



the british  
psychological society  
promoting excellence in psychology



Division of  
Clinical Psychology

# Ramverket för Makt Hot och Mening En översikt



This publication has been produced by the British Psychological Society's Division of Clinical Psychology as a Member Network publication and represents the views and expert contributions of its authors.

### **Citation**

In text: Johnstone, L. & Boyle, M. (2018)

In bibliographies and any list of publications: Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.

© The British Psychological Society 2018

All rights reserved. No part of this report may be reprinted or reproduced or utilised in any form or by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publishers. Enquiries in this regard should be directed to the British Psychological Society.

British Library Cataloguing-in-Publication Data

A catalogue record for this book is available from the British Library.

ISBN 978-1-85433-906-5

Printed and published by  
The British Psychological Society  
St Andrews House  
48 Princess Road East  
Leicester LE1 7DR  
[www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk)

If you have problems reading this document and would like it in a different format, please contact us with your specific requirements.

Tel: 0116 252 9523; Email: [P4P@bps.org.uk](mailto:P4P@bps.org.uk).

# Ramverket för Makt Hot och Mening

## En översikt

Januari 2018

Svensk utgåva 2024

Denna publikation har producerats av British Psychological Society's Division of Clinical Psychology som ett samarbetsprojekt mellan dess medlemmar och representerar författarnas åsikter och expertis.

### **Citering**

I text: Johnstone, L. & Boyle, M. (2018)

I bibliografier och publikationslistor: Johnstone, L. & Boyle, M. med

Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.

© The British Psychological Society 2018 Svensk utgåva © 2024

Alla rättigheter är förbehållna. Ingen del av denna rapport får omtryckas eller reproduceras eller användas i någon form eller på några elektroniska, mekaniska eller andra sätt, nu kända eller hädanefter uppfunna, inklusive fotokopiering och inspelning, eller i något system för informationslagring eller informationsinhämtning, utan skriftligt tillstånd från förläggaren. Förfrågningar avseende ovanstående bör ställas till British Psychological Society via [permissions@bps.org.uk](mailto:permissions@bps.org.uk)

British Library Cataloging-in-Publication Data

En katalogpost för denna bok finns tillgänglig på British Library.

ISBN 978-1-85433-906-5

Tryckt och publicerad av The British Psychological Society

St Andrews House  
48 Princess Road East  
Leicester LE1 7DR

[www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk)

Om du har problem med att läsa detta dokument och vill ha det i ett annat format, vänligen kontakta oss med dina specifika önskemål.

Tel: 0116 252 9523; E-post: [P4P@bps.org.uk](mailto:P4P@bps.org.uk) / [permissions@bps.org.uk](mailto:permissions@bps.org.uk)

# Innehåll

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Förord till den svenska utgåvan.....                                                  | 4   |
| Tack till.....                                                                        | 7   |
| Introduktion .....                                                                    | 9   |
| Del 1: En översikt av ramverkets grundläggande principer, syfte och tillämpning ..... | 13  |
| Del 2: Översikt över teori och forskning.....                                         | 19  |
| Del 3: Ramverket för Makt, Hot och Mening .....                                       | 25  |
| Del 4: Provisoriska generella mönster som framträder ur grundmönstret .....           | 35  |
| Del 5: Personliga narrativ inom ramverket för makt, hot och mening.....               | 86  |
| Slutsatser .....                                                                      | 102 |
| Appendix .....                                                                        | 103 |
| Appendix 1 .....                                                                      | 105 |
| Appendix 2 .....                                                                      | 117 |
| Appendix 3 .....                                                                      | 120 |
| Appendix 4 .....                                                                      | 123 |
| Appendix 5 .....                                                                      | 126 |
| Appendix 6 .....                                                                      | 128 |
| Appendix 7 .....                                                                      | 130 |
| Appendix 8 .....                                                                      | 132 |
| Appendix 9 .....                                                                      | 136 |
| Appendix 10 .....                                                                     | 138 |
| Appendix 11 .....                                                                     | 140 |
| Appendix 12 .....                                                                     | 142 |
| Appendix 13 .....                                                                     | 145 |
| Appendix 14 .....                                                                     | 147 |
| Referenser.....                                                                       | 150 |

.

# Förord till den svenska utgåvan

## *Kära läsare*

The Power Threat and Meaning Framework (PTMF), på svenska: ”Ramverket för Makt, Hot och Mening (RMHM)”, gavs ursprungligen ut i januari 2018 av *The British Psychological Society*, på uppdrag av dess *Division of Clinical Psychology*. Dokumentet finns i två versioner: ett längre och mer detaljerat huvuddokument på ca 400 sidor som redogör för filosofiska principer och den forskning som ligger till grund för RMHM, och en kortare översikt med ca 150 sidor som beskriver de grundläggande principerna för hur RMHM är uppbyggt och ger goda exempel på tillämpningar i appendix. Detta är den svenska översättningen av översikten.

RMHM är relevant och viktigt att introducera i Sverige utifrån att det vi kallar psykisk ohälsa breder ut sig. Köerna till landets psykiatriska och barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar blir allt längre och andelen av Sveriges befolkningen som står på psykofarmaka ökar, även bland unga.

Många menar att de rådande psykiatriska diagnostiska systemen bidrar till denna situation eftersom de omtolkar psykiskt lidande till sjukdom. Idéen om att kunna koppla tydliga psykiatriska diagnoser till evidensbaserad behandling som snabbt skall leda till effekt har inte visat sig fungera. Faktum är att diagnoserna oftast inte motsvarar sjukdomar utan bara är beskrivningar av beteenden och känslomässigt lidande (symptom) och att de behandlingar som erbjuds, ofta läkemedel, endast kan dämpa symtomen men inte bota. Behandlingstiderna med läkemedel tenderar att bli långa, och medför ofta allvarliga biverkningar som i sin tur ger funktionsnedsättningar och skapar stigma och tvivel på den egna förmågan. Den enskilda människans erfarenheter och upplevelser får inte plats när psykiskt lidande definieras som sjukdom som behandlas medicinskt.

Kritiska röster har höjts internationellt, exempelvis inom WHO och även i Sverige ställer sig många undrande till utvecklingen. RMHM är intressant och relevant som ett komplement eller, som dokumenten gör gällande, ett alternativ till de psykiatriska diagnostiska systemen. Det inkluderar flera perspektiv och många aspekter av aktuell forskning, teori och praktik. RMHM är ett projekt under utveckling som framöver kommer att behöva anpassas till olika kontexter och tillämpningar. Det som i de psykiatriska diagnostiska systemen förstås som symptom på sjukdom, ses i stället i RMHM som mänskliga reaktioner och uttryck att utforska och förstå utifrån individens egna erfarenheter. Känslomässig smärta, förtvivlan, ovanliga upplevelser och beteenden som blir problematiska för individen själv eller andra, ses som försvarsreaktioner och överlevnadsstrategier som är meningsbärande och som måste förstås inom den relationella och sociala kontexten.

RMHM har utformats av psykologer och tidigare psykiatripatienter och inkluderar kunskap och erfarenheter som sammanställts från personer som själva upplevt psykiskt lidande och psykiatrisk behandling och vård. I originaldokumentet kallas de för överlevare (*survivors*), vilket kan syfta både på att ha genomlevt och övervunnit svårigheter och på att ha överlevt trots den behandling och vård de fått utstå. Vi har utgått från att denna dubbla innebörd är avsiktlig i originaldokumentet och har därför använt begreppet ‘överlevare’ i den svenska översättningen.

Vissa engelska termer i originalversionen av RMHM saknar motsvarighet på svenska. Med författarnas tillåtelse har vi i sådana fall gjort en ungefärlig översättning som kan variera beroende på sammanhanget, och sedan angett den engelska termen inom parentes. Exempel på detta är ofrihet, instängdhet (*entrapment*), ensamhet, kontaktlöshet (*disconnection*), handlingsförmåga, handlingskraft (*agency*) eller smärta, stress, psykiskt lidande (*distress*).

I de fall psykiatriska diagnoser anges i texten har vi följt den svenska översättningen av DSM-5 respektive ICD-10. Borderline personlighetsstörning har översatts med Emotionellt instabil personlighetsstörning för att avspegla svensk klinisk terminologi.

Ursprungsförfattarna till RMHM är helt ansvariga för innehållet i denna text. Vi har översatt texten till svenska för att öka tillgängligheten och nå fler läsare. Målgruppen är personer som arbetar inom behandling, vård och omsorg av personer med psykiskt lidande, exempelvis kliniker, men också forskare, politiker och beslutsfattare. Samtidigt hoppas vi att texten ska vara till nytta för dem som själva upplever psykiskt lidande, brukare och överlevare. Vi hoppas att den svenska översättningen ska bidra till ökad förståelse och nya perspektiv, ifrågasättande, problematiserande och konstruktiva diskussioner och framför allt till en behandling, vård och omsorg som inkluderar och värdesätter den enskilda människans upplevelser och erfarenheter.

Varmt tack till British Psychological Society som gett oss tillåtelse att översätta RMHM till svenska. Tack också Umeå Universitet som stått som värdinstitution för översättningsarbetet och till följande personer som hjälpt till:

Från Barn- och Ungdomspsykiatriska enheten på institutionen för klinisk vetenskap vid Umeå universitetet:

**Inga Dennhag**, docent, leg psykolog

**Ida Blomqvist**, MD, PhD, ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri

**Lina Rådmark**, MSc Pharmacy, PhD, Postdoktor

**Erik Ekbäck**, MD, doktorand, ST-läkare i allmänmedicin

**Frida Carlberg Rindestig**, leg psykolog, doktorand

**Mio Negga**, leg psykolog

**Jenny Molin**, docent, sjuksköterska

Dessutom:

**Alain Topor**, leg psykolog, professor vid Agder universitet

**Ebba Karlsson**, leg psykolog och överlevare/egenerfaren

**Elisabeth Punzi**, leg psykolog, spec. neuropsykologi, spec. klinisk psykologi, PhD, docent i psykologi, lektor i socialt arbete på Göteborgs universitet

**Frida Öhrberg**, leg gymnasielärare i svenska och historia och egenerfaren

**Carl Göran Svedin**, MD, barn- och ungdomspsykiater, leg psykoterapeut samt affilierad professor på institutionen för socialt arbete vid Marie Cederschiölds högskola

**Peter Engelsöy**, överläkare i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut

Vi i redaktionsgruppen fann varandra genom RMHM och i den gemensamma visionen att sprida denna kunskap i Sverige och skapa debatt kring den utveckling vi bevittnar här. RMHM kan inspirera till nya komplement och alternativ.

**Eva Henje** professor vid Umeå Universitet och överläkare i barn- och ungdomspsykiatri med forskningsfokus på att skapa icke-farmakologisk behandling för unga med depression genom programmet Training for Awareness Resilience and Action (TARA).

**Fanny Marell** MSc socionom leg. psykoterapeut, handledare och lärare i psykoterapi

**Kerstin Hopstadius** leg psykolog, leg psykoterapeut, redaktör och översättare

**Lasse Mattila**, socionom, handledare i psykosocialt arbete, ordförande i Riksföreningen Kontext med fokus på kontextuell förståelse för psykiskt lidande, chefredaktör och ansvarig utgivare för webbmagasinet Mad in Sweden.



# Tack till

## Huvudförfattare:

- **Dr Lucy Johnstone**, klinisk psykolog och oberoende lärare
- **Professor Mary Boyle**, professor emeritas i klinisk psykologi, University of East London

## Bidragande författare och projektgrupper

- **Dr John Cromby**, docent i psykologi, ULSB, University of Leicester
- **Dr Jacqui Dillon**, överlevare, aktivist, ordförande för Hearing Voices, England
- **Dr David Harper**, docent i klinisk psykologi, University of East London
- **Dr Eleanor Longden**, psykolog, PhD, postdoctor, föreståndare för enheten för psykosforskning vid Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust
- **Professor Peter Kinderman**, professor i klinisk psykologi, University of Liverpool
- **Professor David Pilgrim**, hedersprofessor i hälsa- och social policy, University of Liverpool
- **Professor John Read**, professor i klinisk psykologi, University of East London

## Forskning och redaktionell hjälp

- **Dr Kate Allsopp** forskningsassistent, University of Liverpool

## Konsultgrupp av brukare

- **Lucy Goldsmith**
- **Nicky Hayward**
- **Sam Shakes**
- Fem andra som önskar förbli anonyma

## Kritisk läsargrupp

Med ett särskilt uppdrag att adressera mångfaldsfrågor:

- **Jan Bostock**, klinisk psykolog samt ledare för Northumberland Tyne & Wear NHS Foundation Trust
- **Dr Jonathan Gadsby**, forskare vid sjuksköterskeprogrammet med inriktning på psykiatri- och funktionsnedsättning, Birmingham City University
- **Dr Sarah Kamens**, postdoctor i psykologi, Wesleyan University, USA
- **Guilaine Kinouani**, psykoterapeut & jämställdhetskonsult
- **Gilli Watson**, klinisk psykolog, Devon Partnership NHS Trust

## Ytterligare bidrag av

- **Dr Kate Allsopp**, forskare, University of Liverpool
- **Alison Branitsky**, Mount Holyoke College, USA

- **Dr Maria Castro Romero**, lektor i klinisk psykologi, University of East London för hjälp med intervjuer och med kapitel 7 i huvuddokumentet
- **Dr Samantha Cole**, klinisk psykolog (hälsopsykologi)
- **Dr Selma Ebrahim**, klinisk psykolog
- **Dr Jo Ramsden**, klinisk psykolog (rättspsykiatri)
- **Dr Clive Weston**, klinisk psykolog (intellektuell funktionsnedsättning)
- **Phil Wilshire**, föreståndare för socialtjänst och socialt arbete, Avon och Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust för betydande bidrag till kapitel 8 i huvuddokumentet.

## Appendix

### Tack till:

- **Ishtiaq Ahmed**, ledare för Sharing Voices Bradford
- **Isabel Clarke**, klinisk psykolog
- **Dr Angela Kennedy**, klinisk psykolog
- **Dr Shelley McCann**, klinisk psykolog
- **Professor Nimisha Patel**, professor i klinisk psykologi
- **Dr Sami Timimi**, överläkare i barn- och ungdomspsykiatri och psykoterapeut
- **Fiona Venner**, vd för Leeds Survivor Led Crisis Service
- Medlemmar i MAC-UK.

## Granskare

Vi är tacksamma för kommentarer på den slutgiltiga publicerade versionen från representanter för ledningen inom DCP<sup>1</sup>, DCP:s kommitté "Bortom Diagnoser" och anställda vid fakulteten för psykos och komplex mental hälsa.

Tack även till följande personer för deras hjälp och stöd med projektet:

- **Dr Steven Coles**, fd ordförande för gruppen "Bortom diagnoser"
- **Richard Pemberton**, fd ordförande för DCP
- **Dr Esther Cohen-Tovée**, ordförande för DCP
- **Helen Barnett**, rådgivare vid DCP:s medlemsservice
- **Dr Stephen Weatherhead**, fd föreståndare för DCP professionella standardiseringsenhet

---

<sup>1</sup> British Psychological Society, Division of Clinical Psychology (övers. anm.)

# Introduktion

År 2013 publicerade Brittiska psykologförbundets underavdelning för klinisk psykologi (*The Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society*) en skrivelse med namnet Klassificering av beteenden och upplevelser i relation till psykiatrisk diagnostik: Dags för ett paradigmskifte (*Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*). Publiceringen var ett led i att uppmärksamma att de etablerade psykiatriska diagnosystemen, DSM och ICD baseras på felaktiga grundantaganden. I skriften rekommenderas professionella att, tillsammans med brukare, verka för att utveckla ett multifaktoriellt och kontextuellt förhållningssätt som inkluderar sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Ramverket för Makt, Hot och Mening, RMHM, (*The Power Threat Meaning Framework, PTMF*) som presenteras här, är resultatet av ett projekt med detta syfte.

Målet för projektteamets arbete var att skapa ett grundläggande dokument som ger den filosofiska, teoretiska och empiriska basen för ramverket, och att beskriva hur det kan bli ett alternativ till rådande psykiatrisk diagnostik i beskrivningen av känslomässigt lidande och problemskapande beteende. I individuella sammanhang 'från person till person' finns det, och har alltid funnits, alternativ till diagnoser, exempelvis beskrivningar av problem, eller andra 'psykologiska formuleringar'. Vad som hittills saknats är ett konceptuellt ramverk som identifierar övergripande mönster och kluster av sådana beskrivningar.

RMHM ger oss möjlighet att nå bortom medikalisering och diagnostiska antaganden. Det framhåller alternativa sätt att tänka kring en rad grundläggande frågor såsom; Vilka teorier och antaganden är lämpliga för förståelsen av känslomässigt lidande, ovanliga erfarenheter och beteenden som blir besvärande för individen själv och/eller för andra? Vilka forskningsmetoder kan användas i detta sammanhang och vad ska räknas som evidens? Hur kan forskningsresultat tolkas? Vad är sambandet mellan individuellt lidande och den omgivande sociala, materiella och kulturella kontexten? Hur kan vi fokusera på människors livserfarenheter och hur dessa blir meningsskapande? Vilka nya begrepp behöver skapas för att kunna svara på dessa frågor? Hur kan innebörden av ramverket omsättas i praktiken, både kliniskt och i andra sammanhang i verksamheter, och på alla nivåer, från det individuella till en socialpolitisk nivå.

Det är viktigt att uppmärksamma vidden av olika perspektiv på psykiatrisk diagnostik som patienter/klienter/brukare/överlevare och omsorgspersoner kan ha. Den grupp som arbetade fram RMHM bestod av såväl psykiatriöverlevare som professionella. Deras synsätt och erfarenheter har varit centrala för de argument som framförts. Kapitel 7 i huvuddokumentet beskriver hur processen att konsultera brukare/professionella gått till. Oaktat vad människor har för personliga uppfattningar så kommer psykiatriska diagnoser, inom den närmaste framtiden, fortfarande vara nödvändiga för att få tillgång till insatser, vård och förmåner. Samtidigt har vi alla rätt att beskriva våra erfarenheter på det sätt som stämmer för oss själva. På längre sikt är RMHM tänkt att bidra till icke-diagnostiska, icke-dömande, avmystifierade berättelser om styrka och överlevnad. Beteenden och reaktioner som idag ses som symptom på psykiatriska sjukdomar kan då återfå en betydelse som allmängiltiga uttryck för mänskliga erfarenheter.

## Projektets två dokument

Projektet presenteras i två dokument; ett längre, mer detaljerat, vilket kallas Huvuddokumentet (i original tillgängligt via: [www.bps.org.uk/PTM-Main](http://www.bps.org.uk/PTM-Main)); och detta kortare översiktsdokument, som kallas Översikten (*Overview*, [www.bps.org.uk/PTM-Overview](http://www.bps.org.uk/PTM-Overview)). Översikten är också tillgänglig i tryckt form. De som är intresserade av en tryckt version kan höra av sig till [MemberNetworkServices@bps.org.uk](mailto:MemberNetworkServices@bps.org.uk). Nedan beskrivs de två dokumenten.

## Huvuddokumentet

Huvuddokumentets hela namn är *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*<sup>2</sup>. (Sv.: Ramverket för Makt, Hot och Mening - ett ramverk för att uppfatta mönster i känslomässig smärta, ovanliga upplevelser och besvärande eller störande beteende. Ett alternativ till psykiatriska diagnoser)

Huvuddokumentet kompletterar översikten genom att:

- Tydliggöra problemen med medikalisering och psykiatrisk diagnostik, varför dessa problem har uppstått och varför en lösning av problemen kräver ett grundläggande annorlunda tankesätt.
- Presentera syftet med diagnoser inom medicinen och psykiatrin och hur detta förhåller sig till syftet med det ramverk som här presenteras.
- Ge en detaljerad redogörelse för de filosofiska/kunskapsfilosofiska grundantaganden, teorier och studier som stödjer RMHM.
- Presentera synpunkter från brukare och omsorgspersoner i den referensgrupp som gav feedback under arbetet med att utveckla RMHM.
- Diskutera praktiska implikationer av en icke-diagnostisk ansats inom verksamheter som utformar och erbjuder insatser, psykoterapi, forskning, juridiska insatser samt i relation till samhället i stort och hur social jämlikhet och rättvisa kan uppnås
- Presentera en fullständig referenslista för det som nämnts ovan.
- Presentera relevanta referenser för de generella mönster och sub-mönster som härleds från RMHM.

Läsare som söker en djupare förståelse för de sammanhang, grundantaganden, forskningsresultat och praktiska insatser som utgjort underlag för utvecklandet av RMHM rekommenderas att läsa huvuddokumentet. Det kan också vara värdefullt att titta närmare på valda kapitel som berör specifika aspekter av RMHM.

---

<sup>2</sup> Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Available from: [www.bps.org.uk/PTM-Main](http://www.bps.org.uk/PTM-Main)

Huvuddokumentets innehåll i översättning:

- Sammanfattning
- Introduktion
- Kapitel 1: Problemen med medikalisering och diagnostik
- Kapitel 2: Begreppsliga och filosofiska frågor
- Kapitel 3: Meningsskapande och narrativ/berättelser
- Kapitel 4: Den sociala kontexten
- Kapitel 5: Biologins roll
- Kapitel 6: Ramverket för Makt, Hot och Mening
- Kapitel 7: Brukar/klientperspektiv
- Kapitel 8: Vägar framåt
- Appendix 1: Underlag som stödjer mönstren

## Översikten

Namnet på den kortare översikten är *Ramverket för Makt, Hot och Mening: Översikt*.

Översikten är ett självständigt dokument, men som nämnts ovan kan läsaren vilja fördjupa sig i någon särskild aspekt och uppmuntras då att läsa huvuddokumentet. Texten innehåller en sammanfattning av grundantaganden och underlag för utvecklingen av RMHM, men fokus är huvudsakligen på själva ramverket och på mönster som härleds från detta. Översikten har därmed likheter med Kapitel 6 i huvuddokumentet. Den innehåller dessutom flera appendix som illustrerar hur icke-diagnostiska insatser redan används inom olika verksamheter.

Översikten är strukturerad enligt följande:

- **Del 1:** Sammanfattning av RMHM, dess grundantaganden, syften och tillämpningsområden. Denna sammanfattning ger en orientering i ramverkets huvuddrag.
- **Del 2:** Sammanfattning av teorier och forskningsresultat som utgör underlag för RMHM. Här presenteras slutsatser från en litteraturöversikt som innefattar hur biologiska, psykologiska, sociala, politiska och kulturella faktorer bidrar till att känslomässigt lidande och problematiska beteenden uppstår och vidmakthålls.
- **Del 3:** Här visas hur teori och forskning kan användas för att stödja ett ramverk på metanivå. Förhållandet mellan de olika delarna av ramverket illustreras genom ett grundmönster för makt, hot och mening.
- **Del 4:** Provisoriska generella mönster som framträder ur grundmönstret. Här beskrivs några mönster som framträder ur det grundläggande ramverk som beskrivits ovan. Dessa mönster kan användas som resurs och utgångspunkt för de nya personliga och sociala narrativ som skapas av klienten i samarbete med klinikern. De kan också användas för att föreslå alternativ till psykiatriska diagnoser inom kliniska verksamheter.

- **Del 5:** Personliga berättelser/narrativ inom ramverket för makt, hot och mening. Här presenteras vilken roll det personliga narrativet har inom RMHM. Kapitlet illustrerar och diskuterar också hur berättelser kan återges med ett icke-medikaliserat språk.

Både Huvuddokumentet och Översikten kan ses som del av ett större pågående projekt. Mycket arbete kommer att behövas framöver för att kunna överföra RMHM till handling. Ett primärt mål är att skapa, eller snarare 'samskapa', material som kan användas av olika grupper såsom brukare, psykiatriöverlevare, studenter, praktikanter, kliniker och praktiker, forskare, beslutsfattare och av allmänheten.

## Referens

Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift*. Leicester: British Psychological Society.

# Del 1: En översikt av ramverkets grundläggande principer, syfte och tillämpning

Ramverket för makt, hot och mening (RMHM) är ett metaramverk. Det baseras på flera olika modeller, praktiker och filosofiska traditioner, men är bredare än dessa och inte avhängigt någon särskild teoretisk inriktning. Målet är snarare att komplettera och bredda existerande ansatser genom att erbjuda ett fundamentalt annorlunda perspektiv på uppkomsten, erfarenheten av känslomässigt lidande och dess uttryck samt problematiska beteenden.

RMHM baseras på följande grundantaganden:

- Förståelsen av den levande människan, som del av en social och relationell kontext, har successivt marginaliserats i de perspektiv som lyfts fram i nutida studier av människan som biologisk varelse, där betoningen läggs på våra fysiska/kemiska processer. Konstruktiva alternativ till psykiatriska klassifikationssystem och diagnoser behöver återupprättas.
- 'Avvikande' beteenden och erfarenheter existerar på ett kontinuum och kan ses som begripliga och normala reaktioner på de omständigheter individen befinner sig i. De präglas också av individens bakgrund, personliga uppfattningar och trossystem, kulturella sammanhang och fysiska förmåga, även om detta inte alltid är uppenbart eller tydligt (om inte starka belägg finns för motsatsen).
- Det finns sällan enkla orsakssamband som kan förklara mänskligt lidande och de beteenden som blir problematiska för individen eller dess omgivning. Alla beräkningar och prediktioner handlar om sannolikheter och genomsnittliga värden som inte behöver stämma i det enskilda fallet. Det är därför inte möjligt att förutsäga dessa händelseförlopp eller exakt vad som påverkar utvecklingen. Tillfälligheter och oförutsedda händelser kan också förstärka verkan av en specifik faktor som i sin tur kan påverka andra faktorer. Sammantaget innebär detta att många olika faktorer påverkar och förstärker varandra på oförutsedda sätt och att uppkomsten av mänskligt lidande och beteenden som skapar problem för individen och dess omgivning vilar på komplext sammansatta orsaksmekanismer.
- Våra upplevelser och vårt sätt att uttrycka känslomässigt lidande påverkas av vår biologi och våra kroppsliga processer men kan inte reduceras till biologi och kroppsliga processer.
- Människan är en social varelse. Den materiella, sociala, socioekonomiska, geopolitiska och kulturella kontexten är oskiljaktig från våra upplevelser av stress, emotionellt lidande och de beteenden som skapar problem för oss själva och/eller andra. Det finns ingen enskild primär 'störning' eller 'fel' som ska identifieras och åtgärdas, där vi kan sätta omgivningsfaktorerna i andra hand.
- Det finns ingen 'universell psykiatri' eller 'universell psykologi'. I stället finns en myriad av olika kulturella förståelser och tolkningar som alla kan ha värdefulla inslag. Känslomässigt lidande, och beteenden som skapar problem för oss själva eller andra, tar sig olika uttryck, följer olika mönster i olika kulturer och återspeglar sociala och kulturella diskurser, normer och förväntningar, samt olika uppfattningar om individualitet.

- De teorier och bedömningsmetoder som idag används för att identifiera, förklara och behandla känslomässigt lidande och beteenden som skapar problem för oss själva och andra är inte intresse- eller värdeneutrala. Tillförlitlig och trovärdig kunskap är inte ouppnåelig, men vi måste beakta svårigheterna med att separera ut 'fakta' från värderingar.
- Mening, livsberättelser och subjektiva erfarenheter behöver återupprättas och få en mer central plats eftersom var och en av oss är experter på våra egna erfarenheter och upplevelser. Forskningsmetoder som beaktar dessa subjektiva perspektiv, så som kvalitativ metodik, bör få samma tyngd som det biomedicinska kvantitativa perspektivet. Vittnesmål från brukare/'psykiatri-överlevare' och omsorgspersoner är ovärderlig kunskap för att skapa mer respekt och jämlikhet inom vård, behandling och omsorg.

Utifrån dessa principer har ramverket för makt, hot och mening följande egenskaper och syften:

- De erbjuder en modell för att identifiera generella mönster och regelbundenheter i upplevelserna av psykisk smärta, och beteenden som skapar problem för individen själv och andra, snarare än att fokusera på förenklade orsakssamband mellan biologiska eller psykologiska faktorer och specifika 'sjukdomar/störningar'.
- De visar hur dessa responsmönster i varierande grad uppstår hos alla människor under deras livslopp.
- De undviker att sjukdomsförklara och 'patologisera' känslomässigt lidande och problembeteenden utan beskriver i stället dessa i termer av coping- och överlevnadsstrategier som kan vara mer eller mindre funktionella. Dessa strategier beskrivs som anpassningar till maktutövning, hot, konflikter eller andra utmaningar, både pågående och sådant som inträffat tidigare i livet.
- De beskriver biologiska, genetiska, epigenetiska och andra evolutionärt relevanta mekanismer som medierande faktorer, som bidrar till att etablera dessa mönster i stället för som enkla orsaksfaktorer.
- De identifierar och integrerar relationella, sociala, kulturella och materiella faktorer som formar utvecklingen, vidmakthållandet, och upplevelsen av dessa mönster och hur de uttrycks.
- De beaktar kulturella skillnader i hur psykiskt lidande upplevs och uttrycks.
- De tillskriver personligt meningsskapande stor betydelse och beskriver hur personlig mening formas av sociala och kulturella diskurser och trossystem, materiella villkor och fysiska förmågor.
- De tillskriver förmågan att påverka sitt liv en betydande roll, givet de psykologiska, biologiska och materiella begränsningar som finns.
- De beaktar att den relationella/sociala/politiska kontexten är avgörande för vad som räknas som psykisk ohälsa, kris och legitima hjälpbehov.
- De redovisar evidens för hur dessa huvudsakliga mönster av coping- och överlevnadsstrategier uppstår och utvecklas, och kan legitimera och validera berättelser från individer, familjer och grupper.
- De erbjuder alternativ till psykiatrisk diagnostik inom praktiska/kliniska verksamheter, administration och forskning.



- De föreslår alternativa språkbruk som kan ersätta de diagnostiska termerna, men menar samtidigt att det inte finns några enkla ersättningstermer för dessa.
- De skissar på innebörden och konsekvenserna av en framtida implementering av ramverket, i en vidare kontext av verksamheter, i utformningen av behandlingsriktlinjer och i politiska beslut mer generellt i samhället.

## Översikt av Ramverket för Makt, Hot och Mening

Ramverket för makt, hot och mening har utvecklats ur olika teoribildningar, forskningsdiscipliner och forskningsmetodologier. Det innehåller följande fyra delar som alla är beroende av, och påverkar, varandra:

### 1. MAK

Maktdynamik är alltid närvarande (fysisk/förkroppsligad; tvingande; juridisk; ekonomisk/materiell; ideologisk; social/kulturell; och mellanmänsklig/relationell).

### 2. HOT

Maktutövning kan för individen, gruppen eller samhället upplevas som hot i olika bemärkelser. Dessa hotfulla situationer, processer och strukturer, medieras genom våra biologiska system och upplevs ofta som känslomässig smärta.

### 3. MENING

Mening skapas inom sociala och kulturella diskurser och involverar emotionella och fysiska reaktioner. Meningsskapandet påverkar hur maktutövningen erfars och uppfattas, och hur vi responderar på den.

### 4. HOTRESPONSER

För att säkerställa känslomässig, fysisk, relationell och social överlevnad, responderar och förhåller sig individer, grupper och samhällen på olika sätt. Dessa responser och förhållningssätt kan innefatta allt ifrån automatiserade fysiska reaktioner till språkliga uttryck eller avsiktliga handlingar. I motsats till traditionella biopsykosociala modeller finns inget antagande om patologi eller 'biologiska' aspekter, och dessa anses inte heller vara överordnade andra aspekter av känslomässigt lidande. De fyra delar som ingår i RMHM är lika viktiga, men ses samtidigt som överlappande och beroende av varandra. En individ kan inte existera, och kan inte förstås, isolerad från relationer, sammanhang och kultur. Meningsskapande uppstår när sociala, kulturella och biologiska faktorer samverkar. Fysiska förmågor kan inte heller separeras från den sociala och relationella omgivningen. Därför skapas "mening" i alla former av känslomässigt lidande, där den ger en unik form till individens personliga respons och förhållningssätt.

Sammanfattningsvis ersätter ramverket för makt, hot och mening den traditionella medicinska frågan "Vad är det för fel på dig?" med fyra andra frågor:

- "Vad har hänt dig?" (Hur har **makt** opererat i ditt liv?)
- "Hur påverkade det dig?" (Vilka former av **hot** uppfattar du?)

- ”Vad betydde det för dig?” (Vilken **mening** hade dessa situationer och erfarenheter för dig?)
- ”Vad har du gjort för att överleva?” (Vilka **hotresponser** använde du?)

Inom praktisk klinisk verksamhet med individer, familjer och grupper, behöver ytterligare två frågor ställas:

- ”Vilka styrkor/förmågor/resurser har du?” (Vilken tillgång till **makt** har du?)
- ”Vad/Vilken är din berättelse?” (Denna sista fråga integrerar ovanstående frågor med varandra till en sammanhållen berättelse)

Ett huvudsyfte med RMHM är att urskilja grundmönster för hur emotionellt lidande, ovanliga erfarenheter och beteenden som är problematiska för individen själv eller andra uppstår och vidmakthålls. I kontrast till de biologiska processer och strukturella avvikelser som anges vara orsaken till de medicinskt etablerade psykiatriska diagnoserna, anses i stället de mönster som identifieras av RMHM som komplexa, sannolikhetsbaserade och synergistiska. Dessa mönster antas alltså inte, så som inom det medicinska paradigmet, vara biologiskt grundade, utan ses snarare som mönster av *förkroppsligade, meningsfulla responser på hot, som är kopplade till destruktiva former av makt*.

RMHM visar hur dessa preliminära mönster kan beskrivas på olika nivåer, och börjar med ’Det grundläggande mönstret i ramverket för makt, hot och mening’. Detta är utgångspunkten för att sedan identifiera sju ’provisoriska generella mönster’ som framträder ur det grundläggande mönstret. Mönstren bör förstås som regelbundenheter i komplexa sammanhang och processer och uppstår i personliga, sociala och kulturella kontexter. De ersätter inte diagnoser eller diagnosgrupper.

Vart och ett av dessa provisoriska generella mönster kan generera flera möjliga hotresponser. Dessa grupperas utifrån den funktion de fyller. Dessutom kan en viss form av respons förekomma inom flera olika mönster och fylla flera olika funktioner.

De provisoriska generella mönstren fyller ett av ramverkets viktigaste syften, att upprätta förbindelserna mellan den mening vi ger hoten, och den mening vi ger till responserna på hoten. Hotresponserna kommer ofta ur viktiga mänskliga behov, som att söka skydd, upprätthålla sitt människovärde, och att hitta en plats i en gemenskap. De handlar om människors strävan, medveten eller omedveten, att överleva återverkningar av negativ maktutövning. Om de uppfattas som ’överlevnadsstrategier’ i stället för ’symptom’ skär de tvärsöver diagnoser, kliniska specialiteter och tvärsöver gränser mellan det som man vanligen kallar ’ normalt ’ och ’ patologiskt ’. De förekommer då och då, och i varierande grad, i alla människors liv.

RMHM ger också ett nytt perspektiv på hur de psykiatriska klassifikationssystemen tillämpas i mötet med personer med icke-västerländsk bakgrund, både i västerländska länder och inom andra kulturer. RMHM tillåter att lidande uttrycks på olika sätt och präglas av skilda kulturella erfarenheter utan att definiera dem som konstiga, primitiva, ogiltiga eller exotiska i relation till det dominerande diagnostiska paradigmet. Eftersom mönster av känslomässiga lidanden i någon mån alltid påverkas av den tid och plats då de upplevs kan ett universellt begreppssystem aldrig skapas. Eftersom RMHM kan betraktas som ett övergripande ramverk som beaktar förmågor och

hotresponser mer generellt kan grundantagandena i RMHM tillämpas i olika kulturer och över tid. Öppenheten inför alla tänkbara hotresponser och alla olika mänskliga förmågor tillåter och möjliggör många olika uttryck för lidande.

Därför kan RMHM fungera som ett alternativ till psykiatriska diagnoser inom exempelvis administration, juridik, klinikledning och forskning. RMHM kan också bidra till att personliga berättelser skapas, 'samskapas', uttrycks och delas, vilket kan öppna för ny förståelse, kunskap och insikt genom ett delande av berättelser som handlar om styrka och överlevnad. Dessutom kan RMHM bidra till förklaringsmodeller, erkännande och legitimering av lidandet, underlätta för personen att få stöd från andra i liknande situationer, minska skuld och skam, inspirera till möjliga vägar framåt och skapa hopp om positiv förändring.

## Omfattning och tillämpning av ramverket

De provisoriska generella mönster som identifieras inom RMHM kan innefatta det som vi idag kallar 'Psykiatrisk diagnos', dvs en gruppering av tankar, känslor och beteenden utan någon organisk orsak (t.ex. de flesta DSM-diagnoser). RMHM kan också appliceras på beteendemönster som skapar problem för individen själv och andra, inklusive beroendeproblematik, skadligt substansbruk eller kriminellt beteende. Även om RMHM kan användas i olika kulturer är det primärt utformat för länder som tillämpar de psykiatriska klassifikationssystemen DSM och ICD. Rörelsen Nätverket för global psykisk hälsa (*Global Mental Health Movement*, <https://globalpsykiskhalsa.org/>) stödjer denna omställning. Detta diskuteras mer i detalj i kapitel 2 och 3 i huvuddokumentet.

RMHM är inte avsett att användas vid tillstånd såsom intellektuell funktionsnedsättning, demens eller andra neurologiska eller neurodegenerativa sjukdomar eller svårigheter som uppstår efter exempelvis stroke, hjärnskada, eller infektionstillstånd. Tillstånd till följd av alkohol och droganvändning faller också utanför RMHM. Autism lyfts inte upp som en särskild diagnos i RMHM. För fördjupning rekommenderas läsning av bloggen kopplad till '*Exploring Diagnosis project*': (<https://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/>), skapad på University of Exeter.

Ovanstående avgränsningar innebär inte att de beskrivna tillstånden kan ha både organisk och kontextuell genes. Ståndpunkten är snarare att det saknas en tydlig gräns mellan funktionella och organiska faktorer. De som under barndomen varit våldsutsatta eller utsatta för sexuella övergrepp kan få bestående neurologiska men och påverkan på hjärnans utveckling som leder till känslomässiga och beteendemässiga svårigheter. Fysiska sjukdomar och funktionsnedsättningar kan också ha psykologiska och känslomässiga konsekvenser. RMHM kan därför vara relevant att använda då känslomässigt lidande uppstår i relation till somatiska/ medicinska/neurologiska tillstånd, till exempel vid förlust av funktioner eller vid utvecklingsrelaterade tillstånd. Lidandet kan vara kopplat till att hantera svårigheterna via olika hotresponser eller vara en direkt konsekvens av själva svårigheten.

Det måste också beaktas att somatiska tillstånd ibland kan uttryckas i psykiska symtom, exempelvis vid hormonell obalans, vitaminbrist, virusinfektioner, autoimmuna sjukdomar och många andra. Dessa tillstånd behöver självklart i första hand behandlas medicinskt, men ovanstående resonemang om sekundära svårigheter relaterade till funktionsförlust gör att RMHM ibland ändå kan vara relevant att tillämpa. RMHM utgår dock ifrån att det är möjligt att skilja

primärt känslomässigt lidande från lidande som har en tydlig grund i biologiska sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättningar av primärt medicinskt ursprung.

