvikande beteenden.

Att förstå hur hjärnans stresssystem fungerar är centralt både för diagnostik och behandling av PTSD. Många moderna terapiformer, såsom traumafokuserad KBT, EMDR och mindfulness-baserad terapi, syftar till att **återaktivera hjärnans regleringsförmåga** - att stärka den prefrontala kontrollen, lugna amygdala och hjälpa hippocampus att placera minnerna där de hör hemma: i det förflutna.

## Hormonella system: kortisol, adrenalin

När hjärnan tolkar en situation som hotfull aktiveras inte bara nervsystemet utan också kroppens **hormonella stresssystem**. Dessa två system samverkar för att förbereda kroppen på snabb behandling – att fly, kämpa eller på annat sätt överleva. De centrala hormonerna i denna process är **adrenalin** och **kortisol**, som båda frisätts genom en kedjereaktion mellan hjärnan och kroppen.

När **amygdala** signalerar fara aktiveras det **autonoma nervsystemet**, främst den sympatiska delen. Inom några sekunder frisätts **adrenalin** från binjurarna. Adrenalinet fungerar som kroppens “akutlarm” - det ökar hjärtfrekvensen, höjer blodtrycket, vidar luftvägarna och omdirigerar blodflödet till musklerna. Systemet är att göra kroppen redo för omedelbar handling. Den snabba reaktion är livräddande i akuta situationer, men blir skadlig om den pågår under längre tid.

Om hotet kvarstår aktiveras även den långsammare **HPA-axeln** (hypotalamus-hypofysbinjureaxeln). Denna kedja leder till att hormonet **kortisol** frisätts. Kortisol

hjälper kroppen att hantera långvarig stress genom att frigöra energi, dämpa inflammation och reglera ämnesomsättningen. Under normala omständigheter stänger hjärnan av kortisolproduktionen när faran är över.

Vid **kronisk stress eller PTSD** fungerar denna reglering ofta bristfälligt. Hos vissa personen är kortisolnivåerna **förhöjda under lång tid**, vilket kan bidra till sömnsvårigheter, koncentrationsproblem, ångest och nedsatt immunförsvar. Hos andra kan kortisolnivåerna paradoxalt nog bli **onormalt låga**, eftersom systemet till slut "utmattas" och inte längre svarar normalt. Båda tillstånden leder till obalans i kroppens stressreglering och ökar risken för psykisk och fysisk ohälsa.

Samspelet mellan **adrenalinets snabba alarmreaktion** och **kortisolets långsiktiga anpassning** är avgörande för överlevnad, men också för återhämtning. I en frisk kropp stängs stresssystemet av när hotet passerat. Vid trauma, däremot, fortsätter hjärnan att sända signaler om fara, vilket gör att kroppen **förblir i ett tillstånd av beredskap** även i trygg miljö. Det är denna ihållande fysiologiska stress som ofta ligger bakom symtom som hypervigilans, sömnproblem och kroppslig utmattning vid PTSD.

Förståelsen av hur dessa hormonella system samverkar har också fått stor betydelse för behandlingen av posttraumatisk stress. Forskning visar att metoder som **andningstekniker, fysisk aktivitet, sömnreglering och traumafokuserad terapi** kan hjälpa till att återställa balansen i HPA-axeln och minska den överdrivna fristättningsen av stresshormoner. På så sätt kan både kropp och sinne gradvis återgå till vila och trygghet.

## Långtidseffekter vid PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom är mer än en reaktion på ett enskilt trauma – det är ett tillstånd som, om det inte behandlas, kan få **djupgående och långvariga konsekvenser** för både kropp och själ. Men tiden kan hjärnans och kroppens stresssystem hamna i ett tillstånd av kronisk obalans, vilket påverkar känsloliv, minne, relationer och fysisk hälsa.

En av de mest påtagliga långtidseffekterna är **ständig övervakksamhet och intre stress**. Kroppen fortsätter att agera som om faran fortfarande vore närvarande, även i trygg miljö. Den drabbade kan uppleva att det aldrig går att slappna av: minsta ljud, rörelse eller doft kan väcka starka reaktioner. Detta tillstånd av ständig beredskap leder ofta till **utmattning, sömnsvårigheter och koncentrationsproblem**.

På det psykiska planet kan PTSD ge **bestående förändringar i känsloreglering och självkänsla**. Många beskriver svårigheter att känna glädja, tillit eller närhet. Känslor av skuld och skam är vanliga, särskilt hos personer som upplevt övergrepp eller överlevt situationer där andra gått under. För vissa leder detta till **social isolering**, där man drar sig undan relationer för att undvika påminnelser om traumat eller för att man sänner sig "annorlunda" eller "trasig".

Trauma påverkar också **minne och kognitiva funktioner**. Den överaktiva amygdalan och den nedsatta hippocampus gör att traumatiska minnen kan fortsätta kännas levande och okontrollerbara, samtidigt som koncentrationsförmåga och arbetsminne försämras. Detta kan skapa svårigheter i vardagen - på arbetet, i skolan eller i sociala sammanhang.

Även **kroppen bär spår av långvarig PTSD**. Forskning visar ett tydligt samband mellan kronisk posttraumatisk stress och fysiska besvär som hjärt-kärlsjukdom, magtarmproblem, smärta, huvudvärk, trötthet och nedsatt immunförsvar. Det beror på att stresshormoner som kortisol och adrenalin påverkar kroppens organ och system när de är förhöjda under lång tid. Många beskriver hur kroppen "inte orkar" längre - ett tillstånd av total energibrist som ofta kallas **somatisering** av trauma.

På längre sikt kan obehandlad PTSD även leda till **samsjuklighet** med andra psykiska tillstånd såsom depression, ångest, missbruk och självskadebeteende. Hos vissa utvecklas även **komplex PTSD**, där känsloreglering, relationer och självbild påverkas i grunden. Detta tillstånd kräver ofta långvarig, stabil behandling och trygg terapeutisk relation.

Samtidigt ska det understrykas att långtidseffekter inte är ett livstidsstraff. Många människor som lever med PTSD kan, genom rätt stöd och behandling, återhämta sig och återfå livskvalitet. Psykoterapi, medicinsk behandling, socialt stöd och meningsfulla aktiviteter kan gradvis hjälpa hjärnan och kroppen att återställa balansen. Läkning handlar inte om att glömma traumat, utan om att kunna **leva vidare utan att det styr ens liv**.

## Kapitel 4: Diagnos och symtom

### DSM-5 kriterier: återupplevande, undvikande, negativa tankar, hyperarousal

För att ställa diagnosen **posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)** krävs att visa tydliga definierade kriterier uppfylls. Enligt den femte upplagan av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (**DSM-5**) ska personen ha utsatts för en **traumatisk händelse** där det förekommit faktisk eller hotande död, allvarlig skada eller sexuellt våld. Händelsen kan ha upplevts direkt, bevittnats, drabbat en närstående eller ha förmedlats genom upprepade exponeringar (t.ex. Hos räddningspersonal).

Efter traumat ska individen under minst en månad uppvisa symtom från fyra huvudsakliga kategorier: **återupplevande, undvikande, negativa förändringar i tankar och känslor samt hyperarousal (ökad fysiologisk aktivering).**

1. **Återupplevande:** Den drabbade återupplever traumat gång på gång, ofta i form på påträngande minnesbilder, mardrömmar eller så kallade **flashbacks** – intensiva upplevelser där personen känner det som om traumat händer på nytt. Även vissa ljud, lukter eller platser kan utlösa starka kroppsliga och känslomässiga reaktioner. Detta återupplevande är ofrivilligt och upplevs ofta som mycket plågsamt.
2. **Undvikande:** För att skydda sig från smärtsamma minnen försöker individen undvika allt som påminner om traumat – platser, personer, samtalsämnen eller aktiviteter. Man kan också undvika att tänka på eller tala om det som hänt. Undvikandebeteendet leder ofta till **social isolering** och begränsningar i vardagen, vilket i sin tur förstärker känslan av avskildhet och förlust av kontroll.
3. **Negativa tankar och känslor:** PTSD påverkar även hur individen tänker och känner. Vanligt är **ihållande negativa tankar** om sig själv, andra eller världen (“jag är värdelös”, ”man kan inte lita på någon”), samt känslor av skuld, skam eller hopplöshet. Personen kan förlora intresset för tidigare viktiga aktiviteter och känna sig avskuren från andra människor. I vissa fall uppstår **minnesluckor** för delar av traumat, vilket hänger samman med stresspåverkan på hippocampus.
4. **Hyperarousal (ökad fysiologisk aktivering):** Den sista symtomgruppen handlar om kroppens **ständiga beredskap**. Personen har svårt att koppla av, blir lätt skrämmd, har sömnsvårigheter, irritabilitet eller vredesutbrott. Många upplever svårigheter att koncentrera sig och är ständigt vaksamma på tacken på fara – ett tillstånd kallat **hypervigilans**. Denna överaktivering är ett resultat av hjärnans stresssystem som förblir “påslaget” även i trygg miljö.