Avslutningsvis belyser ett ökande antal publikationer de potentiellt skadliga effekterna, psykiska såväl som fysiska, av psykiatrisk medicinering. Yrkesverksamma bör vara medvetna om att dessa mediciner kan orsaka och förstärka känslomässigt lidande och fysisk funktionsnedsättning. Detta ligger bortom syftet med detta dokument, men det bör nämnas eftersom en bred implementering av RMHM sannolikt skulle leda till en minskad förskrivning av psykofarmaka.

## Del 2: Översikt över teori och forskning

### Det sociala sammanhangets och biologins inverkan – en litteratursammanfattning

Det finns idag ett omfattande stöd för att relationella och sociala svårigheter orsakar känslomässigt lidande och beteenden som skapar problem för individen själv och andra. Detta sammanfattas i huvuddokumentet<sup>3\*</sup>. Många forskare beskriver hur sociala, psykologiska och biologiska aspekter av känslomässigt lidande länkas till ovanliga erfarenheter och beteenden som skapar problem för individen själv och andra. Detta bildar utgångspunkten för RMHM's centrala fråga:

*Hur kan dessa allmänna mönster och samband brytas ner i mer specifika provisoriska generella mönster som kan bidra till vår förståelse av lidande och svårigheter hos en enskild person, familj eller grupp?*

Försöken att identifiera generella mönster i lidande har försvårats av tre breda trender i evidensen som resulterar i att det framstår som att 1. *Allt orsakar allt*; 2. *Alla har erfärut allt*; och 3. *Alla lider av allt*. Med andra ord, alla slags svåra händelser och situationer verkar kunna orsaka ökade risker för alla slags psykiska symtom och dysfunktionella och problematiska beteenden. Till exempel kriminella och hotfulla beteenden, som påverkar den fysiska hälsan och orsaka en rad andra sociala konsekvenser. Dessa processer verkar förmedlas genom nära relationer, olika slags sociala nätverk, kognitiva och biologiska mekanismer.

Resultaten från olika försök att påvisa enkla orsak-verkan-samband, där specifika lidanden, svårigheter eller biologiska tillstånd kopplas till specifika följder eller 'störningar' har en låg bevisstyrka. Ansatsen att identifiera enkla orsak-verkan samband mellan bestämda risksituationer, exempelvis fysiska eller sexuella övergrepp eller social isolering och specifika följder som lågt stämningsläge, åtstörningar eller att höra röster har inte visat sig ge oss svaren även om har gett vissa värdefulla insikter. Detta kan åtminstone delvis förklaras av att vi samtidigt håller fast vid diagnostiska kategorier och vid positivistiska antaganden. En konsekvent nedvärdering av betydelsen av sociala, materiella och kulturella faktorer för psykiskt lidande är vanlig. Denna nedvärdering kopplas till ett förnekande av betydelsen av den mening som individen ger till olika händelser och till sin egen förmåga att påverka sin situation. Så länge vi rör oss inom de psykiatriska diagnostiska systemens paradig blir vi begränsade i vår förmåga att förstå hur levande människor i samspel med sina relationella, sociala, och kulturella miljöer tänker, känner, agerar och skapar mening av detta.

I huvuddokumentet presenteras en fördjupning om de filosofiska, teoretiska och empiriska principerna, som skulle kunna hjälpa oss överskrida dessa begränsningar. Innan vi mer i detalj går in på hur man kan röra sig från breda trender till mer specifika mönster, vill vi kort

---

<sup>3\*</sup>Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Available from: [www.bps.org.uk/PTM-Main](http://www.bps.org.uk/PTM-Main)

presentera tre andra kunskapsfält och teoribildningar som har tagit sig an denna uppgift och skapat kliniska tillämpningar.

**Patricia Crittenden** har i sin Dynamiska Mognads Modell (DMM, 2002, 2005, 2006) sammanställt kunskap från utvecklingsbiologi, etologi, epigenetik, kognitiva neurovetenskap, anknytningsteori, psykoanalys och systemteori för att conceptualisera psykiska problem i termer av psyko-biologiska, anknytningsbaserade reaktionsmönster. DMM är ett ambitiöst och omfattande ramverk som belyser konsekvenserna av interpersonella hot (från tydliga övergrepp till mindre svåra former av relationella utmaningar) på olika aspekter av mänskliga sätt att fungera.

Crittenden föreslår att känslomässiga, beteendemässiga, kognitiva och somatiska reaktioner har uppstått av tidiga anknytningserfarenheter och att dessa kan utlösas senare i livet, som försvar- och skyddsmekanismer för individen. De är anpassade till individens situation och utvecklingsstadium för att säkra överlevnaden vid ursprungstillfället. Barnet kommer därför troligtvis att reagera även på andra hot genom att återgå till dessa specifika 'dispositionella representationer', dvs. mönster av neurologisk aktivitet som utlöser specifika beteenden (Damascio citerad i Crittenden, 2005, p.3). Dessa motsvarar någorlunda anknytningsstilarna A, B eller C, enligt Crittenden. Samma erfarenheter kan därför leda till olika responser och beteenden för olika individer. Representationsprocessen är den centralt medierande faktor som leder till att individen väljer specifika strategier även senare i livet. Crittenden menar att när dessa responser och beteenden automatiseras och triggas av händelser som sträcker sig bortom de ursprungliga hotfulla omständigheterna som gjorde att de etablerades, så tenderar de att bli dysfunktionella eller till och med 'patologiska'. Aktuella svårigheter såsom dissociation, paranoia, ångest kan då betraktas som tidigare 'lösningar' som har överlevt sin ursprungliga funktionalitet.

Crittenden föreslår att vi ska identifiera 'funktionella mönster', i stället för symtombaserade diagnoser (Crittenden & Dallos, 2012, p 407). Med utgångspunkt i de grundläggande anknytningsmönstren A, B och C har hon utvecklat ett antal Typ A och Typ C strategier. I takt med att individen mognar blir flera av dessa typer tillgängliga. Crittenden föreslår att 'Typ A strategier' bygger på att använda kognition för att hantera hot, genom att individen minimerar och stänger ner sin känsloupplevelse. Beroende på i vilken utsträckning individen använder dessa strategier kan följderna variera från mild emotionell hämning till mer funktionsnedsättande problematik, såsom 'depression', 'dissociation' och 'psykos'. 'Typ C strategier' triggas i stället av starka känslor som ilska och rädsla och är fysiskt aktiverade och innebär en nedsatt förmåga att använda kognitiv information för att kunna handla rationellt och funktionellt. I milda former kan denna typ av strategi orsaka problem med aggressivitet och ångest och i mer genomgripande form orsaka mer extrema tillstånd som kan bli diagnostiserade som 'paranoia', 'personlighetsstörning' eller ätproblem. 'Typ B strategier' kopplas vanligtvis till mer positiva förväntningar och representationer av såväl individen själv, som av andra och världen i stort. Grupperingarna A, B och C beskriver relationella stilar och strategier för att hantera hot och uppnå säkerhet i specifika situationer. De beskriver inte individen i stort, eller individens inre drag och kännetecken.

Slutresultatet blir en uppsättning av möjliga 'funktionella mönster' som individer kan anamma i vissa situationer för att förutsäga, undvika och överleva förmodade eller faktiska hot, och för att upprätthålla relationer. DMM föreslår att olika responser (eller 'symtom' i psykiatriskt språkbruk) ofta används av individen som försvar eller skydd. Samtidigt kan samma erfarenheter('symtom') inte hänga ihop, eftersom de kan uppfylla olika syften för olika personer. DMM understryker betydelsen att anpassa terapeutiska insatser till olika personers uppsättning och tillämpning av responser.

Crittenden och Dallos har försökt att skapa en syntes mellan DMM och systemteoretisk familjeterapi (Crittenden och Dallos, 2009) för att försöka förstå hur DMM strategier kan användas på ett ömsesidigt förstärkande sätt inom familjer. De betonar att 'familjer är meningsskapande system' på samma sätt som den individuella intrapsykiska världen (Crittenden och Dallos, 2012, s. 102) och att dessa meningsbyggnader skapas via språk och sociala diskurser. Att vara medveten om klientens kontext hjälper klinikern att bedöma om en insats lämpar sig bäst på individuell, familje-, samhälls- och/eller kulturell och politisk nivå (s. 406).

**Paul Gilberts** arbete (2007) tar sin utgångspunkt i evolutionsteori, neurovetenskap och utvecklings- och socialpsykologi och har syftat till att utveckla en modell som kopplar individuella egenskaper, anknytningsstilar och biologiskt baserade affektsystem till olika uttryck för nedstämdhet och på senare tid även för andra fenomen såsom 'psykos'. Han anser att dessa stämningslägen kommer från försvarsstrategier utvecklade under evolutionen. De hjälper oss att hantera mellanmänniskliga förluster, hot och faror. Vidare föreslår han att, för att överleva, så behöver vi kunna visa omsorg och samarbeta med varandra, och samtidigt kunna konkurrera med andra. Detta för att få tillgång till resurser och finna en plats i den sociala strukturen. På motsvarande sätt är vi, liksom andra däggdjur, evolutionärt predisponerade att känna obehag vid separation och vid social exkludering samt vid sociala nederlag.

Gilbert menar att dessa försvarsstrategier samspelar genom affektregleringssystemen som i sin tur kan ge upphov till 'sekvenser av interagerande processer som skapar komplexa biopsykosociala mönster' som kan generera mer eller mindre generella uppfattningar och antaganden om världen (Gilbert, 2007, s 17). Affektreglering sägs inträffa genom tre huvudsakliga system: 1. hotsystemet, kopplat till hög aktivering och känslor som ilska, ångest och avsky, 2. trygghetssystemet, kopplat till upplevelser av gemenskap, trygghet och nöjdhet och 3. utforskandesystemet, kopplat till målorienterat beteende och om målet nås belöning, och tillfredsställelse och ibland njutning. Tillsammans kan dessa tre samverkande drivkrafter forma subjektiva upplevelser och ge mening åt psykologiskt lidande. Detta kan ske genom att aktuella händelser aktiverar skyddsstrategier som i sin tur aktiverar emotionella minnen kopplat till tidigare erfarenheter.

Denna modell föreslår att livskvalitén som vuxen till stor del påverkas av de 'emotionella minnen' som har kodats in i samband med dessa tre system varit aktiverade, ofta i tidiga samspelssekvenser och anknytningserfarenheter. Exempelvis i en uppväxtmiljö präglad av kränkningar och försummelse kommer hot- och utforskande systemen att ha en högre beredskap att aktiveras. Trygghetssystemet och därmed förmågan att trösta sig själv och känna tillhörighet, kommer att hämmas. Vår mänskliga kapacitet att tänka, reflektera, tolka och använda oss av språk och symboler för att skapa mening och sammanhang ökar komplexitetsgraden. Detta kan i

sin tur påverka responsmönstren både i adaptiv och maladaptiv riktning – till exempel genom att stärka eller mildra våra föreställningar om att vi har blivit/ska bli övergivna, skadade, utskämda, uteslutna och så vidare.

Människor använder sig av kända, inlärdanpassningssätt för att försöka hantera erfarenheter av förlust, avvisande eller hot. Gilbert delar alltså Crittendens uppfattning om att dessa överlevnadsstrategier ursprungligen har haft en funktionell och skyddande funktion, men att de kan bli dysfunktionella och uppfattas som 'patologiska', när de kvarstår trots att den ursprungliga situationen inte längre kvarstår och att dessa strategier kan fylla olika funktioner för olika personer. Dessa strategier och dynamiska processer förekommer inom 'sociala och fysiska ekologier' och iscensätts även utanför individens inre värld och kan därför inte bara betraktas som enkom individuella brister. Detta medför att interventioner bör ske även på en systemisk, social och politisk nivå och inkluderas i psykologiska behandlingsmodeller (Gilbert, 2007, s 106). I sitt arbete placerar han därmed nedstämdhet och även andra former av lidande i ett större sammanhang, och han föreslår praktiska strategier för att kunna skapa terapeutiska interventioner som tar hänsyn till klientens specifika relationella, sociala och kulturella omständigheter, till exempel genom att undvika att skuldbelägga, minska känslor av hot, utanförskap, mindervärdighet och/eller skam. Se även den omfattande litteraturen som utvecklat från Gilberts teoribildning om medkänsla för sig själv och andra och om kapacitet för självtröst (Lee & James, 2012).

**Traumamedveten omsorg** utgår från det faktum att en majoritet av dem som brukar välfärdstjänster har varit med om tidigare eller och/eller pågående utsatthet och hotsituationer i sina liv (ex. vis Sweeney et al., 2016; [www.blueknot.org.au](http://www.blueknot.org.au); [www.cestoohigh.com](http://www.cestoohigh.com)). Här kallas dessa erfarenheter och omständigheter för 'utsatthet' och begreppet kan inrymma många olika former av utsatthet. Man menar att nyckeln till återhämtning och läkning är få denna utsatthet validerad/erkänd inom ramen för förtroendefulla relationer. Den centrala frågan är alltså inte "Vad är det för fel med dig?" utan "Vad har hänt dig?" (Blue Knot Foundation, 2012, s.14).

Forskningsresultat pekar entydigt på den effekt som hotfulla situationer, traumatiska och kränkande livserfarenheter, särskilt tidigt i livet, i nära relation/anknytningsrelationer har på den mänskliga hjärnans utveckling med konsekvenser för emotionell reglering, och negativa fysiska och sociala följder. Forskningen inom detta område är ett snabbt växande kunskapsfält. Ett växande antal psykiatriska verksamheter har integrerat traumamedveten omsorg. Traumainformerade projekt förekommer även inom utbildningsväsendet och rättsväsendet och lyfts också alltmer in i folkhälsoperspektivet (Se [www.cestoohigh.com](http://www.cestoohigh.com)).

Två aspekter är speciellt viktiga för att skapa trauma medvetenhet i verksamheter. Den första aspekten innebär att hela personalen måste vara tränad i att känna igen och att arbeta med effekterna av hot och utsatthet. Dessutom bör alla delarna i verksamheten vara organiserade för att skapa trygghet, valmöjligheter och öka individens egen kraft och styrka, för att undvika retraumatisering. Den andra aspekten bygger på de tre stegen i den traumainformerade omsorgs- och behandlingsmodellen som består av 1. trygghetsskapande/stabilisering, 2. bearbetning och 3. integration (Blue Knot Foundation, 2012; Herman, 1992; Courtois & Ford, 2013; se vidare i Kapitel 8 i huvuddokumentet). Denna trestegsmodell ger en övergripande struktur för alla slags terapeutiska insatser, vid sidan om andra former av lämpligt stöd. Det är viktigt att understryka



att långt ifrån alla verksamheter har denna kunskap implementerad. Det är också viktigt att inte förutsätta att 'en storlek passar alla', utan att detta förhållningssätt kräver ett flexibelt, brukarorienterat arbetssätt och att det tar tid att implementera och anpassa för den enskilda verksamheten. Det är slutligen viktigt att komma ihåg att påståenden om att man skulle kunna identifiera direkta orsakssamband mellan specifika traumatiska händelser och specifika typer av lidande har ett svagt vetenskapligt stöd, vilket understryks i de principer som ligger till grund för RMHM.

## Översikt över modellerna

De beskrivna modellerna är delvis överlappande och deras gemensamma nämnare innefattar både styrkor och svagheter som kan sammanfattas enligt följande:

- Responsmönstren betraktas inte som patologiska, utan snarare som försök till anpassning som kan ha varit framgångsrika en gång i tiden, men inte idag. Dessutom anses inte dessa responsmönster finnas enbart hos en speciell grupp såsom till exempel de 'psykisk sjuka'. De som blivit identifierade som psykisk sjuka använder sig inte heller hela tiden av dessa mönster. Snarare är det så att vi alla brukar olika strategier som kan vara mer eller mindre lämpliga i olika specifika situationer. Det i sin tur innebär att samsjuklighet inte är en fråga om att lösa klassificeringen av olika sjukdomar, utan en återspeglning av det faktum att människor kan bruka många olika sätt för att hantera utsatthet och hot.
- Modellerna kan hantera heterogenitet därför att de baseras på allmänna funktionella mönster av mänsklig anpassning, i stället för att formulera hypoteser om enkla orsakssamband mellan (specifika) händelser och (specifika) konsekvenser. Det innebär att det inte kommer att vara möjligt att identifiera universella etiologiska förklaringsmodeller som kan generera standardiserade behandlingsmodeller.
- Modellerna ser biologiska mekanismer som medierande processer mellan omgivningsfaktorer och individuellt lidande och modellerna är därför baserade på komplexa 'psyko-bio-sociala' sammanhang snarare än enkla reduktionistiska biologiska orsaksfaktorer. Sammansättningen av dessa många faktorer i mönster och behandlingsmodeller är mer spekulativ i inriktningarna. Gilberts tre huvudsakliga affekt-regleringssystem har blivit ifrågasatt av flera forskare (Le Doux, 1999; Goldstein, 1995; Panksepp, 1988) och viss kritik har även riktats mot olika aspekter av anknytningsteorin (se Cassidy & Shaver, 2008).
- Modellerna visar på hur beteendemönster kan växa fram under utvecklingen i relationella kontexter. Dock är det endast den traumainformerade behandlingsmodellen som fullt ut beaktar den extremt höga förekomsten av utsatthet hos dem som har kontakt med psykiatrisk vård och välfärdstjänster.
- Alla modellerna återupprättar människors egna uttryckssätt och understryker betydelsen av läkande genom relationer. Gilbert gör de tydligaste kopplingarna till hur övergripande maktintressen påverkar sociala diskurser om konkurrens, status och hur detta kan leda till utsatthet och emotionellt lidande på individuell nivå (se Gilbert, 2007). DMM integrerar ett systemteoretiskt familjeperspektiv och belyser hur mening formas på familjenivå såväl som politisk, kulturell och samhällselig nivå (Crittenden & Dallos, 2009, Dallos & Stedmon, 2014), i linje med modern familjeterapi. Även om just denna en aspekt av modellen är relativt underutvecklad.

- Trots att både Gilberts och Crittendens teorier tillskriver sociala, materiella och politiska sammanhang en viss betydelse för uppkomsten av individuellt emotionellt lidande, tenderar de att formulera lösningar i terapeutiska termer snarare än i termer av samhällsarbete, sociala reformer och andra former av politiska aktioner. Dock har forskningsevidens som stödjer traumamedveten omsorg åtminstone delvis påverkat policy- och folkhälsoarbete ([www.acestoohigh.com](http://www.acestoohigh.com); se även huvuddokumentet) även om förebyggande insatser inom detta fält än så länge helt undviker att utmana diskriminering, ojämlikhet och socioekonomiska strukturer.
- Traumamedveten omsorg betonar betydelsen av att arbeta med kulturell och social mångfald. (<http://www.samhsa.gov/ncitc/trauma-interventions>). Generellt ägnar inte modellerna någon större uppmärksamhet åt hur kulturella och sociala influenser påverkar hur psykologisk stress upplevs och uttrycks eftersom utgångspunkten för deras arbete är förankrad i en västerländsk kontext. Dock är uppkomsten och följderna av anknytningsrelationer inte universella, utan kan visa sig på helt olika sätt i icke-västerländska miljöer. Detta medför ett behov för mer kulturkänsliga beskrivningar (Otto & Keller, 2014). Det finns enstaka sådana projekt, ett exempel är en studie av effekten av transgenerationella trauman bland ursprungsbefolkningar i Kanada (Arthur et al., 2013).
- En betydande begränsning i de perspektiv som beskrivits ovan är att dessa modeller i så begränsad utsträckning förmår ta avstånd från diagnostiska begrepp och antaganden. Gilberts imponerande arbete tar diagnoskategorin 'depression' som given (Gilbert, 2007). Även om 'depression' brukas både i vardagstal och i kliniska sammanhang, kan denna utgångspunkt begränsa modellens användbarhet. Crittenden föreslår den intressanta möjligheten med 'funktionella formuleringsmönster' som ett alternativ till psykiatriska diagnoser, men hon använder sig samtidigt av begrepp som 'personlighetsstörning', 'psykopatologi' osv. Traumamedveten omsorg riktar sig till människor med kriteriebaserade psykiatriska diagnoser, som Post Traumatiskt Stress Syndrom (PTSD) (se Burstows kritik, 2003). Förslag på nya diagnostiska kategorier som komplex PTSD i DSM-V och 'Utvecklingsrelaterad traumastörning (DTD)' i DSM-5 (Van der Kolk, 2014) har förkastats. Orsaken har delvis ha sin grund i det amerikanska sjukförsäkringssystemet (Wylie, 2010). En genomgripande omprövning av det psykiatriska diagnosparadigmet har ännu inte fått genomslag.

Sammanfattningsvis ger modeller som här presenterats betydelsefulla insikter om hur vi kan använda icke-diagnosbaserade terminologi för känslomässigt lidande. Detta kan få värdefulla följder för klinisk tillämpning och andra insatser. Deras gemensamma budskap är att de erfarenheter som vanligtvis beskrivs som 'symtom' 'psykiska sjukdomar' eller 'störningar' med fördel i stället kan förstås som strategier för att överleva maktmissbruk, hot och motgångar. Samtidigt förmår modellerna inte att presentera ett heltäckande och begreppsmässigt sammanhängande alternativ till psykiatriska diagnoser. Risken finns därför att dessa perspektiv kommer att integreras tillbaka in i individuella terapeutiska modeller. Det finns alltså ett behov av en mer genomgripande förändring av vårt tänkande, vilket framgår av det som beskrivs här nedanför.

## Del 3: Ramverket för Makt, Hot och Mening

En alternativ utgångspunkt för att identifiera mönster i psykiskt lidande, ovanliga upplevelser och problematiska beteenden.

Hittills beskrivna principer, tillämpning, teori och evidens har sammanfogats i ett mer detaljerat ramverk. Alla försök att skapa ett alternativ till nuvarande psykiatriska diagnossystem bör ha följande gemensamma utgångspunkter:

- Baseras på teman som kan urskiljas i människors beskrivningar av sina subjektiva upplevelser av emotionellt lidande eller av de beteenden som skapar problem för individen själv eller andra.
- Påvisa att dessa teman förekommer under olika betingelser och för alla individer under livets gång, om än i varierande grad.
- Utgå från att stress, emotionell smärta och beteenden som skapar problem för individen själv eller andra är uttryck för överlevnadsstrategier och försök att hantera tidigare och pågående svåra livshändelser.
- Beskriva hur försvarsmekanismer och responser på hot medieras och möjliggörs av biologiska, genetiska/epigenetiska och evolutionära mekanismer.
- Uppmärksamma och validera hur relationella, sociala, kulturella och materiella faktorer påverkar uppkomst, vidmakthållande, upplevelse och beteende/uttryck av olika hotresponser
- Beakta kulturella skillnader i hur psykologisk stress och emotionell smärta upplevs och uttrycks.
- Sätta individens egen förståelse i fokus och är lyhört för hur den formats av bland annat den sociala och kulturella kontexten, trossystem, materiella betingelser och fysisk förmåga.
- Tillskriva individen en förmåga att påverka sin situation, givet de psykosociala, biologiska och materiella begränsningar som råder, särskilt i de fall då det finns stödjande och läkande relationer och sammanhang tillgängliga.
- Uppmärksamma det relationella/sociala/politiska sammanhangets centrala betydelse för vilken typ och vilken grad av psykiskt lidande som bör beaktas och prioriteras för hjälp-, stöd-, och behandlingsinsatser.
- Erbjuder ett evidensbaserat ramverk för att öka förståelsens för de subjektiva livsberättelserna på individ, familj eller gruppnivå.
- Erbjuder alternativa sätt att fylla den funktion som de nuvarande diagnoserna har fått inom bland annat administration, ersättningssystem och forskning.
- Föreslår ett språkbruk som kan ersätta den diagnostiska terminologin även om denna terminologi inte kan ersätta de enskilda nuvarande diagnostiska etiketterna.
- Driva fram åtgärder i en bredare samhällelig/social/politisk kontext.

Huvuddokumentet för ramverket för makt, hot och mening sammanställer följande viktiga aspekter för hur psykiskt lidande, ovanliga upplevelser och beteenden som skapar problem för individen och andra utvecklas:

- MAKTENS Inflytande (i dess olika former såsom biologisk/förkroppsligad makt; tvingande eller fysisk makt; juridisk makt; ekonomisk och materiell makt; socialt och kulturellt kapital; mellanmänsklig/relationell makt; och ideologisk makt). Makt, både negativ och positiv, verkar genom sociala strukturer, institutioner och organisationer; genom vår fysiska miljö, genom media och utbildning; och genom förhållanden i familj och samhälle.
- De olika former av HOT som det negativa maktutövandet kan utgöra för individen, gruppen och samhället, med särskilt fokus på mental hälsa.
- MENINGSKAPANDETS centrala roll, så som den skapas inom sociala och kulturella diskurser, och formas genom livet via inlärd beteenden och kroppsliga reaktioner.
- De inlärd HOTRESPONSER som en individ, familj, eller grupp kan behöva använda för att skydda sig själva och säkra sin överlevnad ska inte 'diagnostiseras' som *passivt lidande till en följd av en biologisk defekt eller sjukdom*. De erfarenheter som beskrivs som 'symtom' är därför bättre beskrivna som reaktioner på hot eller 'strategier för att överleva'.

RMHM har alltså utvecklats som ett sätt att förstå uppkomsten och vidmakthållandet av psykiskt lidande, ovanliga upplevelser och beteenden som skapar problem för individen själv eller andra.

Det enklaste sättet att beskriva RMHM är genom att ersätta frågan: "Vad är det för fel på dig?" med fyra andra frågor:

- Vad har hänt dig? (Hur tar sig *makt* uttryck i ditt liv?)
- Hur har det påverkat/påverkar dig? (Vilka sorts *hot* uppfattar du?)
- Hur har du försökt förstå det? (Vilken *mening* skapar du av dessa situationer och upplevelser?)
- Vad har du behövt göra för att överleva? (Vilka *hotresponser* och överlevnadsstrategier använder du?)

När ramverket används praktiskt med en individ, familj eller grupp kan två ytterligare frågor ställas:

- Vilka är dina styrkor? (Vilka *maktresurser* har du?)
- Och för att integrera allt detta: Vad/vilken är din berättelse?

(Se Appendix 1 för förslag till hur man kan anpassa dessa frågor för kliniska situationer.)

Den forskning som citeras i huvuddokumentet stödjer uppfattningen att människor är sociala varelser vilkas *grundläggande behov* inkluderar:

- Att uppleva rättvisa och 'rent spel' i det samhälle man tillhör.
- Att ha en känsla av trygghet och tillhörighet till en familj, släkt eller social grupp.
- Att känna sig trygg, uppskattad, accepterad och älskad i sina av sina tidiga anknytningspersoner.
- Att egna och närståendes grundläggande fysiska och materiella behov är tillgodosedda.
- Att ha intima relationer och partnerskap.
- Att känna sig uppskattad och kapabel inom familjen och den sociala gruppen.
- Att uppleva och hantera ett brett spektrum av känslor.

- Att kunna bidra till, och att kunna uppnå och uppfylla mål.
- Att uppleva handlingskraft och kontroll i sitt liv.
- Att ha en känsla av hopp, tro, mening och syfte med sitt liv.

... och när dessa *grundläggande behov* är tillgodosedda kommer människor ha förutsättningar att ge sina barn...

- Trygga och kärleksfulla tidiga relationer och en trygg anknytning, vilket är basen för framtida fysisk, emotionell och social utveckling och hälsa och förmågan att tillgodose sina egna grundläggande behov.

Allt som hindrar att dessa grundläggande behov tillgodoses kan betraktas och upplevas som hot mot känslomässig, fysisk, relationell och/eller social trygghet och överlevnad. Därför utvecklar människor hotresponser och överlevnadsstrategier *som har funktionen att skydda dem från dessa hot*.

RMHM har därför dessa huvudsyften:

- Att belysa de vanligt förekommande maktstrukturer som hotar människors grundläggande behov.
- Att klargöra de evolutionärt baserade, utvecklade och förvärvade överlevnadsstrategier som vanligtvis används för att motverka dessa hot.
- Att uppmärksamma sambanden mellan hoten mot grundläggande behov och hotresponserna/försvarsmekanismerna som döljs genom användningen av diagnostiska etiketter.
- Att ersätta den traditionella psykiatriska förståelsemodellen med väl underbyggda evidensbaserade mönster för hur *makt*, *hot*, *mening* och tillhörande *hotresponser* skapar psykiskt lidande och beteenden som skapar problem för individen själv och andra.
- Att använda dessa mönster för att upprätta och validera personliga, grupp- och/eller sociala narrativ som hjälper till att återskapa mening och handlingskraft i överensstämmelse med relevanta kulturella antaganden. Utöver detta har de även potential att skapa hopp, återuppbygga relationer och främja socialt engagemang.

Det är viktigt att notera att vi konceptualiserar detta ramverk på ett fundamentalt annorlunda sätt jämfört den mer traditionella biopsykosociala modellen:

- Även om en tredelad modell är lätthanterlig, så är inte de tre elementen oberoende av varandra, utan påverkar ständigt varandra. En person existerar inte separat och kan därmed heller inte förstås separerat från sina relationer, gemenskap och kultur. Mening uppstår bara i samspelet mellan sociala, kulturella och biologiska element; och biologiska förmågor kan inte skiljas från den sociala och interpersonella miljön.
- Till skillnad från (vissa versioner av) den biopsykosociala modellen finns det inget antagande om patologi, och att de 'biologiska' aspekterna ses som viktigare än andra. I stället ses biologiska aspekter som en förklaringsnivå som, precis som alla andra, påverkar och påverkas av alla andra.
- Förmågan att skapa mening (inom de tillgängliga diskurserna) och förmågan till handling (inom de materiella och biosociala begränsningarna och de kulturella uppfattningarna) är

grundläggande mänskliga egenskaper. Personlig mening och subjektiva berättelser är inte bara fritt valda historier utan reflekterar erfarenheter, relationer och bredare sociala och kulturella omständigheter. Mening finns inneboende i alla former av känslomässigt lidande, vilket ger individen sätt att respondera och uttrycka sig både en gemensam och unik form.

- Medan de flesta insatser som görs för psykisk hälsa riktar sig till individen, så anser vi att mening och lidande också måste förstås utifrån sociala, samhälleliga och kulturella nivåer. Därför ser vi hur RMHM kan tillämpas för att påverka sociala insatser i en vidare bemärkelse. Med andra ord, ramverket är i linje med en nyligen publicerad FN-rapport som rekommenderar en förändring från ett fokus på 'kemisk obalans' till 'maktobalans' (UNHRC, 2017, p.19).

Del 4 beskriver hur de hotresponser och överlevnadsstrategier som uppstår inom ett makt- hot-mening-sammanhang preliminärt kan grupperas i breda, föränderliga, sannolikhetbaserade, evidensbaserade mönster. Dessa reaktioner, och de mönster som framträder, kan bäst beskrivas med verb som processer. *'Genom att förvandla diagnostiska termer till verb, förvandlar vi diagnostiska kategorier till strategier för överlevnad'* (Laura Kerr på dxsummit.org), men de föreslagna mönstren kan alltså inte direkt ersätta diagnostiska kluster.

De ovannämnda RMHM principerna möjliggör en lösning på dilemmat med hur västerländska psykiatriska klassifikationssystem ska användas i icke-västerländska kulturer både inom Storbritannien och runt om i världen (för ytterligare diskussion rörande etnicitet och kultur, se kapitel 2,3 och 4 av huvuddokumentet). RMHM förutsäger, och ger utrymme för, att kulturellt varierande uttryck och erfarenheter av lidande finns, utan att utmåla dem som avvikande, primitiva, mindre giltiga eller som exotiska variationer av det västerländska paradigmet. Detsamma gäller historiska fenomen som 'hysteri'. I egenskap av ett meta-ramverk som är baserat på universellt utvecklade mänskliga förmågor och hotresponser, så är de underliggande principerna för RMHM applicerbara över tid och kulturer. Inom RMHM tillåts en mångfald av hotresponser och funktioner (vilka beskrivs senare) och ett obestämt antal varianter av lokalt och historiskt specifika uttryck för psykiskt lidande. Alla formade av respektive rådande kulturella betydelse och kontext.

RMHMs grundmönster kommer nu att beskrivas. Detta mönster lägger grunden för de provisoriska generella mönster som beskrivs senare, genom att sammanfatta återkommande regelbundenheter i upplevelse och uttryck av psykiskt lidande på den mest allmänna nivån.

## RMHM grundmönster

Startpunkten för att kunna identifiera meningsfulla mönster av psykiskt lidande måste vara det mest generella mönster som utgör grunden för alla de andra, oavsett om det tillämpas på individuell, familj, grupp eller populationsnivå. Det grundläggande mönstret som beskrivs nedan har sammanställts genom en stor mängd forskning och evidens rörande sociala och interpersonella svårigheter, som diskuteras i huvuddokumentet. Av detta följer en sammanfattning av trender och regelbundenheter på populationsnivå enligt följande:

- Alla former av svårigheter är mer vanliga i sammanhang där ojämlikhet och andra former av brist, diskrimination, marginalisering och social orättvisa förekommer.
- Sociala diskurser och ideologisk mening formar upplevelsen och uttrycket för lidande.
- Dysfunktionella tidiga anknytningsrelationer är en form av svårighet och motgång i sig självt, och skapar förutsättningar för biologiskt uttryckta emotionella responser med efterföljande svårigheter och motgångar
- Försvårande faktorer som kan förstärka effekterna av utsatthet för hot kan vara; att vara yngre, att vara instängdhet i en situation; interpersonella och avsiktliga hot; oförutsägbarhet och brist på kontroll; upprepade och/eller flera typer av hot; fysiskt inkräktande; kroniska bakgrundshot; och brist på någon att anförtro sig åt och som kan fungera som beskyddare.
- Skyddande faktorer såsom ökad ålder/ senare i barnets utvecklig, att ha någon att anförtro sig åt, att kunna fly, är motsatsen till de förvärrande faktorerna (se box 1 – Förvärrande faktorer vid svårigheter).

### **Box 1: Förvärrande faktorer vid svårigheter**

- Tidigt utvecklingsstadium (låg ålder)
- Brist på person att anförtro sig till
- Flera typer av faror och hot
- Långvarig/upprepade fara och hot
- Farans allvar
- Instängdhet/ oförmåga att fly
- Brist på förutsägbarhet och kontroll över hotet
- Graden av fysiskt våld/invaderande
- Närhet i tid och förekomsten av andra samtidiga hot
- Graden av hot mot självkänslan/upplevelsen av självet
- Interpersonella och avsiktliga hot
- Känslan av svek från individer eller institutioner
- Upplevt socialt hot
- Flera förövare
- Hot som uppstår i relation till en person som står känslomässig nära eller hot av en anknytningsperson
- Långvarighet, bakgrundshot, antingen personligt eller i den omgivande miljön

Det finns stark evidens för att dessa faktorer ökar risken för att ta känslomässig skada av hotsituationer. Punkterna utgör inte hot i och för sig, men beskriver omständigheter och aspekter av hotfulla situationer som förvärrar upplevelsen av hot. Deras motsatser – t.ex. att vara i ett senare utvecklingsstadium (att vara äldre), ha någon att anförtro sig till, kunna fly – kommer, allt annat lika, att minska upplevelsen och effekten av hotsituationen.

Utöver detta:

- *Inverkan av hot och motgångar är kumulativ.* Det finns en tydlig doseffekt, och när flera svårigheter och hotbilder läggs samman kommer de negativa effekterna (biologiska, psykologiska och sociala) öka på ett motsvarande sätt.
- *Att uppleva en eller flera hot och motgångar ökar risken för att uppleva efterföljande lidande och fler motgångar.* Detta innebär att enstaka hot och enstaka hotresponser är relativt sällsynt i psykiatriska vårdssammanhang.
- *Inverkan av hot motgångar ger synergieffekter.* Den kombinerade effekten av mer än en motgång är vanligtvis större än, och kan skilja sig kvalitativt från, summan av deras individuella effekter.
- *Ju fler hot och motgångar någon upplever, desto fler typer av hotresponser kommer aktiveras.* Under dessa omständigheter kommer människor att behöva dra nytta av ett större antal överlevnadsstrategier, som ofta återspeglas i flera psykiatriska diagnoser.
- *Vissa hotresponser, exempelvis de som diagnostiseras som 'psykos', blir vanligare med desto fler kumulativa och synergistiska effekter som uppstår och kan därför anses återspegla en högre grad av skada.*
- *Konsekvenserna av motgångar kan överföras mellan generationer och på så sätt vidmakthållas inom familjer, släkter och sociala grupper.*
- *Den sjukvård som behandlar psykisk ohälsa och andra institutioner som hanterar hög grad av mänskligt lidande är ofta både traumatiserande och retraumatiserande i sig.* Detta skapar ytterligare cykler av kumulativa och synergistiska mekanismer där de psykiatriska diagnoserna ofta förstärker känslor av skam, oförmåga och utanförskap, vilket i sin tur ökar antalet psykiatriska diagnoser, förskrivningen av psykofarmaka och behovet av slutenvård.

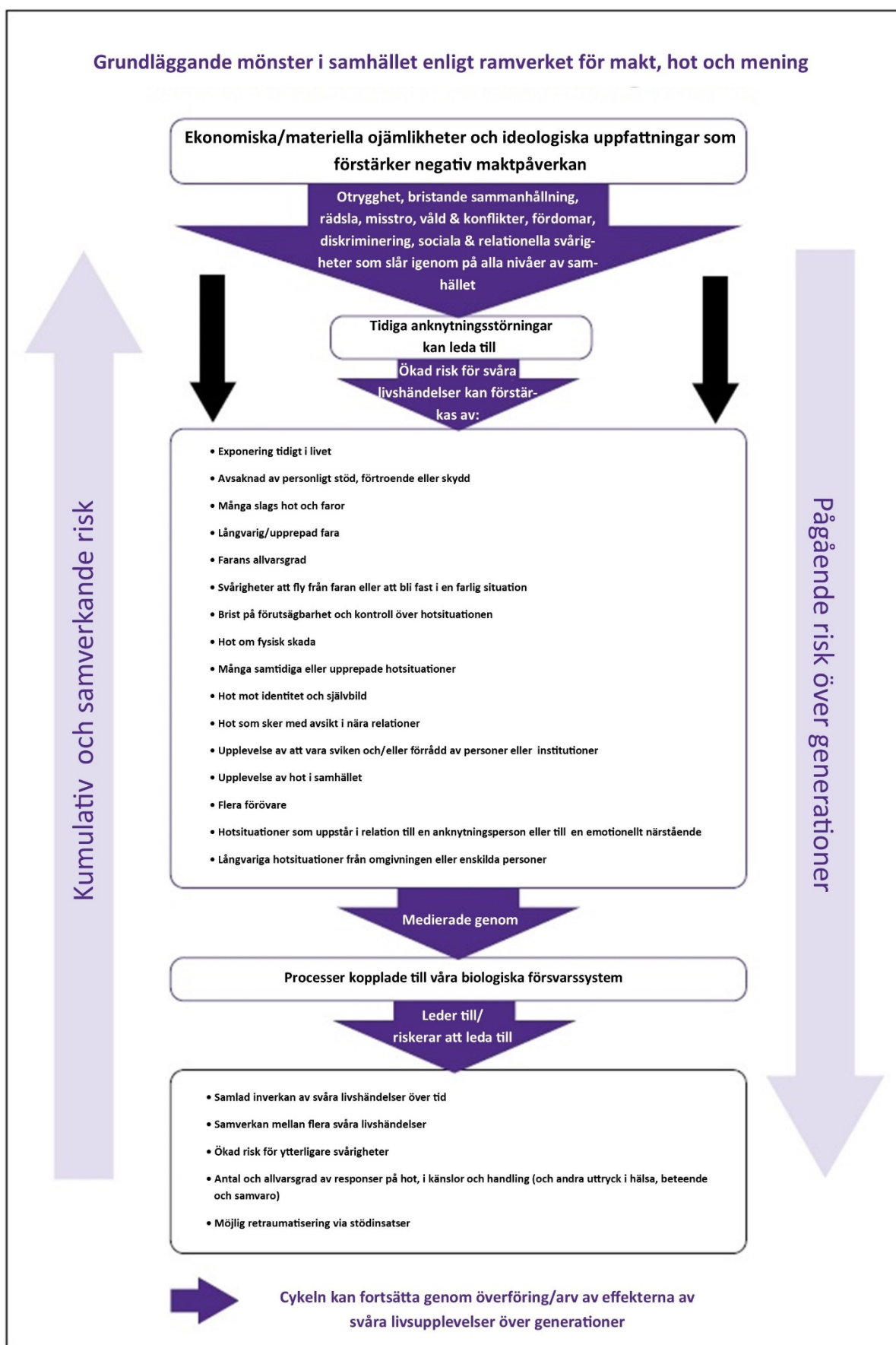
När man lägger ihop allt detta, resulterar det i vad som kan beskrivas som *grundmönstret* för RMHM. Den narrativa sammanfattningen av det grundläggande mönstret ser ut som följer:

*Ekonomiska/sociala ojämlikheter och ideologier som stöder det negativa inflytandet av makt resulterar i ökade nivåer av osäkerhet, brist på sammanhang, rädsla, misstro, våld och konflikter, fördomar, diskriminering och sociala och relationella svårigheter i hela samhällen. Detta har konsekvenser för alla, och särskilt för de med marginaliserade identiteter. Det begränsar förmågan för anknytningspersoner att ge barn trygga tidiga relationer, vilket inte bara är plågsamt för barnet, utan även kan äventyra dess förmåga att hantera framtida svårigheter. Svårigheter och motgångar är korrelerade, så att förekomsten av dem i en persons förflutna eller nuvarande liv ökar sannolikheten för att uppleva fler framöver. Faktorer såsom att ha varit utsatt för avsiktlig skada, svek, maktlöshet, att inte kunna fly en situation och oförutsägbarehet ökar de negativa effekterna av svårigheterna, och denna inverkan är inte bara kumulativ utan även synergistisk. Med tiden medför komplexa interaktioner av motgångar en ökad risk för att uppleva känslomässigt lidande och problematiska beteenden. Dessa uttryck av lidande formas också av tillgängliga resurser, sociala diskurser, kroppsliga förmågor och den kulturella miljön, och deras viktigaste funktion är att säkra känslomässig, fysisk och social trygghet och överlevnad. När svårigheter och motgångar läggs på hög så kommer antalet och svårighetsgraden av hotresponser och överlevnadsstrategier öka med negativa effekter på hälsa, beteende och*



*sociala skyddsfaktorer. När skyddande faktorer eller insatser saknas skapar detta negativa cykler som kan fortgå i generationer.*

Uttryckt så här, verkar effekterna knappast överraskande och är i linje med sunt förnuft. Det är dock ändå viktigt att ha denna slutsats bekräftad genom forskning, eftersom den i grunden står i motsats till den diagnosbaserade synen. Det här perspektivet visar att psykologiskt och emotionellt lidande är, precis som alla andra mänskliga erfarenheter, medierat och påverkat av biologiska faktorer men inte på något förenklat sätt orsakat av dem. Det illustrerar att känslomässigt lidande och problematiska beteenden återfinns på ett spektrum, och att även om man själv inte har upplevt specifika traumatiska händelser påverkas man liksom alla andra av maktobalanser och sociala orättvisor. Dessa existerar och återspeglas ofta i sådant som tas för givet i vardagen. För de mindre lyckligt lottade eller underprivilegierade så illustrerar det hur extrema och handikappande omständigheter kan leda till extrema och handikappande reaktioner. Lidandets och reaktionernas allvarlighetsgrad står i förhållande till den skada som åsamkats. Detta indikerar också att det kan finnas vägar att undkomma denna destruktiva cykel, även i de mest utmanande sammanhang och omständigheter. Mönstret är sammanfattat i schematisk form i figur 1.



**Figur 1: Grundläggande mönster i samhället enligt ramverket för makt, hot och mening**

## Kommentarer till grundmönstret för Makt, Hot och Mening

Detta mönster framträder på gruppnivå och beskriver inte enskilda fall. Det beskriver risker men inte förutsägbara effekter och konsekvenser. Det grundläggande mönstret har ändå viktiga implikationer för att förstå psykisk hälsa och den vård, behandling och stöd som samhället erbjuder. En kumulativ och synergistisk modell av motgångars effekter på psykisk ohälsa stöder inte individualiseringen av lidande, varken medicinskt eller psykologiskt. I stället innebär modellen att sociala åtgärder bör prioriteras så tidigt som möjligt, innan de destruktiva och självupprätthållande negativa cyklerna etableras.

Problemet med resonemanget om 'allt leder till allt osv...' framträder tydligt. Upplevelsen av svårigheter, särskilt under de första åren, skapar komplexa, överlappande, kumulativa och synergistiska mönster där kausalitet är tillfällig och bygger på sannolikheter. Antalet möjliga kombinationer av hotresponser, oavsett om de officiellt betecknas som 'patologiska' eller inte, är nästan oändligt. De specifika, direkta orsakssamband som psykiatriska diagnoser bygger på, existerar i själva verket inte, och kan inte existera i relation till komplexa och relationella mänskliga reaktioner på motgångar och svårigheter. Vi hittar inte heller psykosociala versioner av dessa förenklade orsakssamband -det vill säga specifika händelser leder inte till specifika resultat. Grundmönstret löser alltså inte problemet med 'allt leder till'. Snarare erkänner det hur det egentligen ligger till. Detta är ett viktigt erkännande som borde ha kommit för länge sedan.

Medan många människor som har fått psykiatriska diagnoser har upplevt både anknytningsstörningar och specifika former av motgångar, så kan inte ens den mest kärleksfulla och trygga uppfostran skydda mot alla hot, särskilt inte med tanke på en större kontext av social ojämlikhet. Samtidigt kommer väldigt få människor, oavsett deras tidiga bakgrund, att överleva omständigheter som övergrepp i hemmet, människohandel, flyktingstatus, kronisk fysisk smärta och ohälsa, flera dödsfall, större naturkatastrofer, krig, fångenskap och så vidare, utan känslomässiga ärr. Ju färre skyddande faktorer som finns i en persons liv, t.ex. alternativa anknytningspersoner; socialt stöd; lämplig bostad; färdigheter och förmågor; utbildning; tillgång till resurser; lämpligt ingripande från omvärlden, desto mindre är chansen att komma ur denna destruktiva spiral. Det är dock lika viktigt att inse att var och en av dessa möjligheter också kan resultera i ett positivt utfall – kanske i form av en omtänksam släkting, en speciell talang eller en förändring i sociala omständigheter. Med rätt sorts stöd har många människor hittat en väg ut ur dessa destruktiva mönster.

*Det grundläggande mönstret* uppstår som en negativ effekt av maktutövning, både omedelbar och mer avlägsen. I linje med många andras arbete tyder denna analys på att de sociala diskurser och narrativ som tjänar maktens intressen och upprätthåller dess socioekonomiska strukturer påverkar människors psykiska mående, både i maktens positiva och negativa utövande.

Individens lidande kommer sannolikt att öka proportionerligt med graden av anpassning till de underliggande sociala normerna och diskurserna i samhället, till exempel de som rör könsroller eller synen på personligt ansvar. Psykiatriska diagnoser anses ibland skydda mot skam kopplat till individens beteende eller handlingar, genom att vara en slags förklaringsmodell. Skam är dock en känsla som uppstår i relation till andra, och diagnoserna kan också upplevas som ett omdöme från samhället med innebörden 'Du är en dålig och oacceptabel medlem av den sociala

gruppen'. Psykiatriska diagnoser kan alltså bidra till att cykeln av traumatisering, diskriminering och socialt utanförskap vidmakthålls.

Det grundläggande mhm-mönstret kan användas tillsammans med en lista på 'skyddande faktorer' som kan fungera som en checklista för att förstå och validera graden av svårigheter att fungera för en specifik individ, familj eller grupp. Samtidigt som RMHM och det grundläggande makt-hot-mening-mönstret kan användas i sin egen rätt, kan det också ses som ett 'meta-ramverk' inom vilka existerande modeller och evidens kan rymmas. Dessutom kan det fungera som referensram för att uppmärksamma luckor och brister i aktuell teori och praktik. Dessa uppstår ofta genom maktens negativa inflytande och att dess tillhörande ideologiska betydelser inte uppmärksammas ordentligt.

Nästa avsnitt beskriver provisoriska generella mönster inom grundmönstret för makt, hot och mening.

## Del 4: Provisoriska generella mönster som framträder ur grundmönstret

Detta kapitel illustrerar hur de fyra grundbegreppen makt, hot, mening och hotrespons kan användas för att identifiera mönster och regelbundenheter i det övergripande grundläggande mönstret. Det går att förstå dessa regelbundenheter som specifika *mönster av hotresponser, som svar på maktobalanser och den mening som dessa tillskrivs*.

Mot slutet av detta kapitel visar vi hur dessa provisoriska, sannolikhetsbaserade och bevisade generella under-mönster (inom det grundläggande mönstret) kan fungera som utgångspunkt för att skapa personliga-, grupp- och/eller samhällsliga narrativ, som främjar mening och handlingskraft och samtidigt kan skapa hopp, läka relationer och ge stöd till socialt engagemang.

Ramverkets grundläggande och provisoriska, generella under mönster kan också användas för att bedöma vilka interventioner/behandlingsalternativ som är möjliga, planera för olika typer av insatser, fatta administrativa beslut och ge underlag till forskning (se huvuddokumentet<sup>4</sup>) och därigenom på ett effektivt sätt uppnå syftena med psykiatrisk diagnostik.

Innan vi går in på de generella provisoriska under-mönstren är det viktigt att vi mer i detalj försöker beskriva vad som menas med 'mönster' i detta sammanhang och de likheter och skillnader som finns mellan de föreslagna mönstren och de kriterier som används för att ställa psykiatriska diagnoser.

### Vad är ett mönster?

Allmänt betecknar 'mönster' de samband som uppstår mellan fenomen mer än slumpmässigt, oavsett vilket fenomen det gäller. Mönstren kan framträda genom att sambanden uppstår mer frekvent, att man kan skönja ett orsakssamband eller orsak-verkan-relation, och att man har kunskap som kan göra fenomenen begripliga. Huvuddokumentet beskriver hur man, inom medicinska discipliner, kan utgå ifrån att mönster och regelbundenheter av olika kroppsliga funktioner fungerar som en slags mallar. Klinikern försöker matcha patientens klagomål och symtom med dessa mallar, och på så sätt klargöra och sedan åtgärda symtomens orsak och i bästa fall åstadkomma bot eller lindring. Man noterar även att dessa mönster finns på mycket olika grader av komplexitet och utveckling, vilket leder till olika nivåer av förståelse av individens problem.

Svårigheterna att nå fram till en entydig definition av begreppet 'mönster' illustreras tydligt i en klassisk artikel om medicinsk diagnostik av Engle och Davis från 1963, vilken är lika relevant idag (se t.ex. Rosenberg, 2002). Likheterna mellan syftet med en medicinsk diagnos och syftet

---

<sup>4</sup>\* Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Tillgängligt från: [www.bps.org.uk/PTM-Main](http://www.bps.org.uk/PTM-Main)

med alternativen till psykiatrisk diagnos, innebär att deras artikel är relevant för diskussionen även om mönster av emotionella och beteendemässiga svårigheter.

Engle och Davis (1963) beskriver hur medicinska diagnoser befinner sig på olika 'säkerhetsnivåer', och detta speglar varierande egenskaper hos de mönster de baseras på och hur 'säker' en kliniker kan vara på att en patients svårigheter/symtom 'matchar' ett specifikt mönster. Högsta graden av säkerhet innefattar beskrivningar där orsaken är uppenbar och specifik och där det finns mycket liten variation av symtom mellan individer eller mellan olika miljöer. Detta skulle kunna handla om köldskador, krockskador eller andra liknande händelser. Den andra extremen, den femte graden av säkerhet på Engles och Davis skala, är konstellationer av symtom och tecken med okända orsaker och med stor variation mellan olika individer. Mellan dessa extremer finns mönster med mer eller mindre väldefinierade samband mellan orsak och verkan och/eller större eller mindre variation mellan enskilda patienter.

Psykiatriska diagnoser uppnår inte ens Engle och Davis' lägsta grad av säkerhet vad gäller konstellationer av tecken och symtom - även om en vanlig felanvändning av termerna 'tecken' och 'syndrom' inom psykiatrisk diagnostik kan leda oss in på sådana tankar. Psykiatrisk diagnostik enligt DSM och ICD bygger på kluster av olika symtom vars orsak oftast är okänd. Dessutom behöver inte alla symtom inom klustret eller ens samma symtom inom klustret vara uppfyllda för att uppfylla en specifik diagnos.

Engle och Davis har flera viktiga poänger när det gäller allmänna medicinska mönster och deras betydelse för att förstå individuella problem. För det första är mönstren, och deras åtskillnad från varandra, alltid provisoriska. Det kan finnas varierande grad av stöd för deras validitet, men de är aldrig för evigt fastslagna. För det andra är mönster av olika slag baserade på olika typer av evidens, till exempel anatomiska förändringar, andra konkreta orsaksfaktorer, genetiska och biokemiska förändringar etc. För det tredje har varje mönster underbyggts av en komplex teoribildning och tidigare forskning om de ingående faktorerna och deras relation till varandra och denna teori och forskning uppdateras och modifieras ständigt. Slutligen har dessa mönster en varierande matchning med vår förståelse av en viss individs problem. I vissa fall är matchningen klar och tydlig, i andra mer öppen och osäker.

Det har hävdats att de slags mönster man kan förväntar sig hitta när det gäller emotionella och beteendemässiga svårigheter och deras orsaker och konsekvenser, är väldigt annorlunda jämfört med de mönster som gäller kroppsliga symtom och problem, där det går att ställa en medicinsk diagnos. Två fundamentalt olika slags orsakssamband verkar existera, som grundar sig på olika teoretiska antaganden. Engle och Davis' allmänna antaganden är dock relevanta för att beskriva mönster som är tillämpbara också när det gäller att förstå emotionella och beteendemässiga symtom och svårigheter. Visserligen kommer inte dessa att motsvara en enkel och entydig definition av begreppet 'mönster' och det kan finnas en varierande grad av stöd för deras validitet. Validiteten bedöms utifrån mönstrets grund i ett tillämpligt teoretiskt ramverk, hur vanliga fenomenen är, evidensstyrkan för eventuella orsakssamband och kunskapen om olika möjliga bakomliggande mekanismer, men mönstren och deras gränser är oundvikligen provisoriska. De specifika mönster som vi försöker beskriva i detta dokument kännetecknas av en slående samstämmighet i hur de framträder i olika slags forskning på grupp- och populationsnivå. Det kan gälla historiska och teoretiska analyser; demografi,

opinionsundersökningar, frågeformulär, experimentell och annan kvantitativ forskning, kvalitativa studier och stora mängder personliga vittnesmål.

## Att beskriva meningsfulla samband mellan hot och hotrespons

Ramverket för makt, hot och mening och dess grundläggande mönster avser att återupprätta sambanden mellan hot, responser på hot och den mening som förknippas med dem.

I vissa situationer är dessa kopplingar lättare att göra än i andra, t.ex. vid förlust av en älskad nära anhörig så upplevs saknad och sorg; vid frånvaro av anknytningspersoner uppstår känslan av övergiven och ångest; livshotande situationer leder ofta till kamp/flykt, frysreaktioner etc. När det finns omedelbara psykosociala förklarande händelser brukar vi inte patologisera 'symtomen'. Den tillfälliga instabilitet som kan drabba en person i sorg (gråt, förtvivlan, sömnsvårigheter, rastlöshet, koncentrationssvårigheter etc.) kan inte betraktas som psykisk sjukdom, även om denna konstellation av symptom tveklöst skulle kunna leda till en psykiatrisk diagnos om det inte funnits en uppenbar anledning till reaktionerna. Ett otröstligt, gråtande barn som klamrar sig fast vid en okänd vuxen sägs inte lida av en psykisk störning när vi förstår att hon tappat bort sin mamma i en stor folksamling. En spänd, överkänslig och ångestfylld soldat sägs inte ha utvecklat en psykisk sjukdom om vi tar i beaktande att han snart ska ut i strid. På liknande sätt har man visat att personer som erfarit mobbning, våld, diskriminering och otrygghet kan uppvisa och göra symptom på 'paranoia' förståeliga och rent av adaptivt (Shevlin et al, 2015, s. 213). I somatisk sjukvård kan sambandet mellan en hotfull händelse och upplevt starkt obehag (t.ex. ett cancerbesked eller en kritisk förlossning) vara uppenbart även om förståelsen kan vara bristfällig för att tidigare trauma kan utlösa eller förstärka reaktionen.

Vissa av dessa samband erkänns numera inom traditionella diagnossystem såsom 'PTSD' och intressant nog tycks detta vara en växande trend. DSM-5 (APA 2013) har omdefinierat 'PTSD' och flyttat denna diagnos från kapitlet 'Ångestsyndrom' till kapitlet 'Trauma och Stressrelaterade tillstånd'. Det tillhör undantagen i DSM-systemet att en triggende yttre orsak krävs för att få en specifik diagnos. Kapitlet inkluderar också 'Reaktiv anknytningsstörning' (*Reactive attachment disorder*, RAD), 'Ohämmat socialt beteende' (i ICD benämns detta Ohämmad anknytningsstörning), 'Akut stressreaktion', 'Anpassningsstörning' och andra specificerade och ospecificerade trauma- och stressrelaterade störningar. RAD sägs uppstå som 'en konsekvens av bristande omvårdnad och/eller försummelse'. Akut stressreaktion uppstår som en konsekvens av en exponering för faktisk eller hotande död, allvarlig skada eller sexuell kränkning. Anpassningsstörning följer inom en månad på en omskakande/sorglig händelse. Ohämmad anpassningsstörning är resultatet av social försummelse. Med andra ord, för dessa diagnoser beskrivs uttryckligen symptomen som reaktioner på psykosociala händelser och omständigheter. Biologiska orsaker är t.o.m. uteslutningskriterier. Även det kapitel i DSM och ICD som handlar om Dissociativa tillstånd (det inkluderar diagnoserna Dissociativ identitetsstörning, Dissociativ minnesstörning och Depersonalisering/Overklighetskänslor) är uppbyggt på samma vis. Diagnoserna utgörs av symptom som ses som reaktioner på icke önskvärda, negativa psykosociala händelser. Denna nya trend, att förklara psykiatriska tillstånd som en konsekvens av psykosociala händelser, trots att det fortfarande kallas sjukdom eller störning, hade kunnat bli än mer framträdande. Van der Kolk et al (2014) utarbetade ett detaljerat

förslag som innebar att utvecklingstrauma (*developmental trauma*) skulle bli en DSM-diagnos, dock accepterades inte detta.

På liknande sätt har en ny ICD-11 diagnos föreslagits; Komplex post traumatiskt stressyndrom (*Complex post-traumatisk stress disorder, C-PTSD*). Den beskrivs på följande sätt: *en störning som kan utvecklas som en konsekvens av en händelse eller en serie av händelser av extremt slag med utdraget eller repetitivt förlopp som upplevs mycket hotfullt eller skrämmande och från vilket flykt är omöjlig eller mycket svår (t.ex. tortyr, slaveri, folkmord, utdraget våld i hemmet, upprepade sexuella övergrepp i barndomen eller fysisk misshandel, (Maercker et al., 2013)).*

Vår ståndpunkt i RMHM är att de flesta erfarenheter som beskrivs som 'symtom' på 'funktionella psykiatriska tillstånd' (och många andra problem, till exempel inom kriminalitet) kan uppfattas på det sättet, men, när hot och hotresponser, och den mening de fått, har identifierats och de har länkats till en skyddande hotrespons, behövs inget antagande om psykiatriskt tillstånd. Exempelen ovan visar att hotresponser måste beskrivas som *funktion*, inte bara som symtom. Ett barns skrik har funktionen att få mammans uppmärksamhet. En soldats kraftiga anspänning har funktionen att förbereda honom för strid; misstänksamma tankar har funktionen att skydda mot en eventuell attack etc.

Ett antal faktorer i kombination döljer dessa kopplingar i det mesta som vi idag kallar 'psykisk sjukdom' liksom 'kränkande beteende' och andra hälsoproblem och sociala bekymmer. Faktorer som bidrar till fördunklandet kan sammanfattas på följande vis:

- Hotet (eller utövandet av makt) kan vara svårt att upptäcka eftersom det är subtilt, spänner över tid och/eller är socialt accepterat. Detta osynliggör det negativa utövandet av makt och möjliggör att det fortsätter.
- Hotet kan ofta vara avlägset i tid, även om responsen fortfarande är aktiv.
- Hoten kan vara många och responserna så varierande att sambandet kan vara oklara eller förvirrande.
- Många mindre hotsituationer och smärtsamma erfarenheter kan ackumuleras under lång tid - särskilt hos äldre.
- Hotresponsen kan anta en ovanlig eller extrem form som inte entydigt kan kopplas till hotet. Exempel är; bisarra idéer, rösthörande, självskada och självsvält.
- En person behöver inte själv vara medveten om sambandet mellan hotfulla händelser och psykiskt lidande eftersom det kan finnas minnesluckor och dissociativa fenomen hos personen i fråga.
- En person med psykiskt lidande kan ha vant sig vid att själv avfärda möjligheten av ett samband, eftersom ett sådant erkännande kan ha upplevts farligt, stigmatiserande, skamfyllt eller på något annat sätt ohjälpsamt.
- Avfärdandet av dessa samband kan understödjas av uppfattningar i samhället som kan vara skambeläggande och beskylla den utsatta för svaghet eller dålig karaktär.
- Vårdpersonal i psykiatri har socialiserats till att inte uppmärksamma dessa samband genom användandet av psykiatriska diagnoser som kan bidra till att skapa ett starkt professionellt narrativ som betonar individuella brister och sjukdom hos patienterna.
- Det finns ett motstånd i hela samhället mot att erkänna förekomsten av hot och negativ maktutövning.



- Det finns många egna investeringar (personligt, familjemässigt, professionellt, organisatoriskt, i samhälle, ekonomi och politik) att inte uppmärksamma sambandet mellan hot och hotrespons, och på så sätt förstärka den traditionella sjukdomsmodellen.
- Ovan beskrivna faktorer samverkar ofta i att försvåra för människor att få ett socialt delat tankesystem där de kan göra sina egna erfarenheter begripliga för sig själv och för andra med sitt eget språk och sina egna uttryck.

Sammantaget bidrar detta till att personliga erfarenheter ofta inte ryms inom ramen för den socialt accepterade beskrivningen av verkligheten och blir onämnbare (Herman 2001, s.8).

Denna process som beskrivits som att bli 'blind för svek' (*betrayal blindness*) (Freyd och Birell, 2013), är en verksam process på flera olika nivåer –inom individen, familjen, institutionerna och/eller samhället. Med Judith Hermans ord: 'Att tränga bort, dissociera och förneka är fenomen som är verksamma såväl inom individens som i samhällets medvetande' (Herman 2001, s 9). För individen blir följden av detta en 'epistemisk orättvisa' (Fricker 2007), dvs. den process genom vilken medlemmar i en marginaliserad grupp fråntas de sociala resurser de behöver för att förstå sina egna erfarenheter när de inte passar inom ramen för den dominerande diskursen. Vi återkommer senare till denna punkt.

Låt oss också påminna om att ICD och DSM fortfarande beskriver hotresponser som medicinska diagnoser. I motsats till detta så tolkar RMHM dessa hotresponser och de symtom de ger upphov till utifrån deras funktion. Dessa funktioner går att koppla till vilka grundläggande mänskliga behov de syftar till att skydda. Hotresponserna och den funktion de fyller kan påverkas av värderingar, maktmekanismer och vilket socialt sammanhang man tillhör osv. Dessa strategier överskrider gränserna för det som anses normalt, dvs det som värderas i den dominanta diskursen.

**Box 2: Kategorisering av hotresponser utifrån funktion**

| <b>Funktion</b>                                                        | <b>Exempel på hotrespons</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reglering av överväldigande känslor                                    | t.ex. genom dissociation, överklighetskänslor, fragmentering av minnet, självskada, hetsätande och kräkning, selektiv minneskodning, tvångssymtom, intellektualisering, emotionella svängningar, att höra röster, alkohol- och droganvändning, förnekande, projektion, splitting, somatiska symtom t.ex. domningar |
| Skydd mot fysiska faror                                                | t.ex. genom överdriven vaksamhet, misstänksamhet, isolering, aggression sömnsvårigheter, flashbacks, mardrömmar, kamp-, flykt- och frys-reaktioner,                                                                                                                                                                |
| Bibehållande av en känsla av kontroll                                  | t.ex. genom självsvält, ritualer, våld, tendenser till dominans i relationer                                                                                                                                                                                                                                       |
| Anknytningsförsök                                                      | t.ex. genom idealisering, eftergivenhet, sökande av omsorg och emotionella reaktioner, att använda sexualitet för att söka närhet                                                                                                                                                                                  |
| Skydd mot förlust av anknytningspersoner, att bli sårad och övergiven. | t.ex. genom avvisande, misstro, sökande efter närhet och någon som bryr sig, underkastelse, självanklagelser, acceptans av våldutsatthet, överdrivet samlande, eftergivenhet, att tystna, självbestraffning                                                                                                        |
| Att bibehålla sin identitet, självbild och självförtroende.            | t.ex. genom grandiosa tankar, självbedrägeri, att känna sig utvald, perfektionism, dominans, fientlighet, aggression                                                                                                                                                                                               |
| Att bibehålla sin plats i den sociala gruppen                          | t.ex. genom att vara ambitiös, tävlingsinriktad, eftergiven, tyst, självanklagande                                                                                                                                                                                                                                 |
| Att själv tillgodose sina emotionella behov, att lugna sig själv.      | t.ex. genom att vagga sig själv, självskada, Plockande/nypande på hud (' <i>skin-picking</i> '), hetsäta eller överäta, dricka alkohol, missbruka                                                                                                                                                                  |
| Att kommunicera att man inte mår bra, söka hjälp och förståelse        | t.ex. genom självskada, ovanliga tankar, höra röster, självsvält                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Söka mål och mening med livet.                                         | t.ex. genom ovanliga föreställningar, att arbeta överdrivet mycket, att vara överdrivet energisk                                                                                                                                                                                                                   |

Listan på hotresponser och deras funktioner ovan är ofullständig. Nästan alla människor uppvisar dessa reaktionsmönster då och då utan att det behöver vara något problem. Beteendena som här beskrivs är djupt mänskliga som att tex söka anknytningsrelation (trygga relationer). De behöver inte alltid utgöra en hotreaktion oavsett om de faller inom kategorin 'socialt acceptabla' (att

arbeta hårt) eller 'patologiska' (att ha konstiga tankar, att höra röster), men om beteendenas funktion är svar på hot (hotresponser) kan de bli problematiska.

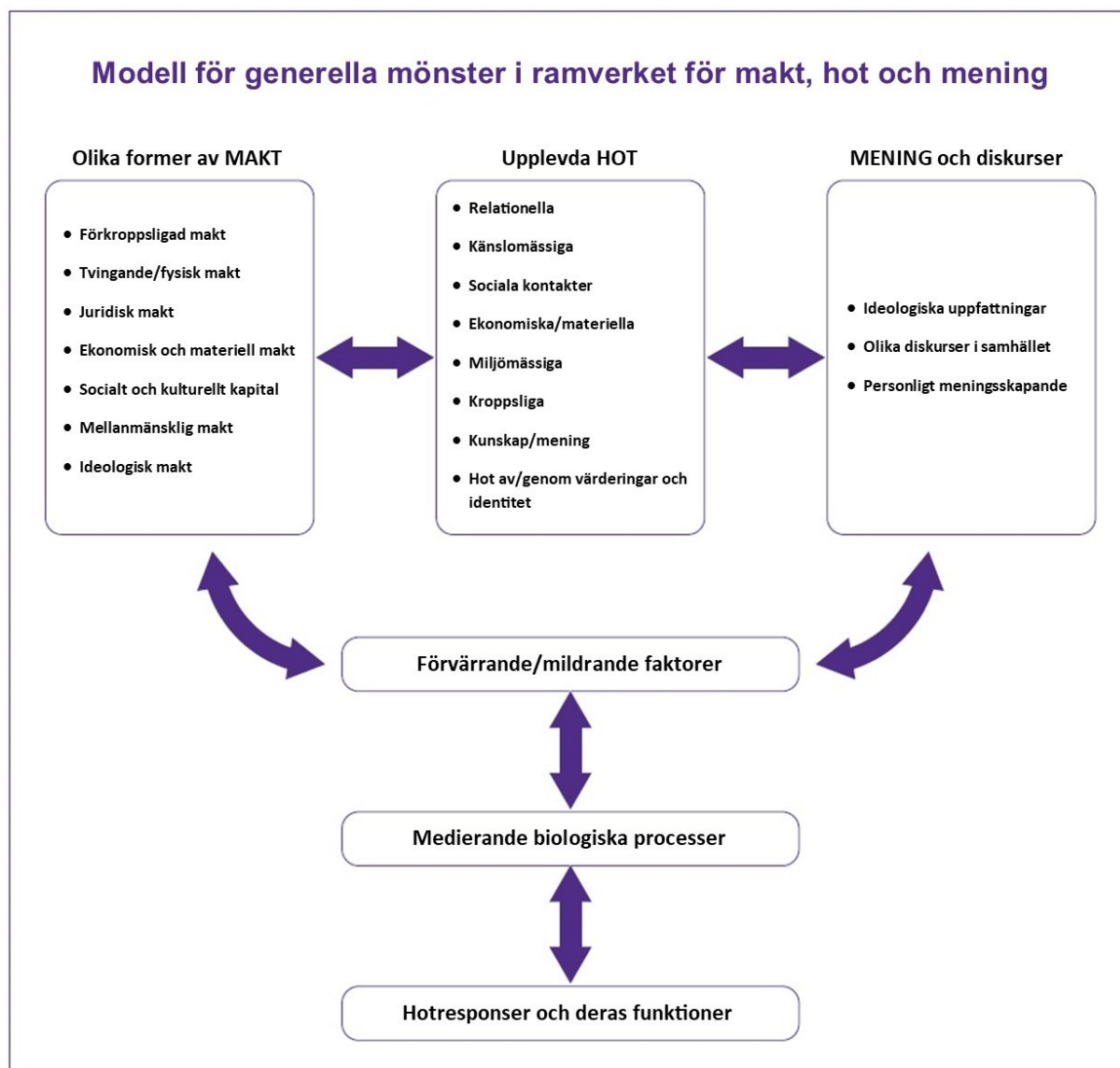
Funktionen av specifika hotresponser kan variera från situation till situation och från person till person, även om vissa reaktionsmönster är vanligare inom den kultur man lever i. I huvuddokumentet beskrivs hur detta beror på att olika kulturer erbjuder olika sätt att uttrycka lidande och olust. En och samma hotrespons kan ha olika funktioner hos samma individ. Självskada kan hos samma individ fungera som ett sätt att straffa sig själv, ett sätt att kommunicera eller som ett sätt att släppa ut känslor. Alla dessa beteenden är uttryck för människors försök, medvetet eller omedvetet, att överleva det negativa inflytandet av maktmissbruk och katastrofer genom att använda de resurser de har till förfogande.

## Att återskapa sambandet mellan hot och hotresponser inom ramverket för makt, hot och mening

Inom RMHM erbjuds en struktur för att återskapa sambanden mellan maktutövning, hot (såsom svek, att bli övergiven, fysiska hot) och hotresponser (såsom att vara överdrivet vaksam, självskada, tvångsritualer) och den mening vi tillskriver dem. Att placera dessa beteendemönster i en vidare kontext av maktstrukturer och sociala/ideologiska fenomen underlättar att identifiera vissa allmänna, sannolika och överlappande provisoriska generella mönster och regelbundenheter inom de grundläggande RMHM mönstret.

De provisoriska generella mönstren är en vidareutveckling av det RMHM-grundmönstret, se Figur 2, och innefattar makt, hot, mening och diskurs, försvårande och förmildrande faktorer, medierande biologiska processer, hotresponser och deras funktion. 'Mening och diskurs' innehåller aspekter av hur individuellt och socialt meningsskapande kan påverka hur hot upplevs. 'Medierande biologiska faktorer' beskriver inte bara grundläggande biologiska reaktionsmönster på hot utan också mer allmänna biologiska faktorer såsom hormonella förändringar, konsekvenser av brist på mat eller sömn, åldrande, utvecklingsavvikelser eller hjärnskador.

Denna utökade version av det grundläggande mönstrets byggstenar kan hjälpa oss att identifiera evidensbaserade, och ofta överlappande preliminära generella mönster inom grundmönstret, se nästa avsnitt: 'Generella provisoriska mönster - att identifiera element och byggstenar'.



**Figur 2: Modell för generella mönster i ramverket för makt, hot och mening**

## Provisoriska generella mönster: Att identifiera element och byggstenar

Det här avsnittet beskriver en evidensbaserad uppsättning byggstenar inom de fyra kategorierna *makt, hot, mening och hotresponser*. Vi utgår sedan från dessa byggstenar för att beskriva generella mönster inom *det RMHM-grundmönstret*.

Dessa beskrivningar är inte uttömmande, oavsett i vilket kulturellt sammanhang de används. De måste alltid förbli ofullständiga för att ge möjligheter att identifiera nya byggstenar och generella mönster inom specifika lokala och historiska kontexter. Fortsatt forskning behövs för att ytterligare stärka validiteten och den praktiska nyttan med de ingående elementen/byggstenarna och de generella mönster det skapar.

Det kan inte nog understrykas hur viktigt det är att betrakta de fyra huvuddelarna i RMHM makt, hot, mening och *hotresponser*, i verkligheten flyter de ihop till en sammanhängande enhet, både begreppsmässigt och erfarenhetsmässigt, även om vi här skiljer dem åt av pedagogiska skäl.

Nedan följer en detaljerad genomgång av elementen inom kategorierna hot, makt, mening och hotrespons.

## MAKT - Hur verkar makt i ditt liv? ('Vad är det som har hänt dig?')

Makt kan vara något positivt, om det handlar om skydd, stöd eller att få tillgång till vissa resurser, men det kan också vara något negativt. Den negativa konsekvensen av makt är hot och den innebär vi tillskriver hotet. Ett antal olika maktstrukturer som påverkar barn/vuxna/grupper/civilsamhälle är viktiga att identifiera för att skapa en grundläggande förståelse för människors erfarenheter av lidande och problemskapande beteende.

Makt är verksam både direkt och indirekt, förmedlad genom kroppsliga förmågor, relationer, sociala strukturer, institutioner, organisationer och vardagliga interaktioner. Den är verksam både medvetet och omedvetet. Det finns ingen fullständig lista på olika typer av makt, men följande uppräkningslista av de vanligaste aspekterna av makt är relevant i detta sammanhang:

- **Biologisk och förkroppsligad makt** verkar både på ett positivt och ett negativt sätt genom förkroppsligade attribut och deras kulturella betydelser: till exempel styrka, fysiskt utseende, fertilitet, hudton och -färg, talanger och förmågor, kroppslig hälsa och välbefinnande.
- **Tvingande makt eller fysisk makt** är oundvikligen en del av krigets logik men handlar också om annan våldsutövning, aggression, hot eller användande av överlägsen fysisk styrka för att skrämja och förnedra eller att försäkra sig om lydnad. Fastän denna makt oftast är negativ så kan den också vara positiv i vissa fall, t.ex. när en förälder lyfter undan sitt barn från en farlig situation.
- **Juridisk eller legal makt** kan också innebära tvång, till exempel makt att arrestera, fängsla eller tvångsvårda inom psykiatri. Den handlar också om en rad olika regler, bestämmelser och straff som styr och kontrollerar många olika områden av våra liv och våra beteenden. Denna makt kan också ge stöd till eller begränsa andra varianter av makt, erbjuda eller begränsa valmöjligheter, skydda mänskliga rättigheter, upprätthålla lag och ordning i ett samhälle.
- **Ekonomisk och materiell makt** handlar om att ha medel att tillskansa sig eftertraktade ägodelar och tjänster, att kontrollera andra människors tillgångar och ekonomiska möjligheter och att ha möjlighet att göra eftertraktade aktiviteter. Detta berör många olika områden, till exempel boende, arbete, transporter, utbildning, sjukvård, fritidsaktiviteter, tillgången till juridisk hjälp, tillgång till säkerhets- och trygghetsskapande åtgärder och möjlighet till ett skyddat privatliv.
- **Social makt och kulturellt kapital** syftar på den form av makt som utgör en blandning av önskvärda kvalifikationer, sociala identiteter, kunskap och sociala kontakter vilka kan föras över från en generation till en annan. Det kan alltmer handla om tillgången till datorer och förmågan att använda dessa, sociala media och annan ny teknik och förmågan att förstå hur detta kan påverka våra liv, på gott och ont.
- **Interpersonell makt.** Även om all makt verkar genom relationer så handlar denna punkt specifikt om makten att se efter/eller inte se efter och skydda någon, att hjälpa eller överge någon, att ge/undanhålla/dra tillbaka kärlek och omsorg, att stödja eller underminera andras önskvärda utveckling när det gäller trosföreställningar eller identitet.

- **Ideologisk makt** handlar om kontroll av mening, språk och 'agendor'. Den handlar även om makten att skapa narrativ som stödjer vissa sociala och ekonomiska intressen, att skapa föreställningar och stereotyper omkring vissa grupper, att tolka sin egen eller andras erfarenhet, beteende och känslor och få dessa erkända av andra, och ha makten att tysta eller underminera. Den är en av de mest dolda formerna av makt och är verksam inom många olika områden till exempel media, annonsmarknaden, myndigheter, utbildningsväsendet, rättssystemet, sjukvården, vetenskap och forskning. Sociala medier och internet har inneburit ett genomgripande och sofistikerat användande av ideologisk makt på sätt som vi inte fullt ut kan överblicka.

Som vi diskuterat i huvuddokumentet kan negativa konsekvenser av makt så som de beskrivs i denna uppräkningslista, i kombination med bristen på socialt accepterade motkrafter och resurser, skapa utmaningar och hot, samtidigt som de begränsar människors förmåga att ifrågasätta och reagera på dessa.

### HOT - Vad slags hot utgör det här för dig? (Hur påverkade det dig?)

Hot beskriver den risk/de faror som negativ maktutövning, enligt ovan, kan innebära för individers och/eller gruppers trygghet och livsomständigheter. Eftersom de tre aspekterna makt, hot och mening är sammanvävda, blir det förstås viktigt att förstå hotets orsak (i vilken typ av maktutövning har hotet uppstått) och även vilken mening processen får för de berörda.