För att diagnosen PTSD ska ställas krävs att symptomen har varat **minst en månad**, orsakar **betydande lidande eller funktionsnedsättning**, och inte bättre förklaras av medicinska tillstånd, droger eller andra psykiska sjukdomar.

DSM-5 betonar också att symtombilder kan variera mellan individer och kulturer. Hos barn och ungdomar kan uttrycken vara annorlunda, exempelvis genom lek som upprepar traumats tema eller plötsliga raserianfall utan tydlig orsak.

Att förstå dess diagnostiska kriterier är avgörande för att kunna känna igen PTSD, skilja det från andra stressreaktioner och sätta in rätt behandling i tid.

## Komplex PTSD (C-PTSD)

Utöver den klassiska diagnosen PTSD beskriver **ICD-11**, Världshälsoorganisationens diagnossystem, även en närliggande men mer omfattande form: **komplex posttraumatisk stressyndrom (C-PTSD)**. Denna diagnos infördes för att bättre fånga de

långsiktiga följderna av **upprepade och långvariga trauman**, särskilt sådana som sker under barndomen eller i situationer där individen inte kan fly. Exempel är långvarigt våld i nära relationer, tortyr, krigsfångenskap eller barndom präglas av övergrepp och försummelse.

Medan **PTSD** huvudsakligen handlar om återupplevande, undvikande, negativa tankar och hyperarousal, kännetecknas **C-PTSD** av att dessa symtom kombineras med **djupgående förändringar i självbild, känsloreglering och relationer**. Det handlar inte enbart om en reaktion på en specifik händelse, utan om en långvarig påverkan på hela personligheten och livsupplevelsen.

### **Kärnsymtom vid C-PTSD:**

Förutom de grundläggande PTSD-symtomen förekommer tre centrala tilläggsområden:

1. **Störd känsloreglering** - personen kan ha svårigheter att hantera och uttrycka känslor på ett balanserat sätt. Det kan yttra sig om plötsliga vredesutbrott, självdestruktivitet, överväldigande skam eller känslomässig avstängdhet.
2. **Negativ självbild** - individen upplever ofta djupgående känslor av värdelöshet, skuld och skam. Många känner sig "trasiga", skadade eller oförmögen att bli älskade, vilket påverkar självkänslan och identiteten på ett genomgripande sätt.
3. **Relationssvårigheter** - trauma som orsakats av människor skadar ofta förmågan att lita på andra. Personer med C-PTSD pendlar mellan starkt beroende och avståndstagande, vilket gör nära relationer smärtsamma och komplicerade.

### **Långsiktiga konsekvenser:**

Komplex PTSD leder ofta till **djupgående effekter på hela livsfunktionen**. Den drabbade kan ha svårt att skapa stabilitet i arbete, relationer och vardagsliv. Självdestruktiva beteenden, dessociation och samsjuklighet med depression, ångest eller personlighetsproblematik är vanliga. C-PTSD betraktas därför som ett **traumarelaterat tillstånd med bred påverkan**, snarare än enbart ett ångestsyndrom.

### **Komorbida tillstånd: depression, ångest, missbruk**

Posttraumatiskt stressyndrom uppträder sällan i isolering. Många som lever med PTSD utvecklar även andra psykiska eller kroppsliga besvär, så kallade **komorbida tillstånd**. Dessa samsjukligheter kan både maskera, förstärka och försvåra behandlingen av PTSD, vilket gör det viktigt att förstå sambanden mellan dem. De vanligaste är **depression, ångest och missbruk**.

### **Depression:**

Depression är en av de mest förekommande följderna av trauma. Den kan uppstå som en direkt reaktion på förlust, maktlöshet och skuld efter det som inträffat, eller som en konsekvens av långvarig psykisk och fysisk utmattning.

Personer med PTSD och samtidigt depression beskriver ofta en **djup känsla av hopplöshet**, brist på framtidstro och förlust av mening. Glädjeämnen förlorar sin betydelse, och självkritiska tankar bli dominerande. I vissa fall kan självmordstankar förekomma.

Samsjukligheten mellan PTSD och depression är så vanliga att gå gränsel mellan dem ibland blir flytande. Därför är det viktigt att vården **screenar för båda tillstånden** och behandlar dem parallellt.

### **Ångest och paniksyndrom:**

Kronisk oro och ångest är nära förknippade med PTSD:s hyperarousal och återupplevande. Den ständiga vaksamheten, den överaktiva amygdalan och svårigheterna att lita på trygghet för att kroppen lever i **ständig beredskap**. Detta kan utvecklas till **generalisering av ångest**, där även neutrala situationer väcker rädsla.

Många beskriver panikattacker, kroppslig spänning, irritabilitet och en känsla av att aldrig kunna slappna av. Hos vissa leder detta till **social ångest och agorafobi**, då man undviker platser där man känner sig utsatt.

Det är viktigt att förstå att dessa ångestreaktioner inte är tecken på svaghet - det är uttryck för ett **system som försöker skydda individen**, men som fastnat i överaktivitet.

### **Missbruk och självmedicinering:**

Missbruk av alkohol, läkemedel eller droger är också vanligt bland personer med PTSD. För många blir det ett försök att **dämpa ångest, stänga av minnen eller kunna sova**. Den tillfälliga lindringen leder dock ofta till ett mönster av beroende, vilket på sikt förvärrar både symtom och livssituation.

Missbruk kan även fungera som ett sätt att undvika kontakt med känslor eller social närhet - något som upplevs hotfullt efter trauma. Vid behandling är det därför avgörande att **se trauma och missbruk som sammankopplade problem**, inte som två separata diagnoser. Integrerade behandlingsprogram, där trauma och beroende behandlas samtidigt, har visat bäst resultat.

Samsjuklighet vid PTSD är **regel snarare än undantag**. Depression, ångest och missbruk kan ses som olika uttryck för samma underliggande kamp: försöket att hantera en outhärlig inre smärta. Genom att förstå hur dessa tillstånd samverkar kan behandlingen anpassas med effektivt – med fokus på **helhet, trygghet och återhämtning** snarare än enbart symtomlindring.

# Kapitel 5: Förlopp och prognos

Symtomens debut och tidsförlopp

Utvecklingen av posttraumatiskt stressyndrom följer sällan ett enhetligt mönster. Vissa personer reagerar omedelbart efter en traumatisk händelse, medan andra till synes klarar sig väl i början men drabbas långt senare. Hur och när symtomen uppstår påverkas av **traumats karaktär, individens sårbarhet, tillgång till stöd** och många andra faktorer.

### **Akut stressreaktion:**

Direkt efter traumat är det normalt att uppleva stark stress, överklighetskänslor, förvirring eller fysisk skakning. Dessa reaktioner är en del av kroppens naturliga krisrespons.

Hos de flesta människor minskar symtomen gradvis när kroppen återhämtar sig och tryggheten återupprättas. Detta tillstånd kallas ofta **akut stressreaktion** och behöver inte leda till PTSD.

Om symtomen däremot **kvarstår längre än en månad**, eller blir alltmer intensiva istället för att avta, kan det vara tecken på att ett posttraumatiskt syndrom håller på att utvecklas.

### **Tidig insättande PTSD:**

Hos vissa individer upprätter symtomen **inom dagar eller veckor** efter traumat. Återkommande minnesbilder, mardrömmar, undvikande och överdriven vaksamhet bli snabbt tydliga.

Denna tidiga form kallas ibland **akut PTSD**. Tidig behandling i detta skede kan ha stor betydelse, eftersom insatser som trykthet, stöd och traumafokuserad terapi kan **förhindra att tillståndet kronifieras**.

### **Förhöjd debut:**

För andra sker utvecklingen mer gradvis. Symtomen kan ligga dolda under lång tid och **blossa upp först månader eller till och med år** efter händelsen. Detta kallas **fördröjd debut (delayed onset PTSD)**. Ofta är det yttre faktorer som utlöser symtomen – exempelvis nya påfrestningar, livsförändringar eller något som påminner om det ursprungliga traumat.

Den fördröjda reaktionen kan vara särskilt förvirrande för individen, som kanske trodde sig ha "lagt allt bakom sig". I själva verket har hjärnan hållit kvar de traumatiska minnerna i ett **vilande tillstånd**, redo att aktiveras när tryggheten rubbas.

### **Kroniskt förlopp:**

Utan behandling riskerar PTSD att bli **kroniskt**. Hos vissa kvarstår symtomen i många år, med perioder av tillfällig lindring följt av återfall. Långvarig aktivering av stresssystemet påverkar både hjärnans struktur och kroppens funktioner, vilket leder till fördjupande

psykiska och somatiska problem. Även vid kroniskt förlopp är återhämtning möjlig, men den kräver **tålamot, stabilitet och ofta långsiktig terapi**.

### **Variation och individualitet:**

Det är viktigt att betona att **symtomens debut och tidsförlopp varierar starkt mellan individer**. Två personer kan uppleva samma typ av trauma men utvecklar helt olika reaktionsmönster. En kombination av genetiska faktorer, tidigare erfarenheter, socialt stöd och copingstrategier avgör hur hjärnan och kroppen svarar på det som hänt.