I hotsituationer som exempelvis naturkatastrofer, är maktens inverkan mer indirekt. Makten skulle här kunna utövas genom att ge eller undanhålla förbyggande åtgärder eller hjälpresurser i efterhand. Vi är alla utsatta för tillfälliga och ofrånkomliga hot så som oväntade förluster, olyckor eller kroppsliga sjukdomar. Även här kommer makten främst märkas genom graden av tillgång till stöd och hjälp vid dessa livshändelser och i vilken mån våra livserfarenheter dessförinnan har utrustat oss för att klara av deras emotionella inverkan.

Vitala hot mot säkerhet, trygghet, överlevnad och välbefinnande kan uppfattas som motsatser till de vitala mänskliga behov som nämnts tidigare. Vitala hot omfattar:

*Relationella hot:* t.ex. avbrutna anknytningsrelationer, smärtsamma förluster, övergivande, skyddslöshet, svek, isolering, skambeläggande och förödmjukelser, invalidering, fientlighet, vanvård och insnärjdhets/inlåsningsmekanismer. Även hot mot individens egna gränser eller autonomi/kontroll, självuppfattning och identitetsutveckling räknas hit.

*Emotionella hot:* att uppleva sig känslomässigt överväldigad och otrygg.

*Sociala hot och hot mot gemenskap:* isolering, uteslutning, fientlighet, sociala nederlag, orättvisa/ojusthet, förlust av yrkesroll eller plats i samhället.

*Ekonomiska/materiella hot:* fattigdom, oförmåga att klara grundläggande fysiska behov och omsorg till sig själv eller sina närmaste.

*Hot i omgivningen:* brist på säkerhet, fysiska hot, fångenskap, förlust av kontakt med hemland eller naturlig omgivning.

*Kroppsliga hot:* Ohälsa, kronisk smärta, fysisk invaliditet, skada, funktionsförlust, fysisk fara, svält, utmattning, kroppslig invadering.

*Hot mot kunskap och meningssökande:* Brist på möjligheter, stöd eller sociala resurser för att få tillgång till viktiga informationskällor och för att kunna förstå och integrera sina upplevelser; nedvärdering eller invalidering av de egna kunskaperna/erfarenheterna, erfarenheter som uppstått på grund av ojämlika maktförhållanden, press genom social diskurs och mer inflytelserika andra att ändra sin uppfattning.

*Hot mot identitet:* Brist på stöd för att utveckla sin egen identitet; förlust av social, kulturell eller andlig identitet; tillägnande eller påtvingande av nedvärderade, underordnade eller skambelagda identiteter relaterade till en själv eller ens egen grupp i samhället.

*Hot mot värdegrund:* Förlust av mål, värderingar, tro och ställningstaganden; förlust av traditioner/ritualer/ceremonier, värderingssystem och praktiker/tillämpningar.

### Box 3: Mening

| <b>MENING - Vilken mening har dessa situationer och upplevelser för dig?<br/>(Vad betyder de för dig?)</b> |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Otrygg, rädd, attackerad                                                                                   | Fången                         |
| Övergiven, avvisad                                                                                         | Besegrad                       |
| Hjälplös, kraftlös                                                                                         | Misslyckad, underlägsen        |
| Hopplös                                                                                                    | Skyldig, klandervärd, ansvarig |
| Invaderad                                                                                                  | Förrådd                        |
| Kontrollerad                                                                                               | Utskämd, förödmjukad           |
| Känslomässigt överväldigad                                                                                 | Känsla av orätt/orättvisa      |
| Känslomässigt 'tom'                                                                                        | Känsla av meningslöshet        |
| Dålig, ovärdig                                                                                             | Förgiftad, ond                 |
| Isolerad, ensam                                                                                            | Främmande, farlig              |
| Utesluten, främmandegjord                                                                                  | Annorlunda, 'onormal'          |

Som redan nämnts, kan man inte förstå hoten som maktutövning skapar, utan att uppmärksamma den mening de får för individen och/eller den sociala gruppen. Maktutövningen, (t.ex. i form av övergrepp), behöver inte bli ett bestående hot för individen, (t.ex. i form av skamkänslor) om individen själv kan forma innebörden av händelsen, (t.ex. 'det var inte mitt fel'). Omvänt kan också en den mening individen tillskriver en händelse skapa rädsla, även om händelsen i sig inte innebär någon aktuell eller reell fara, vilket man kan se hos individer men misstänksamma

tankemönster ('paranoia'). 'Mening' och meningsskapande är det som väver samman alla de andra aspekterna av rnhm.

Liksom i huvuddokumentet beskrivs 'mening' i detta dokument som socialt, relationellt och personligt sammansatt. av övertygelser, känslor och kroppsliga reaktioner. Skam, till exempel, består både av en känsla i kroppen och en självuppfattning, och detsamma gäller fruktan, förödmjukelse, misslyckande, värdelöshet och så vidare.

I det omedelbara läget kan vissa innebörder (den här personen är säker/osäker; jag är skyddad/i fara) vara biologiskt grundade som en del av ett utvecklat hotresponsmönster. I tidigare utvecklingsstadier, kan innebörder vara förmedvetet kodade i form av 'emotionella minnen' (Gilbert, 2007), bilder, symboler, kroppsliga reaktioner och andra icke-verbala former av minne, och dessa är ibland de första eller viktigaste tecknen på olösta konflikter eller motgångar. Med utvecklingen av språk och reflekterande/mentaliserande förmåga följer möjligheten att bedöma och modifiera existerande uppfattningar och skapa ny mening, som följer sociala diskurser och språkliga koder. Ändå kan icke-verbala uttryck för mening, inklusive drömmar, visioner, kroppsliga reaktioner som spänning, smärta, obehag med mera, fortsätta att verka livet igenom. Mening kan alltså kommuniceras genom beteende, symboler och kroppsliga reaktioner, såväl som genom ord. Ibland erhåller dessa icke-verbala eller för-verbala kommunikationer mer respekt och uppmärksamhet i icke-västliga kulturer, och blir mer sällan betraktade som patologi, 'sjukdom' eller galenskap.

Språkligt grundade hotresponser som fantiserande, föregripande, grubblande, reflekterande, tolkande och värderande kan alla samspela med andra hotresponser. Ibland kan människor av misstag starta förstärkande spiraler av mening som återkopplar till hotresponser, och skapa självuppfyllande profetior. Alternativt kan våra reflekterande språkbaserade förmågor användas för att skapa nya narrativ och ny mening som hjälper oss ut ur dessa spiraler.

## RESPONSER PÅ HOT - Vilka hotresponser använder du? (Vad var du tvungen att göra för att överleva?)

Huvuddokumentet utvecklar ingående hur biologins roll ser ut. Denna del handlar om kroppsliga/förkroppsligade reaktioner vilka mer specifikt kan betraktas som hotresponser.

När människor ställs inför ett hot har de möjlighet att använda sig av ett brett spektrum av hotresponser för att skapa möjligheter att överleva emotionellt, fysiskt, relationellt p.g.a. det negativa inflytande som makt har. Med andra ord, vilket betonades ovan, har dessa responser vissa gemensamma funktioner vilket inte med nödvändighet är samma sak som att beskriva vissa idag existerande symptomkategorier eller använda sig av diagnoskategorier.

När människor ställs inför ett hot, kan de ta till kombinationer av införlivade hotresponser (se box 48). Valet av respons beror på vilka maktresurser och olika kulturella betydelser som står till förfogande för individens meningsskapande. De hotresponser som beskrivs först är de som är mer 'för-medvetna'. De är inte nödvändigtvis beroende av språkliga eller medvetna strategier eller resurser, även om de till viss del kan påverkas genom inläring. De dominerar under tidiga utvecklingsstadier, även om man ser dem i aktion under hela människans levnad, och är relativt oberoende av kulturella sammanhang.



De hotresponser som beskrivs senare är sociala-kognitiva av en högre ordning och är mer beroende av språk och inläring. Personens strategimönster kan präglas mer av medveten uppmärksamhet och valmöjligheter. De uppträder oftare i senare utvecklingsstadier, är mer påverkade av lokal påverkan och i och med detta mer kulturspecifika. Det är viktigt att notera att det inte finns någon helt tydlig skillnad mellan förmedvetna och medvetna hotresponser. Det är inte heller lätt att göra någon uppdelning mellan 'positiva' och 'negativa' hotresponser, eller 'mogna' eller 'omogna' hotresponser. Alla hotresponser har ett adaptivt värde i vissa sammanhang och ett sämre adaptivt värde i andra, speciellt om de används utan flexibilitet.

Hotresponser förstås bäst som en meningsfull handling snarare än mekaniska beteenden utan mening. Detta betyder dock inte att hotresponserna alltid är medvetet valda. Det är viktigt att påpeka att de skapas med flexibilitet kopplade till dynamiska mönster med komplex mening, snarare än automatiskt kopplade till vissa stimuli som har en mer eller mindre konstant mening.

Inom det förmedvetna området har vi hotresponser som domineras av biologiskt kopplade emotionella reaktioner, t.ex. 'kamp' med ilska och 'flykt' med rädsla. Olust och uppdykande minnen kan upplevas, särskilt vid tidiga och allvarliga händelser, i form av överväldigande och skrämmande kroppsliga reaktioner. I praktiken har hotresponser från listans början kopplingar till språkliga aspekter. På samma sätt har hotresponser från slutet av listan formats av meningsaspekter som härstammar från förmedvetna känslor trots att de har sin grund i språket, inläring, diskurs, narrativ, symboler och samt självrepresentation. Hur som helst så kan reflexivt material från ett sammanhang falla tillbaka till den förmedvetna 'bakgrundsaktiviteten' i nästa. På liknande sätt kan en tidigare otydlig mening plötsligt bli framträdande. Dessa växlingar av sätt och omfattning, när det gäller reflexioner och tolkningar som människor gör, lägger nya lager av komplexitet och oförutsägbarhet på deras hotresponsmönster. Ytterligare påverkan kommer från andras responser, tillgängliga sociala innebörder och tillgång till olika maktresurser.

En viktig aspekt när det gäller interventioner från hjälpare är om hotresponserna är adaptiva under nuvarande omständigheter. Detta aktualiserar den större frågan om hur mycket av vår uppmärksamhet som ska gälla själva hotresponserna och hur mycket av uppmärksamheten som ska riktas mot de omständigheter som föranleder dem. Det aktualiserar även frågan om vem som är plågad eller störd av responsen på hotet och varför. (Det är allmänt erkänt att inom kriminalvården och sjukvården så behöver man inte bara ta hänsyn till responsens innebörd för personen i fråga utan också för omgivningen, när det gäller om den är brottslig eller skadlig för andra.)

Om en specifik reaktion kan betraktas som en hotrespons beror på vilken betydelse den har samt i vilket sammanhang den uppstår. Det finns många orsaker till somatiska symtom, dissociation, sömnproblem, alkoholbruk, isolering och talförsening, och alla är inte relaterade till hot. Speciellt för äldre, personer med intellektuell funktionsnedsättning och utvecklingsförsening kan reaktioner på olust påverkas av kognitiva och fysiska handikapp. För personer med IF (intellektuell funktionsnedsättning) kan vissa beteendemässiga fenotyper bero på ovanliga ärftliga tillstånd såsom Prader-Willi, Lesch-Nyan, Fragilt-X t.ex. Personer som fått diagnosen Autismspektrumtillstånd kan ha vissa neurologiskt orsakade symtom såsom ökad känslighet för sinnesintryck och är då väldigt känsliga för överstimulering vilket kan leda till stark ångest som i

sin tur kan leda till en rad olika beteenden. Dessa responser kan ses som ett försök att lindra emotionell överbelastning och att försöka få kontroll på den fysiska och sociala miljö som individen befinner sig i (Clements, 2005; Grandin, 1984). Det finns en risk att dessa beteenden bara ses som ett uttryck för tillståndet i fråga och inte som ett sätt att kommunicera upplevt lidande.

En provisorisk och inkomplett uppräknig av aktiverade responser på hot (inte symtom) på en grov skala från förmedvetna till medvetna kan ses i Box 4 och ytterligare exempel på hotresponser finns i Box 5-8.

#### Box 4: Hotresponser

|                                                                     |                                                                                                                                                                 |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Förberedelse för att strida, gå till attack                         | Kraftiga och snabba stämningslägesförändringar ('emotionella regleringssvårigheter')                                                                            | Använda ritualer och andra skyddsbeteenden                      |
| Förberedelse för att fly, söka upp säker plats                      | Att ha ovanliga åsikter                                                                                                                                         | Undvikande eller tvångsmässigt intresse för sex<br>Impulsivitet |
| 'Frys' reaktioner                                                   | Ha ovanliga syn-, lukt- och känsel sensationer                                                                                                                  | Ilka, Raseri                                                    |
| Vaksamhet, på helspänn, sömnsvårigheter                             | Kroppssensationer av olika slag; muskelspänning, yrsel, smärta, tinnitus, upplevelse av hetta eller kyla, utmattning, hudirritation, klåda, mag-tarmbesvär m.m. | Aggression, våld                                                |
| Panik, fobier                                                       | Emotionellt försvar; förnekande av vad som hänt, idealisering av människor                                                                                      | Suicidala tankar eller handlingar                               |
| Fragmenterat minne                                                  | Intellektualisering; undvikande av känslor och kroppssensationer                                                                                                | Misstro mot andra                                               |
| Bortträngda minnen                                                  | Koncentrationsproblem                                                                                                                                           | Att känna sig utvald                                            |
| Rösthörande                                                         | Förvirrad/instabil självbild/självkänsla                                                                                                                        | Minskad empati                                                  |
| Dissociation (glömmer bort tid och rum, fragmenterad uppmärksamhet) | Svårbegripligt tal eller kommunikation                                                                                                                          | Misstro                                                         |

|                                                     |                                      |                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Depersonalisation, överklighetskänslor              | Självskada av olika slag             | Undvikande av hotfulla situationer                                                                                                                                                                            |
| Flashbacks                                          | Självförsummelse                     | Perfektionism, driv                                                                                                                                                                                           |
| Mardrömmar                                          | Bantning, självsvält                 | Alkohol-, knark- och tobaksbruk                                                                                                                                                                               |
| Icke-epileptiska krampanfall                        | Hetsätning, överätande               | Att arbeta över, överdrivet tränande                                                                                                                                                                          |
| Emotionell avtrubbning, utslätning, likgiltighet    | Att tystna                           | Hopplöshet, trolöshet                                                                                                                                                                                         |
| Kroppslig avtrubbning                               | Att känna sorg                       | Relationella strategier; avvisande eller känslomässigt avstånd, sökande efter anknytning omsorg, Överdrivet omhändertagande av andra, isolering eller undvikande av andra, dominans, kontroll över andra etc. |
| Underkastelse, benägen till eftergifter             | Självanklagelser, självbestraffning  | Ältande, överdrivet tänkande, tar ut saker i förväg, skapar bilder, övertolkande, överreflekterande                                                                                                           |
| Uppgivenhet, inlärđ hjälplöshet, lågt stämningsläge | Hat mot den egna kroppen             |                                                                                                                                                                                                               |
| Protester, gråt, klängande sätt                     | Tvångstankar                         |                                                                                                                                                                                                               |
| Misstänksamhet                                      | Ritualer och annat säkerhetsbeteende |                                                                                                                                                                                                               |
| Känslomässig regression, tillbakadragenhet          | Samlande, hoarding                   |                                                                                                                                                                                                               |

**Box 5: Exempel på hotresponser som är vanligare hos barn/unga**

|                                                            |                                                    |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Ät- och sömnproblem                                        | Slåss, biter                                       |
| Koncentrationsproblem                                      | Stark separationsrädsla                            |
| Impulsivitet                                               | Fobier                                             |
| Enures                                                     | Grymhet mot djur                                   |
| Tics, plockande/nypande på hud ( ' <i>skin-picking</i> ' ) | Emotionellt tillbakadragande, regression, vaggande |
| Snatteri                                                   | Hotfullt beteende                                  |
| Språk- och utvecklingsförsening                            | Dåliga kamratrelationer                            |
| Att mobba andra                                            | Sexualiserat beteende                              |
| Rymma hemifrån                                             |                                                    |

**Box 6: Exempel på hotresponser som är vanligare hos personer med intellektuell funktionsnedsättning**

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Självska debeteende, plockande/nypande på hud ( ' <i>skin-picking</i> ' ), ögongnuggande, huvuddunkningar, pica.<br>Andra 'utmanande beteenden' som kan tolkas som kommunikation, särskilt om det finns begränsningar i förmågan att uttrycka sig, är att slåss eller bitas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Box 7: Exempel på hotresponser som är vanligare hos äldre och personer med kognitiva handikapp**

|                                               |                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Vandra omkring, leta efter kända platser      | Verbal och fysisk aggression                                  |
| Upprepningar, ställa samma fråga gång på gång | Att gömma saker eller samla på saker, ( ' <i>hoarding</i> ' ) |
| Ihållande skrikande                           | Emotionell instabilitet                                       |
| Agitation, oro                                | Ohämmat beteende                                              |

**Box 8: Exempel på hotresponser hos människor med olika neurologiska handikapp**

|                                            |                         |
|--------------------------------------------|-------------------------|
| Ångest                                     | Nedstämdhet             |
| Sömnproblem, trötthet                      | Emotionell instabilitet |
| Koncentrations eller uppmärksamhetsproblem | Ohämmat beteende        |

## Provisoriska generella mönster

Diskussionen ovan leder oss till en punkt som tillåter oss att illustrerar hur byggstenarna inom grundbegreppen *makt, hot, mening och hotresponser* kan grupperas tillsammans för att skapa provisoriska generella mönster inom elementen Makt, Hot, Mening och Hotrespons. Dessa mönster är inte slutgiltiga eller kompletta utan snarare en utgångspunkt för fortsatt forskning och utveckling. I linje med den tidigare diskussionen utgör de ingen enkel och entydig definition av vad mönster innebär, men de representerar meningsfulla samband som har belagts inom forskning och baseras på evidens från allmänmänskligt fungerande, koppling mellan orsak och verkan och bakomliggande processer. Den mer omfattande och utvecklade teorin och den forskning den bygger på går igenom i huvuddokumentet och är summerade i relation till varje enskilt mönster i Appendix 1.

För att upprepa huvudbudskapet från den tidigare diskussionen: upplevelsen av utmanande livsomständigheter skapar ytterst komplexa, överlappande, meningsbärande, kumulativa och synergistiska mönster, inom vilka orsakssambanden är tillfälliga och sannolika. Svårigheterna är ofta sammanlänkade och antalet kombinationer av hotresponser på dessa är närmast oändligt. De varierar ofta från person till person och även inom samma person från tid till annan även under likartade omständigheter. De avgränsade orsakssamband man använder sig av i psykiatri när man ställer diagnos kan inte existera när det handlar om beslutskapabla, meningsskapande människors sätt att hantera livets utmaningar. Det är trots allt möjligt att beskriva några vanliga regelbundenheter som framkommer i människors sätt att svara an på sociala och kulturella, materiella och diskursiva kontexter, istället för att göra antaganden om biologiska störningar som orsak. Dessa kausalt styrda regelbundenheter har vi konceptualiserat som hotresponser på maktstrukturer och den mening som tillskrivs dessa, vi kallar detta 'meningsbaserade hotresponser'. Vårt sätt att förstå individers och gruppers erfarenheter som utgår från dessa mönster kommer alltid att vara provisorisk och öppen för omskrivning, av alla de skäl som beskrivits ovan.

Eftersom detta utgör ett omfattande skifte i synen på traditionella psykiatriska diagnoser är det viktigt att betona några centrala punkter:

### De generella mönstren motsvarar inte enskilda symtomkluster

De provisoriska generella mönstren överskrider gränserna för enskilda diagnostiska kategorier och överlappar varandra. Det finns ingen entydig gräns mellan olika mönster. Detta utgör i sig inget problem inom RMHM d.v.s. det handlar inte om 'otydliga gränse', 'komorbiditet' eller 'särskiljande' kategorier. *I stället handlar det om den oreducerbara komplexiteten i människors gensvar på sina livsomständigheter*, på mångfalden av betydelse som skapas av motgångar av olika slag, den kreativa spännvidden hos de strategier som används och den reflektiva medvetenhet som används för att överleva dessa omständigheter.

### De provisoriska generella mönstren kan inte direkt översättas till diagnostiska kluster

Några av de provisoriska generella mönster som vuxit fram har vissa likheter med existerande diagnostiska kategorier. Till exempel liknar det andra provisoriska generella mönstret vad som

kallas 'BPD-borderline personlighetsstörning', det fjärde mönstret har likheter med diagnosen 'schizofreni', det femte korresponderar till viss del med diagnosen 'depression' och det sjätte motsvarar till viss del diagnosen 'anti-social personlighetsstörning'. Detta beror på att psykiatriska diagnoser, i viss utsträckning, också beskriver vissa psykosociala hotresponsmönster, men utifrån en medicinsk modell. Dock, *eftersom MHM-mönstren bygger på funktionella reaktioner och inte på symtom, så är det inte möjligt att förutsäga vilket mönster, eller kombination av mönster, som bäst beskriver erfarenheterna hos en människa som tilldelats en specifik psykiatrisk diagnos*. På motsvarande sätt kan varje sådant mönster beskriva människor med varierande psykiatriska diagnoser eller ingen diagnos alls.

## De generella mönstren erbjuder ingen allmän förklaring för specifika typer av 'symtom' eller hotresponser

Varje provisoriskt generellt mönster innehåller en rad olika möjliga hotresponser, så som överdriven vaksamhet, rösthörande, begränsningar av ätande etc. och de grupperas utifrån den funktion de fyller. På liknande sätt kan varje hotrespons kopplas till flera olika provisoriska generella mönster och tjäna olika syften. *Mönstren försöker återskapa sambandet mellan hotens betydelse och den funktion som hotresponser fyller, inte mellan kausala händelser (varken biologiska eller psykosociala) och specifika psykologiska konsekvenser (oavsett om de beskrivs som 'symtom' eller känsla/beteende)*. Det kan inte finnas någon universell förklaring till varför människor känner ångest eller nedstämdhet, eller varför de samlar på saker, utför tvångsmässiga ritualer eller oroar sig över att någon förföljer dem eller spionerar på dem.

Med detta sagt, så är hotresponserna inom varje mönster inte heller slumpmässiga eller allomfattande. Hotresponser på en mer förmedveten nivå (t.ex. överdriven vaksamhet) har den mest uppenbara kopplingen till ett ursprungligt hot (t.ex. fysisk fara). Hotresponser på en mer medveten nivå formas i högre grad av social inlärning och social diskurs, vilket medför att skillnaden i typer av hotresponser på denna nivå skiljer sig mer åt mellan olika kulturer. Genom att lyfta fram de narrativ och de diskurser som är mest tillgängliga inom en viss kultur, synliggörs de generella mönstren i sambanden mellan vanligt förekommande meningsskapande narrativ (t.ex. 'det var mitt fel att jag blev sexuellt trakasserad') och de funktioner dessa meningsskapande narrativ fyller i denna kontext (t.ex. 'jag lindrar mina skuld känslor genom att skada mig själv'). Dessa samband är dock alltid till viss del provisoriska, speciellt på individuell nivå.

## De provisoriska generella mönstren överskrider gränsen mellan 'normalt' och 'onormalt'

*Responserna på hot anpassar sig inte till traditionella gränser mellan normalt och patologiskt*. Exempelvis kan socialt högt ansedda kännemärken, som att arbeta hårt, ha samma funktion av självbesträffning/undvikande av känslomässig smärta som självskada har. På samma sätt kan de funktioner som hotresponserna har överskrida gränserna för vilken samhällelig vårdinstans som är relevant - missbruk och störande beteende kan ju betraktas som överlevnadsstrategier på samma sätt som vanföreställningar, hallucinationer, ätstörningar, rökning eller riskfyllt sexuellt beteende osv.

## Det kommer att finnas mönster inom de provisoriska generella mönstren

Inom ramen för de generella mönstren kan det vara användbart att identifiera sub-mönster som är kopplade till specifika händelser eller omständigheter såsom våld i hemmet, våldtäkt, hemlöshet etc. Detta för att sådana händelser eller omständigheter, i en viss social kontext, kan ha en särskilt strak och laddad mening och innebörd. Exempelvis kan en social diskurs som beskriver att kvinnor har sig själva att skylla om de blir våldtagna, leda till att en våldtäkt triggar starka känslor av skuld och självanklagelser. På liknande sätt kan den sociala diskurs som beskriver män som starka och i kontroll, leda till att män, som blir offer för fysiskt våld, känner sig kränkta och förödmjukade. I båda dessa exempel kan vi se hotresponser som har till syfte att hantera effekten av den dominanta diskursen. Kvinnan håller kanske våldtäkten hemligt och hanterar skuldkänslorna med självskadebeteenden medan mannen försöker återskapa sin självkänsla genom att gå till motattack. Det kan vara till stor hjälp för människor som utsatts för denna typ av hot att få information om dessa vanliga hotresponser och den mening som den dominanta diskursen tillskriver dem. *Det finns dock ingen universell mening (betydelse) eller unik respons som är kopplad till en viss typ av omständigheter vare sig inom en specifik kultur eller generellt över kulturella gränser.* Vi beskriver därför medvetet dessa sub-mönster som hör ihop med vissa omständigheter mycket försiktigt, med en påminnelse om att de överlappar med andra mönster och att de starkaste regelbundenheterna sannolikt framträder på en mer allmän nivå.

De generella mönstren kommer alltid att återspegla, och vara formade av, ideologin i den lokala sociala, kulturella och politiska kontexten

Det har argumenterats för att *erfarenheterna och uttryckssätten för lidande inom ett visst samhälle, vid en viss historisk epok, troligen, på någon nivå, kommer att reflektera en upplevd eller faktisk 'mismatch' från detta samhälles värderingar och förväntningar*, så som de förmedlas i social diskurs och ideologiska ståndpunkter. Alltså kan vi i industrialiserade länder förvänta oss att se gemensamma mönster för lidande som är centrerade runt viss teman av strävanden: att prestera i överensstämmelse med allmänt accepterade idéer om framgång; att separera och utveckla oberoende från sin ursprungsfamilj i äldre tonåren; att passa in i normer för utseende och vikt; att arbeta och tjäna pengar, att passa in i rådande könsroller, inklusive förväntningar om identitet och sexuell inriktning; att lyckas i tävlan om materiella tillgångar; att få trygghet och känslomässigt stöd inom kärnfamiljens ram; att omvärdera och anpassa de värderingar och förväntningar om man kommer från en annan kultur; att uppfostra barn så att de beter sig enligt gällande normer; att som barn anpassa sig till rådande utbildningssystem; att som vuxen kunna handskas med ensamhet; att som en person med handikapp konkurrera på arbetsmarknaden och så vidare.

På liknande sätt kan vi förvänta oss att hitta gemensamma mönster av lidande relaterade till grundläggande mänskliga behov som sannolikt hotas genom industrialisering och neoliberalism, såsom social utstötning, marginalisering och kontaktlöshet. Slutligen kan vi i västvärlden se en ökad risk att få en psykiatrisk diagnos som en respons på erfarenheter som utmanar västvärldens idéer om individualitet - till exempel 'irrationella' eller icke-rationella föreställningar, ovanliga andliga upplevelser och rösthörande, vilka alla utmanar idén om ett sammanhållet själv. Alla dessa teman kan återfinnas i beskrivningen av de generella mönstren som följer.

Vi uppmärksammar att det kommer att finnas andra generella mönster som är mer relevanta för grupper och samhällen med andra världsbilder, även om dessa successivt trängs undan av globaliseringen. Av detta skäl innehåller listan några mycket preliminära förslag den funktion som några av de 'kulturella syndrom' som finns beskrivna i DSM och ICD kan tänkas ha, om man betraktar dem ur ett RMHM-perspektiv. Syftet är att visa att den allmänna principen hos de grundläggande begreppen Makt, Hot, Mening och Hotresponser går att tillämpa på alla grupper och samhällen, även om viss anpassning behöver göras. Men det är viktigt att betona att RMHM inte påtvingas eller exporterat någonstans där det inte behövs. Syftet är att förmedla respekt för de många kulturspecifika sätt som lidande kan erfaras, uttryckas och läkas, både på individuell och samhällelig nivå.

## Det varierar hur människor 'matchar' de föreslagna provisoriska generella mönstren

Varje enskilt generellt mönster beskriver ett spektrum av svårigheter/hot och hotresponser. Beroende på den individuella livshistorien och *livsomständigheterna kan en människa vid varje given tidpunkt och i varje given situation befinna sig någonstans på ett kontinuum, från lätt och tillfällig olust till mycket allvarliga motgångar och handikappande lidande*. I motsats till den total oförmåga som etiketten 'psykiskt sjuk' kan antyda, hävdar RMHM att ingen människa skall betraktas som oförmögen att fungera hela tiden och i alla situationer. Vi kommer alla att erfara extrema former av obehag vid något tillfälle i våra liv, oavsett om vi har tilldelats en psykiatrisk diagnos eller ej. Ibland sker maktutövning på ett subtilt och socialt accepterat sätt - t.ex. genom oemotsagda antaganden om hur 'normala' människor ser ut, betar sig, känner och relaterar till varandra. Det kan då vara svårt att upptäcka rötterna till vanligt förekommande men mindre allvarliga och mer diffusa hotresponser, såsom ångest, panikattacker och lågt stämningsläge.

En del människor kan känna igen sig i ett visst mönster eller sub-mönster, medan andra kan känna igen sig i två eller flera mönster eller sub-mönster. Detta bör inte betraktas som en svaghet i teorin, utan som ett erkännande av att meningsskapande är centralt för människors sätt att hantera motgångar av olika slag, vilket innebär att det är omöjligt att göra enkla påståenden om ursprung eller funktion för olika uttryck av obehag och lidande. *Detta erkännande upprättar mänskligt meningsskapande och handlingskraft, som exkluderas inom en snäv diagnostisk modell*. De generella mönstren kan användas för att realisera detta erkännande genom att skapa personliga narrativ, vilket kommer att diskuteras mer i detalj i slutet av kapitlet.

## Det kommer finnas versioner av de generella mönstren på samhällsnivå

De generella mönster som här beskrivs är i första hand tillämpbara på individer och familjer, eftersom det är genom den linsen som vi betraktar psykiskt lidande i Västvärlden. *Om vi istället betraktar situationen både inom och utanför Storbritannien kan vi se de mönster som beskriver traumatisering och förnedring av hela samhällen som en mer naturlig utgångspunkt*. Detta är särskilt tillämpligt för samhällen utsatta för krig, naturkatastrofer och andra storskaliga förluster av kultur, identitet, arv, land, språk, ritualer och trossystem (se t.ex. Jankovic et al, 2012; Somasundaram & Sivayokan, 2013; Steel et al, 2009). I samband med arbete med traumamedveten omsorg har man i ökande utsträckning intresserat sig för hur olika befolkningsgrupper såsom urfolk i Nordamerika eller aboriginer i Australien påverkats av strukturellt våld (se Arthur et al, 2013, och [preventioninstitute.org](http://preventioninstitute.org)). Intresset för samhällsperspektivet har nyligen ökat i USA med insikten om att stressande/traumatiska



barndomsupplevelser (*Adverse Childhood Experiences, ACE*) uppstår i utsatta miljöer (*Adverse Community Environments*). Hela samhällen kan kollektivt påverkas av strukturellt våld, definierat som ”skador som individer, familjer och samhällen upplever genom påverkan av ekonomiska och sociala strukturer, sociala institutioner, sociala maktrelationer, privilegier, ojämlikhet och orättvisor” (Pinderhughes et al, 2015, s.15). Dessa sociala kontexter skapar misstro och undergräver resiliensen på flera nivåer, och påverkar alla människor både direkt och indirekt, vilket i sin tur speglar och förstärker individuella hotresponser (till exempel Rosen et al, 2017). Karaktäristiska ’symtommönster’ som uppstått ur ett kollektivt trauma kan upplevas på den socio-kulturella nivån (människorna), den fysiska nivån (platsen), och den ekonomiska nivån (tillgången på resurser och möjligheter). Denna typ av problematik behöver åtgärdas på flera nivåer, t.ex. genom skapande av ett nytt och mer hoppfullt narrativ om samhället i sig (Pinderhughes et al, 2015). Det är enkelt att se hur detta synsätt skulle kunna tillämpas på grupper inom Storbritannien som påverkats av konflikter, exempelvis på Nordirland, där man ser en nedläggning av traditionella industrier och utbredd fattigdom. Ett sådant synsätt är även kompatibelt med teorier om sociala identiteter som visar att en viktig del av vår självbild handlar om att vara medlem i en social grupp (Jetten et al, 2012). Detta är ett område där sambanden i mönster kan fortsatt utvecklas, kanske genom att använda RMHM inom forskningen kring *Adverse Community Environments* (Pinderhughes et al, 2015), eller genom att vidareutveckla delar av det grundläggande makt-hot-meningsmönstret.

## Sju provisoriska generella mönster

Diskussionen har fram tills nu varit en förberedelse för att kunna beskriva sju provisoriska generella mönster som har framträtt inom det grundläggande makt-hot-mening-mönstret. Det första provisoriska generella mönstret, ’identiteter’, föreslås vara en användbar utgångspunkt för alla. Det avser att belysa kärnfrågor som relaterar till identitet, mångfald, intersektionalitet, marginalisering och kulturell nedvärdering och - där det är relevant - sättet som identiteten ’psykiskt sjuk’ kan samverka med meningsskapande och livsupplevelser.

Genom att stå fast vid principen om hotresponser som ett aktivt handlande från individens sida för skydd och överlevnad snarare än ett passivt resultat av biologiska skador och begränsningar har de provisoriska generella mönstren, med undantag från det första, uttryckts som verb (’att överleva hotet X’ snarare än ’lida av sjukdomen X’).

1. Identiteter.
2. Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering.
3. Att överleva anknytningsbrott och utsatthet som barn/ung.
4. Att överleva separation och identitetsförvirring.
5. Att överleva nederlag, instängdhet, utanförskap och förluster
6. Att överleva socialt utanförskap, skam och tvingande makt.
7. Att överleva enskilda hot.

# 1. Provisoriskt generellt mönster: Identiteter

Detta mönster är utarbetat för att underbygga alla andra mönster, och kan fungera som en utgångspunkt i arbetet med enskilda individer eller grupper. Liksom i alla de generella mönstren förväntas färre hot och försvårande omständigheter samt fler mildrande och skyddande faktorer, ge upphov till färre och mindre belastande hotresponser.

## Narrativ sammanfattning av mönstret

*Ramverket för makt, hot och mening tydliggör att alla människor i samhället kan uppleva psykiskt lidande, även de som har en mer privilegierad social status. Alla påverkas av negativa maktstrukturer på ett eller annat sätt och ingen är immun mot sociala och relationella svårigheter. En hög social status kan innebära en exponering för karaktäristiska negativa maktprocesser. Generellt sett kan däremot vissa identiteter erbjuda kompenserande resurser, i relation till svårigheter i form av mer makt, status, kontroll och sociala resurser. Sådana identiteter kan även leda till fler möjligheter till stöd, flykt, skydd, trygghet och läkande. Detta bekräftas av evidens för betydelsen av klass, etnisk tillhörighet och könsidentitet inom psykisk hälsa, inom rättsväsendet och i andra välfärdssystem.*

*När detta mönster beskrivs i relation till psykologiskt lidande, beskrivs därför ofta (men inte alltid) någon, vars identitet, eller delar av den, har en underordnad eller nedvärderad status. Detta inkluderar många med minoritetsstatus (exemplen i detta dokument gäller identiteter med minoritetsstatus i Storbritannien, även om dessa människor är i majoritet någon annanstans i världen). Det kan också beskriva erfarenheter i majoritetsbefolkningen och därför vara en oundviklig del av många vardagsliv. I sådana fall kan mönstret vara ännu mindre synligt, mer accepterat och ses som mer kulturellt normalt. En nedvärderad identitet kan vara relaterad till etnisk tillhörighet, medborgarskap, sexuell läggning, könsidentitet, religion, funktionsnedsättning eller att bli definierad som 'psykiskt sjuk'. Det kan också hänga ihop med bredare sociala grupperingar såsom personer som identifierar sig som kvinnor, äldre eller arbetarklass.*

*Att tillhöra flera marginaliserade identiteter (exempelvis svart och funktionsnedsatt; kvinna och fattig; homosexuell och 'psykiskt sjuk'). innebär en större grad av diskriminering och hot och ökar risken för att uppleva sociala och relationella utmaningar i kombination med försämrad fysisk hälsa. Å andra sidan kan vissa känna en stark, solidaritet och skyddande gemenskap i den grupp de tillhör, och/eller bli validerade för delar av deras identitet som värderas högre i samhället. Detta fenomen gäller för alla mönster i ramverket.*

*Generellt är alla psykiatriska diagnoser vanligare bland individer med nedvärderade identiteter, särskilt om de tillhör flera grupper som nedvärderas. T.ex. har personer som bor i Storbritannien och tillhör en etnisk minoritet en högre grad av både lindrigare och svårare psykiatriska diagnoser jämfört med den vita majoritetsgruppen. Detta gäller oavsett om de är födda i Storbritannien eller har flyttat dit från någon annan del av världen. Vissa vita minoritetsgrupper i Storbritannien drabbas också av nedvärdering av sin identitet t.ex. de som har irländskt ursprung. Andra marginaliserade grupper såsom kvinnor, romer och resandefolk, människor med funktionsnedsättning, de som identifierar sig som*

*homosexuella, transpersoner, har alla lägre socioekonomisk status och löper högre risk (i proportion till sitt antal) att få både lindriga och allvarliga psykiatriska diagnoser.*

## **Makt, hot, mening och hotresponser inom det generella mönstret**

Aspekter av makt, hot, mening och hotresponser i detta mönster inkluderar ofta följande:

### **Makt**

Individen och dennes sociala grupp har sannolikt haft tidigare och pågående upplevelser av flera former av underordnande, exkludering och förtryck – direkt eller indirekt relaterat till en nedvärderad aspekt av deras identitet – något som många, men inte alla känner igen sig i. Underordnandet kan ta form som ständiga bakgrundshot (som att leva i en utsatt eller farlig miljö, eller med täta påminnelser om riskerna för att den egna gruppen utsätts för våld eller aggression) eller diskriminering (gällande lön och anställning, utbildning, bostad, transport och hälso- och sjukvård). Det kan också ta sig uttryck i upprepade erfarenheter av negativa stereotyper av ens grupp, av fientlighet, trakasserier och 'mikroaggressioner' eller upprepade, dagliga interaktioner som, ofta subtilt, nedvärderar personer i deras grupp. Potentiellt traumatiserande handlingar är svårare att upptäcka om de är socialt accepterade eller till och med anses vara önskvärda. Nedvärdering av en social eller kulturell grupp sträcker sig även till 'hermeneutisk' eller 'epistemisk orättvisa', då gruppens medlemmar förvägras möjligheten att skapa mening av sina egna upplevelser på grund av ojämna maktförhållanden och brist på delaktighet i och tillgång till samhällets resurser. Allt detta kan finnas i kontexten av att en hel social eller kulturell grupp utsatts för historiskt och transgenerationellt förtryck, genom exempelvis krig, kolonialism eller i extrema fall folkmord. Negativ ideologisk maktutövning kan få särskilt genomgripande effekter på grund av att den riktas mot meningsskapandet, identiteter, normer och de standard mot vilken gruppmedlemmarnas beteende, karaktär, förmågor och värde kan jämföras. Ideologisk makt är nära kopplad till hermeneutisk orättvisa (se ovan).

### **Hot**

Individen (med sin grupp av familj/samhälle/kultur) inom detta mönster har mött och möter ofta centrala hot som orsakats av nedvärderingen av centrala aspekter av dennes självuppfattning och identitet, inklusive socialt utanförskap och marginalisering inom den dominanta gruppen, främmandegörande, fysisk fara, invalidering, maktlöshet, utkonkurrering, materiell fattigdom och förlust av kroppslig integritet likväl som förlusten eller nedvärderingen av ens sociala roll, hot mot banden till ens sociala grupp/folkgrupp, förlust eller nedvärdering av källor till kunskap och insikt, förlust av ritualer, traditioner eller hemland.

### **Mening**

Hoten har ofta tillskrivits mening så som exkludering, skam, förnedring, fångenskap, underlägsenhet, värdelöshet, maktlöshet och orättvisa.

### **Hotresponser**

Hoten, och den mening de har tillskrivits är associerade med, triggar hotresponser som förmedlas via kroppen. Hotresponser kan uppfattas som i grunden skyddande. Handikappande aspekter av hotresponserna kan minimeras och motverkas med hjälp av andra responser, utifrån individens förmågor, styrkor, materiellt-, relationellt- och socialt stöd, alternativa narrativ och andra maktresurser som återfinns på den mer reflexiva änden av spektrat, och kan vara mer

tillgängliga för de som har mer privilegierade positioner. I detta mönster kan sådana resurser visa sig som social solidaritet och uppmärksamhet på ideologisk makt, vilket leder till social aktivism. Eftersom vi alla besitter flera olika identiteter, kan vi ha möjlighet att utnyttja fördelarna av de responser som erbjuds inom de mer privilegierade aspekterna. Hotresponser inom detta mönster används ofta i följande syften:

*Att reglera överväldigande känslor* (t.ex. förhöjt eller lågt stämningsläge, att höra röster, att bruka alkohol och droger, kroppsliga upplevelser, vrede, kroppslig avdomning, isolering, självanklagan, självskada).

*Att skydda sig mot fysisk fara* (t.ex. ständig vaksamhet, kamp/flykt/frys, misstänksamhet, isolering, aggression).

*Att vidmakthålla identitet, självbild och självkänsla* (t.ex. förnekelse av främmandegörande eller diskriminering, ständig vaksamhet, misstänksamhet, ovanliga uppfattningar, perfektionism, aggression, ambition).

*Att bevara en plats i den sociala gruppen* (t.ex. ambition, tävlingsinriktning, blidkande, ständig vaksamhet, misstänksamhet, självanklagelser, självcensur).

*Att skydda sig mot anknytningsförlust, smärta och övergivenhet* (t.ex. avvisande av andra, misstro, att söka omsorg och känslomässiga responser, undergivenhet, självanklagelser, isolering, undergivenhet, självcensur).

## Sub-mönster inom det provisoriska generella mönstret 'Identiteter'

Eftersom detta mönster består av ett stort antal överlappande identiteter, försöker vi inte ge en uttömmande lista över psykologiska och emotionella konsekvenser för varje enskilt fall. Istället beskrivs exempel på psykologisk stress i relation till några identiteter, som har valts eftersom de har störst vetenskaplig bevisstyrka. Ytterligare referenser till mönster av påfrestning för dessa och andra identiteter återfinns i ett appendix till huvuddokumentet (sid 318 Ö. a.). Detta appendix innehåller även en detaljerad diskussion kring möjliga samband mellan identiteter och lidande. Syftet är att betona det centrala i identiteters roll i relation till erfarenheter av, uttryck för och reaktioner på, alla slags sorters lidande och problematiskt beteende. En medvetenhet om detta perspektiv är nödvändig i varje analys av individers eller grupper reaktioner på psykologisk stress. Nedan följer en detaljerad översikt av identiteten 'psykiskt sjuk', en kategorisering som per definition har givits till, och använts av, många personer som upplever lidande eller har ovanliga upplevelser.

### Att identifieras som/identifiera sig som 'psykiskt sjuk'

Att tillskrivas identiteten 'psykiskt sjuk' eller 'psykiatrisk vårdtagare/patient' är en omvälvande händelse och har visat sig ha djupgående, långvariga och ofta negativa konsekvenser på många aspekter av en människas liv. Psykiskt och emotionellt lidande är vanliga följder. Fysisk hälsa drabbas ofta indirekt på grund av bristfällig kost och bristande tillgång till hälso- och sjukvård eller direkt via psykiatrisk medicinering. Individer med nedvärderade identiteter löper större risk att utsättas för motgångar och efterföljande lidande, vilket i sin tur kan resultera i psykiatriska

diagnoser. Därför kan tillägget av den nedvärderade identiteten 'patient i psykiatrin' öka eller förstärka existerande upplevelser av skam, misslyckande, exkludering och marginalisering.

Att kategorisera psykiskt lidande som 'en sjukdom bland alla andra' blir allt vanligare i höginkomstländer och på global nivå ökar stödet för detta perspektiv i befolkningen. Världen över förknippas dock psykisk sjukdom med ökad stigmatisering, socialt utanförskap, pessimism kring tillfrisknande, självstigmatisering och självkritik. Den diagnosbaserade förklaringsmodellen för 'psykisk ohälsa' kan tolkas som en aspekt av den individualism som karaktäriserar västerländska kulturer. Det har argumenterats för att prioriteringen av en modell som utgår från individuella brister tjänar syften på individuell, social, professionell, företagsmässig och politisk nivå.

Identiteten 'psykiskt sjuk' har blandade konsekvenser. Den kan resultera i en lättnad från skuld känslor och osäkerhet eller hopp om vägledande expertråd och effektiva insatser. Samtidigt har 'sjukdomsrollen' visat sig bidra till passivitet och en minskad känsla av ansvar för det egna tillfrisknandet. Att få en psykiatrisk diagnos visar sig göra personen mer pessimistisk inför möjligheten att få ett förbättrat mående, mindre benägen att anstränga sig för att må bättre, mer benägen att använda alkohol för att hantera svåra situationer, samt leda till upplevelsen av minskad kontroll över svårigheterna. Därtill har psykiatrisk diagnostisering en underminerande effekt på psykoterapi, medan att avvisa en tillskriven diagnos har kopplats till bättre resultat av terapin. Det sistnämnda kan dock resultera i konflikter med professionella inom vården och behovet av hälso- och sjukvård utesluter detta alternativ för de flesta.

Självstigmatisering som konsekvens av att anses vara 'psykiskt sjuk' är vanligt förekommande. Reaktioner på att få psykiatriska diagnoser kan vara positiva, negativa eller blandade och kan förändras över tid. Hur detta utvecklas beror delvis på diagnosen. En kategorisering som 'schizofreni' kan föra med sig ett större 'allvar' och generellt upplevas som mer stigmatiserande. 'Personlighetssyndrom' beskrivs ofta som den mest stigmatiserande kategorin på grund av att den förknippas med en mer galenskap och dåligt uppförande/elakhet. Denna kategori har visat sig väcka, och förvärras av, avvisande bemötande från personal. Diagnoser som 'depression' eller 'ångestsyndrom' upplevs mer ofta vara till hjälp av vårdtagarna, då de kan minska skuld känslor och självanklagelser, öka individens tillgång till information och stöd samt ge bekräftelse på lidandet.

Psykiatriska diagnoser har visats sig öka diskriminerande attityder i den allmänna befolkningens gentemot personer med identiteten 'psykiskt sjuk'. Det kan uppfattas vara farliga, oförutsägbara och osjälvständiga och uppfattas ta bristande ansvar för konsekvensen av sina egna handlingar. De kan också upplevas ha bristande 'mänsklighet'; uppfattas ha mer allvarliga problem. Detta kan väcka rädsla; avvisande och avståndstagande; och pessimism även i omgivningen angående tillfrisknande.

Diskriminering som resultat av att kategoriseras som 'psykiskt sjuk' är en nästintill universell företeelse. Detta formar barriärer mellan den som beskrivs som 'psykiskt sjuk' och möjligheten till anställning, utbildning och fritidsaktiviteter som semestrande och nöjesliv. Dessa mekanismer förvärras för personer som har etnisk minoritetsbakgrund och funktionsnedsättning. Diskriminering har en negativ inverkan på hjälpsökande, självkänsla, självomsorg och sociala relationer samt innebär ofta skuld känslor, skam och oro för anhöriga/vårdare. Psykiatriska

diagnoser underlättar tillgången till viktiga stödinsatser, både inom och utanför hälso- och sjukvård. Psykiatrisk vård och liknande verksamheter erbjuder vanligtvis ett brett utbud av insatser utöver de ordinarie medicinska. Utbudet inkluderar ofta olika sorters terapi, stöd i vardagen, möjligheter till anpassad utbildning, hjälp att bygga sociala nätverk, anpassning av boende och arbetsmiljö, etc. Vissa har positiva erfarenheter av att ta emot insatser, medan de flesta har blandade erfarenheter. Psykiatriska diagnoser kan bana väg för potentiellt handikappande, tvingande och återtraumatiserande interventioner inom vård för psykisk hälsa och relaterade organisationer. Exempel på sådana insatser är långvarig medicinering, tvångsinläggning, -isolering och -fasthållning. Att bli påtvingad ett narrativ om 'sjukdom' från en expert kan underminera individens självförtroende och förmåga vad gäller att skapa mening av sina egna upplevelser. På ett subtilt plan kan identiteten 'psykiskt sjuk' begränsa individers förväntningar på vilka de kan vara, vad de kan klara av och vilka sorts liv de kan hoppas leva.

## Exempel på andra etablerade mönster för psykiskt lidande relaterade till specifika identiteter

### Att bli identifierad/identifiera sig som kvinna

Flickor och kvinnor utgör ungefär hälften av gruppen med 'andra nedvärderade identiteter'. I de flesta (om inte alla) samhällen, framställs och behandlas kvinnor som underlägsna eller sekundära, på ett intellektuellt, ekonomiskt eller samhällsmässigt plan. Undantag förekommer, exempelvis kan kvinnor med hög social status uppfattas som överlägsna män med låg social status, och vissa kvinnliga roller, som moderskap, kan också värderas högt. Allmänt är kvinnor som grupp utsatta för mer kontrollerande av sina kroppar och sina aktiviteter än män, ofta är detta framställt på ett objektifierande och sexualiserande sätt. Utseende värdesätts ofta högt, snarare än prestationer och de utsätts frekvent för trakasserier, mikro-aggressioner och våld från män. Kvinnor är ofta i minoritet i många makt- och inflytelserika positioner, såsom inom regering, rättsväsende, industri, vetenskap och forskning. Deras situation kompliceras ofta av deras nära, ofta släkt-/ familje-relationer till män, och av sociala strukturer där denna maktordning tas för givet, samt av processer och förhållanden där ett antagande om kvinnors underlägsenhet vävts in. Det finns omfattande forskningsstöd för hur detta sammantaget påverkar kvinnors och flickors mentala hälsa negativt, längs ett brett kontinuum av uttryck exempelvis ångest, nedstämdhet, 'psykos', dissociation, sexuella problem, sömnsvårigheter, post-traumatisk stress, ätproblem och självskada.

### Att identifieras som/identifiera sig som man

Även om identiteten man generellt inte nedvärderas, associeras mannens privilegier ofta med strikta normer kring positiva aspekter av denna identitet. Aspekter som utmanar dessa normer, särskilt beteenden- och känslomässiga uttryck som anses närma sig kvinnlighet nedvärderas. Män som innehar andra nedvärderade identiteter, exempelvis relaterade till socioekonomisk bakgrund eller etnisk tillhörighet, möter specifika problem med att upprätthålla de aspekter av 'maskulinitet' som värdesätts socialt. Detta sammantaget, i kombination med de hot som beskrivs i de andra provisoriska generella mönstren, återspeglas i hög självmordsfrekvens; hög nivå av våldsutövande mot andra, problematiskt drog- och alkoholbruk liksom problem med ångest och nedstämdhet.

Att identifieras som/identifiera sig som medlem av en etnisk minoritetsgrupp

(i Storbritannien) Personer från många etniska minoritetsbakgrunder som bor i Storbritannien har väsentligen högre nivåer av både vanliga och svårare diagnostiserade problem med psykisk hälsa jämfört med andra grupper. Detta gäller oavsett om de föddes i Storbritannien eller flyttade till Storbritannien från andra delar av världen. Den ökade psykiska ohälsan i denna grupp har visat sig hänga samman med upplevelser av och föreställningar om diskriminering och rasism, och andra sorters sociala nackdelar. Denna identitet skär tvärs igenom social klass och könsidentitet. Specifika folkgrupper (turkiska, polska, rumänska, indiska, pakistanska, ugandiska, asiatiska, somaliska, ungerska) möter specifika mönster av utmaningar (se Appendix i huvuddokumentet, för referenser). Irländska personer har visat sig ha det värre än många av de större etniska minoritetsgrupperna i England, både med psykisk och fysisk hälsa – ett mönster som kvarstår in i andra och tredje generationen.

Att identifieras som/identifiera sig som en person med afrikanskt eller västindiskt ursprung (i Storbritannien)

Svarta personer är en minoritetsgrupp i Storbritannien och utsätts, liksom många andra minoritetsgrupper, för ytterligare påfrestningar och diskriminering, inklusive att vara väldigt underrepresenterade i positioner som medför makt och inflytande. Dessa effekter mildras delvis av att leva nära andra svarta personer. Svarta personer med afrikanskt eller västindiskt ursprung som lever i Storbritannien har särskilt hög frekvens av diagnosen 'psykos'. Detta har visat sig hänga samman med deras ofördelaktiga sociala utsatthet som innefattar fattigdom, och utsatthet för rasism och diskriminering. Unga svarta män som lever i urbana miljöer i Storbritannien diagnosticeras särskilt ofta med 'psykos', och har högre frekvens av diagnosen 'paranoia', vilket kan bero på att de lever i miljöer med multipla former av sociala belastningar och diskriminering. Historiskt sett kan sambandet mellan 'schizofreni' och svarta män och den relaterade våldsamhet, fientlighet och paranoia som tillskrives dem spåras tillbaka till 1960-talets medborgarrättsrörelse i USA, där denna stereotyp började växa fram. Tidigare antogs denna 'sjukdom' framför allt drabba vita personer och associerades med nedsatt funktionsförmåga snarare än våldsamhet. Både professionella och den allmänna befolkningen överskattar fortfarande unga svarta mäns våldsbenägenhet, vilket tyder på att denna stereotyp har överlevt. Det är större sannolikhet att svarta män tvångsinläggs för psykiatrisk vård och där utsätts för olika former av tvångsåtgärder. Att bo i storstadsmiljöer ökar risken för psykisk ohälsa hos alla, men särskilt där det finns stora inkomstklyftor. Att bo nära fler personer med samma etniska tillhörighet är en skyddsfaktor. Att få diagnosen 'paranoia' är relaterat till att vara man, att ha låg socioekonomisk status, att vara immigrerad, att vara medlem i en etnisk minoritetsgrupp och att vara flykting. Vetenskapliga studier har visat att diagnosen 'paranoia' är förknippat med känslor av ilska, värdelöshet, förnedring, instängdhet, kontaktlöshet, maktlöshet och orättvisa.

Svarta kvinnor som bor i Storbritannien upplever många svårigheter i form av kontinuerlig rasism, fattigdom och bristande jämställdhet och rapporterar en hög nivå av sexuellt våld och vålds- och brottsutsatthet. Sexuellt våld och kränkande särbehandling ökar risken att drabbas av allvarlig depression och traumatisering. Stereotyper av svarta kvinnors styrka har identifierats som hinder för svarta kvinnor att få hjälp från hälso- och sjukvård och samhällsservice. Kvinnorna rapporterar att de erbjudits psykofarmaka men får inte tillgång till stöd- eller terapisaamtal från vården.

## Att identifieras som/identifiera sig som en person med intellektuell funktionsnedsättning

Särskilt de med 'mild' funktionsnedsättning upplever skam och nedvärdering, och många försöker distansera sig från andra med intellektuella handikapp och från stödfunktioner, vilket i sin tur kan förvärra känslor av isolering och 'olikhet'. Känslor av 'dumhet' utgör en vanlig risk när man navigerar i sociala sammanhang. Tidigare forskning från 1960- och 70-talen beskrev försök till att 'passera som normal', t.ex. 'en mask av kompetens' (*The Cloak of Competence*) till en hög emotionell kostnad för individen. Det kan också finnas skam över att 'ha betydande nedsättningar' och att uppleva diskriminering i ett kraftigt individualiserat, prestationsorienterat samhälle; något som kan leda till känslor av misslyckande, att inte vara 'bra nog', att vara skadad och så vidare. Denna grupp löper även större risk än sina jämnåriga att bli utsatta för fysisk, sexuell och emotionell misshandel och försummelse, vilket kanske uppmärksammas mindre i denna grupp jämfört med den allmänna befolkningen utan funktionsnedsättning.

Appendix i huvuddokumentet, ger referenser för känslomässigt och psykologiskt lidande i relation till dessa och aspekter av andra identiteter såsom romsk, resandefolk, irländsk (i Storbritannien), HBTQ, låg socioekonomisk status, funktionsnedsatt och äldre vuxen.



## 2. Provisoriskt generellt mönster: att överleva avvisande, instängdhet och invalidering

Precis som alla mönster beskriver detta mönster ett kontinuum. Färre hot och färre förvärrande faktorer tillsammans med fler lindrande och skyddande faktorer innebär att personen utvecklar färre och mindre handikappande hotresponser.

### Narrativ sammanfattning av mönstret

*Ramverket för makt, hot och mening beskriver här mönster av hotfulla relationer och de hotresponser de genererar. Hotresponserna ger i sin tur upphov till internaliserade grundantaganden om att vara avvisad, instängd/insnärjd eller invaliderad.*

*Att upprätthålla betydelsefulla anknytnings- och andra viktiga relationer och samtidigt att inte tippa över i misstro och rädsla för att bli avvisad, sårad eller skadad. Det här dilemmat uppstår ofta när maktutövning sker i kontexten av fattigdom, social ojämlikhet, arbetslöshet, ojämlikhet mellan könen och i krig. Vanliga diagnoser som tillskrivs de som utsätts är 'instabil personlighetsstörning' (tidigare borderline personlighetsstörning), 'bipolär sjukdom', 'dissociativt syndrom', 'egentlig depression', 'PTSD', 'alkoholism' och 'psykos'. Alla som får dessa diagnoser stämmer inte in på detta mönster, eftersom dessa diagnoser kan även appliceras på personer inom andra mönster. Faktorer som ytterligare kan öka personens svårigheter är sämre fysisk hälsa eller kriminella handlingar. Precis som med alla de andra provisoriska generella mönstren, kan det här mönstret också beskriva personer som aldrig formellt fått en psykiatrisk diagnos.*

*Sociala och kulturella diskurser om könsroller påverkar hur hoten upplevs och uttrycks. I många västerländska kulturer tenderar kvinnor att rikta sin vrede inåt och män att rikta den utåt, även om ilska är en vanlig reaktion hos båda grupperna. I vissa fall är det inte pågående fysiska övergrepp som triggar hotresponserna, utan känslomässig försummelse, invalidering, kritik och kontroll i tidiga relationer kan trigga liknande hotresponser senare i livet.*

*Inom vården är det vanligast att identifiera det här mönstret hos kvinnor. Det kan bero på att ilskereaktioner, eller att ställa krav är mindre acceptabelt hos kvinnor, vilket leder till att beteendena i stället uttrycks inåt i linje med kvinnlig socialisering i många kulturer. När ilska vänd inåt leder det oftare till en remiss till psykiatrin, jämfört med när ilska uttrycks utåt, i form av våld mot andra. Kvinnor som återfinns inom detta mönster redan i unga åldrar har ofta varit utsatta för sexuella övergrepp i tidig ålder, en riskfaktor med synergistisk effekt. Ibland har det förekommit organiserade övergrepp. Manliga krigsveteraner kan uppvisa lite annorlunda hotresponser i liknande situationer (se även subgrupp 'Krigsveteraner').*

*Mönstret kan även ses hos kvinnor som har blivit omhändertagna av kriminalvården, de har också ofta självskadebeteenden och instabila liv och relationer. Kvinnor i fängelse rapporterar ofta att de varit utsatta för övergrepp i barndomen, våld i hemmet och våldtäkt. Som en generalisering är kvinnor mer benägna att vända sin ilska inåt och det yttrar sig då ofta som självskadebeteende, eller ätstörningar och män är mer benägna att vända sin ilska*

*utåt i form av våld mot andra. Kvinnor kan använda illegala droger, snatta i butiker, vara inblandade i prostitution men begår sällan allvarligare brott. Deras manliga motsvarigheter är, på grund av könssocialisering, mer benägna att falla in i det provisoriska generella mönstret 'Att överleva socialt utanförskap, skam, och tvingande makt'.*

*De flesta människor med en komplex historia av utsatthet lever också med hotresponser kopplade till enskilda traumatiska händelser t.ex. flashbacks, och de upplever därför samtidigt aspekter av det provisoriska generella mönstret 'Att överleva enskilda hot'. Detta är särskilt tydligt hos de män och kvinnor som stridit i krig och som barn redan haft upplevelser som stämmer med mönstret 'Att överleva anknytningsbrott och motgångar som barn'.*

## Makt, hot, mening och hotresponser inom det generella mönstret

Makt, hot, mening och hotresponserna inom detta generella mönster innebär vanligtvis följande:

### Makt

I situationer där det finns en brist på kontroll, beroendeproblematik, isolering och fångenskap så har det ofta funnits bakomliggande relationella problem så som omsorgsbrist, övergrepp, misshandel, invalidering och försummelse. När det finns ett beroendeförhållande till förövaren, och det uppstår emotionellt eller fysiskt hotfulla situationer, så blir den utsatta än mer hjälplös och maktlös. Denna dynamik kan från början uppstå i familjer där föräldrarna inte har kunnat etablera trygga anknytningsrelation till sina barn pga. deras egna sociala, materiella eller personliga omständigheter. Det kan även handla om att föräldrarna inte kunnat skydda barnen från att bli utsatta för övergrepp eller att barnet fick bevittna andra i eller utanför familjen bli utsatta. Hotfulla situationer kan även uppstå senare i vuxenlivet. Vuxna kan uppleva allvarliga nya trauman eller återtraumatiseras. Personer kan ha varit med om försummelse och/eller övergrepp i tidigare relationer, mobbning under långa perioder, våld i hemmet, eller krig. Andra erfarenheter kan vara att ha upplevt att bli tillfångatagen i krig, varit utsatt för trafficking, överlevt organiserad sexuell verksamhet eller att vara en sektöverlevare.

### Hot

De mest centrala hoten är att bli bortstött, invaliderad, lämnad och att förlora anknytningsrelationer, vara/varit i fångenskap, emotionell överbelastning med känslor som är svåra att reglera och hantera. Maktlöshet, fysiska faror, att bli kroppsligt invaderad, att bli fysiskt sjuk och utarmad.

### Mening

Betydelse/förståelse av dessa hot är vanligtvis: en upplevd brist på säkerhet, en känsla av att vara bortstött/övergiven och rädsla för att bli lämnad. Också upplevelser av skam, skuld, tomhet, känna sig dålig och ovärdig, känna främlingskap, att känna sig förrådd, hopplös, hjälplös eller att inte känna någon mening är vanligt förekommande.

## Hotresponser

Hoten, och den mening personen skapar omkring hotet, ger upphov till responser som förmedlas via kroppen. Hotresponserna kan i grunden uppfattas som skyddande. Handikappande aspekter av hotresponserna kan minskas och motverkas av andra stärkande svarsreaktioner, exempelvis styrkor och färdigheter, materiellt, relationellt och socialt stöd, alternativa berättelser och andra resurser. Många av dessa skyddande responser återfinns i den del av kontinuumet där medvetna, reflekterande responser är tillgängliga. De funktioner dessa hotresponser fyller inom detta generella mönster är listade nedan. De är listade utifrån när de utvecklas men också i en grov ordning efter hur ofta de används:

*Reglera överväldigande känslor* (t.ex. genom dissociation, glömska, koncentrationssvårigheter, verklighetsflykt, emotionell och kroppslig avtrubbnings, att höra röster, drog- och alkoholanvändning, självskada, impulsivitet, somatiska symtom, splitting och projektion av känslor, snabba humörsvägningar, ovanliga föreställningar, och suicidalitet.)

*För att skydda mot anknytningsstörningar/brister i relationen, och från att bli sårad eller lämnad* (genom till exempel dominans och kontrollbeteende, misstro, rädslor förknippade med att bli lämnad, lämna andra, isolering/undvikande av andra, tysta sig själv, hata sig själv, skuldbelägga sig själv, blidka andra, och undergivenhet).

*För att söka närhet/anknytning* (t.ex. genom idealisering, undergivenhet/anpassning, skuldbeläggning, söka vård).

*För att skydda från fara* (t.ex. genom att vara mycket vaksam, bli arg och få utbrott, ångest, misstankar).

*För att fylla emotionella behov/ självtröst* (t.ex. genom att använda droger och alkohol, leta efter trygga relationer/anknytningar, självskada).

*För att upprätthålla identitet, självbild eller självförtroende* (t ex. genom en känsla av att vara berättigad, projektioner).

*För att kommunicera om psykiskt lidande, framkalla vårdbehov* (t.ex. genom självskada, ilskebrott).

**Sub-mönster inom det provisoriska generella mönstret 'Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering'**

Sub-mönster inom det provisoriska generella mönstret nr 2 kan ses i relation till följande specifika omständigheter:

*Att överleva övergrepp i hemmet* (kvinnor): Det finns en högre risk för kvinnor som blir vittne till våld i hemmet som barn, att som vuxen blir utsatt för våld i hemmet. Makten kan ta form som ekonomisk kontroll och hoten kan ta form genom ekonomiskt beroende och att inte ha någonstans att ta vägen. Kvinnor som har överlevt eller lever med våld i hemmet upplever ofta både hot och hotresponser, i form av ångest, nedstämdhet, rädsla, skuld, skam, ökad suicidrisk och fysiska hälsoproblem. De använder ofta flera säkerhets- och överlevnadsstrategier såsom blidkande, isolering, tystnad, samt alkohol och droganvändning. Vanliga sätt att förstå/skapa

mening situationen som ofta förstärks/uppmuntras av förövaren, är att lägga skulden på sig själv och tänka nedvärderande tankar om sig själv. Situationen kan förvärras av en reell hotsituation, rädsla för hämnd, brist på pengar, brist på socialt stöd, och brist på alternativt boenden. Utsattheten kan också förstärkas genom en brist på medvetenhet/kunskap om dessa mekanismer hos de som arbetar inom vården. Medvetenhet /kunskap kring män som blivit utsatta för övergrepp i hemmet eller i hbtq+ förhållanden är ofta ännu mer bristfällig. Ofta finns överlappning med det generella under-mönstret 'Att överleva nederlag, fångenskap och att förlora någon'.

*Att överleva som flykting, asylsökande, i trafficking eller som förskjuten:* Denna grupp har upplevt många maktrelaterade hot, både längre tillbaka och i nutid, inklusive krig, tortyr, dödsfall, avrättningar, rättstvister. De har även ofta förlorat familjen, inkomst, arbete, hemland, och kultur. Hoten upplevs i varje aspekt av ens relationer, materiella säkerhet och i ens sociala och personliga identitet. Betydelsen av hoten inkluderar hopplöshet, sorg, att förlora någon, rädsla, misstro, isolering, brist på säkerhet och maktlöshet. Detta kan leda till hotresponser i form av nedstämdhet, ångest, mardrömmar, *flashbacks*, hopplöshet, droger och alkoholmissbruk, och att höra/se förlorade släktingar. Vanliga diagnoser är 'PTSD', 'depression' och 'psykos', och de mer allvarliga diagnoserna kommer oftast från upprepade trauman. Det finns en överlappning mellan provisoriska generella mönstren 'Att överleva enskilda hot' och 'Att överleva nederlag, instängdhet, utanförskap och förluster'.

*Att överleva trauman mellan generationer och historiska trauman:* Arbete med familjer med Holocaust överlevare, har lagt grunden till att förstå 'ärvda trauman'. Dessa trauman kan påverka både tredje eller yngre generationer av familjen genom psykologisk och emotionell påverkan av att leva med överlevare. Ett närliggande koncept är historiska trauman, en kumulativ emotionell sårbarhet mellan generationer orsakade av att behandla sig själva mindre väl än andra, i likhet med kolonialism, folkmord och slaveri, där hela folkslag eller koloniserade grupper lider av följderna av att ha förlorat språk, traditioner och andra former av avsiktlig förstörelse av deras liv och kulturer.

### 3. Provisoriskt generellt mönster: Att överleva anknytningsstörningar och svårigheter som barn/ung

Som med alla provisoriska generella mönster så beskriver detta ett kontinuum, och närvaron av färre hot och överdrivna och förvärrande faktorer och mer förbättrande och skyddande faktorer leder till färre och mindre invalidiserande hotresponser.

#### Narrativ sammanfattning av mönstret

*Inom RMHM beskriver detta mönster situationer där barnets tidiga relationer och/eller miljöer äventyrades på grund av en komplex blandning av maktfaktorer som t.ex. tidigare generationers historia av trauma och motgångar, brist på materiella resurser, socialt förtryck och social isolering. En kombination av fysiskt icke-våldsamma (t.ex. känslomässiga övergrepp/försummelse) och fysiskt våldsamma (t.ex. sexuella/fysiska övergrepp) trauman är ofta de mest skadliga. I extrema fall kan barn utsättas för organiserad brottslighet med övergrepp, eller så kan barnen och deras familjer vara flyktingar eller leva i en krigszon. Mönstret kan manifesteras som resultatet av en 'desorganiserad' anknytning, där en anknytningsperson samtidigt ofta är källan till hoten. Detta leder ofta till hotresponser som präglas av dissociation, som är 'flykten när det inte finns någon flykt'. Sociala diskurser om könsroller formar hur hoten upplevs och uttrycks, t.ex. att flickor kan vara mer benägna att reagera med dissociation och pojkar med överaktivitet och ouppmärksamhet. Vanliga psykiatriska diagnoser inom detta mönster inkluderar 'anknytningsstörning', 'ADHD', 'trotssyndrom', 'depression', 'fobi' och 'ångestsyndrom'. Personer som fått dessa diagnoser kan passa in i detta mönster samtidigt kan dessa erfarenheter finnas hos personer som återfinns i andra mönster. Fysiska/somatiska symtom är också en vanlig hotrespons inom detta mönster. Hos äldre barn kan mönstret överlappa med 'Att överleva separation och identitetsförvirring' och/eller 'Att överleva socialt utanförskap, skam och tvingande makt' och det kan finnas ett kriminellt förflutet. Precis som med alla provisoriska generella mönster, inkluderar detta även barn och unga som aldrig fått en formell psykiatrisk diagnos och som vuxna kan de komma att bättre beskrivas av något av de andra provisoriska generella mönstren, inklusive 'Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering'.*

#### Makt, hot, mening och hotresponser inom det generella mönstret

Makt, hot, mening och hotresponser i det här provisoriska generella mönstret inkluderar vanligtvis följande:

##### Makt

Barn och ungdomar som återfinns i detta mönster har ofta varit utsatta för flera olika eller upprepade situationer av utsatthet, inklusive vanvård, sexuella, fysiska och/eller känslomässiga övergrepp, bevittnat våld i hemmet, varit utsatta för mobbning, upplevt separation från eller förlust av förälder/vårdnadshavare eller anknytningsperson (ibland genom placering på institution), och i vissa fall genom rituella eller organiserade övergrepp. Negativa maktmekanismer kan också inverka mer subtilt genom sociala jämförelser och förväntningar, inom skolan, familjen, andra sociala grupper och i samhället i stor.

## Hot

De mest vanligt förekommande hoten är fysisk fara, känslomässig överbelastning, instängdhet, känslomässig försummelse, maktlöshet, förlust av handlingskraft och kontroll, övergivenhet, identitetsförvirring, fysisk försummelse och kroppslig invasion.

## Mening

Den mening som hoten tillskrivs är ofta känslor av rädsla, skam, värdelöshet, känslomässig tomhet, övergivenhet, svek, hopplöshet, känna sig kontrollerad, instängd och besegrad.

## Hotrespons

Hoten, och den mening personen skapar omkring hotet, ger upphov till responser som förmedlas via kroppen. Hotresponserna kan i grunden uppfattas som skyddande. Handikappande aspekter av hotresponserna kan minskas och motverkas av andra stärkande svarsreaktioner, exempelvis styrkor och färdigheter, materiellt, relationellt och socialt stöd, alternativa berättelser och andra resurser. Många av dessa skyddande responser återfinns i den del av kontinuumet där medvetna, reflekterande responser är tillgängliga. De funktioner dessa hotresponsers fyller inom detta generella mönster är listade nedan. De är listade utifrån när de utvecklas men också i en grov ordning efter hur ofta de används:

*För att reglera överväldigande känslor* (t.ex. att skada sig själv, känslomässig och fysisk avtrubbning, humörsvängningar, drog- och alkoholanvändning hos ungdomar, dissociation, att höra röster, ovanliga föreställningar, kroppsliga symtom, huvudbankning, minnesluckor, uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar, minskad empati, impulsivitet, överaktivitet, de-realisation, ilska och aggression).

*För att skydda mot förlust av en anknytningsrelation, bli sårad eller övergiven* (t.ex. misstro, självhat, överdriven följsamhet, ställa krav, ilska, dåliga kamratrelationer).

*För att söka nära relationer/anknytningspersoner* (t.ex. sexualiserat beteende, dominans, undergivenhet och följsamhet).

*För att söka skydd mot fara* (t.ex. extrem vaksamhet, ångest, rastlöshet, uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar, sömnlöshet, misstro, aggressivitet, bitas, fobier).

*För att tillgodose känslomässiga behov, självlinrande* t.ex. att gunga, huvudbankning, hudplockning, skada sig själv, ritualiserat/tvångsmässigt beteende).

*För att kommunicera psykiskt lidande, och/eller att påkalla vård* att skada sig själv, självdestruktivitet, raserianfall, aggression och ursinne, söka relationer/anknytningspersoner, nedstämdhet, utveckla somatiska symtom).

*För att behålla en känsla av kontroll* (t.ex. raseri, mobbning, aggression, ätproblem).

*För att bevara identitet, självbild och självkänsla* (t.ex. mobbning, dominans).

*För att bevara en plats inom den sociala gruppen* (t.ex. mobbning, dominans, eftergivenhet).

Beroende på ålder och utvecklingsnivå uppstår också effekter på tal, språk och beteende samt på fysisk hälsa och generell utveckling.

### Sub-mönster inom det generella mönstret 'att överleva anknytningsstörning och utsatthet som barn/ung'

Sub-mönster inom detta provisoriska generella mönster kan exempelvis ses i relation till följande specifika omständigheter:

*Att bevittna övergrepp i hemmet som barn/ung:* De barn som bevittnar våld i hemmet kommer med stor sannolikhet, särskilt om det är pojkar, blir våldsutövare (djurplågeri, aggression och ilskebrott, brottslighet, slagsmål, mobbning, hotfullt beteende, dåliga kamratrelationer, bristande respekt för kvinnor). Detta kan innebära en process av att 'identifiera sig med aggressorn'. Alternativt kan barnen (främst flickor) reagera med att vara lydiga, dra sig undan och känna stort ansvar för den misshandlade föräldern, vilket visar sig i höga nivåer av skuld, ångest och separationsångest. Senare kan ungdomar och vuxna söka närhet genom riskfyllt och urskillningslöst sexuellt beteende. Ju värre våldet är i hemmet, desto allvarigare blir konsekvenserna för barnen.

*Att överleva sexuella övergrepp som barn/ung:* Sexuella övergrepp mot kan få många långvariga effekter i barndom och vuxen ålder, delvis beroende av försvårande och mildrande faktorer. Sexuella övergrepp är en utsatthet som har kraftfulla negativa synergistiska effekter med annan typ av utsatthet. Flickor som varit utsatta för sexuella övergrepp upplever oftare nedstämdhet, självskada, dissociation, kognitiva svårigheter, känslomässig avtrubbnings, impulsivitet, och misstro jämfört med deras kvinnliga jämnåriga som inte varit utsatta för övergrepp. De utsatta har dessutom ofta svårt att få vänner och blir ofta involverade i problematiska sexuella relationer i tonåren.

Skadan är generellt sett allvarigare om förövaren är den biologiska fadern, om det handlar om genital kontakt, och om det sker tidigt i livet, med flera förövare och i kombination med fysiskt våld. Barn som varit utsatta för sexuella övergrepp upplever också oftare 'hallucinationer', vilket innebär en hög grad av dissociation ('flykten när det inte finns någon flykt') även om sexuella övergrepp inte är en specifik eller unik prediktor för sådana upplevelser.

*Att överleva mobbning som barn/ung:* Mobbning kan på en nivå förstås som en process för att upprätthålla och förstärka normer inom kamratgrupper. Mobbningen återspeglar då normerna i skolan, media och i den omgivande sociala miljön. Barn som uppfattas som avvikande från dessa normer t.ex. genom utseende, socioekonomisk status, förmåga, funktionshinder, kön och sexualitet, kultur, ras och religion, är mer benägna att bli måltavlor.

Mobbningskulturer har alltså sitt ursprung i sociala och kulturella normer, och i en allmän bristande tolerans för olikheter. Mobbare behöver ofta själva hjälp; barn är mer benägna att mobba andra om de har upplevt misshandel av föräldrarna, särskilt fysisk och sexuell misshandel och ifall de har bevittnat våld i hemmet.

Mobbning verkar vara särskilt vanlig i brittiska skolor. Det kan inkludera fysiska och verbala övergrepp och 'nätmobbning' via sociala medier. Det finns inte något 'typiskt' mobbningsoffer,

men det är mer sannolikt att offren tillhör grupper som redan saknar makt och diskrimineras på andra sätt på grund av sin sexualitet, etnicitet eller funktionshinder.

Effekten av mobbning är ofta underrapporterad, men kan inkludera sämre skolprestation, nedstämdhet, låg självkänsla, ångest, självskada och självmord samt somatiska besvär som huvudvärk, sömnlöshet, magsmärtor och sängvätning. Det finns också en ökad risk för 'psykotiska' upplevelser i tonåren, vilket kan inkludera att höra mobbarnas röster.

Mobbning får ofta långsiktiga konsekvenser ända upp i vuxen ålder som delvis beror på förstärkande och/eller mildrande faktorer. Konsekvenserna kan vara allt från lågt självförtroende och ensamhet, till 'psykotiska' upplevelser. Mobbning är en bakomliggande orsak för uppkomsten av olika former av stress i vuxen ålder (se även provisoriskt generellt mönster nr 5 'att överleva nederlag, instängdhet, utanförskap och förluster' och nr 6 'att överleva socialt utanförskap, skam och tvingande makt').

*Att överleva invasiva medicinska insatser som barn/ung:* Barn som måste genomgå upprepade, smärtsamma och invasiva medicinska ingrepp kan bli traumatiserade. Det finns belägg för att yngre barn skapar en egen 'moralisk' förklaring till hur vården behandlat dem. De kan tolka medicinsk personal/föräldrar som att de avsiktligt orsakat dem smärta som ett straff för något fel de gjort. Behandlingen kan också innebära en upplevd 'instängdhet' eller begränsad rörelsefrihet genom medicinskt berättigad fasthållning som, även om det är oundvikligt under vissa omständigheter, kan förvärra psykologisk stress.