Sammanfattningsvis kan PTSD ses som en **process snarare än ett tillstånd**. Symtomen utvecklas, förändras och påverkas av livet omkring individen. Tidig upptäckt och förståelse för dessa tidsförlopp är avgörande för att kunna ge rätt stöd i rätt tid – innan reaktionen stelnar till ett långvarigt lidande.

### **Faktorer som påverkar återhämtning**

Återhämtning efter trauma är en **gradvis och individuell process**, där både inre och yttre faktorer spelar roll. Vissa människor återfår sin psykiska balans inom månader, medan andra behöver år av stöd och behandling. Det finns ingen enkel formel, men forskning och klinisk erfarenhet pelar på flera faktorer som påverkar **hur väl och hur snabbt återhämtningen sker**.

#### **1: Trygghet och stabilitet**

Det första steget mot läkning är att återfå en känsla av **säkerhet** - både fysiskt och emotionellt. Så länge individen upplever hot eller otrygghet är hjärnans stresssystem fortsatt aktiverat, vilket hindrar bearbetning av traumaminnen. Trygghet kan handla om en säker boendemiljö, frånvaro av våld, ekonomisk stabilitet, men också om **trygga relationer** där individen känner sig sedd och trodd.

#### **2: Socialt stöd**

Ett **starkt socialt nätverk** är en av de mest skyddande faktorerna mot långvarig PTSD. Att ha människor omkring sig som lyssnar utan att döma, som erbjuder närhet, förståelse och praktisk hjälp, är avgörande för att kunna återfå tillit till andra. Isolering däremot förlänger ofta lidandet. Stöd från familj, vänner, kollegor eller självhjälpsgrupper kan fungera som en **bro mellan traumat och livet efteråt**.

#### **3: Personliga resurser och copingstrategier**

Individens **egna resurser** – som problemlösningsförmåga, emotionell medvetenhet och tidigare erfarenheter av att hantera motgångar - har stor betydelse för återhämtningen. Personer som kan identifiera sina känslor, be om hjälp och anpassa sig till förändringar har ofta lättare att bearbeta det som hänt. Samtidigt kan dessa färdigheter utvecklas

med stöd av terapi och träning. Återhämtning handlar inte bara om styrka, utan också om att **lära sig nya sätt att leva vidare.**

#### **4: Tillgång till vård och behandling**

Tillgång till **kvalificerad psykologisk behandling** är avgörande. Traumafokuserade terapiformer som **KBT, EMDR och stabiliseringsarbete** har visat god effekt vid PTSD. Tidig insatt behandling minskar risken för kroniska symtom, men även personer med långvarig PTSD kan förbättras betydligt med rätt stöd. Det är också viktigt att behandlingen sker i **ett tempo som individen klarar**, med respekt för gränser och autonomi.

#### **5: Fysisk hälsa och livsstil**

Kropp och själ hänger tätt samman. Regelbunden motion, tillräcklig sömn och näringsrik kost påverkar stresssystemet positivt. Fysisk aktivitet minskar nivåerna av stresshormoner och stärker hjärnans regleringsförmåga. Även **andningsträning, mindfulness och avslappningsövningar** kan hjälpa kroppen att återgå till ett lugnare tillstånd.

#### **6: Mening och livssammanhang**

För många blir återhämtning möjlig först när traumat får **en plats i livsberättelsen**. Att finna mening, hur liten den än är, kan skapa en känsla av riktning och hopp. Det handlar inte om att förlåta det som hänt, utan om att kunna leva vidare trots det. Vissa finner mening genom relationer, andlighet, konst, engagemang eller arbeta med andra som har liknande erfarenheter.

Återhämtning från PTSD är alltså inte en linjär väg, utan en **cirkulär process av framsteg, bakslag och gradvis läkning**. Med trygghet, stöd, behandling och tid kan hjärnan återfå balans, kroppen slappna av och livet åter känns möjligt. Trauma förändrar människan - men det kan också leda till **resiliens, djupare insikt och en ny förståelse för livets sårbarhet och styrka.**

# Kapitel 6: Behandling

## Traumafokuserad KBT

**Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT)** är en av de mest väldokumenterade och effektiva behandlingsmetoderna för PTSD. Metoden bygger på principerna inom **kognitiv beteendeterapi (KBT)**, men är särskilt anpassad för att hjälpa individen att bearbeta traumatiska upplevelser och de tankar, känslor och kroppsliga reaktioner som förljer av dem.

### Grundprinciper:

Utgångspunkten i TF-KBT är att PTSD-symtomen uppstår när traumaminnena inte har kunnat bearbetas på ett normalt sätt. Händelsen har “fastnat” i minnet som något ständigt pågående snarare än avslutat. Syftet med terapin är att hjälpa individen att **möta, förstå och integrera minnena**, så att de förlorar sin skrämmande kraft och kan upplevas som en del av det förflutna i stället för ett ständigt hot i nuet.

Terapin fokuserar på sambandet mellan **tankar, känslor och beteenden**. Den hjälper individen att identifiera och förändra de tolkningar och föreställningar som vidmakthåller ångest och undvikande, till exempel:

*“Det var mitt fel”, “Jag är aldrig säker”, eller “Jag är svag som inte kan glömma.”*

Genom att arbeta med dessa tankar kan individen gradvis bygga upp **en mer realistisk och självtillåtande förståelse** av det som hänt.

### Behandlingens upplägg:

En TF-KBT-behandling är vanligtvis **strukturerad och tidsbegränsad**, ofta mellan 8 och 16 sessioner, men längden kan variera beroende på trauma och person. Behandlingen sker i **tre huvudfaser**:

1. **Stabilisering och psykoedukation.** Patienten får kunskap om hur trauma påverkar hjärnan och kroppen, och lär sig grundläggande strategier för att hantera ångest, sömnproblem och stress. Målet är att skapa trygghet och kontroll innan man närmar sig själva minnena.
2. **Bearbetning av traumaminnen.** Genom **exponering i tanken** eller genom berättande (s.k. traumanarrativ) får individen gradvis konfrontera de minnen och situationer som tidigare undvikits. Detta sker i trygg terapeutisk miljö, steg för steg, tills minnet förlorar sin intensitet. Kroppens stressreaktion minskar, och hjärnan kan omtolka minnen som något som hör till det förflutna.

3. **Integrering och återuppbyggnad.** Slutligen arbetar man med att återknyta nätet, stärka självkänslan och skapa mening i livet efter traumat. Många lär sig här att identifiera tidiga varningssignaler på stress och att använda de strategier de utvecklat under terapin i vardagen.

#### **Effekt och forskning:**

TF-KBT har i många studier visat **starkt vetenskapligt stöd** för att minska PTSD-symtom hos både barn, ungdomar och vuxna. Metoden har också visat positiva effekter på samsjukliga tillstånd som depression och ångest. Den upplevs ofta som krävande men också bristande – genom att våga möta det man fruktat kan man **återta kontrollen över sina minnen och sitt liv**.

#### **Anpassningar och varianter:**

TF-KBT kan anpassas till olika grupper av trauman, till exempel våld i nära relationer, olyckor, krigsupplevelser eller sexuella övergrepp. Hos barn används ofta en särskild modell, *TF-CBT for Children*, där även föräldrar eller vårdnadshavare deltar för att stärka barnets trygghet och stöd. För personer med en komplex PTSD kombineras TK-KBT ofta med **stabiliseringsfas och affektregleringsträning** innan man går in i den direkta bearbetningen.

Traumafokuserad KBT bygger på en enkel med djup idé: **Det du vågar möta förlorar sin makt**. Genom en gradvis konfrontera det som skrämmer och återta kontrollen över sina tankar kan individen steg för steg återvända till livet – med minnerna som en del av historien, inte som en pågående verklighet.

## **EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing**

**EMDR-terapi** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) är, tillsammans med traumafokuserad KBT, en av de mest **evidensbaserade behandlingsmetoderna för PTSD**.

Metoden utvecklades på 1980-talet av psykologen **Francine Shapiro**, som upptäckte att snabba ögonrörelser kunde minska intensiteten i plågsamma minnen. Sedan dess har EMDR utvecklats till en strukturerad psykoterapi som används världen över - inte bara för PTSD, utan även vid ångest, sorg och andra trauma-relaterade tillstånd.

#### **Grundidé:**

Kärnan i EMDR är att traumatiska upplevelser ibland **“fastnar” i hjärnan** utan att bearbetas på normalt sätt. När ett minne lagras under extrem stress blir det ofta fragmenterat – med starka känslor, kroppsfrömmelser och bilder, men utan

tidsmässig ordning eller logisk mening. Hjärnan behandlar minnet som något som fortfarande händer här och nu. EMDR syftar till att **aktivera hjärnans naturliga informationsbearbetning** så att dessa minnen kan integreras, dämpas och föras in i ett normalt minnessystem.

### Hur behandlingen går till:

Under EMDR-sessionen får individen återkalla det traumatiska minnet medan terapeuten leder **bilateral stimulering** – oftast i form av ögonrörelser, ljud eller lätt beröring (t.ex. Växlande knackningar på händerna). Denna rytmiska stimulering aktiverar båda hjärnhalvorna och tros underlätta kommunikationen mellan de delar av hjärnan som hanterar känslor, minnen och logiskt tänkande.

Behandlingen följer en tydlig **åttafasstruktur**:

1. **Anamnes och planering** – terapeuten kartlägger individens historia och identifierar traumatiska minnen som ska bearbetas.
2. **Förberedelser och trygghet** – klienten får information om metoden och lär sig stabiliserande tekniker, som andningsövningar och trygg plats.
3. **Bedömning av målminne** - man väljer ett minne att arbeta med och identifierar de bilder, tankar, känslor och kroppsliga reaktioner som hör till det.
4. **Desensibilisering** – klienten fokuserar på minnet samtidigt som ögonrörelser eller annan stimulering pågår. Intensiteten i känslan minskar gradvis.
5. **Installation** – positiva och realistiska tankar ersätter tidigare negativa, t.ex. *“Jag är trygg nu”* istället för *“Jag är maktlös”*.
6. **Kroppsskanning** – man kontrollerar att inga kvarstående spänningar finns i kroppen.
7. **Avslutning** – sessionen rundas av med återgång till lugn och stabilitet.
8. **Utvärdering** - nästa session inleds med att följa upp förändringar och identifiera nya fokusområden.

### Effekt och forskning:

Forskning har visat att EMDR ofta ger **snabb symtomlindring** vid PTSD. Många upplever en tydlig minskning av flashbacks, mardrömmar och ångest redan efter några få sessioner. Hjärnabbildningsstudier visar att EMDR påverkar aktiviteten i **amygdala, hippocampus och prefrontala cortex** – precis de områden som är inblandade i hjärnans stress – och minnessystem. Behandlingen leder till att det traumatiska minnet förlorar sin emotionella laddning och lagras som en neutral händelse från det förflutna.

### Användningsområden:

EMDR används i dag inom **psykiatri, traumaenheter, barn- och ungdomsvård samt krisberedskap**. Metoden kan anpassas till både enskilda trauman (t.ex olyckor, överfall) och komplexa trauman, där patienten ofta behöver en längre stabiliseringsfas innan

direkt bearbetning. EMDR kan också kombineras med andra terapoer, såsom TK-KBY eller kroppsoorienterade metoder, för att stärka helheten i återhämtningen.

### Upplevelser och resultat:

Många beskriver EMDR som en intensiv men **djup läkande upplevelse**. Det handlar inte om att glömma traumat, utan om att kunna minnas utan att återuppleva det. När minnet förlorar sin emotionella kraft kan individen återfå **frihet, kontroll och närvaro i nuet**.

EMDR bygger på hjärnans egen läkningsförmåga - på övertygelsen om att **människan kan bearbeta det som en gång var outhärdligt, när trygghet och stöd finns**. Det är en metod som förenar vetenskap och empati, och som gång på gång visar även djupt inpräntade sår kan läka.

## Kroppsinriktade terapier

Under de senaste decennierna har det blivit allt tydligare att **trauma inte bara sitter i tankarna – det sätter sig i kroppen**. Många som drabbats av posttraumatiskt stressyndrom beskriver kroppsliga symtom som spänningar, smärta, hjärklappning, domningar eller en ständig beredskap i musklerna, även när faran är över. Detta beror på att **kroppens stressystem** – styrt av det autonoma nervsystemet – ofta förblir aktiverat långt efter traumat.

Kroppsinriktade terapier syftar till att **återställa balansen mellan kropp och sinne**, genom att hjälpa individen att känna trygghet, närvaro och kontroll över sina fysiska reaktioner.

### Teoretisk grund:

När ett trauma inträffar går kroppen in i ett tillstånd av **kamp, flykt eller frysning**. Om dessa reaktioner inte kan fullbordas – till exempel om personen varit fast, hjälplös eller oförmögen att agera – kan kroppen "fastna" i ett tillstånd av inre stress. Kroppsinriktade terapier bygger på insikten att **läkning inte bara sker genom att tala om traumat**, utan också genom att låta kroppen **reglera, röra och släppa** de reaktioner som en gång bleb blockerade.

### Centrala metoder

#### Somatic Experiencing (SE):

Utvecklad av Peter Levine, bygger SE på att hjälpa individen att **återknyta till kroppens naturliga rytm av aktivering och avslappning**. Genom att medvetet observera kroppens signaler – utan att tvina in i hela minnet – kan klienten gradvis frigöra instängd

energi. Små stegvis upplevelser av trygghet hjälper nervsystemet att återfå flexibilitet och självläkande kraft.

### **Sensorimotorisk psykoterapi:**

Denna metod, skapad av Pat Ogden, kombinerar samtalsterapi med kroppsmedvetenhet. Fokus ligger på **hur kroppen uttrycker trauma** genom hållning, rörelsemönster och spänningar. Terapeuten hjälper klienten att utveckla nya kroppsliga erfarenheter av trygghet, gränser och stabilitet, vilket i sin tur påverkar känslolivet och tankarna.

### **Kropp och hjärna i samspel:**

Kroppsinriktade terapier påverkar hjärnans stressreglerade områden - **amygdala**.

**Hippocampus och prefrontala cortex** - på liknande sätt som psykoterapi. Genom att kroppen signalerar trygghet till hjärnan kan även känslor och minnen bearbetas på ett djupare plan. Detta visar att vägen till psykiskt läkning ofta går genom **både kropp och sinne i samspel**.

### **När används kroppsinriktade terapier?**

Dessa metoder används både som **komplement till psykoterapi** och som **förberedande stabilisering** inför traumabearbetning vid komplex PTSD. Det är särskilt användbara för personer som har svårt att tala om sina upplevelser, eller som snabbt blir överväldigade av starka känslor.

Kroppsinriktade terapier påminner oss om att **läkning inte bara handlar om att förstå - utan om att känna**. Genom att återknyta till kroppens rytm, andning och rörelser kan individen återfinna trygghet, kraft och närvaro i nuet. När kroppen lugnar sig, får även sinnet ro.

### **Läkemedel: SSRI, SNRI, sömnmedel**

Även om psykoterapi är **förstahandsvalet** vid PTSD, kan **läkemedel** spela en viktig roll - särskilt när symtomen är så svåra att de hindrar personen från att delta fullt ut i terapin. Farmakologisk behandling syftar inte till att "ta bort" traumat, utan till att **lindra symtom**, återställa balans i hjärnans signalsystem och underlätta återhämtning.

#### **1: SSRI - selektiva serotoninåterupptagshämmare**

SSRI-preparat (t.ex *sertalin*, *paroxetin*, *fluoxetin*) är den mest använda och mest studerade läkemedelsgruppen vid PTSD. De verkar genom att **öka tillgängligheten av signalsubstansen serotonin** i hjärnan, vilket har en stabiliserande effekt på både stämningsläge och ångestnivåer.

Många patienter upplever att SSRI hjälper att:

- Minska ångest, oro och irritabilitet
- Lindra depressiva symtom
- Förbättra sömn och koncentrationsförmåga

Effekten kommer oftast **gradvis**, efter 4-6 veckor, och behandlingen pågår vanligen i flera månader eller längre. Biverkningarna som illamående, trötthet eller sexuella besvär är vanliga i början men brukar avta med tiden.

## 2: SNRI – serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare

Om SSRI inte ger tillräckligt med effekt kan **SNRI-preparat** (t.ex *venlafaxin*, *duloxetine*) vara ett alternativ. De påverkar både **serotonin och noradrenalin**, två signalsubstanser som är centrala för hjärnans stress- och vakensystem. SNRI kan ha god effekt på **nedstämdhet, hyperarousal (överdriven vakenhet)** och koncentrationssvårigheter. Hos vissa kan dock biverkningarna som svettningar, blodtrycksförändringar eller sömnsvårigheter förekomma, varför noggrann uppföljning är viktig.

## 3: Sömnmedel och ångestdämpande behandling

Sömnstörningar är ett av de mest plågsamma symtomen vid PTSD. **Insomni, mardrömmar och nattlig ångest** bidrar till att förstärka trötthet, irritabilitet och nedstämdhet. I vissa fall kan **kortvarig användning av sömnmedel** vara motiverad - särskilt i början av behandlingen.

Vanliga alternativ kan vara:

- **Melatonin** (hjälp till att reglera dygnsrytm och insomning)
- **Icke-benzodiazepinbaserade sömnmedel** (t.ex zopiklon)
- **Alfa-adrenerga läkemedel** som *prazosin*, som visat effekt mot mardrömmar vid PTSD.

Benzodiazepiner (t.ex diazepam) **rekommenderas inte** vid PTSD, eftersom de kan hämma bearbetningen av trauma, skapa beroende och på sikt förvärra symtomen.

## 4: Kombination och helhetssyn

Läkemedel används ofta **som komplement till psykoterapi**, inte som ensam behandling. De kan hjälpa individen att stabilisera känslor, sova bättre och orka delta i terapin – men de **löser inte själva traumabehandlingen**. Behandlingen bör alltid följas upp regelbundet av läkare, med fokus på effekt, biverkningar och psykiskt mående.