**Icke-västerländskt mönster:** *Att överleva konflikt i norra Uganda som ung:* Att vara besatt av en ande berättas om i många kulturer över hela världen, och är förknippat med en rad situationer, uttryck och betydelser, vissa positiva, och andra negativa. Detta finns inte med i DSM, men inordnas under 'transtillstånd eller besatthet', i en underkategori av "dissociativt syndrom UNS" i ICD-10 (<https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/>). Det ses ibland som likvärdigt med det psykiatriska begreppet 'psykos'. En version, 'cen', återfinns i norra Uganda, där inbördeskrig har resulterat i utbredd brutalitet och bortförande och tvångsrekrytering av barnsoldater. Unga människor rapporterar om 'cen' - att deras identitet har tagits över av en illvillig ande från en död person. 'Cen' har visat sig vara relaterat till höga nivåer av krigstrauma och till bortförande, och 'anden' identifierades ofta som någon som de bortförda har tvingats döda.



## 4. Provisoriskt generellt mönster: Att överleva separation och identitetsförvirring

Som med alla provisoriska generella mönster så beskriver detta ett kontinuum, där närvaro av färre hot och förvärrande faktorer och samtidigt närvaro av förbättrande och skyddande faktorer, innebär behov av färre och mindre handikappande hotresponser.

### Narrativ sammanfattning av mönstret

*Ramverket för makt, hot och mening beskriver detta mönster som karaktäristiskt för individualistiska kulturer med en tradition av separation av barnet från ursprungsfamiljen i slutet av tonåren eller i tjugooårsåldern i kombination med höga förväntningar på prestation. Ett centralt överlevnadsdilemma (som reflekteras i diskursen i den vidare kulturen) är att hitta en balans mellan känslomässigt beroende, vilket kan upplevas som instängdhet och förlust av jaget, kontra separation och individuation, som kan upplevas som övergivenhet och rädsla för att misslyckas. Detta dilemma blir ofta akut i tonåren/tidig vuxenålder. Familjer kan vara isolerade från stöd och vårdnadshavare kan kämpa med sina egna kulturella-, könsrollsförväntningar och/eller traumahistorier. Detta kan leda till att vårdnadshavarna brister i sina uppfostringsstrategier och deras attityd till skydd, kontroll och/eller kritik, ofta i kombination med förvirrande sätt att kommunicera. Sociala diskurser om självständighet, strävan, hårt arbete, konkurrens och prestationer kan bli alltför pressande för den unga personen. Identitetskriser kan förekomma även vid andra viktiga övergångar i livet, såsom vid dödsfall, förlust av arbete, när ett kärleksförhållande tar slut, eller att nå en viss ålder. Vanliga diagnoser som förekommer inom detta mönster är 'psykos', 'schizofreni', 'anorexi', 'bulimi' och 'tvångssyndrom', även om inte alla med dessa diagnoser passar i detta mönster, och att personer med dessa diagnoser förekommer även inom andra mönster. Dålig fysisk hälsa kan förvärra personens svårigheter. För ungdomar och unga vuxna kan det finnas överlappningar med andra generella mönster exempelvis 'att överleva anknytningsstörningar och utsatthet som barn/ung'. Precis som med alla de andra mönstren, så kan det här mönstret också beskriva personer som aldrig har fått någon formell 'psykiatrisk diagnos'.*

### Makt, hot, mening och hotresponser inom det generella mönstret

Aspekterna makt, hot, mening och hotrespons i det här generella mönstret inkluderar vanligtvis följande:

#### Makt

Det har länge varit svårt att uppnå en balans mellan beroende och individualisering, och ibland startar denna obalans tidigt i livet. Det kan finnas en bakgrund av separation från föräldrar eller upplevd förlust, eller av sexuella övergrepp och andra trauman. Ursprungsfamiljer kan ha varit isolerade med otillräckligt stöd. Sociala diskurser om prestation och självständighet skapar press på den unge som kan ha utvecklat mycket höga förväntningar på sig själv.

Västerländska ideal om kvinnors, och alltmör mäns, kroppsliga former förmedlas och understöds av media, kostråd, mode, tidningar och andra industrier, och som har bidragit till problematiskt ätande och överträning som ett uttryck för stress och psykiskt lidande. (I vissa länder t.ex.

Ghana, Hong Kong och Sydafrika – kan kontroll snarare än kroppsstorlek vara det dominerande temat vid restriktiva ätproblem.)

## Hot

De viktigaste hoten är de riktade mot identitet, självkänsla och handlingsfrihet, och inkluderar känslomässig invalidering. Andra upplevda hot kan vara att bli övergiven, känslomässig försummelse, att bli förskjuten, socialt utanförskap och isolering, kroppslig invadering och att bli utkonkurrerad.

## Mening

Hotens innebörd är ofta teman om att bli övergiven och avvisad, att känna sig kontrollerad, invaderad, och instängd och känslor av värdelöshet, skam och underlägsenhet

## Hotresponser

Hoten, och den mening personen skapar i relation till hotet, ger upphov till responser som förmedlas via kroppen. Hotresponserna kan i grunden uppfattas som skyddande. Handikappande aspekter av hotresponserna kan minskas och motverkas av andra stärkande svarsreaktioner, exempelvis styrkor och färdigheter, materiellt, relationellt och socialt stöd, alternativa berättelser och andra resurser. Många av dessa skyddande responser återfinns i den del av kontinuumet där medvetna, reflekterande responser är tillgängliga. De funktioner dessa hotresponser fyller inom detta generella mönster är listade nedan. De är listade utifrån när de utvecklas men också i en grov ordning efter hur ofta de används:

*För att skydda mot förlust av en anknytningsrelation, eller mot att bli sårad eller övergiven* (t.ex. genom rädsla för separation; förnekande/projektion av ilska och sexualitet; efterlevnad; tysta sig själv; emotionell regression; förvirrad identitet och gränser; nedstämdhet; ångest).

*För att bevara identitet, självbild och självkänsla* (t.ex. ovanliga övertygelser; självsvält; ilska; göra uppror; perfektionism).

*För att reglera överväldigande känslor* (t.ex. genom självsvält, självskada, kroppslig bedövning/avtrubning, ovanliga uppfattningar, höra röster, genomföra ritualer).

*Som skydd mot fara* t.ex. genom överdriven vaksamhet, överanpassning/blidkande).

*För att behålla en känsla av kontroll* (t.ex. genom ritualer och tvång, självsvält och hetsätning; överdriven träning).

*För att söka nära relationer/anknytning* (t.ex. genom medberoende, undergivenhet).

*För att bevara en plats inom den sociala gruppen* (t.ex. genom perfektionism, strävan).

*Som självbestraffning* (t.ex. genom självanklagelse, kroppshat, självskada, nedstämdhet).

*Som kommunikation om psykiskt lidande och få vård* (t.ex. genom ovanliga övertygelser, höra röster, förvirrad kommunikation, självsvält, ritualer, nedstämdhet).

*För att hitta mening och riktning* (t.ex. genom ovanliga föreställningar, kontrollerat ätande).

## Sub-mönster inom det provisoriska generella mönstret 'Att överleva separation och identitetsförvirring'

Sub-mönster inom detta provisoriska generella mönstret kan bland annat kopplas samman med följande specifika omständigheter:

*Att överleva övergångsfaser mitt i livet:* Betydande ångest upplevs ibland av kvinnor som står inför ett rollbyte efter att deras barn har lämnat hemmet, eller andra livsförändringar mitt i livet, inklusive föräldrars död. Ett liknande mönster ses ibland hos män. I båda fallen kan det finnas en drivkraft att uppfylla behov som har förnekats eller åsidosatts pga. nödvändigheten av att möta sociala och könsmässiga förväntningar tidigare i livet. Till exempel kan kvinnors identitetskänsla ha tryckts undan av krav som följer med barnuppfostran, förminskats av budskap om känslomässig självuppooffring samt andra sociala och ekonomiska ojämlikheter. Män kan sannolikt känna sig dränerade av arbetsplatsens förväntningar och de begränsningar som manlig socialisering innebär.

*Att överleva separation inom migrantfamiljer:* Unga människor från första generationens migrantfamiljer kan uppleva ett dubbelt tryck, både på att de ska individualisera enligt västerländska kulturella normer som modelleras av deras västerländska kamrater, och att de ska förbli i nära relation med sina familjer i linje med deras kulturella förväntningar. De kan behöva förhandla fram kompromisser om klädstilar, användning av droger och alkohol, sexuella relationer och så vidare. Detta, tillsammans med ökad risk för arbetslöshet och andra former av diskriminering, kan delvis förklara den högre frekvensen av rapporterad stress/psykiskt lidande inklusive 'psykos' som ses i vissa etniska minoritetsgrupper av tonåringar.

## 5. Provisoriskt generellt mönster: att överleva nederlag, instängdhet, utanförskap och förlust

Precis som alla mönster beskriver detta mönster ett kontinuum. Närvaron av färre hot och färre förvärrande faktorer och fler lindrande och skyddande faktorer innebär att personen behöver färre och mindre handikappande responser på hoten.

### Narrativ sammanfattning av mönstret

*Inom RMHM beskriver detta ett brett mönster av hot, både tidigare och nuvarande, och hotresponser som ger upphov till en känsla av nederlag, instängdhet/att sitta fast, utanförskap och också känslor av förlust. En viss grad av sorg, elände, ensamhet och ångest är en oundviklig del av livet. Men om de aktuella livsbetingelserna under långt tid är dåliga och svåra att bryta sig loss ifrån (t.ex. dålig arbetsmiljö, människor isolerade från samhället, att leva med kontrollerande partners, fysisk sjukdom, fattigdom, flyktingstatus) kan effekterna vara djupgående och invalidiserande, även i avsaknad av tidigare eller ytterligare motgångar och förluster. Att fastna i detta mönster av nöd är vanligare bland mindre socialt starka grupper, t.ex. kvinnor, de med sämre sociala villkor såsom äldre, etniska minoriteter, och särskilt i tider av ekonomiska nedskärningar och vid social ojämlikhet och orättvisa. Dessa grupper är också mest benägna att känna av de negativa konsekvenserna av hög arbetslöshet, låga löner, dåliga arbetsförhållanden etc. I tider då samhället värderar strävan, hårt arbete, prestation, konkurrenskraft och framgång kan det ge en känsla av skam och nederlag om dessa strategier inte lyckas. I tider med nedskärningar och ojämlikhet kan befolkningar som helhet uppleva ökade nivåer av förnedring och skam; rädsla och misstro; instabilitet och osäkerhet; isolering och ensamhet; känslor av instängdhet och maktlöshet. Detta gäller oavsett ens personliga bakgrund och individens erfarenhet av andra motgångar. Det påverkar också de mer välbärgade i samhället, även om de är skyddade från de materiella effekterna.*

*Om 'depression' och 'ångest' tas som synonymer för det psykiska lidande människor som passar in i detta mönster upplever, är det mer sannolikt att det identifieras hos kvinnor. Detta kan kopplas till den så kallade 'kvinno-fällan' av lägre betalt, mindre värderat arbete i kombination med att bära den största delen av ansvaret för omsorgen av barnen. En negativ maktfaktor, arbetslöshet, kan dock ha en större effekt på män på grund av dess starka koppling till en manlig identitet som arbetare och huvudförsörjare. Samhällets normer för familjer, barnuppfostran, kvinnornas roll som vård- och omsorgsgivare, mäns roll som inkomsttagare och familjeförsörjare och så vidare, föder lätt förväntningar som när de inte uppfylls riskerar det leda till självförebåelser. Vanliga diagnoser är 'depression', 'klinisk depression', 'egentlig depression', 'ångest', 'generaliserat ångestsyndrom', 'panikångest', 'agorafobi', 'alkoholism' /drogberoende, 'OCD', 'samlarsyndrom', 'förloringsdepression', 'bulimi' och 'långvarigt sorgesyndrom' eller 'ihållande komplex sorgereaktion' tillsammans med självmordskänslor. Alla personer med dessa diagnoser passar inte in inom detta generella mönster och dessa diagnoser kan även finnas inom andra mönster. Dålig fysisk hälsa eller smärta och funktionshinder kan förvärra personens svårigheter. Liksom alla generella sub mönster kan detta också beskriva människor som aldrig har erhållit en formell psykiatrisk diagnos.*

## Makt, hot, mening och hotresponser inom det generella mönstret

Makt, hot, mening och hotresponsaspekter inom det här provisoriska generella mönstret innefattar vanligen följande:

### Makt

Inom RMHM beskriver detta provisoriska generella mönster människor som är fångna i långvariga situationer som präglas av kronisk mellanmänsklig eller miljömässig påfrestning och/eller social isolering, sorg, flyktingstatus, stress på arbetsplatsen, arbetslöshet, smärtor eller funktionsnedsättningar eller föräldraskap med otillräckligt stöd. I vidare perspektiv kan det beskriva den genomgående effekten av att överleva situationer med social ojämlikhet och brist på rättvisa och konsekvenser i form av fragmentering av samhällen som berör alla invånare. Det kan finnas förhistoria av anknytningsbrott och trauma genom förlust av förälder, fysiska och sexuella övergrepp, våld i hemmet, mobbning, klander eller omsorgsbrist.

### Hot

Avgörande hot kan vara känsla av fångenskap, social utstötning, förlust i konkurrens, förlorad anknytning, förlust av handlingsförmåga, brist på tillgängliga resurser, fysisk kraflöshet och utbrändhet.

### Mening

Hoten förknippas ofta med betydelser som att känna sig hjälplös, insnärjd, dålig, ensam, utesluten, misströstande, självanklagande, att känna skam, förödmjukelse, mindervärde, värdelöshet och hopplöshet. Andra meningar kan vara en känsla av främlingskap, förlust, att känna sig orättvist eller ojust behandlad.

### Hotresponser

Hoten, och de meningar de är associerade med, ger upphov till responser på hot som förmedlas via kroppen. Responserna på hot kan i grunden uppfattas som skyddande. Handikappande aspekter kan minskas och motverkas av andra stärkande hotresponser som kommer från förmågor, styrkor, materiel, relationellt och socialt stöd och andra kraftresurser. I det här mönstret används de ofta hotresponser för att tjäna följande funktioner, listade i en ungefärlig ordning efter hur ofta de används:

*Att skydda sig mot förlust av anknytningsrelationer, att bli sårad eller övergiven* (t.ex. genom blidkande, foglighet, själv censur, isolera sig, beroende av andra, uppgivenhet, kraflöshet).

*Att reglera överväldigande känslor* t.ex. genom tillbakadragande, undvikande ('torgskräck') nedstämdhet som mask för sorg, ilska och förlust) överansträngning, depersonalisation).

*Självbestraffning* t.ex. genom nedstämdhet, självanklagelser, självskada, suicidförsök, ilska).

*Att upprätthålla identitet, självbild och självkänsla* (t.ex. genom ambition, konkurrensinriktning, självsvält, perfektionism, kroppshat).

*Att behålla en plats i den sociala gruppen* (t.ex. genom blidkande, foglighet, beroende, konkurrensinriktning, kroppshat).

*Att söka anknytning* (t.ex. genom hjälplöshet, gråt).

*Att fylla känslomässiga behov, självtröst* (t.ex. genom överätande, användning av droger eller alkohol, kraftlöshet).

*Att skydda sig mot fysisk fara* (t.ex. genom ångest, panik, fobier, tillbakadragande, 'torgskräck', sömnlöshet).

*Att bevara en känsla av kontroll* (t.ex. genom ritualer, grubblande).

*Att kommunicera lidande, och framkalla omsorg* (t.ex. genom självskada, kraftlöshet, gråt, hjälplöshet).

### Sub-mönster inom det provisoriska generella mönstret 'Att överleva nederlag, instängdhet, utanförskap och förluster'

Sub-mönster inom detta mönster kan exempelvis ses i samband med följande specifika omständigheter:

*Att överleva konkurrensrelaterat nederlag.* Vissa människor demonstrerar yttre framgång genom starkt prestationsdriv som har sitt ursprung i familjens och samhällets förväntningar. Om dessa förväntningar inte infrias, eller att det inte är möjligt att hålla uppe drivet, eller de plötsligt står inför arbetslöshet eller andra kriser utanför sin egen kontroll, kan hotresponserna bli 'konkurrensrelaterat nederlag' så som kraftlöshet och självkritik med en känsla av nederlag, skam och hopplöshet och suicidala känslor. Dessa reaktioner kommer troligen att bli vanligare med allmän nedgång i ekonomi och/eller nedskärningar, vilket har visat sig leda till allmänt ökade nivåer av förödmjukelse och skam; instabilitet och osäkerhet; isolering och ensamhet; känna sig inlåst och maktlös. Män är troligen mer sårbara för budskap av det slaget och är den grupp som har störst suicidrisk. Ekonomiskt utsatta män i medelåldern har den högsta förekomsten av suicid. Detta kan bero på en kombination av faktorer som till exempel upplevt misslyckande i förhållande till maskulina normer för framgång och kontroll, särskilt när relationer bryter ihop och i kontexten av socioekonomiska förändringar och påfrestningar.

*Att överleva exkludering och konkurrensrelaterat nederlag i ung ålder.* Tonåringar och unga vuxna i Storbritannien rapporterar mycket höga förekomster av självskada, kroppshat, ätstörningar ångest, nöd, drog- och alkoholbruk o.s.v. med ökad press på att lyckas i en mer konkurrenspräglad miljö, tillsammans med ständiga statusuppdateringar i sociala media. 'Smal' -idealet för unga kvinnor har resulterat i en nästan universell fixering vid vikt. Unga män har en parallell upptagenhet med att vara vältränad och ha god fysik. Nedskärningar och ojämlikheter ökar pressen för alla, och kan starkt påverka unga människor genom förlorande möjligheter och samtidig social och ekonomisk press.

*Att vara atypisk eller icke-konform och överleva exkludering och nederlag:* Ju snävare spektrum för accepterade sätt att vara, och ju mer individualistiska och konkurrensutsatta de sociala normerna är, desto vanskeligare är det för människor som på olika sätt är atypiska att finna sin sociala roll och plats. I och med det är sannolikheten större för att de kommer att uppleva känslor av misslyckande, otillräcklighet, skam och uteslutning. Några exempel är: att ha en intellektuell

funktionsnedsättning, att ha drag som är förbundna med en Aspberger diagnos eller autismspektrumstörning; att vara LGBTQ; ha ett synligt avvikande utseende; och så vidare.

*Att klara av barnafödsel och barnuppfostran:* Ibland diagnostiseras detta som 'förlösningssdepression'. Barnafödsel kan innebära aspekter av hot, som instängdhet, fysisk invadering, kontrollförlust, förlust av tidigare roller och status med mera, och kan för några kvinnor väcka sexuella/fysiska traumaminnen. Allt detta kan förvärras av hormonförändringar, fysisk utmattning och så vidare. Mer långvariga maktfrågor kan gälla brist på samhälleligt stöd för familjer, isolerade kärnfamiljestrukturer, kombinerat med idealiserade budskap om föräldraskap. Mödrar, och ibland fäder, som själva har fått bristfälligt stöd från sina föräldrar och/eller har upplevt tidigare utsatthet och/eller lever i fattigdom, och/eller har utsatts för våld i hemmet har högre sannolikhet att uppleva de känslomässiga och fysiska kraven i föräldraskapet som överväldigande och oundvikliga, vilket kan leda till upplevelser av misslyckande och instängning. Hotresponserna tjänar funktioner som att förmedla behov av stöd och reparation, uttryck för otillåtna känslor, och flykt, ofta genom nedstämdhet, ångest, påträngande föreställningar relaterade till skada, 'torgskräck' självanklagelser osv.

*Att överleva mobbning och arbetsplatsmobbning:* Mobbning kan förstås som en process att påtvinga gruppnormer inom en grupp av jämlika. Utdragen mobbning i barndomen kan i vuxen ålder leda till nedstämdhet och låg självuppskattning, svårigheter med tillit och intimitet i kärleksrelationer, skam och brist på självförtroende och långvarig ensamhet. I mer allvarlig form kan den resultera i 'psykotiska' eller andra typer av svårigheter i vuxen ålder, som beskrivs i provisoriska generella mönstret 'Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering'. Även om vuxna, i vanliga fall, är bättre utrustade att klara av mobbning än barn, är arbetsplatsmobbning en situation av instängdhet och invalidering som förknippas med panikattacker, nedstämdhet, förlust av självkänsla, överaktivering, undvikande och fysiska symtom som huvudvärk, sömnlöshet, ätstörningar, hudutslag, illamående och hjärtklappning. Mobbning är vanligare på arbetsplatser och institutioner som kännetecknas av konkurrens och hot.

**Icke västerländska sub--mönster:** 'hjärndimma' i Västafrika eller 'hjärntrötthet' kan vara uttryck för jämförbara påfrestningar. Den rapporteras främst från manliga studenter vid skolor och universitet och andra som studerar inom högre utbildning, särskilt under intensiva studieperioder. Det kännetecknas av mental utmattning, smärtekänslor i huvud och nacke och dimsyn. Upplevelserna tycks vara relaterade till en intensiv önskan att lyckas och att förbättra sin egen och familjens ekonomi och sociala status. Dessa drivkrafter har att göra med snabb social förändring och globalisering, och skapar spänning i relation till mer traditionella värderingar och praktiker. Användningen av beteckningen 'hjärndimma' tycks minska, eftersom mer nyutbildade psykiatriker sällan använder den i sin praktik. Det har även hävdats att den inte är ett äkta 'kulturellt relaterat syndrom', utan ett begrepp som överförts från 1800-talets Storbritannien.

Hos Khwe-folket i Södra Afrika beskrivs en version av *kufingisisa*, ett fenomen som kan översättas 'att övertänka' och som är omnämnt i DSM-5 och iakttaget i en rad regioner i världen. Även om det tillståndet inte alltid ses som negativt för Khwe, beskrivs det ibland som intensivt grubbel kring den extrema fattigdomen, avsaknaden av materiella tillgångar och de hälsoproblem som detta marginaliserade och fördrivna folk lever i. Detta åtföljs av känslor av hopplöshet och brist på kontroll.

## 6. Provisoriskt generellt mönster: Att överleva socialt utanförskap, skam och tvingande makt

Som alla generella mönster så beskriver detta ett kontinuum, där närvaro av färre hot och förvärrande faktorer och samtidigt närvaro av förbättrande och skyddande faktorer, innebär behov av färre och mindre handikappande hotresponser.

### Narrativ sammanfattning av mönstret

*Inom RMHM beskriver detta mönster någon vars ursprungsfamilj med stor sannolikhet har levt i miljöer som karakteriserats av hot, diskriminering, materiell fattigdom och socialt utanförskap. Detta kan ha inkluderat frånvarande fäder, institutionsvård och/eller hemlöshet. Vårdnadshavare i sådana situationer har sannolikt också kämpat med egna motgångar, både i nuet och det förflutna, ofta tagit hjälp av alkohol och droger. Som ett resultat av detta, har personens tidiga anknytningar ofta blivit störda eller otrygga, med avsevärd utsatthet som barn och vuxen, inklusive fysiska eller sexuella övergrepp, mobbning, bevittnande av våld i hemmet och med föräldrar som behandlade barnen på ett hårt eller förnedrande sätt. 'Desorganiserade' anknytningsmönster är vanliga. Personer tenderar att använda överlevnadsstrategier som separerar dem från sina egna och andras känslor, håller emotionellt avstånd och upprätthåller en hög nivå av vaksamhet på hot. Samhälleliga diskurser och statusjämförelser kan ha givit en känsla av värdelöshet, skam och orättvisa, vilket kan ha hanterats med hjälp av olika former av våldsam beteende. Mer ojämlika samhällen, där ekonomiska klyftor ökar den sociala konkurrensen, tillåter dessa krafter att öka. Detta kan ha en särskilt stark påverkan på utsatta män, som har större incitament än kvinnor att konkurrera, uppnå och upprätthålla en hög social status, samtidigt som de står inför bevis på bristande framgång och status.*

*'Paranoia' eller misstänksamma tankar är mycket karakteristiskt för detta mönster (dock inte oundvikligt, och det återfinns även i andra mönster). Det har visat sig ha rötter i störd anknytning, våld i hemmet i ursprungsfamiljen, fattigdom, institutionsvård, otrygga stadsmiljöer samt erfarenheter av mobbning, överfall och andra fysiska hot. Etnisk minoritetsstatus ökar risken för erfarenheter av diskriminering och socialt utanförskap, vilket kan förklara den högre förekomsten av misstänksamma tankar ('paranoia') i dessa grupper. 'Paranoia' kan därmed ses som en möjlig respons på utanförskap och isolering. Hotresponserna kan också inkludera rädsla, ständig vaksamhet, eftergivenhet, undvikande och självisolering.*

*Våld och aggression har visat sig ha liknande rötter som 'paranoia'. De två är ibland, dock inte alltid, sammanlänkade i detta mönster på så sätt att hotresponser i form av aggression lätt kan triggas av 'paranoia' eller upplevd fara, särskilt eftersom utvecklingen av reflekterande färdigheter kanske inte har fått stöd tidigt i livet. Socialisering i könsidentitet resulterar i att män mer sannolikt riktar sin ilska utåt i form av våld och destruktivitet gentemot andra, medan kvinnor har högre nivåer av självskadebeteende och åtpöblem. Kvinnor med sådan bakgrund passar därför med stor sannolikhet bättre in i mönstret 'Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering'. Fattigdomen, som är ett vanligt inslag i*



*detta mönster, har en särskilt stark synergistisk effekt i kombination med andra svåra/utmanande barndomsupplevelser (så kallades ACEs) för både män och kvinnor.*

*Medan RMHM ser personer som kapabla att göra val i sina liv, uppmärksammar det även att dessa val ofta är begränsade. Därmed kan många (dock inte alla) exempel på våldsamt och kränkande beteende uppfattas som överlevnadsresponser. Mönstret är därmed karakteristiskt för ett stort antal män (och några kvinnor) inom det straffrättsliga systemet (liksom många personer utanför). Det har också föreslagits att 'anti-social personlighetsstörning' är en extrem version av västerländska kulturella stereotyper av dominanta män med begränsad förmåga till empati eller att uttrycka känslor.*

*Vanliga diagnoser för män som beskrivs inom detta mönster är 'anti-social personlighetsstörning' eller 'paranoia', medan kvinnor med högre sannolikhet diagnosticeras med 'borderline personlighetsstörning', 'ätstörningar', 'bipolär sjukdom' eller 'egentlig depression'. En annan möjlig diagnos är 'substansbrukssyndrom', fastän inte alla som tilldelas dessa diagnoser passar in i mönstret och dessa diagnoser även tilldelas personer inom andra mönster. Som med alla mönster kan detta även beskriva personer som aldrig har fått en formell psykiatrisk diagnos.*

## **Makt, hot, mening och hot inom det generella mönstret**

Aspekter av *makt, hot, mening och hotresponser* i detta generella mönster inkluderar ofta följande:

### **Makt**

Här har det förekommit många olika upplevelser av nästan alla sorters negativ maktpåverkan, som givit upphov till många sociala och relationella hotsituationer och svårigheter, både i nutid och dåtid. Detta förvärras ofta av att personen placeras inom hotfulla institutioner som till exempel fängelser. Den bredare kontexten kännetecknas av konkurrenspräglade men ekonomiskt och socialt ojämlika samhällen, där människor, särskilt män, ställs inför konstanta misslyckande och exklusion. Sociala diskurser rörande könsroller formar hur hoten upplevs och uttrycks. Detta inkluderar våld i hemmet, vilket understöds av diskurser om manlig styrka, dominans och kontroll.

### **Hot**

Individen (familjen/sociala gruppen) inom detta mönster var, och är, ställd inför grundläggande hot som socialt utanförskap och isolering, fysisk fara, överväldigande/bristfälligt reglerade känslor, emotionell försummelse och invalidering, förnedring, maktlöshet, övergivenhet, materiell fattigdom och kroppsliga intrång.

### **Mening**

Hoten förknippas vanligtvis med innebörder som: rädsla, skam, förnedring, underlägsenhet, värdelöshet och maktlöshet, även om det kan föreligga begränsad förståelse för eller tillkännagivande av detta. Misstänksamma tankar har visat sig härstamma från känslor av maktlöshet, orättvisa, skam, ilska, insnärjdheter, mindervärde och socialt utanförskap. Rädsla för

att bli övergiven, tomhetskänslor, emotionell avtrubbnings, skuldskänslor och alienering kan också förekomma.

## Hotresponser

Hoten och de meningar de tillskrivs ger upphov till hotresponser som förmedlas genom kroppen. Responser på hot anses i grunden vara skyddande. Invalidiserande aspekter kan reduceras och motverkas av andra responser som bygger på färdigheter, styrkor, materiellt, relationellt och socialt stöd, alternativa narrativ och andra maktresurser, vilka vanligen befinner sig på den mer 'reflexiva' änden av skalan. I detta mönster används responser på hot ofta för att fylla följande funktioner, listade utifrån hur ofta de används:

*Att vidmakthålla identitet, självbild och självkänsla* (genom exempelvis dominans, att känna sig berättigad, våld, misstänksamma tankar, sexuella aggressioner, externalisering, ständig vaksamhet och misstro).

*Att reglera överväldigande känslor* (genom exempelvis förnekelse, projicering, nedsatt empati och medvetenhet om känslor, misstänksamma tankar, dissociation, avtrubbnings, somatiska upplevelser, att höra röster, självskada, droger och alkohol. Impulsivitet, ilska som maskerar rädsla, ledsenhet, skam och ensamhet).

*Att skydda mot fysisk fara* (genom exempelvis misstänksamma tankar, misstro, dominans, våldsamhet, ständig vaksamhet, undvikande, själv-isolering).

*Att bevara en känsla av kontroll* (genom exempelvis att upprätthålla emotionellt och fysiskt avstånd, att använda aggressivitet som försvar mot skam och förnedring, dominans, våldsamhet och hot).

*Att skydda mot anknytningsförlust, smärta och övergivenhet* (genom exempelvis eftergivenhet, att upprätthålla emotionellt avstånd, dominans, misstänksamma tankar, våldsamhet, sexuell aggression, känslighet för skam och förödmjukelse, nedsatt empati, impulsivitet).

*Att bevara en plats i den sociala gruppen* (genom exempelvis aggressivitet, gängmedlemskap).

*Självbestraffning* (genom exempelvis självskadebeteende, suicidförsök).

*Att möta emotionella behov, självtröstande* (genom exempelvis droger och alkohol, matvanor).

## Sub-mönster inom det generella mönstret 'Att överleva socialt utanförskap, skam och tvingande makt'

Sub-mönster inom detta mönster kan sättas i relation till följande specifika omständigheter, bland andra:

*Att begå våldshandlingar i hemmet (våld i nära relationer):* Våld i hemmet kan avse alla våldsamma eller tvingande relationer mellan vuxna familjemedlemmar, men oftast beskriver det kränkningar mellan partners. De som utövar våld i hemmet, liksom vem som helst som begått ett brott eller betett sig våldsamt eller tvingande, är ansvariga för sina handlingar. Samtidigt är det viktigt att uppmärksamma att vissa MHM-mönster ökar risken för att vissa kommer att välja att bete sig så. Det är vanligare att det våld i hemmet och i nära relationer som utövas av män

förekommer samtidigt som arbetslöshet, låg socioekonomisk status och finansiell stress. Tidiga erfarenheter av brottsutsatthet och av att bevittna våld i hemmet under sin uppväxt ökar också risken för detta beteende bland män, men inte bland kvinnor. För män är omfattningen av våldsutsatthet i barndomen korrelerad till svårighetsgraden av deras eget våldsutövande som vuxen. Våld i hemmet återfinns i alla delar av samhället, och vissa män som utövar våld i hemmet och i nära relationer har en profil med högre social status och färre eller inga andra våldsamma beteenden. Män som beskrivs med detta mönster kan ibland tilldelas diagnoser som 'narcissistisk' -, 'anti-social'- eller 'borderline' personlighetsstörningar, och missbrukar ibland alkohol. Det finns mindre kunskap om kvinnor som utövar våld i hemmet, men det rör sig ofta om personer med anknytningsbrott och tidiga trauman. Mycket lite kunskap finns om våld i hemmet i relationer mellan samkönade individer eller transpersoner, dock finns indikationer om att otrygg anknytning och att ha bevittnat våld i hemmet även kan vara relevant bland homosexuella våldsutövare.

*Att överleva hemlöshet:* Personer i långvarig hemlöshet rapporterar ofta dåliga familjerelationer, högre nivåer av känslomässig och psykisk misshandel/våldsutsatthet inklusive våld i nära relationer och i hemmet, institutionsvård och substansmissbruk, i en ackumulativ utsatthet.

*Att överleva separation, institutionalisering och privilegier:* Personer från mer förmögna bakgrunder kan uppvisa något annorlunda responsmönster. Tidiga anknytningsbrott, brottsutsatthet/trauman och senare hotresponser kan vara mer begränsade, subtila och ansedda som socialt acceptabla eller till och med åtråvärda. Nedsatt empati kan maskeras av sociala färdigheter, ytlig charm och hög social status. Det förekommer exempelvis beskrivningar av så kallat 'internatskolesyndrom' bland mer privilegierade grupper. Den plötsliga förlusten av anknytningsrelationer i tidig ålder, tillsammans med behovet av att överleva i en ny och potentiellt hotfull och kränkande miljö, kan leda till en på ytan självsäker framtoning, som döljer sårbarhet, rädsla och ensamhet, även för personen själv. Detta resulterar sannolikt i senare svårigheter med tillit och intimitet, och (gällande pojkskolor) att relatera till kvinnor. Ibland, men definitivt inte alltid, kan detta mönster ageras ut som dominans, mobbning eller kränkande beteende.

**Icke-västerländska sub-mönster:** *Att löpa amok* är ett beteendemönster som återfinns i bland annat Malaysia och Indonesien. Det kan anta flera olika former, en variant är att en tidigare fridsam man skaffar ett vapen och ursinnigt försöker skada eller döda andra. Episoden avslutas vanligtvis med att mannen antingen dödar sig själv eller blir dödad av andra.

Malaysisk mytologi förklarar detta beteende med att bli besatt av en ande. Beteendet är allmänt betraktat som ett sätt att återetablera sitt anseende så att man och bli respekterad och fruktad, efter en uppfattad oförrätt. Jämförelser har gjorts med skolskjutningar i USA, vilka verkar ha kopplingar till mäns upplevelser av förnedring, avvisning, misslyckande, exklusion, missnöje och ilska.

## 7. Provisoriskt generellt mönster: 'Att överleva enskilda hot'

Som med alla provisoriska generella mönster beskriver detta ett kontinuum, och med färre hot och färre förvärrande faktorer samt fler skyddande och förbättrande faktorer så minskar behovet av begränsande hotresponser.

### Narrativ sammanfattning av mönstret

*Inom RMHM beskriver detta mönster personer som har upplevt specifika hot, antingen direkt eller genom att bevittna skada på andra. Dessa kan vara oavsiktliga hot som trafikolyckor, medicinska undersökningar, naturkatastrofer, att genomgå en svår förlossning, dödsfall; eller avsiktliga hot som våldtäkt, misshandel, tortyr, att bevittna eller begå krigshandlingar och så vidare. Interpersonella och avsiktliga trauman (våldtäkt, misshandel) kommer sannolikt få störst effekt. Vid frånvaro av tidigare utsatthet och anknytningsstörningar är ofta hotresponserna mindre allvarlig. Detta innebär att specifika hotfulla händelser som sexuella övergrepp, mobbning, misshandel, svåra förlossningar etc. kan överlevas utan bestående men, särskilt vid frånvaro av förvärrande faktorer och närvaro av stödjande och skyddande relationer. Men sannolikt kommer erfarenheterna få en viss initial effekt som medieras av den allmänna synen på denna typen av hot och våldshändelser.*

*Detta mönster är allmänt erkänt i västerländska miljöer under diagnosen Post Traumatiskt Stress Syndrom (eng post traumatic stress disorder 'PTSD'). Den huvudsakliga skillnaden jämfört med hur mekanismen förstås inom RMHM är att det patologiserande ordet syndrom eller störning (eng disorder) undviks och istället inkluderas och beaktas sociala aspekter. Detta tillåter individuella och kulturella variationer och betonar den mening hoten och hotresponserna tillskrivs. Det är viktigt att notera att 'PTSD'-kriterierna så som ökad vaksamhet, undvikandebeteende, påträngande tankar och så vidare, inte är universella hotresponser, eller generaliserbara tvärkulturellt eller historiskt (t.ex. i 'krigsneuros/stridsutmattning').*

*Mönstret känns igen i traumlitteraturens distinktion mellan enstaka traumatiska händelser (en oväntad 'engångsföreteelse' och 'från ingenstans', såsom en naturkatastrof, olycka, terroristattack eller enstaka episod av angrepp eller övergrepp eller bevittnade av sådan) och komplexa trauman som är kumulativa över lång tid, återkommande och interpersonellt genererade. Liksom inom alla mönster kan detta mönster beskriva personer som aldrig har fått en formell psykiatrisk diagnosen. Ju allvarligare och långvarigare hotet/hoten är, desto mer ökar sannolikheten för att detta mönster kommer överskuggas av andra generella under-mönster exempelvis nr 2 'Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering'.*

### Makt, hot, mening och hotrespons inom mönstret: 'Att överleva enskilda hot'

Makt, hot, mening och hotrespons i detta mönster innehåller vanligtvis följande:

#### Makt

Makt kan vara orelaterad (t.ex. dödsfall av naturliga orsaker) eller bara indirekt relaterad till enstaka trauman. Till exempel kan en arbetsplatsolycka orsakas av maskiner, men den

bakomliggande orsaken handlar om osäkra arbetsförhållanden. En naturkatastrof kan ligga utanför mänsklig påverkan, men dess inverkan och efterverkningar (Vem skyddades bäst? Vilket stöd erbjöds?) kommer sannolikt att involvera aspekter av makt.

## Hot

Den traumatiska händelsen var ett hot mot en persons och/eller närståendes psykologiska och/eller fysiska integritet.

## Mening

Hoten förknippas vanligen med betydelser som: rädsla, hjälplöshet, isolering, utanförskap, skuldbeläggande och skam. De två sistnämnda är mer sannolika när de traumatiska händelserna upplevs personligt riktade och avsiktliga och när de förknippas med en negativ kulturell betydelse. Hotsituationer som uppstår i kontexten av svek – till exempel ett krig som uppfattas som orättvist eller i situationer där andra inte förstår omfattningen av traumat, eller håller personen delvis ansvarig – kan ha en mer skadlig effekt.

## Hotrespons

Hoten, och de betydelser de förknippas med, ger upphov till hotrespons som förmedlas av kroppen. Hotresponserna har i grunden en skyddande funktion. Handikappande aspekter kan reduceras och motverkas av andra mer funktionella hotrespons som drar nytta av färdigheter, styrkor, materiellt-, relationellt- och socialt stöd, alternativa berättelser och andra maktresurser. Många av dessa mer funktionella respons återfinns i den mer medvetna 'reflexiva' änden av spektrat av hotrespons. I detta mönster används hotresponserna ofta för att fylla följande funktioner, listade i efter hur ofta de används:

*Reglera överväldigande känslor* (t.ex. att undvika triggers, drog- och alkoholanvändning).

*Distraktion från/undvikande av överväldigande känslor* (t.ex. drog- och alkoholbruk, känslomässig och fysisk avtrubbning, dissociation, minnesluckor, depersonalisering, irritabilitet, ilska, själv censur/tystnad).

*Skydd mot fara* (t.ex. kamp/flykt/frys, hypervigilans, sömnlöshet, ilska, flashbacks, mardrömmar).