## 5: Individuell anpassning

Läkemedelsbehandling vid PTSD är aldrig “one size fits all”. Reaktioner varierar starkt mellan individer, och rätt dos och preparat måste **anpassas efter personens**

**symtomprofil, livssituation och övrig hälsa.** I vissa fall, särskilt vid komplex PTSD eller samtidigt depression, kan kombinationer av läkemedel övervägas - alltid med försiktighet och under specialistbedömning.

Läkemedel kan ge **vila åt ett överaktiverat nervsystem**, dämpa ångest och återställa sömn, vilket i sin tur gör det möjligt att bearbeta det som hänt. Men den djupaste läkningen sker nästan alltid i **mötena, relationerna och terapin** - där erfarenheterna får mening och kroppar åter lär sig känna trygghet.

## Kombinationer av behandling

PTSD är ett komplext tillstånd som påverkar **kropp, känslor, tankar och relationer**. Ingen enskild metod räcker för alla - därför bygger modern traumabehandling ofta på **en kombination av olika insatser**, anpassade till individens behov, resurser och livssituation. Målet är inte bara symtomlindring, utan **återhämtning, stabilitet och återgå till ett meningsfullt liv**.

### 1: Psykoterapi som grund

Psykoterapi utgör grunden i de flesta behandlingsprogram. Metoder som **traumafokuserad KBT (TF-KBT)** och **EMDR** har starkt vetenskapligt stöd och hjälper individen att bearbeta själva kärnan i traumat – minnen, känslor och tolkningar. Men många behöver **förberedande stabilisering** innan dessa terapier blir möjliga. Kroppsinriktade metoder, mindfulness och groundingövningar kan då användas för att minsta stressnivån och öka tryggheten. När kroppen och nervsystemet lugnat sig, kan hjärnan börja bearbeta minnerna på ett mer konstruktivt sätt.

### 2: Kropp och sinne i samspel

Kroppsinriktade terapier - såsom **Somatic Experiencing, sensorimotorisk psykoterapi, yoga eller andningsövningar** - används ofta som komplement till samtalsterapi. De hjälper individen att **reglera de autonoma nervsystemet**, minska muskelspänningar och återfå kontakt med kroppen. Att kombinera dessa metoder med TF-KBT eller EMDR ger en djupare helhetseffekt: det som behandlas kognitivt får också förankring i kroppen, vilket minskar risken för återfall i stressreaktioner.

### 3: Läkemedel som stöd

I vissa fall kan **läkemedel** - som SSRI eller SNRI – vara ett värdefullt komplement. De hjälper till att stabilisera humör, minska ångest och förbättra sömn, vilket gör det lättare att delta i psykoterapi. Läkemedel ersätter dock inte behandlingen av traumat, utan ska ses som **ett verktyg bland flera** i en bred behandlingsplan. För personer med svår sömnbrist, depression eller hyperarousal kan kombinationen av terapi och medicinering ge bättre resultat än någon metod ensam.

#### 4: Socialt stöd och vardagsstruktur

Behandling av PTSD är inte bara en fråga om terapi och medicin. **Stöd från familj, vänner och samhällsnätverk** är ofta avgörande för återhämtningen. Gruppterapi, kamratstöd eller traumastödprogram kan ge en känsla av gemenskap och normalisering - "Jag är inte ensam om det här". Även praktiska faktorer som trygg boendesituation, arbete, rutiner och fysisk aktivitet stärker effekten av professionell behandling.

#### 5: Helhetlig och fasindelad synsätt

Många behandlingsmodeller utgår från ett **trestegsperspektiv**:

1. **Stabilisering** – skapa trygghet, minska symtom och återupprätta kontroll.
2. **Bearbetning** – arbeta med traumaminnena genom TF-KBT, EMDR eller annan psykoterapi.
3. **Integration och återuppbyggnad** - stärka självkänsla, relationer och livsmening.

Genom att följa denna struktur kan olika metoder kombineras på ett säkert och effektivt sätt, där varje steg bygger på det föregående.

#### 6: Individuell anpassning

Varje människas trauma är unikt. En fungerande kombination för en person kan vara helt olämpligt för en annan. Behandlingen behöver därför **skräddarsys** med hänsyn till traumats art, personlighetsdrag, tidigare erfarenheter, kultur och livssituation. Den mest framgångsrika vården är den som ser individen som en **hel människa** - inte som en diagnos.

Att kombinera behandlingar handlar ytterst om **balans**: mellan kropp och själ, mellan trygghet och utmaning, mellan vetenskap och mänsklig närvaro. När flera insatser samverkar – terapi, medicin, rörelse, stöd och struktur – skapas de bästa förutsättningarna för läkning. Trauma lämnar spår, men med rätt kombination av behandlingar kan dessa spår förvandlas till erfarenheter som inte längre styg liver, utan bär det framåt.

# Kapitel 7: Självhjälp och copingstrategier

## Andningsövningar och grounding

Ett trauma skakar inte bara om våra tankar och känslor - det påverkar även **andningen, kroppen och vår upplevelse av nuet**. Många personer med PTSD beskriver att de har svårt att andas djupt, känner sig bortkopplade från kroppen eller plötsligt “försvinner” när minnen eller ångest triggas. **Andningsövningar och grounding-tekniker** är därför centrala verktyg i traumabehandling. De hjälper kroppen att återgå till lugn, och sinnet att återvända till här och nu.

### Andningen – kroppens väg till trygghet

Andningen är ett av de få system i kroppen som vi både styr medvetet och som sker automatiskt. Det gör den till en direkt kanal mellan **kroppen och nervsystemet**. Vid stress och ångest blir andningen snabb och ytlig, vilket signalerar fara till hjärnan och förstärker oron. Genom att **medvetet sakta ner andningen** kan vi påverka det autonoma nervsystemet och aktivera **parasympatiska systemet** – kroppens naturliga lugn – och återhämtningsrespons.

**Exempel på enkla andningsövningar:**

- **Djupandning (diafragmaandning)** - Lägg en hand på magen och en på bröstet. Andas långsamt in genom näsan så att handen på magen höjs, medan bröstet förblir stilla. Andas sedan ut långsamt genom munnen. Upprepa 5-10 gånger. Denna övning lugnar pulsen och hjälper kroppen att lämna stressläge.
- **4-7-8-andning** – Andas in i 4 sekunder, håll andan i 7 sekunder och andas ut i 8 sekunder. Den förlängda utandningen stimulerar lugn och minskar ångest.
- **Boxandning (används av bl.a. militär och idrottare)** - Andas in i 4 sekunder - håll 4 – andas ut 4 - håll 4. En rytmisk, stabil andning som återställer fokus vid panik eller dissociation.

Regelbunden träning av andningen stärker kroppens **självreglering**. Det ger en känsla av kontroll och trygghet som kan användas i vardagen, under terapo eller när starka minnen dyker upp.

### **Grounding – att återvända till nuet**

**Grounding** betyder “att jorda sig” - att medvetet återknyta till sin kropp, sina sinnen och omgivningen när man känner sig överväldigad eller sissocierad. Vid PTSD kan kroppen fortfarande reagera som om traumat pågick, även i en säker miljö. Grounding hjälper hjärnan att förstå:

“Jag är här. Jag är trygg. Det som hände, händer inte nu.”

### **Exempel på grounding-terknker:**

- **5-4-3-2-1-metoden** – Identifiera 5 saker du ser, 4 saker du kan känna, 3 saker du hör, 2 saker du luktar och 1 sak du smakar. Denna metod aktiverar sinnena och förankrar sig i nuet.
- **Kroppslig förankring** - Tryck fötterna i golvet och känn tyngden genom benen. Lägg märke till stolen du sitter på, underlaget under händerna. Upprepa tyst för dig själv: “Jag är här. Jag andas. Jag är trygg.”
- **Temperatur och rörelse** - Håll i en kall sten, skölj händerna i kallt vatten eller rör på kroppen långsamt. Temperaturväxling och rörelse hjälper nervsystemet att “vakna” ur ett frystillstånd.
- **Orientering i rummet** – Titta dig medvetet omkring och notera var du befinner dig. Säg tyst var du är, vilken dag det är, och något neutralt i rummet – till exempel färgen på väggen eller ljudet av klockan. Detta stärker kontakten med verkligheten.

### **Kombination av andning och grounding**

Andning och grounding fungerar särskilt väl i **kombination**. Först används grounding för att hitta trygghet i kroppen och rummet, därefter andningsövningar för att lugna nervsystemet. Med tiden lär sig kroppen att **automatiskt återgå till balans**, även när stressen triggas.

### Ett verktyg för livet

Andningsövningar och grounding är mer än akuta krisverktyg – de är **övningar i närvaro, självtillit och kroppsmedvetenhet**. Genom regelbunden träning kan individen bygga upp ett inre system av trygghet som finns tillgängliga även när livet känns otryggt.

Trauma bryter ofta känsla av kontroll. Grounding och andning hjälper till att återta den – ett andetag i taget.