*Upprätthålla en känsla av kontroll* (t.ex. hypervigilans).

*Självbestraffning* (t.ex. självkritik, skam, skuld, nedstämdhet).

*Tillgodose känslomässiga behov, självtröst* (t.ex. drog- och alkoholbruk).

## Sub-mönster inom det generella mönstret 'Att överleva enskilda hot'

Underordnade sub-mönster inom detta mönster kan ses i relation till följande specifika omständigheter:

*Att överleva våldtäkt:* Våldtäkt är känt för att ha en mer genomgripande inverkan än många andra brott på grund av upplevd terror, förnedring, maktlöshet och överträdelse och disrespekt för den kroppsliga integriteten. Vanliga betydelser som våldtäkten tillskrivs och hotrespons

som detta väcker inkluderar att själv ta på sig ansvar för det inträffade och därmed beskylla sig själv, och känna skam och skuld (särskilt hos kvinnor) tillsammans med ilska, och efterföljande relationssvårigheter och sexuella svårigheter. Den mening/betydelse våldtäkten får för män och de hotpersonerna som triggas inkluderar känslor av förnedring, förnekelse, förtryck, skam, maktlöshet, lågt självförtroende, misstro mot vuxna män, sexuella svårigheter, negativ kroppsuppfattning och tvivel om ens sexuella läggning, tillsammans med internaliserad homofobi. Offren kan ha sänkt stämningsläge, vara oroliga, rädda, panikslagna och/eller självmordsbenägna efter övergreppet, och uppleva ökad vakensamhet/anspanning, undvikandebeteenden, samt påträngande tankar, och det är vanligt att använda alkohol eller droger för att klara av situationen.

Dessa betydelser formas av normer i samhället om kvinnors och mäns roller, manlig och kvinnlig sexualitet och så vidare. Många våldtäkter begås av personer som offret känner och ibland kan förövaren minimera eller förneka det som har hänt – vilket i sin tur kan få stöd i ett bredare socialt förnekande av det inträffade. Offer som anmäler våldtäkten kan drabbas av attityder/tolkningar och rättsliga processer som förvärrar deras utsatthet. Våldtäkt kan också användas som ett vapen mot civilbefolkningen i krig, folkmord och andra former av systematiskt våld.

*Att överleva krigsrelaterad strid (combat):* De hotresponser som uppstår i denna kontext har länge betecknats som 'krigsneuroser/stridsutmattning' och erkändes officiellt i och med införandet av 'PostTraumatiskt Stressyndrom' (PTSD) i DSM-III, efter Vietnamkriget. Om stridsrelaterad hot förekommer tillsammans med andra förvärrande faktorer och för en person med en historia av tidigare utsatthet och anknytningsbrott, kommer hotresponserna sannolikt att bli mer handikappande, och mönstret överlappa mer med 'Att överleva avvisande, instängdhet och invalidering'. Det har hävdats att responsmönstren i huvudsak liknar dem som (främst) kvinnor och barn upplever i nära relationer, som en konsekvens av våld i hemmet och sexuella övergrepp. I krig är det vanligt att soldaterna utsätts för extremt våld, kränkningar, skador och groteska former av dödande, som alla är kända för att öka risken för psykisk skada. Den överlevande kan förbli i ett tillstånd av fysiologisk aktivering/anspanning som resulterar i sömnlöshet, lättskrämthet och irritabilitet. Fragmenterade och påträngande minnen av stridshändelser i form av flashbacks och mardrömmar är vanliga. Ofta hanteras detta genom att känslor och kroppsförnimmelser trycks undan, i en form av kroppslig dissociation. Droger och alkohol kan också användas för att mildra känslor av hjälplöshet och skräck. Liksom med traumatiska händelser i allmänhet, ökar känsla av svek (till exempel rättfärdigandet av krig) den skadliga effekten genom att påverka soldaternas tro på sig själva, andra människor och världen.

**Icke-västerländskt sub-mönster:** *Att överleva som en kambodjansk flykting: Khyâl-attacker* rapporteras i många asiatiska och sydasiatiska länder, där man tror på *Khyâl*, en vindliknande företeelse som flyter tillsammans med blodet genom kroppen. Kroppsliga symtom kopplas ofta till störningar i detta flöde. *Khyâl*-attacker kännetecknas av hjärtklappning, yrsel, andnöd, led- och nacksmärtor, tinnitus, huvudvärk och förlust av energi. Man tänker att flödet av *Khyâl* vänder mot hjärtat, lungorna och halsen, vilket gör att händer och fötter blir kalla, och det finns risk för hjärtstopp eller att halskärnen sprängs. När *Khyâl* kommer ut genom öron eller ögon, uppstår tinnitus eller dimsyn. Kambodjanska flyktingar rapporterar ofta om dessa attacker och

upplevelserna är ofta relaterade till minnen av allvarliga trauman som upplevts under Pol Pot-regimen, inklusive våld, dödshot och bevittnande av andra som torterats eller dödades.

## Del 5: Personliga narrativ inom Ramverket för Makt, Hot och Mening

Ett viktigt syfte med de provisoriska generella mönstren är att stödja konstruerandet av livsberättelser, narrativ, i olika former, som alternativ till psykiatriska diagnoser. 'Personliga narrativ' i den meningen kan gälla enskilda personer, par, familjer eller samhällsgrupper, beroende på situationen och (om relevant), vilken typ av insats det gäller. Berättelserna kan vara av alla slag, alltifrån strukturerade psykologiska formuleringar till egenformulerade personliga berättelser, som kan vara uttryckta i skrift eller något annat medium. Eftersom muntliga och skriftliga redogörelser är de vanligast, och förväntade uttrycksformerna i västerländsk kultur, tar de störst utrymme i det här avsnittet, fastän andra slags narrativ (konst, musik, teater, poesi, dans osv.) är minst lika viktiga, och ibland mer hjälpsamma och relevanta.

Först tar vi upp de frågor som gäller narrativens kontext, former, strukturer och funktioner, inklusive den speciella variant som benämns som psykologisk formulering.

### Narrativ – kontext och diskussioner

Inom RMHM är den personliga berättelsen oskiljaktig från de diskurser och ideologier som finns i de samhällen där den uppstår. Kapitel 2 och 3 i huvuddokumentet för RMHM, *The Power Threat Meaning Framework*<sup>5</sup> ger en utförlig beskrivning av hur "alla" samhällen har tillvägagångssätt för att säkerställa och kontrollera samhällsdiskursen för att bevara befintliga strukturer och sociala konventioner (Hawkin & Moore, 1998, p. 91). Kopplingen mellan det personliga berättandet och det sociala och ideologiska sammanhanget verkar i båda riktningarna. Sherry Mead och Beth Filson observerar: "Genom dialog utvecklas ny mening, varefter vi jämför och kontrasterar hur vi har kommit fram till att veta vad vi vet. Genom att vi delar våra berättelser skapas läkande och hoppingivande sammanhang... Samhällsförändring uppstår när människor får dela sina livsberättelser utan att berövas tolkningsföreträde." (Mead & Filson, 2016, s. 109) Att konstruera en narrativ i dialog med en annan människa är därför, enligt det här synsättet, mycket mer än en individuell berättelse. Det handlar om att vända på de processer som, med överlevaren Jasna Russos ord, "nedvärderar inte bara våra personliga berättelser utan även själva den förmåga vi har att förstå och skapa mening av våra egna upplevelser." I stället finns ett behov av att "... delta i att skapa officiell kunskap om psykisk ohälsa och återupprätta uttryck för vår egen epistemiska existens" (2016, s.62-61).

Det är viktigt att komma ihåg att berätta historier och skapa mening är universella mänskliga förmågor. Därför finns det ett nästan oändligt antal exempel på tillämpningar av narrativ och dialog världen runt. I kollektivistiska kulturer, kan tanken på att gå i individuell terapi kännas främmande och olämplig, och istället är berättelser på det lokala samhällets nivå lika, eller mer, värdefulla. Känslomässigt lidande förläggs i dessa kulturer mer ofta inom den utvidgade familjekretsen, byn, det sociala nätverket, relationerna till hus och mark och så vidare (Bracken, 2002; Somasundaram & Sivayokan, 2013). Ett exempel är, Davar och Lohokares studie på

---

<sup>5</sup> Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Available from: [www.bps.org.uk/PTM-Main](http://www.bps.org.uk/PTM-Main)



healing centers i Indien baserade på trosföreställningar, där människors svårigheter ” vävdes in i ett större narrativ om meningen med livet, andligt sökande, ekonomisk utsatthet och sociala utmaningar ” (citerad i Davar, 2016, s. 15). På liknande sätt kan mening skapas utifrån samhället i stort – vad gäller skadlig inverkan av krig, naturkatastrofer och ge stöd och läkning, genom att man delar ritualer och berättelser. Denna typ av skadlig inverkan benämns ibland som ’kollektivt trauma’ och därför kan ett kollektivt gensvar upplevas mer relevant. Denna typ av perspektiv tenderar att undervärderas i mer individualistiska kulturer, trots stark evidens för den centrala betydelse som relationer och kontakter med omgivningen har för känslomässigt välbefinnande i alla samhällen (Cromby m. fl. 2012).

Huvuddokumentet beskriver i detalj hur upplevelser av lidande i euroamerikanska och västerländskt influerade kulturer möts av ett kraftfullt dominerande medikaliserat språkbruk. Men, som också beskrivits här, narrativ kan generellt sätt både vara upprättande och läkande liksom begränsande. Detta är ett framträdande tema i de erfarenheter som beskrivs i vårdsituationer och i vad som berättas inom brukarorganisationer. Det nya forskningsfält som benämns *Mad Studies* ”fokuserar på kunskaperna hos dem som kallas galna” genom stipendier, teoribildningar, forskning och praktiker. Det blir ett sätt att gå emot diagnostiskt och biomedicinskt tänkande (LeFrancois, 2016, p.v). Överlevare/aktivister som Jacqui Dillon och Rupert May instämmer: ”många berättelser om återhämtning tycks handla om en dekoloniseringsprocess, att återerövra sin upplevelse och återta ägandet av sin egen berättelse.” (Dillon & May, 2003, p.16). Dessa nya berättelser kan omvandla diskurser från att handla om brister och tillkortakommanden till att handla om styrka och överlevnad, och bli en del av ”vår rätt att definiera oss själva; rätten att hitta våra egna röster” (Dillon & May, 2003, s. 16). Det handlar om att se sina egna erfarenheter som giltiga och meningsfulla; att sätta dem i en vidare kontext av social rättvisa; att förena sig med andra; och ibland att finna en ny mening i lidandet (Dillon & May, 2003, s.16).

Det är viktigt att uppmärksamma att genom att distansera sig från dominerande expertformuleringar och välja att forma nya berättelser – om det är det du väljer att göra – inte leder till någon snabb, enkel eller komplett lösning. (Romme m. fl. 2009). Delvis beror det på att den medikaliserande diskursen är så djupt förankrad i våra samhällsinstitutioner, i teorierna, i praktiken och i vardagslivet. Det kan vara mycket svårt att befria sig själv från diagnosens internaliserade stigma. Långvariga tillstånd av psykiskt lidande kanske inte försvinner, men det kan vara möjligt att finna sätt att leva sida vid sidan med dem (som det beskrivs i den tidiga forskningen om återhämtning). Tillfrisknande från vissa av diagnosens konsekvenser – såsom biverkningar av psykofarmaka – kan ta månader eller år, eller kanske aldrig helt gå över. Utmaningar med ekonomi, boende, lågbetalda jobb och annat kan fortsätta att belasta och dominera det dagliga livet. Försiktighet behövs även för själva idén med narrativ. Det kan ge en press att skapa en accepterad ’rehabiliteringsberättelse’ trots att de diagnostiska, ekonomiska och praktiska förhållandena förblivit oförändrade. I sin kritik av trenden med narrativa ansatser skriver Lucy Costa och hennes medförfattare att ”det är numera vanligt att organisationer som verkar för psykisk hälsa efterfrågar personliga berättelser från klienter – vanligtvis om deras insjuknande och senare tillfrisknande från psykisk ohälsa. Berättelserna används för att få stöd från auktoriteter som politiker och donatorer, för att bygga organisationens ’varumärke’ oavsett programmets kvalitet, och att öka verksamhetens ekonomiska resurser i tider av ekonomiska

begränsningar” (s. 86). Författarna varnar för att sådana ’tvättade’ redogörelser, som backas upp av välkända offentliga personer kan bidra till att ”ytterligare befästa den rådande synen på psykisk ohälsa” (s. 87).

En liknande varningstext behövs när det gäller den växande trenden ’narrativ medicin’, ett begrepp för en holistisk, empatisk förståelse av patientens fysiska lidande och den mening det har för vederbörande (Greenhalgh & Hurwitz, 1999). Även om denna inriktning kan ha mycket att tillföra allmänmedicinsk praktik, kan den inte rättfärdiga att man sätter likhetstecken mellan fysiska sjukdomstillstånd och ’psykisk sjukdom’ (se huvuddokumentet s. 273-274 för diskussionen om den problematiska termen ’*parity of esteem*’). Det medikaliserade ’sjukdoms’-narrativet är inte bara en berättelse bland alla andra som en person kan erbjudas för att beskriva sitt psykiska lidande och problematiska beteende. Att professionella fortsätter att tillämpa narrativ medicin väcker frågor om både etik och evidens.

Trots alla fallgropar som nämns ovan, finns det fortfarande möjligheter för synsätt som grundas på narrativ, relation, dialog och social rättvisa, att ge plats för det som Judith Herman kallar ”den återupprättande kraften i sanningssägande” (*the restorative power of truth-telling*”, Herman 2001, p. 181). Den kan ge personen en möjlighet att placera sitt lidande inom ett vidare samhällsperspektiv, och ersätta isolering och självanklagelser med medkänsla och gemenskap. I en gemensamt skriven artikel skriver psykiatern Philip Thomas och överlevaren Eleanor Longden att ”precis som självkänslan kan bli utplånad och avhumaniserad av brutalitet och isolering, så kan den bli förnyad och återuppbyggd i solidaritet och kontakt med andra genom berättandet”. Dialoger av det slaget kräver, med Hermans ord: ”ett moraliskt engagerat ställningstagande. Terapeuten ... måste tydliggöra sin solidariska position i relation med den som är utsatt. Det betyder inte en allmän hållning att den utsatta inte kan göra fel: i stället innebär det en förståelse av den fundamentala orättvisan i den traumatiska upplevelsen, och behovet av att finna en ståndpunkt som återupprättar en känsla av rättvisa” (Herman, 2001, p.135). Här finns tydliga likheter med samhällspsykologi (*community psychology*) med tonvikt på grundvärdena frigörelse, egenmakt och social rättvisa (Orford, 2008); och formuleringar med fokus på social ojämlikhet och samhällspsykologi (Hagan & Smail 1997a, 1997b; McClelland, 2014); med befrielsepsykologier i Latinamerika (Afuafe & Hughes, 2016; Burton & Kagan, 2011); och med medvetandegörande processer (*’consentisation’*), och att utveckla kritisk medvetenhet om samhällsstrukturers inverkan på välbefinnande. Där återfinns skiftet från ”Du har dig själv att skylla för din situation, och som individ måste du lösa dina problem med hjälp av min expertis” till ”Vissa samhällsmekanismer låser fast olika grupper i makt- respektive maktlösa positioner, så låt oss arbeta tillsammans för att förändra dem” (Nelson & Prilleltensky, 2010).

### Att använda personliga narrativ inom de generella mönstren

Ramverket för makt, hot och mening är inte avsett att ersätta narrativa och dialogiska praktiker eller att paketera om mänskliga förmågor till experters beteckningar för kompetens. Syftet på längre sikt är att göra RMHM till en tillgänglig resurs som för alla. Under tiden erbjuds nedan några inledande tankar om hur RMHM kan översättas till praktisk tillämpning. Ytterligare resurser, material och bra praktiska exempel kan man hitta i de appendix som följer här.

De provisoriska generella mönstren ger, enligt vad brukare rapporterar, en bas för att utforma personliga berättelser som mer effektivt fyller de funktioner som diagnoser brukar användas till. Det kan gälla att ge en förklaring, få sina svårigheter bekräftade, underlätta kontakt med andra i liknande situationer, befria från skam och skuld, och peka på en väg framåt. Ett personligt narrativ med stöd från RMHM syftar till att underlätta förståelse och bidra till handlingskraft inom personen/familjen/det sociala nätverket. Det sker genom att berättelsen ökar medvetenheten om bakgrunden, både lokalt och i ett längre perspektiv, om erfarenheter av påfrestningar, identifierar och avmystifierar inverkan av diskurser i samhället och ideologiska uppfattningar. Berättelsen återupprättar länkar mellan hotfulla budskap och hotresponser. Den underlättar för personen att lämna historier om stigmat, skam och brist, och öppnar upp för alternativa sätt att leva med, eller släppa taget om sitt känslomässiga lidande och få mer tillgång till kraft och resurser. På så vis frigörs makt och handlingsutrymme. Förändringarna sker inom definierade biologiska, psykologiska, sociala och materiella begränsningar, och inom lokala kulturella föreställningar. Så skapas, eller 'samskapas', ett nytt och mer hoppfullt narrativ som stödjer och möjliggör denna utveckling. I termer från narrativ terapi kommer berättelserna som inspirerats av RMHM mer troligt bli 'fylliga' berättelser som ökar inflytande och valfrihet (Harper & Spellman, 2014). I Appendix 1 föreslås en modell som kan vara användbar för att vägleda den processen.

Som nämnts tidigare behöver *personliga narrativ* inom RMHM eller andra ramverk ha med två viktiga tillägg (se Appendix 1). Dessa är:

- De resurser som personen och den omgivande gruppen har tillgång till, kan dämpa negativ maktpåverkan, ge budskap om hopp och motståndskraft, och bli en bas för stöd och framsteg. Med andra ord, vi behöver ställa frågan: 'Vad har du för starka sidor/förmågor/resurser?' (Vilken tillgång har du till Makt-resurser?)
- En sammanfattning av det som växer fram, den berättelse, hypotes, 'bästa gissning' som innefattar makt- hot- mening och hotresponser och den betydelser de har för personen och dess familj/sociala nätverk, närsamhälle, och de styrkor och resurser som personen kan räkna med. Med andra ord, vi behöver fråga "Vad/vilken är din berättelse?"

Makt kan givetvis vara hjälpsam/stärkande (skyddande, möjliggörande och stödjande), och hindrande/handikappande (hotande, försätlig och nedvärderande). Även den allra mest maktlösa individ eller familj och den mest utsatta ort, har några slags resurser av inflytande och motståndskraft, som, mer eller mindre, kan bli en motvikt till negativ maktutövning, vilket illustreras av Hagan och Smails översikt "kartläggning av makt/resurser" (Hagan & Smail 1997a, 1997b). Det kan handla om:

- Trygga tidiga relationer.
- Stödjande partner, familj, vänner, i nutid
- Socialt stöd och tillhörighet.
- Tillgång till materiella resurser/kulturellt kapital, utbildning osv.
- Tillgång till information/alternativa perspektiv.
- Positiva/allmänt uppskattade aspekter av identitet.
- Förmågor – intelligens, rådighet, beslutsamhet, talanger.
- Fysisk förmåga – utseende, styrka, hälsa.

- Livsåskådning – tro, gemensamma värderingar osv.
- Samhällsgemenskap och ritualer
- Samhörighet med naturen.

Allt detta kan göra det möjligt för individer, familjer och grupper att ta del av några av följande resurser och strategier som responser på hot:

Reglera känslor genom att ta fram, uttrycka, bearbeta känslor (genom till exempel skrivande, motion, terapeutiska samtal, kroppsterapier, kreativitet och konst, metoder fokuserade på självmedkänsla (compassionfokuserad terapi), medveten närvaro (mindfulness), meditation.

- Egenvård – genom till exempel kost, motion, vila, alternativa terapier.
- Anknätningsbaserad terapi, metoder för praktiskt och känslomässigt stöd, beskydd, vittnesmålsarbete, validering.
- Finna meningsfulla sociala roller och aktiviteter.
- Värderingar och andlighet.
- Andra kulturellt understödda ritual, ceremonier och insatser.
- Ömsesidigt stöd i kampanjer och aktivism.
- Skapa/finna nya narrativ, ny mening, åsikter, värden, 'överleva-initiativ'.

## Användning av narrativ i aktuell praktik

Det finns redan en rik flora av narrativa, dialogiska och formulerings-fokuserade tillämnningar att bygga vidare på, var och en med sina karakteristiska styrkor och begränsningar. Inom vård och omsorg inkluderar det till exempel 'psykologisk formulering' med olika teoretiska perspektiv (Johnstone & Dallos, 2014; Corrie & Lane 2010); narrativ terapi (till exempel White, 2000); se Appendix 9; *Tidal Modellen* (Barker & Buchanan-Barker, 2005); reflekterande processer (Andersen, 1991)<sup>6</sup>; Öppna samtal (till exempel Seikkula & Arnkil, 2006)<sup>7</sup> se Appendix 10; och många andra. Narrativa metoder för känslomässigt läkande som huvudsakligen utvecklats utanför vårdområdet, gällande förståelse av rösthörande som utvecklats av *Hearing Voices Network* (till exempel Maastricht intervjun, ett frågeschema); *Intentional Peer support IPS*, ett slags kamratstöd och att 'bli del av varandras berättelser' (Mead & Filson, 2016), '*Tree of Life*', som först utvecklades i Södra Afrika (Neube-Millo & Denborough 2008) och som nu används i olika sammanhang, bland annat med personer som har intellektuell funktionsnedsättning och unga lagöverträdare (Denborough 2008). Andra har upptäckt att konst, poesi, målning, musik, litteratur, sport, yoga med mera, kan vara till hjälp som komplement, eller i stället för, rådgivning och terapi. Det gäller till exempel digital musik för att utforska maskulinitet hos unga lagbrytare (Clemon, 2016) och att göra film med unga flyktingar och asylsökande. Se även Shared Voices och MAC-UK projekt i Appendix 13 och 14.

Inom detta arbete, kan berättelser från andra i samma situation ofta vara mer relevanta än direkt terapeutiska åtgärder. Alec Grant (2015) har uttryckt att alla som arbetar med psykiska hälsa behöver ...”ständigt utveckla mer förfinade nivåer av narrativ kompetens. ... /som/ har att göra med den kapacitet som människor har att fångas av, tolka, och på ett meningsfullt sätt svara an

---

<sup>6</sup> *Reflekterande processer* Andersen, 2003, 2011

<sup>7</sup> *Sociala nätverk i dialog* Seikkula & Arnkil 2005, 2011

på andras berättelser. Odelad uppmärksamhet stöttar brukaren i att ge uttryck för livsnära frågor kring inre smärta, förtvivlan och hopp. ... Genom att ge omsorgsfull uppmärksamhet åt sammanhang, nyanser och skillnader, inom och mellan människors upplevelser av psykologisk stress, blir en kompetent narrativ praktik till hjälp för människor, som använder sig av psykiatrisk vård, genom att de blir engagerade i en återhämtningsprocess, där de kan återberätta/återupprätta sina liv” (Grant, 2015, p 52). Processen med ’narrativt återberättande’ (Grant et al., 2015) är i linje med vad man i reflekterande praktik kallar ’professionellt konstnärskap’ jämfört med den dominerande teknisk/rationella modell som råder i medicinsk praktik (Schon, 1987). Konsekvensen blir att ’narrativ kompetens’ borde prägla varje aspekt av professionell interaktion med brukare. Narrativ kompetens ligger, liksom principerna i Öppna Samtal, i den ömsesidiga dialogen, som inte är ett sätt att bestämma en lämplig insats, utan som är själva insatsen, och det medel som gör att förändring kan ske. Många brukare/överlevare har gett exempel på kraften i dessa processer (Coleman, 2017; Grant et al., 2015; Longden, 2014; Romme et al., 2009; Waddingham, 2013).

Ramverket för makt, hot och mening gör inte anspråk på att ersätta dessa fungerande arbetssätt, och, helt klart, är RMHM modellen för samtal<sup>8</sup> inte det enda sättet att strukturera en livsberättelse, även om den kan vara otroligt användbar i vissa sammanhang. Syftet är snarare att öka medvetenheten om aspekter som andra verksamheter med narrativ och psykologisk formulering kanske undervärderar. De är:

- Den inlåsningseffekt som skapas av det dominanta narrativet ’psykiatrisk diagnos’ och det vetenskapliga meta-narrativ som det hör hemma inom.
- De inbyggda motsägelserna i att kombinera psykiatriska och psykosociala diagnosnarrativ.
- Den roll som sociala diskurser har, särskilt de som handlar om genus, klass, etnicitet och medikaliseringen av psykologisk stress, och hur dessa diskurser kan undergräva andras åsikter.
- Krafterna i tvångsmakt, juridisk makt och ekonomisk makt.
- Kännetecknen för och inverkan av ojämna maktförhållanden inom psykiatrisk verksamhet.
- Förekomsten av missbruk av mellanmännisklig makt i mellan professionella och brukare.
- Den roll som ideologisk makt har, och som vanligen kommer till uttryck genom dominanta berättelser och antaganden om individualism, framgång, personligt ansvar, könsroller osv.
- Den medierande roll som biologiskt grundade hotresponser har.
- Vikten av funktion, framför ’symtom’ eller specifika problem.
- Den roll som social inlärning och resurser har för att forma hotresponser.
- Kulturspecifika uppfattningar, ideologier och uttryckssätt.
- Självhjälp och social aktivism tillsammans med, eller i stället för, professionell behandling.
- Betydelsen av narrativ, värderingar och trosuppfattningar i omgivningen, för att understödja helande och återintegrering av en grupp i samhället.

---

<sup>8</sup> Beskrivning i de fyra frågorna i Appendix 1 (Ö. a.)

- Att uppfatta hur alla narrativ har varierade, personliga och preliminära uttryck och att det behövs finkänslighet, artisteri/ kreativitet och respekt för att stödja deras utveckling och uttryck, vilka former de än tar.
- Ett meta-budskap som är normaliserande, inte patologiserande (vare sig medicinskt eller psykologiskt): ”Du har en begriplig och befogad reaktion på hot och utmaningar. Många andra i samma läge har känt likadant.”

Den analys som presenteras här och i huvuddokumentet, kommer fram till att alla slags narrativ blir mer holistiska, hjälpsamma, helande, stärkande och evidensbaserade om de bygger på alla aspekter av ramverket för makt, hot och mening enligt ovan.

## Personliga narrativ och psykologisk formulering

Psykologisk formulering är en typ av narrativ. Den narrativa utgångspunkten får givetvis följder för hur utvecklingen av psykologiska formuleringar gestaltas. Även om utbildningar och en del kursböcker tycks beskriva psykologisk formulering som en händelse eller ’sak’, är det kanske mer rättvisande att se den som en process. Psykologisk formulering är en aspekt av ett gemensamt utforskande mellan två eller flera personer, som inte har någon tydlig slutpunkt. Det framgår av definitionen ’en fortlöpande, samverkande förståelseprocess’ (a process of ongoing collaborative sense-making, Harper & Moss, 2003, s.8). Utvecklingen av den här personliga berättelsen eller narrativet har beskrivits som ”ett sätt att summera tankar och att förhandla sig till gemensamma sätt att förstå dem och resonera om dem”, även om det aldrig kan bli en slutgiltig eller ’sann’ redogörelse (Butler, 1998). Som kontrast till psykiatrisk diagnos, närmar sig formuleringen alla uttryck för psykologisk stress och lidande med antagandet att ’... på någon nivå blir allt det här begripligt’ (Butler, 1998 p.2). Med andra ord, psykologisk formulering representerar ett fundamentalt annorlunda sätt att tänka om känslomässigt lidande, inte bara ytterligare en aktivitet eller teknik.

Psykologisk formulering, som den beskrivs i *Division of Clinical Psychology (DCP) Good Practice Guidelines* fyller redan nu några av de kriterier som räknats upp på listan här ovanför. Den är avsedd som ett alternativ, inte ett tillägg, till psykiatrisk diagnos ”Bäst-praxis-formuleringar ... bygger inte på psykiatrisk diagnos, snarare är de erfarenheter som kan ha lett till en psykiatrisk diagnos (nedstämdhet, ovanliga upplevelser etc.)” (DCP, 2011, s. 17). Detta gäller framför allt i sammanhang som rör psykisk hälsa, men psykologisk formulering används även för att ge en helhetsförståelse när det gäller intellektuella funktionshinder, äldre, neuropsykologi och hälsovård, där en medicinsk eller neurologisk utvecklingsnivå ofta blir fokus för åtgärder.

*Good Practice Guidelines* beskriver negativ maktpåverkan av utsatthet, diskriminering, deprivation och ojämlikhet (p. 14, 18, 20). Dessa riktlinjer tar även upp att behandlingsinsatser kan få en traumatiserande eller retraumatiserande effekt (s. 20). Där rekommenderas att ’psykologisk formulering’ inkluderar ... ”en kritisk medvetenhet om den vidare sociala omgivning som formuleringen ingår i” (s. 20). Att skifta uppmärksamheten från individuella brister till ”skador vållade av en skadlig omgivning ... kan ... utgöra ett slags ”avmystifiering”, som för med sig en betydande lättnad” (Hagan & Smail, 1997a, citerad in *Good Practice Guidelines* 2011, s. 20). Det påpekas att psykologisk formulering bara är ett av flera sätt att konstruera narrativ, och att den är påverkad av västerländsk kulturs antaganden om inre

orsakssamband, individualism och självförverkligande (s. 18). Slutligen är respekt, samverkan och reflexivitet viktiga i processen att samkonstruera psykologiska formuleringar (p. 30). Många av de här principerna refereras till som viktiga även inom psykologisk rådgivning av Corrie och Lane (2010) "*Constructing stories, telling tales; a guide to formulation in applied psychology*", som betonar narrativ och berättandekunst som genomgående viktiga i de vanliga inriktningarna inom psykologin och olika slags konst, och faktiskt i alla mänskliga samhällen. Textens reflektioner är till hjälp för psykologisk formulering vad gäller definitioner, tillämpningar, professionella kontexter, precision, evaluering och ägarskap.

RMHMs mall (*The Personal Narrative template*) kan ses som ett annat möjligt format för att strukturera psykologiska formuleringar med individer, familjer och grupper. I vidare bemärkelse hoppas vi att RMHM kan berika psykologisk formulering i både teori och praktik, på vilket sätt den än används. På så vis kan den bidra till att minimera några av de inbyggda riskerna med individualisering, kulturell okänslighet och expertisens tolkningsföreträde. Det kan även minska tolkningar av orsakssamband kring svårigheter, både i relationer och i samhället (DCP, 2011). Det här är ett växande fält och det finns några intressanta exempel på psykologiska formulering i relation till politiska och sociala frågor som till exempel ungdomars sex-messande, kärnvapendebatter, och konsekvenser av lagstiftning för flyktingar (se *Clinical psychology Forum* 2017, no. 293). Andra exempel är diskussioner som handlar om att försäkra sig om att psykologiska formuleringar är kulturkänsliga och användbara (till exempel, McInnis 2017).

DCP *Good Practice Guidelines* (2011) gör en intressant distinktion mellan psykiatrisk formulering – ett *tillägg* till psykiatrisk diagnos – och psykologisk formulering – ett *alternativ* till psykiatrisk diagnos (s. 17). Det är nog ingen slump att formuleringar, och debatter om vilken roll formuleringen har, har kommit mer i förgrunden när psykiatrisk diagnostik alltmer ifrågasätts (t.ex. Craddock & Mynors-Wallis 2014.) Nu när formulering – i sin psykiatriska version - har blivit en grundkompetens för all personal inom hälsovård och närliggande professioner (Skills for Health, 2016) –behövs extra vaksamhet för att främja, värna om och utveckla de aspekter av formulering som erbjuder ett alternativ till medikalisering och psykiatrisk diagnostik. (Översättarnas kommentar: detta avser Storbritannien, psykiatrisk formulering är inte ett vedertaget begrepp i Sverige).

## Evaluering av narrativ och formulering

Vi har uppmärksammat att ju större variation som uppstår mellan individer och mellan miljöer inom *de provisoriska generella mönstren*, desto mer öppna och varierande personliga berättelser utvecklas ur dem. Vi har också framhållit att variationen och överlappningen mellan olika mönster är ofrånkomlig, eftersom mönstren uppstår ur de sammanvävda och samverkande orsaksfaktorer som gäller mänskliga angelägenheter. Många komplexa faktorer är med och påverkar liksom våra roller som meningsskapare och aktörer i våra egna liv. Därför kan redogörelsen för hur en persons svårigheter uppkommit och vad de betyder aldrig bli slutgiltig, exakt och helt sanningsenlig. Utifrån en psykoanalytisk tradition varnar Stephen Frosh (2007) att det är omöjligt att någonsin nå fram till ett slutgiltigt personligt narrativ som 'stämmer' eftersom:

*Det mänskliga subjektet är **aldrig** en helhet, det är alltid splittrat med drifter som drar åt olika håll, sociala diskurser som omgärdar och påverkar upplevelserna, förhållningssätt*

*som är motsägelsefulla och speglar lojaliteter till skiftande makter när de tar sig uttryck i kroppen och sinnet (p. 638).*

Mer allmänt har Bebe Speed (1999) betonat kombinationen av osäkerhet och regelbundenhet som präglar personliga livsberättelser:

*Jag kan berätta många historier om mig själv, vem jag är och de olika självnen eller delarna av mig, som väcks i mina samspel med andra. [Men hur] jag beter mig och känner i olika sammanhang är inte slumpmässigt utan präglad av mönster. Mitt liv är inte fiktion... Klienter och jag konstruerar tillsammans någon slags redogörelse över vad som pågår. Det blir inte den enda möjliga, **sanningen** om situationen... Det kommer att finnas andra versioner av deras situation som jag (för att inte tala om andra terapeuter) och de tillsammans kunde ha konstruerat, som också skulle ha passat ihop och blivit ganska så relevanta för deras situation (Speed, 1999, s. 136).*

Det här aktualiserar en viktig fråga: På vilket sätt, om överhuvudtaget, kan ett narrativ eller en formulering sägas vara 'sann', korrekt, eller, i aktuell terminologi, 'evidensbaserad'?

Frågan om evidens har tagits upp mer direkt i relation till psykologiska formuleringar, som skiljer sig från narrativ mer generellt, eftersom de definieras genom sin uttalade grund i etablerad teori och samlad evidens (DCP, 2011). Formuleringssgrundad praktik är, i korthet, ett sätt att skraddarsy evidensen för individen, med formuleringen som "den grundbult som håller ihop teori och praktik" (Butler, 1998, p 2). Med andra ord, "formuleringar kan bäst förstås som testbara hypoteser" (Butler, 1998, p.2).

Eftersom utveckling och hypotestestning är hjärtat av evidensbaserad praktik (Sacket, 2002), är det inte särskilt meningsfullt att påstå att psykologisk formulering, i enstaka sammanhang eller i sin helhet "saknar validitet". Validiteten i en speciell formulering, eller hypotes, testas i praktiken och modifieras vartefter. Styrkan i en psykologisk formuleringen, eller hypotesen, beror delvis på styrkan i den evidens den bygger på. Den processen kommer alltid att i viss mån vara osäker och provisorisk.

Dessutom, både när det gäller psykologiska formuleringar och narrativ i allmänhet, kan vi fundera över hur *användbara* de är, från våra olika utgångspunkter som professionella, brukare eller bara som människor i svårigheter. Utifrån Speeds resonemang, kan vi fundera över hur pass väl de nya narrativen stämmer med den levda erfarenheten, och i vilken grad de berikar och styrker våra liv eller begränsar och förminskar dem – med andra ord, om de "gör förändring begriplig och inom räckhåll" (Schafer, 19870, p 42) genom att ge en "läkande teori" (Meichenbaum, 1993, p. 204). Användbarheten bygger på ett annan slags 'sanning', åtminstone i klientens upplevelse, än den som eftersträvas i 'evidensbaserad praktik'. Alla har vi varit med om att plötsligt få en ny insikt – vare sig det kommer i egna funderingar, i samtal eller i en terapeutisk process. Detta illustreras av några klienters reaktioner när de fick förslag på psykologiska formuleringar om sina svårigheter (Redhead et al.; 2015):

*"Jag tycker att det liksom öppnade ögonen, åh herre gud, det är ju det jag gör! Det är faktiskt det jag gör, och det hjälper mig ju inte. Det är nästan som matten i skolan, plötsligt så ramlar polletten ner" (s. 459).*



*"Det bara blev begripligt. Jag fattade den (formuleringen), eftersom det var sant. Det verkade sant för mig, i alla fall" (s. 459)*

Fortsatt upplevd bekräftelse av hur träffande den psykologiska formuleringen var, kom som ett känslomässigt skifte, och en känsla av att kunna röra sig framåt:

*"Tankarna bara snurrade, det var som en storm inne i huvudet, men det där diagrammet tog liksom bort pressen, ... att begripa allihop var som, puh, stormen var över" (s. 460).*

*"Jag tänker att om man vet varför någonting händer, då blir det möjligt att kontrollera. Jag kunde ta kontroll" (s. 462).*

Detta stod i kontrast till den intuitiva reaktionen på en psykologisk formulering som inte kändes sann och därför inte var användbar: (s. 461).

*"Hon var helt fel ute, till och med påstod att det var för att min mamma hade ett utbrott och att jag fick se henne när hon inte mådde bra. Och det var bara, nej – (det stämmer inte)." (s. 461).*

Både när det gäller psykologiska formuleringar och narrativ, så räcker det inte med att visa att teorin bakom dem är rimlig, eller att fakta om personens liv är historiskt korrekta. De villkoren kan vara uppfyllda och ändå upplevs den psykologiska formuleringen som ohjälpsam och felaktig. Man skulle kunna tro att psykologiska formuleringar som bygger på etablerad evidens borde vara särskilt bra på att 'passa in', men vi kan inte utgå från att det är så. Faktiskt finns det en motsatt fara, att klientens erfarenhet pressas in i en stelbent teori. Människor kan uppfatta element från motstridiga berättelser som användbara, lite beroende på situationen (Leeming et al., 2009). Det är därför som klienters responser måste väga tungt när personliga narrativ och psykologiska formuleringar utvärderas (vilket ironiskt nog sällan har beaktats i undersökningar av validiteten av psykologisk formulering; Johnstone, 2013).