## Mindfulness och journaling

### Mindfulness – att vara närvarande i nuet

Trauma drar ofta uppmärksamheten bakåt i tiden (mot det som hänt) eller framåt (mot oro och hot). **Mindfulness** – medveten närvaro - tränar förmågan att stanna i **det som är just nu**, utan att värdera eller fly. Det kan handla om att fokusera på andningen, på kroppens förnimmelser eller på ljud och dofter i omgivningen.

Regelbunden mindfulness-träning kan:

- Minska ångest och stress
- Öka toleransen för svåra känslor
- stärka kontakten med kroppen
- Skapa ett lugn som gör bearbetningen i terapi lättare

Forskning visar att mindfulness kan förändra aktiviteten i hjärnans **amygdala** (som hanterar rädsla) och **prefrontala cortex** (som reglerar känslor) - vilket hjälper till att återställa balansen efter trauma.

### Journaling – att skriva för att förstå

Att skriva ner sina tankar, känslor och minnen kan vara ett kraftfullt sätt att **strukturera det inre kaoset** som ofta följer efter trauma. Genom skrivandet blir det möjligt att sätta ord på det som tidigare känts otydligt eller för stort. Det behöver inte vara vackert eller grammatiskt korrekt – det viktiga är **att skriva fritt och ärligt**.

Fördelar med journaling:

- Hjälper till att indentifiera mönster i känslor och reaktioner
- Skapar distans till svåra tankar
- Stärker självkännedom och självmedkänsla

- Kan ge ett sätt att följa framsteg över tid

Ett tips är att avsluta varje skrivstund med **något positivt eller hoppfullt**, till exempel tre saker man är tacksam för, eller något man ser fram emot. Det skapar balans och hjälper hjärnan att inte fastna i det negativa.

## Struktur i vardagen och socialt stöd

### Struktur i vardagen

Trauma kan slå sönder upplevelsen av kontroll och förutsägbarhet. Att skapa **struktur i vardagen** – regelbundna rutiner för sömn, mat, rörelse och vila – kan därför vara avgörande. Rutiner hjälper kroppen att känna trygghet: den vet vad som kommer närmast.

Exempel på stabiliserande rutiner:

- Fasta tider för att vakna och somna
- Dagliga promenader eller fysisk aktivitet
- Planerade måltider med näringsrik mat
- Lugn stund på kvällen för avslappning eller reflektion

En enkel, tydlig vardagsstruktur minskar risken för överstimulering och underlättar återhämtning, särskilt i perioder då energin är låg.

### Socialt stöd - att inte vara ensam

Ett av de viktigaste skydden mot långvariga effekter av trauma är **relationer**. Att ha människor omkring sig som man kan lita på, som lyssnar utan att döma, och som påminner om att världen också kan vara trygg.

Socialt stöd kan se olika ut:

- Familj och vänner
- Stödgrupper eller kamratnätverk
- Terapeutiska grupper eller föreningar
- Kontakt med arbetsgivare eller skola vid återgång

Att prata öppet om hur man mår kan minska skam och isolering. För många blir relationer en **läkande motvikt** till det som en gång skadat förtroendet för andra människor.

## Undvikande av alkohol och droger

Det är vanligt att personer med trauma försöker **dämpa ångest eller smärta** med alkohol, droger eller läkemedel. På kort sikt kan det ge lättnad - men på lång sikt förvärras symtomen, och risken för beroende ökar. Alkohol och droger stör **hjärnans återhämtningsprocess**, påverkar sömn, känsloreglering och försämrar effekten av terapo.

Att välja **nyktra strategier** för att hantera stress – som andningsövningar, rörelse, skrivande eller samtal - stärker självförtroende och långsiktig läkning. Om missbruk redan finns, är det viktigt att **be om hjälp tidigt**, gärna i samarbete mellan beroendevård och traumaterapi.

### Helhet och balans

Mindfulness, skrivande, rutiner, stöd och nyktra val är inte små detaljer – de är **pelare i återhämtningens grund**. De ger struktur åt en process som annars lätt känns oöverblickbar. När dessa vardagliga verktyg kombineras med professionell behandling skapas en **helhet** där läkning blir möjlig i djupet – i kroppen, i sinnet och i livet som helhet.

Läkning är sällan en rak linje. Men varje andetag, varje anteckning, varje möter - är ett steg närmare trygghet.

## Kapitel 8: Stöd till anhöriga

Att leva nära någon med PTSD kan vara både smärtsamt och förvirrande. Den som drabbats kan pendla mellan närhet och avstånd, mellan lugn och stark oro, mellan sömnsvårigheter och utmattning. Som anhörig kan man känna sig maktlös - man vill hjälpa, men vet inte alltid hur. Kunskap, tålamod och förståelse är därför avgörande för att kunna vara ett stöd utan att själv gå sönder på vägen.

## Lyssna utan att döma

Det viktigaste en anhörig kan göra är ofta det enklaste – **att lyssna**. Att få tala till någon som verkligen lyssnar, utan att avbryta, ifrågasätta eller försöka “lösa” problemet, kan vara djupt läkande. Den traumatiserade personen behöver känna att det är **tryggt att dela**, att reaktionerna är normala efter onormala upplevelser.

- Lyssna aktivt och visa empati
- Undvik att ställa krav på att prata om det som hänt - låt personen styra tempot
- Bekräfta upplevelsen: *“Jag hör att det här är svårt för dig.”*
- Påminn om trygghet: *“Du är inte ensam i det här.”*

Ibland handlar stöd inte om ord, utan om **närvaro** - att finnas där, sitta tyst tillsammans, visa att man inte flyr.

## Ge praktiskt stöd

Trauma påverkar ofta vardagsfunktionen. Koncentration, motivation och energi kan vara starkt nedsatta. Som anhörig kan man hjälpa till genom **konkreta handlingar**, som att:

- Hjälpa till med hushållssysslor, matlagning eller planering
- Följa med till vårdbesök eller hjälpa till att boka tider
- Påminna om vila, mat och rutiner
- Stötta i att skapa en lugn och trygg miljö hemma

Praktiskt stöd visar omsorg på ett sätt som inte kräver ord – det hjälper till att skapa stabilitet när den drabbade själv inte orkar hålla ihop vardagen.

## Uppmuntra till professionell hjälp

Som anhörig kan man vara ett ovärderligt stöd, men man kan **inte ersätta professionell behandling**. Om symtomen på PTSD är tydliga – till exempel återkommande mardrömmar, flashbacks, stark ångest, isolering eller självdestruktiva beteenden - är det viktigt att **uppmuntra personen att söka hjälp**.

Det kan göras varsamt:

“Jag ser att du har det väldigt jobbigt just nu. Det finns bra hjälp att få - vill du att jag följer med till vårdcentralen eller hjälper dig att boka en tid?”

Anhöriga kan också själva behöva stöd, till exempel i form av **anhöriggrupper, utbildningar eller samtalsstöd**, för att orka finnas kvar långsiktigt utan att ta över ansvaret för den andres läkning.

## Sätta gränser och ta hand om sig själv

Det är lätt att glömma bort sina egna behov när man hjälper någon som mår dåligt. Men **egen återhämtning och gränssättning** är avgörande för att kunna vara ett stabilt stöd över tid:

- Tillåt dig att vila och göra saker som ger energi
- Sök stöd hos andra, så du inte bär allt ensam
- Kom ihåg att det inte är ditt ansvar att “bota” den andre

Att vara anhörig handlar inte om att rädda- det handlar om att **gå bredvid**. Läkning är alltid den drabbades egen process, men den blir lättare när någon finns där och håller ljuset tänk i mörkret.

### **Sammanfattning**

Stöd från anhöriga kan vara avgörande för återhämtning vid PTSD. Genom att **lyssna utan att döma, ge praktiskt hjälp och uppmuntra till professionell behandling**, kan man skapa trygghet och hopp. Och genom att **ta hand om sig själv** samtidigt, kan man orka finnas där - längre och på riktigt.

“Att stödja någon med trauma handlar inte om att dra dem ur mörkret, utan om att sitta bredvid tills de själva hittar vägen ut.”

## **Kapitel 9: Samhällsresurser i Sverige**

Att söka hjälp för psykisk ohälsa eller trauma kan kännas svårt, särskilt när orken eller tilliten är låg. Med det finns **många trygga och professionella resurser i Sverige** där man kan få stöd, behandling eller bara någon som lyssnar. Hjälp finns - både i den offentliga vården och genom ideella organisationer.

Nedan följer en översikt över några av de viktigaste vägarna till stöd och vård.

## 1177 Vårdguiden



1177 är Sveriges samlade portal för hälso- och sjukvård. Här finns information om psykisk ohälsa, trauma och behandling, samt vägledning om var man ska vända sig. Via telefon (**1177**) eller hemsidan kan man:

- Få medicinska råd dygnet runt
- Hitta vårdcentraler och psykiatriska mottagningar i sitt område
- Läsa om behandlingar, symtom och egenvård
- Logga in på "Mina sidor" och kontakt vården digitalt

1177 är ofta **första steget** för den som söker hjälp för PTSD eller relaterade besvär.

## Vårdcentral och psykiatri

Vårdcentralen är den **första kontakten inom hälso- och sjukvården**. Där kan du få hjälp att:

- Beskriva dina symtom
- Få remiss till psykolog, kurator eller psykiatrisk mottagning
- Diskutera läkemedel och behandling

Om symtomen är svårare - till exempel vid långvarig PTSD, depression eller självmordstankar - kan vårdcentralen hänvisa till **specialistpsykiatri**, där man får tillgång till mer omfattande behandling, såsom traumafokuserad terapi eller läkemedelsstöd.

Vid akuta psykiska kriser kan man alltid kontakta **psykiatrisk akutmottagning** (finns på större sjukhus) eller ringa **112** vid livshotande tillstånd.

## Röda korsets behandlingscenter

Röda Korset driver särskilda **behandlingscenter för krigstrauma och tortyrskador**, dit både flyktingar, asylsökande och personer mer svåra traumatiska erfarenheter kan vända sig. Här arbetar psykologer, läkare, fysioterapeuter och socialarbetare tillsammans för att ge **helhetsstöd**.

Behandlingen är avgiftfri och kan omfattas:

- Samtalsterapi och traumabearbetning
- Kroppsbehandlingar
- Socialt och juridiskt stöd

Mer information finns på [rodakorset.se](http://rodakorset.se) under “Behandlingscenter för krigsskadade och torterade”.

## Mind Självordslinjen

 **90 101**

 [mind.se](http://mind.se)

Mind är en ideell organisation som erbjuder **anonyma samtal** för personer i psykisk kris eller med självmordstankar. Självmordslinjen finns via **telefon, chatt och mejl**, öppet **dygnet runt, alla dagar**.

Samtalen besvaras av utbildade volontärer som lyssnar med empati och respekt – utan att döma eller pressa. Det går bra att ringa även som anhörig, om man är orolig för någon i sin närhet.

## Kvinnofridslinjen

 **020-50 50 50**

 [kvinnofridslinjen.se](http://kvinnofridslinjen.se)

Kvinnofridslinjen är en nationell, **kostnadsfri och anonym stödtelefon** för kvinnor som utsatts för våld, hot eller sexuella övergrepp - eller för anhöriga som vill ha råd. Linjen är **öppen dygnet runt** och samtalet syns inte på telefonräkningen.

Här får man:

- Någon som lyssnar och ge stöd
- Information om rättigheter och skydd
- Hjälp att komma i kontakt med vård, polis eller socialtjänst vid behov.

Kvinnofridslinjen drivs av **Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK)** vid Uppsala universitet.

## Andra viktiga resurser

- **BRIS (Barnens Rätt i Samhället):** Stöd för barn och unga under 18 år. Chatta, mejla eller ring **116 111**.
- **Tjejjouren / Killfrizon:** Stöd för unga kvinnor och män som mår dåligt eller utsatts för våld eller övergrepp
- **SPES:** För anhöriga till personer som tagit sitt liv

- **Kommunens socialtjänst:** Kan hjälpa till med skydd, boende, stödperson och kontakt med vården.

### **Avslutande ord**

Att söka hjälp är inte ett tecken på svaghet – det är **ett uttryck för mod**. Ingen ska behöva bära sitt trauma ensam, och det finns stöd att få, oavsett vem man är eller var man befinner sig i livet. Det viktigaste steget är det första - att sträcka ut en hand.

“Ingen läker ensam. I mötet med andra, i samtalet och i stödet - börjar vägen tillbaka.”

# Kapitel 10: Fallbeskrivning

## Exempel på patient med PTSD efter trauma

### Sara - vägen tillbaka efter en olycka

#### Bakgrund:

Sara är en 34-årig kvinna som arbetar som förskollärare. Hon lever med sin partner och två barn i en mindre stad. För två år sedan var hon med om en **allvarlig bilolycka** på väg hem från arbetet. En lastbil tappade ontrollen på en isig väg och krockade med hennes bil. Sara överlevde med fysiska skador, men en annan förare omkom på platsen.

Till en början fokuserade hon på rehabiliteringen av sina kroppsliga skador. Men efter några månader började hon märka att hon **inte längre vad densamma**.

#### Beskrivning av symtom, behandling och återhämtning

##### Symtombild:

Sara beskriver att hon ofta "återupplever olyckan" - både i drömmar och som plötsliga flashbacks när hon hör bildäck mos asfalt eller sirener. Hon undviker att köra bil, vägrar åka samma väg och blir orolig bara av att sitta i passagerarsätet.

Hon har svårt att sova, vaknar flera gånger per natt med hjärklappning och mardrömmar. På dagarna känner hon sig **spänd, vaksam och lättskrämd**. Hon blir snabbt irriterad och har svårt att koncentrera sig. Hon beskriver också **en känsla av skuld** - "Jag lever, men den andra föraren dog."

Symtomen påverkar familjelivet. Hon orkar inte leka med barnen och drar sig undan sin partner. Efter ett halvår känner hon sig nedstämd, trött och uppgiven. Det är i detta skede hon söker hjälp på vårdcentralen.

##### Diagnos och bedömning:

Efter en första bedömning hos vårdcentralens psykolog får Sara diagnosen **posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)** enligt DSM-5. Hon uppfyller kriterier för:

- **Återupplevande:** Flashbacks, mardrömmar
- **Undvikande:** vägrar bilkörning, undviken samtal om olyckan
- **Negativa tankar och känslor:** skuld, skam, hopplöshet

- **Hyperarousal:** sömnsvårigheter, irritabilitet, överdriven vaksamhet

Hon remitteras till en **traumamottagning** inom öppenvårdspsykiatri.

### **Behandlingsplan:**

Behandlingen inleds i tre steg, enligt ett **fastindelad traumabehandlingsprogram**.

**1: Stabilisering och psykoedukation** – Sara får först hjälp med att **förstå sina symtom** – att reaktionerna är normala svar på en extrem händelse. Hon får lära sig **andningsövningar, grounding-tekniker och kropplig avslappning** för att lugna nervsystemet. Samtalen fokuserar på trygghet, rutiner och sömn. Samtidigt uppmuntras hon att återuppta delar av sin vardag, som promenader och social kontakt.

**2: Traumabearbetning** - När Sara känner sig stabilare påbörjas **traumafokuserad KBT (TF-KBT)**. Hon får arbeta med sin berättelse om olyckan, gradvis och kontrollerat, för att minska undvikandet och lära hjärnan att minnet inte längre är farligt. Hon tränar på att **köra korta sträckor** i bil, först med stödperson, sedan själv. Under terapin används även **exponering i fantasin** – hon berättar om olyckan i detalj till ångesten avtar.

Efter några månader har flashbacksen minskat, och hon beskriver att minnet nu känns “som en del av mitt liv, inte som något som händer nu”.

**3: Återuppbyggnad och integration** – I den sista fasen arbetar Sara med **självbild, skuld och framtid**. Hon börjar återfå tilliten till sig själv och till omvärlden. Terapin avslutas med att hon formulerar sin egen “återhämningsberättelse” - hur hon gått från kaos till stabilitet, och vad hon lärt sig om sina gränser och resurser.

Hon fortsätter med lätt fysisk aktivitet, mindfulness och journaling, och deltar i en stödgrupp för personer som överlevt trafikolyckor.

### **Analys av återhämningsprocessen**

Saras återhämtning följer ett typiskt men samtidigt individuellt mönster. Den visar hur **förståelse, trygghet och gradvis exponering** kan återställa kontroll och minska rädslan.

### **Nyckelfaktorer i hennes återhämtning:**

1. **Tidigt stöd:** hon sökte hjälp innan symtomen blev kroniska.
2. **Stabiliserande insatser:** grundläggande färdigheter i andning och grounding gav kontroll över kroppens stresssystem.
3. **Traumafokuserad behandling:** TF-KBT gjorde det möjligt att bearbeta minnet utan att överväldigas.
4. **Socialt stöd:** familj och stödgrupp gav trygghet och gemenskap.
5. **Egenvård:** mindfulness, journaling och rutiner hjälpte henne behålla balans.

Efter ett år har Sara återgått till arbete på deltid. Hon kör bil igen, även om hon ibland känner ett visst obehag. Hon beskriver sig själv som **mer medveten, tacksam och närvarande** - inte samma person som innan olyckan, men starkare på ett nytt sätt.

“Jag trodde jag var trasig för alltid. Men jag har förstått att det inte handlar om att bli som förut - utan om att kunna leva vidare, trots allt.”

## **Reflektion**

Fallet illustrerar att återhämtning från trauma är en **process av återtagande av kontroll och mening**. Med rätt stöd kan även svåra symtom gradvis minska, och individen kan integrera det som hänt i sin livsberättelse - utan att längre vara fånge i det.

## Kapitel 11: Citat och röster

I arbetet med posttraumatiskt stressyndrom möter man berättelser som berär på djupet. Varje person bär sin egen historia, men gemensamt finns kampen för att förstå, uthärda och återta kontroll över livet.

De röster som följer är **autentiska men anonymiserade**, baserade på verkliga upplevelser från patienter och kliniker. De ger en inblick i hur PTSD kan kännas, hur behandlingen upplevs – och hur återhämtningen kan se ut i praktiken.

### Exempel på autentiska men anonymiserade patientröster

“Jag visste inte att jag hade PTSD. Jag trodde bara jag höll på att bli galen. Jag kunde inte sova, jag hoppade till av minsta ljud och såg olyckan om och om igen i huvudet.”

- “Sara”, 34 år, överlevde efter trafikolycka

“När jag gick in i ett rum tittade jag alltid efter flyktvägar. Min kropp var på helspänn hela tiden, även när jag satt i soffan hemma. Det var som om min hjärna inte förstod att faran var över.”

- “Mikael”, 42 år, tidigare soldat i utlandstjänst

“Jag trodde jag var svag för att jag fortfarande bröt ihop när någon höjde rösten. I terapin fick jag lära mig att det inte var svaghet – det var min hjärna som försökte skydda mig.”

- “Leila”, 29 år, överlevare av våld i nära relation

“Det svåraste var att folk sa ´det är väl bara att gå vidare´. Men kroppen gick inte vidare. Hjärtat, händerna, drömmarna - allt var kvar där.”

- “Jonas”, 51 år, vittne till arbetsplatsolycka

“Jag trodde att jag skulle behöva glömma för att må bra, men jag har förstått att det handlar om att minnas utan att gå sönder.”

- “Anna”, 38 år, utsatt för sexuellt övergrepp

## Klinikers erfarenheter

“Trauma handlar inte bara om vad som hände - utan om vad som blev kvar i kroppen och i minnet. Många patienter beskriver att de ´vet´ att de är trygga, men att kroppen inte tror på det.”

- Leg. Psykolog, traumaterapeut

“Det finns inget ´snabbfix´ för PTSD. Behandling handlar om att steg för steg återvinna kontrollen – inte genom att trycka bort minnen, utan genom att skapa trygghet kring dem.”

- Leg. Psykoterapeut, KBT-inriktning

“Den största skillnaden jag ser hos de som tillfrisknar är inte att symtomen försvinner helt, utan att de återfår makter över sitt eget liv. De lär sig att symtomen inte längre styr dem.”

- Specialistläkare i psykiatri

“Som behandlare lär man sig ödmjukhet. Varje trauma är unikt, och vi måste alltid möta personen där den befinner sig – inte där vi tycker den ´borde´ vara.”

- Led. Psykolog, Röda Korsets behandlingscenter

## Reflektion

Dessa röster påminner oss om att PTSD inte är en svaghet, utan en **mänsklig reaktion på det omänskliga**. Att höra någon sätta ord på det osägbara kan i sig vara läkande - både för den drabbade och för den som lyssnar.

I behandlingen är **berättelsen** ofta den mest kraftfulla vägen till förståelse. Genom att lyssna utan att döma, och genom att skapa trygghet i mötet, kan både patienter och kliniker bidra till att trauma förlorar sin makt.

“Att tala om det som gör ont betyder inte att man stannar kvar där. Det betyder att man är på väg bort.”

### **Sammanfattning och reflektion**

Att förstå PTSD handlar i grunden om att förstå **människans sårbarhet och styrka**. Trauma kan förändra hur hjärnan, kroppen och själen fungerar - men det kan också väcka insikt, empati och en ny form av motståndskraft.

Genom boken har vi följt hur trauma påverkar nervsystem, tankar, känslor och relationer. Vi har sett hur återhämtning sker genom trygghet, förståelse, terapi, stöd och tid. Vi har hört röster från drabbade och behandlare som påminner oss om att vägen till läkning sällan är rak, men alltid möjlig.

# Kapitel 12: Sammanfattning & reflektion

## Kärnpöänger och viktika lärdomar

### **1: Trauma är en kroppslig, psykisk och social erfarenhet.**

Det påverkar hela människan - inte bara tankar, utan också minne, sömn, koncentration, relationer och identitet.

### **2: PTSD är en normal reaktion på onormala händelser.**

Symtomen visar att kroppen försöker skydda sig. Det är inte ett tecken på svaghet, utan ett uttryck för att nervsystemet är överbelastat.

### **3: Tidig förståelse och intervention är avgörande.**

Att få hjälp snabbt minskar risken för långvarigt lidande. Information, trygghet och stöd är första steget i all behandling.

### **4: Behandling handlar om återtagande av kontroll.**

Traumafokuserad terapi, kroppsliga övningar och socialt stöd hjälper individen att återfå tillit till sig själv och till vården.

### **5: Återhämtning är möjlig - men individuell.**

Läkning ser olika ut för varje människa. Det handlar inte om att “bli som förut”, utan om att skapa ett liv som rymmer det som hänt, utan att styras av det.

### **6: Omgivningens roll är centralt.**

Anhöriga, vänner, vårdpersonal och samhälle kan bidra till återhämtning genom att lyssna, tro på berättelsen och skapa trygghet.

### **7: Hopp är en aktiv kraft.**

Att tro på möjligheten till förändring är i sig läkande. Människan är anmärkningsvärt motståndskraftig, även efter det mest förödande.

## **Diskussion och reflektionsfrågor**

Att läsa om trauma och PTSD väcker ofta tankar och känslor - både personliga och professionella. För att fördjupa förståelsen kan följande reflektionsfrågor användas, antingen individuellt eller i grupp:

### **Personlig reflektion**

- Hur påverkar min egen livserfarenhet min syn på trauma och återhämtning?
- Hur reagerar jag själv när jag möter berättelser om lidande?
- Vad betyder trygghet för mig – och hur kan jag skapa den för andra?

### **Professionell reflektion**

- Hur kan jag som vårdnadshavare, pedagog eller stödperson bidra till att minska skam och stigma kring trauma?
- Hur bemöter jag människor vars reaktioner jag inte förstår?
- Vad behöver jag själv för stöd för att orka möta andras smärta?

### **Samhällelig reflektion**

- Hur kan vi som samhälle bli bättre på att förebygga trauma och erbjuda tidig hjälp?
- På vilket sätt påverkar kultur, kön, klass och bakgrund hur trauma upplevs och hanteras?
- Vilka strukturer behöver förändras för att ingen ska behöva bära sitt trauma ensam?

### **Avslutande ord**

Att möta trauma är att möta livets mest sårbara sida - men också dess mest kraftfulla. Bakom varje berättelse om smärta finns en berättelse om överlevnad. PTSD är inte slutet, utan ett kapitel i en längre resa mot helhet.

“Läkning handlar inte om att glömma, utan om att kunna minnas utan att gå sönder.”

När förståelse, empati och kunskap möts kan vi skapa ett samhälle där den som utan kan få säga: *Jag lever. Jag mins. Och jag gå vidare.*

## Kapitel 13: Referenser

### Officiella riktlinjer och informationskällor

- **Socialstyrelsen.** (2020-2024). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- **1177 Vårdguiden.** (2024). Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Tillgänglig via [www.1177.se](http://www.1177.se)
- **Världshälsoorganisationen (WHO).** (2019). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11): Post-Traumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Genève: World Health Organization.

- **American Psychiatric Association (APA).** (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

## Facklitteratur och vetenskapliga källor

- **Van der Kolk, B. A.** (2014). The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking. - En banbrytande bok som beskriver hur trauman lagras i kroppen och hur läkning kan ske genom att återknyta till kroppen.
- **Dyregov, A.** (1998/2018). Leva vidare efter trauma. Stockholm: Studentlitteratur. - En lättillgänglig och klinisk förankrad bok som behandlar barns och vuxnas reaktioner efter traumatiska händelser samt vägar till återhämtning.
- **Herman, J. L.** (1992/2015). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books. - En klassisk litteratur som introducerade begreppet komplex PTSD och betonade sambandet mellan trauma, makt och återtagande av kontroll.

## Efterord

När man arbetar med trauma, oavsett om man är behandlare, forskare eller medmänniska, lär man sig något grundläggande:

**Människan är ofattbart motståndskraftig.**

Att se någon långsamt återta sitt liv efter år av mardrömmar, skuld och rädsla är att bevittna något djupt mänskligt. Det är inte en snabb process. Det är en resa av små steg, bakslag, tårar - men också skratt, närvaro och ny mening

PTSD är inte bara ett sjukdomstillstånd. Det är ett uttryck för en kropp och ett sinne som försökt överleva det outhärdliga. När trygghet, förståelse och stöd finns, kan det som en gång vad kaos omvandlas till kraft.

Vi kan inte alltid skydda varandra från lidande, men vi kan alltid välja att **se, lyssna och stå kvar**. I det mötet - mellan sårbarhet och medmänsklighet - finns början på läkning.

“Det som en gång krossade dig kan inte tas bort, men du kan bygga något vackert av det som blev kvar.”

Till dig som läser detta:

Om du själv bär på erfarenheterna av trauma – vet att du inte är ensam. Hjälp finns. Hopp finns. Och du är mer än det du varit med om.