Frågan kanske kan klarna genom att utforska den distinktion som Donald Spence gör mellan 'narrativ sanning' och 'historisk sanning'. Han definierar narrativ sanning som "kriteriet vi använder för att avgöra om en viss upplevelse har fångats upp tillräckligt väl ... att en viss förklaring är trovärdig för klienten. När väl en given förklaring har nått narrativ sanning, blir den lika trovärdig som andra sanningar" (Spence, 1982, s. 31). Han anser faktiskt att, för den person det gäller, kan narrativ sanning få prioritet framför historisk sanning, "eftersom vi lyckas hålla ett ofullständigt stycke verklighet inom ett meningsfullt uttryck" (s. 137); med andra ord, att hjälpa någon att se saker och ting på ett nytt sätt, som kan hjälpa dem att forma ny mening. Effekterna förstärks om tolkningarna har struktur, samstämmighet och begriplighet. Spence menar att begreppet mening är viktigt, eftersom psykoterapeutiskt arbete bygger på teorier om situationers och handlingars innebörd, inte (som i naturvetenskapen) på mer objektivt kontrollerbara händelser och skeenden. Det är därför som narrativ som konstruerats i terapi "i betydande utsträckning ... förblir oberoende av fakta" (s. 292)

Psykologisk formulering och liknande arbetssätt i terapeutiska sammanhang, kan därför få en överbryggande position mellan vetenskapliga berättelser och subjektiva, personliga berättelser. Psykologisk formulering bygger på en bas av etablerad kunskap, men det är ändå så att den "förutsätter ett slags konstnärskap som även innefattar intuition, flexibilitet och kritisk värdering

av erfarenhet ... en balanserad syntes av de intuitiva och rationella kognitiva systemen (Kuyken, 2006, p.30). Det manar oss att inta en mer öppen och respektfull inställning till andra narrativ än de kliniska – med andra ord, den enorma skatt av berättelser som vi kan möta i behandlingsarbete, eller som vi skapar och lever med som mänskliga varelser. För att ta ett exempel: element i en brukares berättelser kan vara helt osannolika, i vanlig mening (till exempel, en uppfattning att hen är plågad av djävulens röst). I situationer av det slaget, kan terapi ofta innebära en långsam process av att förhandla fram en annorlunda, mindre förlamande berättelse, som är lika obevisad och obevisbar – kanske är 'djävulen' ett uttryck för ouppklarade övergrepp av en förövare, som använde samma ord. Kanske kan personen ta fram en annan metafor utifrån sin egen kulturs trosföreställningar. Med tiden kan den nya historien få narrativ sanning, och kan på så sätt även hjälpa personen till nya sätt att förstå och att komma till rätta med sina svårigheter.

Vad kan då ramverket för makt, hot och mening bidra med i sådana komplexa sammanhang? Vi menar att ramverket, tillsammans med de provisoriska *generella mönstren* som framträder genom denna sorts lins, stöder tesen att psykologisk formulering, och personliga narrativ kan vara evidensbaserade. Det gäller på två olika sätt.

Först, som ovan, är 'bästa praxis'-formuleringar evidensbaserade i meningen att de bygger på befintliga kunskapsbaser. Det ytterligare element som RMHM lägger till, är en teoretisk bas som möjliggör att fysiska, meningsbaserade responser på hot kan grupperas i enlighet med de provisoriska *generella mönstren*. Dessa nivåer av mönster bygger på omfattande teori och forskning, och stöder konstruktionen av, och innehållet i, specifika psykologiska formuleringar och hypoteser och sätter dem på en fastare evidensgrund. Detta är just vad psykiatrisk diagnostik hävdar att den åstadkommer, men i själva verket misslyckas med att uppnå, det vill säga, att ge stöd åt antagandet att individer med en speciell diagnos har någonting viktigt gemensamt, som har sitt ursprung i en gemensam uppkomstmekanism och att de är hjälpta av en riktad behandling som åtgärdar underliggande funktionsfel. Vi har valt att överge sökandet efter de biologiska mönster som syftar till att stödja medicinska diagnoser. Vi föredrar att försöka förstå människors beteende och erfarenheter. Därigenom har vi kunnat identifiera provisoriska, breda, meningsgrundande regelbundenheter som kan ge grund för psykologiska formuleringar, men som bygger på helt andra begrepp för orsakssamband och gemensam bakgrund än vad psykiatrisk diagnostik gör.

För det andra, eftersom de provisoriska *generella mönstren* primärt är organiserade runt mening och innebörder – personliga, sociala och kulturella – kan de användas för att identifiera gemensamma meningsskapande mönster som kan ligga till grund för speciella narrativ, vare sig dessa narrativ formellt presenteras som psykologisk formulering eller om de kommer fram informellt som berättelser från individer, familjer eller grupper. På så sätt kan RMHM hjälpa oss att avgränsa personliga narrativ inom bredare kulturella föreställningar och diskurser. Ramverket kan även identifiera och, när det är nödvändigt, stödja konstruktionen av andra, mer hjälpsamma och styrkande berättelser, som blir meningsfulla inom personens egna uppfattningar och som kan 'passa in'. Det kan alltså finnas stöd från en etablerad evidensbas, men man är också fri att arbeta med varje referensram som är meningsfull för personen det gäller (som görs inom brukarnätverk

som Hearing Voices Network [www.hearing-voices.org](http://www.hearing-voices.org)<sup>9</sup> och National Paranoia Network [www.nationalparanoianetwork.org](http://www.nationalparanoianetwork.org)). Det kan man göra i vetenskapen om att en brist på överensstämmelse med historiska och vetenskapliga fakta inte är ett hinder för att konstruera nya och befriande narrativa 'sanningar'. Ramverket för makt, hot och mening har alltså förmågan att göra narrativ och psykologisk formulering mer evidensbaserade, både i vedertagen mening och genom att stödja konstruktion av 'narrativ sanning'.

### Vilket språk använder man i stället för diagnostiska termer?

Språkfrågan är kanske det viktigaste nästa steget att ta sig an, särskilt när ramverket ska användas i mer vardagliga sammanhang. Den lägger grunden för alla alternativa sätt att förstå och svara an på känslomässig stress och problemskapande beteende. Alternativ som syftar till uppdrag för tjänster, forskning, tillgång till bidrag med mera beskrivs mer i detalj i kapitel 8 i huvuddokumentet.

Att ändra sitt språk går mycket längre än att byta ut en ifrågasatt eller stigmatiserande term mot en annan. Rättare sagt gäller det att ersätta hela diskursen inom det som kallas 'psykisk hälsa'. Ordet 'diskurs' syftar på organiserat och oftaoreflekterat sätt att tala och använda språk som formar och förmedlar kunskap och praktiker som hör ihop med det språket (Foucault, 1979, 1980). En diskurs förekommer aldrig i ett vakuum. För sin begriplighet är den alltid beroende av andra, ofta outtalade påståenden som "bär djupt nedgrävda övertygelser, och förklaringsmodeller som är grundläggande för det förhållande sättet att förstå sig på världen i en specifik tidsperioden" (Sawicki, 1991, p. 104). Alltså, att förändra språket handlar inte bara om att byta vokabulär, utan öppnar nya sätt att tänka, uppleva och handla. Innan det händer, kommer vi helt enkelt att återupprepa traditionella arbetssätt på ett lite annorlunda, men lika otillfredsställande, sätt.

Det har gjorts många olika försök att skapa alternativa språkbruk, både från professionellt håll (DCP, 2014b) och från brukares/överlevares perspektiv (Wallcraft & Michealson, 2001). Riktlinjer från traumainformerat arbete har föreslagit liknande ändringar, ett byte från 'symtom' till 'anpassning', från 'störning' ('disorder') till 'respons/ gensvar' ('response') och så vidare (BPS, 2013 p.24). Publikationerna från British Psychological Society: *Understanding bipolar disorder* och *Understanding psychosis* har uppmärksammat debatten och rekommenderat brukarnas val av terminologi (BPS, 2010; 2014). Men, det här är ett svårt område, utan entydiga svar. I stället förespråkar vi ett antal icke-medicinska termer och uttryck som kan vara användbara för skiftande syften och omständigheter. Med andra ord, i stället för en 'ny dogm' behöver vi "en omtänksam variation i språket" (Beresford et al., p.27). Samtidigt inser vi att det medicinska språket inte kommer att ändras över en natt; att utveckla nya sätt att använda språket är en process i utveckling, som bara kan skapas i samspel med en allmän förändring i hur man ser på ohälsa. Den terminologi som finns kommer att fortsätta att användas – och behöver därför användas fortsättningsvis för praktiska syften, som att få tillgång till stödinsatser, eller att hitta

---

<sup>9</sup> Intervoice's National Network [www.intervoiceonline.org](http://www.intervoiceonline.org). Lista över internationella organisationer.

lämplig litteratur och självhjälsgrupper. Somliga kommer att fortsätta att se diagnostiska termer som en användbar förenkling i den dagliga verksamheten.

Det viktigaste är att vi stödjer människors rätt att göra sina egna val av terminologi och språkbruk. För närvarande gäller den rätten oftast bara åt ena hållet: de som vill ha sina svårigheter uttryckta i diagnostiska termer brukar inte nekas sina önskemål. Den motsvarande rätten, att vägra psykiatriska etiketter, och ändå att få information om sina svårigheter och begränsningar, erbjuds sällan. I utredningar inom såväl psykiatri, rättsväsende och andra samhällsfunktioner kan det vara oklokt, och inte rättssäkert, för en brukare att neka ta emot sin diagnos till förmån för andra beskrivningar.

Samtidigt som vi vill bekräfta människors rätt att beskriva sina svårigheter enligt sina egna önsknings, betonar vi den lika viktiga principen att professionella bör använda språk och begrepp som betraktas som korrekta rättvisande beskrivningar och som är evidensbaserade, det gäller både forskare, kliniker, föreläsare, välgörenhetsorganisationer, politiskt ansvariga och andra som berörs av psykiatriområdet. Eftersom psykiatrisk diagnostik inte lever upp till dessa kriterier, borde det inte längre vara professionellt, vetenskapligt eller etiskt acceptabelt att presentera psykiatriska diagnoser som om de vore välgrundade sanningar om individer och deras svårigheter. Man kan göra en analogi från psykiatrihistorien: när det väl stod klart att termer som 'vandrande livmoder'<sup>10</sup> var felaktig, borde ingen professionell låta någon få den diagnosen, och framför allt inte påtvingas den. Nuvarande diagnostiska kategoriers hädanfärd har blivit förutspådda av äldre psykiatriker i Storbritannien som Paul Bebbington och Robin Murray; den senare har sagt att han väntar sig att 'schizofreni' blir lika ålderdomligt som 'vattusot' (2017). De termer som är i bruk idag kommer troligen att överleva under en viss tid i vardagsspråket, eftersom det tar tid för folkliga termer att hänga med, men de kan inte längre vara begrepp som får professionell validitet.

Det är inte bara diagnostiska termer som behöver förändras. För att man ska kunna tänka och agera på ett annat sätt måste de många uttryckssätt förändras som förutsätter, stöder och upprätthåller nuvarande modell (ord som patient, symtom, diagnos, psykopatologi, sjukdom, ohälsa, störning, prognos, återfall osv.). Tre principer har föreslagits i DCP *Guidelines on Language for professional documents*, riktlinjer för språk i professionella dokument (DCP, 2014b); 1): 1. Där så är möjligt, undvik bruk av diagnostiskt språk i samband med presentationer av psykiatri (t.ex. 'extrema humörsvägningar' inte 'bipolär störning'; 'misstänksamma tankar' inte 'paranoia'). 2. Ersätt termer som förutsätter ett diagnostiskt eller snävt biomedicinskt perspektiv med psykologiskt eller vanligt språk (t.ex. 'problem' inte 'symtom'; 'åtgärd' inte 'vård'). 3. I situationer där det är svårt eller omöjligt att undvika diagnoser och liknande terminologi, kan man påpeka, eller antyda, gärna inledningsvis, att man är medveten om att begreppen är problematiska och ifrågasatta.

---

<sup>10</sup> Ö.a. Grekiska: hysterikos "livmoderbesvär",

De här principerna kan även användas mer generellt. Till exempel, forskare använder ofta medicinskt språk som sjukdom, symtom och psykopatologi i onödan. Det blir inte bara en återgång till en problematisk verklighetssyn. Det vänder också uppmärksamheten bort från forskarnas beskrivningar av vad de egentligen studerar, med risk för att de förlorar viktig kunskap om människors upplevelser. Det betyder inte att forskare ska låta bli att dra slutsatser om begrepp och processer. Däremot, den evidens som presenteras här, förordar att slutsatserna blir mer tillförlitliga om de speglar såväl det omgivande samhället och relationer med det, som individers beteende och upplevelser. Till exempel ordet 'dissociation' hänvisar till en funktionell, sammanhangsberoende process som kan gälla både individer och större grupper i samhället.

Det finns ingen riktigt bra ersättning för termer som 'psykisk sjukdom' eller 'psykisk hälsa' och den senare termen har varit omöjlig att undvika på några ställen i de här dokumenten. Inte heller kommer det någonsin att bli ett enda ord som kan fungera som ersättning, eftersom tankar, känslor och handlingar som kan leda till en psykiatrisk diagnos innefattar nästan varje mänsklig upplevelse, inträffar utifrån en komplex mångfald av samverkande orsaksfaktorer, och till sist även är beroende av lokala sociala och kulturella kontexter. En utväg är att låna in en mängd utbytbara icke-medicinska termer och använda dem som passar bäst för vissa situationer eller användningar. I det här dokumentet har vi växlat mellan känslomässig/psykologisk stress, psykiskt lidande, problem, känslomässiga svårigheter, ovanliga upplevelser och problemskapande, besvärande eller störande beteende. DCP språkliga riktlinjer<sup>11</sup> föreslår de engelska termerna "*emotional distress, mental distress, severe mental distress, extreme state, psychological distress*".

Tillgång till samhällsservice, bistånd, boende med mera, som det beskrivs i huvuddokumentet, kan vara beroende av en professionell underskrift t.ex. att en person upplever en svår psykologisk påfrestning som har inverkan på daglig funktionsnivå. För mer specifika syften kan icke-medicinska problembeskrivningar vara en användbar utgångspunkt för forskning och stödinsatser: beskrivningar som, 'hör fientliga röster' eller 'har misstänksamma tankar' eller 'extremt nedstämd' eller 'känner sig självmordsbenägen' eller 'självskadebenägen'. Beskrivningar av det slaget kan även bli en bas för att utforma speciella hjälpinsatser, utveckla litteratur eller starta stödgrupper. På liknande sätt kan utformning av verksamheter och erbjuda nya tjänster grundas efter behov, speciella befolkningsgrupper eller problemkategorier, i stället för diagnoser. Sammanfattande termer som 'komplext trauma' används redan i några sammanhang och riktningar (Sweeney et al., 2016) och, med kännedom om vår försiktighet beträffande termen 'trauma', kan det ändå vara mer relevant för folks verkliga problem och behov än nuvarande diagnostiska grupperingar.

Även om de aktuella institutionerna begär att en diagnos är registrerad, så har både DSM-5 och förarbetena till ICD-11<sup>12</sup> valmöjligheter som akut stressreaktion, anpassningsstörning, dissociativ identitetsstörning eller komplex PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom) som medger

---

<sup>11</sup> DCP language guidelines är ännu inte översatta till svenska.

<sup>12</sup> ICD-11 på svenska planeras komma år 2024

psykosociala snarare än medicinska orsaker, och allmänt är mindre stigmatiserande än termer som 'schizofreni' som de möjligen ersätter. Vissa digitaliserade journaler har utrymme för en kort formuleringsliknande sammanfattning – vanligen vid sidan av en diagnos, men i framtiden kanske denna kan ersätta diagnosen.

Frågeställningarna när det gäller användning av vardagsspråk är också komplicerade. En av de svårare frågorna för dem som har fått psykiatriska beteckningar är hur man ska beskriva sina svårigheter för andra på ett sätt som gör att det man kämpar med verkar rimligt och begripligt. De många nackdelarna med en psykiatrisk diagnos kanske uppvägs av dess funktion att legitimera och (till synes) förklara psykologiskt lidande för vänner, familj, chefer och andra icke-professionella. Leeming och andra (2009) beskriver att narrativ och psykologiska formuleringar kan ge otillräckligt skydd mot etiketter som förmedlar skam och svaghet, och, eftersom de innehåller mer komplex information, fungerar inte för alla syften. Benämningarna av de provisoriska generella mönstren passar troligen inte för att förklara påfrestningar för någon annan, även om vissa anpassade versioner kan vara acceptabla för vissa (t.ex. "jag upplever/kämpar med/lever med effekter av våld och försummelse/förtryck och trauma/förlust och brist").

Balans behöver finnas mellan verb – mer rättvisande, men mer omständliga – och substantiv. Vi har använt sorg som exempel vid olika tillfällen. Eftersom det är form av psykologiskt lidande som upplevs överallt i världen, blir en fras som 'sorgereaktion' oftast inte uppfattad som en sjukdom eller ett speciellt tillstånd som någon "har". Det betraktas som en välbekant känslomässig process, ett annat sätt att säga "jag sörjer". Utbildningssystemet kanske kan hjälpa till att öka den allmänna förståelsen för att fraser som 'traumareaktion', 'separationssvårigheter', 'anknytningsproblem', 'identitetskonflikt', 'social uteslutning', eller 'respons på allvarligt hot' hänvisar till processer som handlar om att överleva press från utsatthet och svårigheter i livet. Det borde också finnas utrymme för begrepp som 'andlig kris'. En del brukare vill återerövra ordet 'madness' som i 'Mad Pride'-rörelsen, medan andra definitivt inte har den önskan (Beresford et al., 2016).

Exemplen ovan är inte exakt definierade psykologiska termer men de är mindre medicinska, och det är själva poängen. Det vi har hävdar är att mönster av mänskliga responser på svårigheter/utsatthet inte landar i prydliga kategorier, och inte heller kan göra det. Om man på ett kortfattat sätt vill beskriva hur människor reagerar vid utsatthet och svåra livshändelser, är det bättre att använda 'luddiga begrepp' – eller i filosofiska termer, kategorier som är öppna, inexakta, men ändå användbara och meningsfulla i sitt sammanhang, vilket det finns många exempel på i vardagsspråket (Haack, 1996). Att det finns vardagliga versioner av psykiatriskt språk så som 'stress' och 'nervsammanbrott' antyder att allmänna uttryck eller luddiga begrepp som 'känslomässig/psykologisk kris/sammanbrott' skulle kunna vara godtagbara ersättningar för nuvarande pseudomedicinska termer (Barke et al., 2000). Det skulle med alla sannolikhet finnas invändningar om att de inte är exakta kategorier, men det gäller ju även de ord som de ersätter. Den avgörande frågan är om de är tillräckligt precisa för sina specifika ändamål. Det är uppenbart att de skulle kunna vara det – och dessutom utan de belastningar som diagnosen och identiteten som 'psykiskt sjuk' innebär.

Ett fundamentalt problem är svårigheten med att hitta en mittpunkt i det som kallats '*brain or blame*'-dikotomin [Dikotomin/motsättningen mellan hjärna/sjukdom och eget ansvar] (Boyle, 2013). Med andra ord; 'som samhälle tycks vi ha svårt att hitta en mittpunkt mellan två accepterade synsätt "Du har en fysisk sjukdom, och därför är din smärta verklig, och ingens fel" och "Dina svårigheter är inbillade och/eller ditt eget eller någon annans fel, och du borde ta dig samman"' (Johnstone, 2014, p.2). Det är angeläget att folkhälsoinformation tar upp begränsningarna i denna dikotomi. För att återvända till det vi tog upp i introduktionen: ramverket för makt, hot och mening ger resurser för att ta sig ur '*brain or blame*'- fällan genom att konstruera icke-diagnostiska, icke-skuldbeläggande, icke-mystifierande berättelser om styrka och överlevnad. Då öppnas möjligheter att ersätta de psykiatriska diagnoserna med en rad beskrivningar i vanligt språk, av dessa universella mänskliga erfarenheter.

## Slutsatser

De idéer som presenteras i det här projektet är med nödvändighet främst beskrivna på en teoretisk nivå, och mycket arbete kommer att behövas för att översätta det begreppsmässiga ramverket till praktisk verksamhet. Projektteamet välkomnar feedback och förslag till anpassning och utveckling.

Syftet på längre sikt är att göra ramverket för makt, hot och mening till en resurs för allmänt bruk, genom att utveckla tillgängliga versioner och material till stöd för professionella, anställda inom vården, brukare/överlevare och andra som upplever eller arbetar med känslomässig smärta. Till dess kan de appendix som bifogats ge några exempel på icke-diagnostiska alternativ som redan är i verksamhet, och även förslag och resurser för fortsatt implementering av ramverket. Dessutom ger kapitel 8 av huvuddokumentet en detaljerad översikt av hur ramverket tillämpas i relation till program inom 1. Folkhälsoplanering/policy; 2. insatser för psykisk hälsa, 3. principer för samhällsservice; 4. planering och utformning av tjänster, behovsvärdering, kvalitetskontroller och resultatutvärdering; 5. tillgång till social omsorg, boende och välfärdsförmåner; 6. terapeutiska interventioner, 7. lag och ordning, 8. forskning.

Till sist är det viktigt att understryka följande:

- Det främsta syftet med RMHM är att utforma en konceptuell och intellektuell resurs som kan ta oss förbi diagnostik och medicinskt tänkande och praktik i vad gäller känslomässig smärta, ovanliga upplevelser och problematiskt beteende.
- RMHM är inte bundet till någon enskild teoretisk inriktning. Det bygger istället på allmänna principer och evidens i syfte att introducera ett fundamentalt annorlunda perspektiv och skapa möjligheter att berika aktuell teori och praktik, och föreslå nya vägar framåt.
- Det finns inga alternativ för existerande psykiatriska kategorier eller terminologi som på ett enkelt sätt kan ersätta dem. RMHM erbjuder ett mer grundläggande skifte i tänkandet, som blir en utmaning för alla aspekter av nuvarande diagnosbaserad teori och praktik, och det sträcker sig över gränserna för vad som anses 'normalt' och 'onormalt'.
- De provisoriska generella mönstren som är föreslagna är just preliminära, provisoriska och ofullständiga och kommer ofrånkomligen att förändras utifrån framtida forskning och praktik-grundad evidens.
- Det huvudsakliga syftet med RMHM är att återupprätta perspektiv som är marginaliserade och förbisedda av nuvarande diagnosbaserade praktiker: hur makt fungerar, länkarna mellan hot och respons på hoten, de vidare sociala, politiska och kulturella kontexterna; och meningsskapandet och agentskapet hos dem som kämpar för att överleva inom sina personliga, sociala och socioekonomiska och materiella livsvillkor.
- Narrativ, i dess vidaste bemärkelse, kan erbjuda, och, i många sammanhang och kulturer, erbjuder det redan, ett rikt och meningsfullt alternativ till psykiatrisk diagnostik. Ramverket för makt, hot och mening påvisar på sätt att begreppsmässigt, erfarenhetsmässigt och praktiskt, stödja skapandet och samskapandet av narrativ, både inom och utanför vård, behandling och omsorg.



# Appendix

Dessa appendix har sammanställts med det dubbla syftet att demonstrera att icke-diagnostiska synsätt redan har fått framgångsrika tillämpningar både inom och utanför offentliga sektor; och att föreslå ytterligare tillämpningar av de idéer och principer som ligger till grund för RMHM. Som redan påpekats kan RMHM i sig självt ses som en resurs av begrepp med förmåga att påverka en vid krets av tjänster, stödgrupper, självhjälpsinsatser, forskning, samhällsengagemang och politiska initiativ.

Appendix 1 är en kortfattad guide till hur RMHM kan användas i arbete med klienter, i kamratstöd eller som självhjälp. Det är utformat som en bas för att människor som upplever psykiskt lidande ska kunna få bekanta sig med de tankar som ligger till grund för ramverket och sedan kunna reflektera över sina egna liv och erfarenheter från det perspektivet. Materialet är inte upphovsrättskyddat, och projektteamet uppmuntrar människor att använda det och anpassa det till sina egna omständigheter. Den vägledande diskussionen i Appendix 1 innehåller en mall. Andra mallar som utarbetats från liknande perspektiv är Makt Kartläggning (*'Power Mapping'*) av Hagan och Smail (Hagan & Smail, 1997a, 1997b) och McClellands 'Kartläggning av ojämlikheter' (*'Map of social inequalities'*) (McClelland, 2013). Hagan och Gregory (2001) har utvecklat en version som stödjer grupparbete med kvinnliga överlevare av sexuellt våld.

Appendix 2-14 består av en rad exempel på arbete som inte är baserat på diagnoser. Exempel 2–10 rör tillämpningar inom offentliga tjänster och illustrerar alltså försök att arbeta tillsammans med, och modifiera befintliga system. Exempel 11–14 har utvecklats utanför det offentliga och har därför haft större frihet att utveckla innovativa icke-medicinska verksamheter.

| Typ                     | Appendix nr: | Titel                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ramverk                 | 1            | En kort guide hur man kan använda Ramverket för Makt Hot Mening (RMHM) för att stödja och underlätta berättelser                                                      |
| Goda exempel på praktik | 2            | Komplex traumaträning i samband med IAPT ( <i>Improving Access for Psychological Therapy</i> ) 'Förstå, Hantera och Relatera' ( <i>Comprehend, Cope and Connect</i> ) |
|                         | 3            | En utfallsbaserad modell för Barn- och Ungdomspsykiatri ( <i>The Outcome-Oriented CAMHS model</i> )                                                                   |
|                         | 4            | Team-formulering                                                                                                                                                      |

|                         |    |                                                                                                                      |
|-------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Goda exempel på praktik | 5  | Gruppterapi för kvinnor som överlevt sexuella övergrepp                                                              |
|                         | 6  | OPD Pathway - ett arbetssätt inom rättsväsendet ( <i>Pathways in Forensic Work</i> )                                 |
|                         | 7  | Traumainformerade vårdformer för psykisk hälsa hos vuxna ( <i>Trauma-informed pathways for Adult Mental Health</i> ) |
|                         | 8  | Arbete baserad på psykologisk formulering som ett alternativ till diagnoser i Mellanöstern                           |
|                         | 9  | Narrativa arbetssätt                                                                                                 |
|                         | 10 | Öppna Samtal ( <i>Open Dialogue</i> )                                                                                |
|                         | 11 | Nätverk för rösthörare ( <i>Hearing Voices Network</i> )                                                             |
|                         | 12 | Leeds överlevarledda kris-service ( <i>Leeds Survivor Led Crisis Service</i> )                                       |
|                         | 13 | Sharing Voices Bradford                                                                                              |
|                         | 14 | MAC-UK Service för ungdomar i utanförskap                                                                            |

## Appendix 1

### En kort guide hur man kan använda Ramverket för Makt Hot och Mening (RMHM) för att stödja och underlätta berättelser

Dessa förslag och frågor är anpassade utifrån de frågor som använts i projektets konsultgrupp av brukare. Frågorna och förslagen erbjuds för att uppmuntra till reflektion och diskussion om hur RMHM kan tillämpas, i en personlig eller kamratstödd kontext, eller mellan brukare och professionella ihop. Samma struktur kan anpassas för familje- eller grupparbete, eller för personalutbildning, konsultationer, handledning eller för att formera ett arbetslag. Ramverket används bäst tillsammans med utbildningsmaterial om hur effekterna av olika former av hot påverkar våra tankemönster, hjärnan och kroppen, se <http://cwmtaf.wales/services/mental-health/stabilisation-pack/>. Det kan också vara bra att använda mallen ”Identiteter” (se slutet av denna bilaga) som en utgångspunkt. I slutet finns det en möjlighet att jämföra brukarens framväxande berättelse med de provisoriska generella mönstren. Detta kan bidra till att ge bekräftelse och trygghet, liksom att placera berättelserna i ett bredare socialt sammanhang.

Förslagen och frågorna nedan är öppna för att möjliggöra fortsatt utveckling och anpassning. Projektgruppen välkomnar feedback, särskilt från dem som arbetar inom verksamhetsområden som berör barn och ungdomar eller människor med intellektuella funktionshinder, där modifieringar av ramverket kommer att behövas.

### Ramverket för Makt Hot och Mening /RMHM): Ett vägledande samtal

”Vad har hänt dig?” (Hur fungerar **makt** i ditt liv?)

”Hur påverkade det dig?” (Vilka slags **hot** uppfattar du?)

”Vad fick detta för mening för dig?” (Vilken **mening** har dessa situationer och upplevelser för dig?)

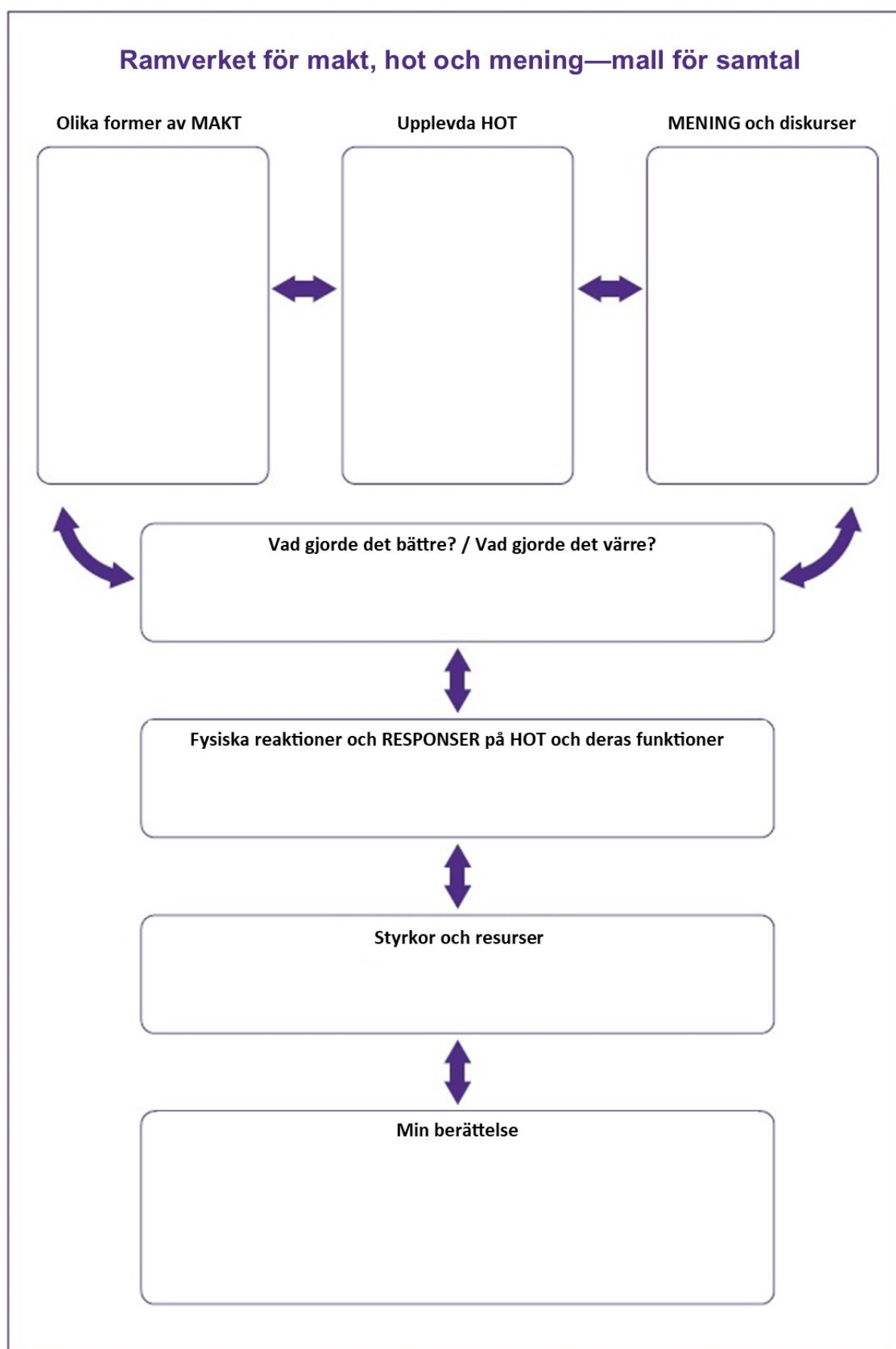
”Vad behövde du göra för att överleva?” (Vilken typ av **hotrespons** använder du?)

”Vilka är dina styrkor?” (Vilken tillgång till **makt-resurser** har du?)

”Vad/vilken är **din berättelse**?” (Hur hänger allt detta ihop?)

### Inledning till samtalet

RMHM är ett alternativt sätt att förstå varför människor ibland upplever en hel rad av olika former av ångest, förvirring, rädsla och förtvivlan, från mild till svår. Detta kallas ofta ’psykisk ohälsa’. RMHM är baserat på en hel del bevis som tyder på att om vi vet tillräckligt om människors relationer, sociala situationer och livsberättelser, samt de svårigheter som de har mött eller fortfarande står inför, är det möjligt att få en förståelse för dessa upplevelser. Om vi också tänker på människors styrkor och tillgång till stöd och insatser, kan vi kanske komma på nya vägar framåt.



Figur 1: Ramverket för makt, hot och mening—mall för samtal

Ramverket baseras på de fyra första frågorna. Den femte frågan handlar om färdigheter, styrkor och stöd samt tillgång till insatser. Svaren på alla frågorna kan sammanfattas i form av en personlig berättelse eller historia (kallas ibland en 'psykologisk formulering').

De korta frågorna nedan är en utgångspunkt för att reflektera, antingen på egen hand eller med stöd av en vän, arbetskamrat eller professionell, över hur allt detta vara tillämpligt för dig eller din familj/grupp/sociala nätverk. Eftersom frågorna är nära relaterade till varandra kan svaren överlappa varandra. Att till exempel prata om hur Makt har påverkat ditt liv kommer med stor sannolikhet att leda till att du nämner några av de Hot som det resulterat i, och kanske också några av de sätt som du har påverkats av dessa hot och hur du hanterat dem. Det kan vara till hjälp att skriva ner dessa tankar i de relevanta rutorna i mallen ovan när du arbetar dig igenom förslagen, utan att följa ordningen på frågorna alltför strikt.

Det finns inget rätt eller fel sätt att använda förslagen och mallen. De flesta kan behöva ta dessa stegvis, lite i taget. Man kanske vill gå tillbaka och lägga till nya tankar och idéer allteftersom tiden går.

Den första delen av den vägleda diskussionen uppmanar dig att fundera över de olika sätt som makt har påverkat dig. De olika typerna av makt beskrivs nedan. Du kanske vill skriva ner exempel på hur detta kan gälla dig och ditt liv.

## MAKT

### **”Vad har hänt dig?” (Hur fungerar makt i ditt liv?)**

’Makt’ kan ha flera betydelser. Generellt innebär det att kunna tillskansa sig fördelar eller privilegier, att ordna saker för att gagna dina egna intressen; eller att kunna få fördelar eller privilegier av/i relation till andra, att ordna saker för att möta dina intressen.

Makten kan fungera exempelvis via våra partners, familjer, vänner, samhällen, skolor, arbete, hälsovård, polisen, regeringen och media. Makt kan användas negativt; till exempel när människor blir skadade/sårade, utestängda eller tystade av andra. Makt kan också användas positivt, som när andra skyddar och bryr sig om oss.

Det finns en hel del bevis för att negativ maktutövning, både i det förflutna och nuet, kan leda till psykiska problem. Det finns också bevis på att vi kan bli hjälpta och skyddade av positiv och stödjande makt. Exempel på olika typer av makt och de svåra händelser och omständigheter som de kan leda till ges nedan. Vissa av dem kan gälla dig.

**Biologisk eller förkroppsligad makt** handlar om våra kroppar och fysiska egenskaper. Till exempel kan vi njuta av styrka, fysisk hälsa, attraktivt utseende, vara bra på sport och så vidare. Å andra sidan kan vi uppleva fysiska begränsningar som smärta, sjukdom, hjärnskada, deformitet eller funktionsnedsättning.

**Tvingande makt** eller fysisk makt. Tvingande makt inkluderar att använda aggression, våld eller hot för att få någon att göra saker de inte vill göra eller för att skrämma eller kontrollera dem. Till exempel kan gälla att bli slagen som barn, mobbad i skolan, bli utsatt för övergrepp i hemmet, påtvingad psykiatriska insatser eller att bli rånad eller attackerad. I ett större

sammanhang utövas makt genom våld mer i utsatta stadsdelar, genom systematiskt våld mot vissa grupper av människor, i politiska konflikter och krig. Positivt använt kan fysisk makt skydda oss från våld hot och faror.

**Rättslig makt.** Lagen behövs för att vi alla ska kunna leva i ett rättvist och fredligt samhälle där våra rättigheter skyddas. Lagen används också för att åtala eller fängsla människor eller på annat sätt begränsa deras frihet, för att skydda resten av samhället. Å andra sidan kan isolering eller tvång genom lag om psykiatrisk vård upplevas som skadligt, och ibland misslyckas lagen med att åtala någon som har skadat dig, eller kanske inte ger lika rättigheter till vissa personer eller grupper. Välfärdssystemet stöds av lagstiftning så att människor kan få de förmåner de har rätt till. Men lagen kan också användas för att påtvinga utsatta människor för orättvisa eller skadliga riktlinjer/rutiner.

**Ekonomisk och materiell makt.** Att ha tillräckligt med pengar att leva av, ha bra bostad och tillräckligt att äta är avgörande för vårt välbefinnande. Ekonomisk eller materiell makt gör det också lättare att fly eller ändra saker vi är missnöjda med, att skydda vår familj och att få hjälp och stöd när vi behöver det. Ibland hotas vår ekonomiska säkerhet av andra såsom föräldrar, partners, hyresvärdar, offentliga tjänstemän eller arbetsgivare, som kan ha kontroll över din ekonomi, inkomst, bostad och ägodelar. Välfärdssystem och övergripande social och ekonomisk politik och strukturer kan också skapa och upprätthålla fattigdom och ojämlikhet.

**Socialt eller kulturellt kapital** avser om vi har eller inte har tillgång till socialt värderade utbildningar, arbetsträning och fritidsmöjligheter. Det handlar också om huruvida vi har, eller vet hur vi ska få, den kunskap och information vi behöver för att leva det liv vi vill, och om vi drar nytta av sociala kontakter och en känsla av socialt förtroende och tillhörighet i det samhälle vi lever i. Alla dessa fördelar kan föras vidare till nästa generation. Utan dem kan vi känna att vi är utestängda från eller inte förtjänar olika former av inflytande och möjligheter, såsom jobb, utbildning, sjukvård och så vidare.

**Interpersonell makt** – Alla av de andra beskrivna formerna av makt kan operera genom relationer. Utöver detta erbjuder våra relationer viktiga källor till säkerhet, stöd, skydd, bekräftelse, kärlek och sammanhang. Detta hjälper till att bygga upp en känsla av identitet om vem vi är som individer och som familjemedlemmar, medlemmar i sociala nätverk och vidare bemärkelse i samhället. Relationer med andra, inklusive familj, kollegor, lärare, vänner, grannar, arbetsgivare, vårdpersonal och offentliga tjänstemän kan också ha negativa aspekter som vanvård, mobbning, övergrepp, övergivenhet, ogiltigförklaring, skam, förnedring, diskriminering och så vidare. Dessa erfarenheter kan påverka oss och vår känsla av oss själva och våra identiteter mycket negativt, särskilt om de inträffar i barndomen.

**Ideologisk makt.** Ideologisk makt betyder makt över betydelse, språk och dagordningar. Ideologisk makt är en av de minst uppenbara men viktigaste formerna av makt, eftersom den riktas mot våra tankar och övertygelser. Ideologiska budskap, eller sätt att se på oss själva och världen, kan komma från en mängd olika källor. Några exempel är föräldrar, sociala nätverk, skolor, annonser, vårdpersonal, politiker och andra offentliga personer liksom meddelanden från media, internet och sociala medier. Oavsett om dessa budskap är positiva eller negativa är de oerhört inflytelserika, och kan kännas mycket svåra att utmana, delvis på grund av att de ofta accepteras som normala och omöjliga att ifrågasätta. Ideologisk makt inkluderar:

- Makt att skapa uppfattningar eller stereotyper om din grupp. Vår identitetskänsla baseras dels på olika sociala identiteter – till exempel som kvinnor, män, sexuell läggning, hudfärg eller etnisk minoritet, som en äldre person, som någon med psykiska problem, intellektuella eller fysiska funktionshinder och så vidare. Vi kan också bli identifierade som medlemmar i en undergrupp, som till exempel personer som får bidrag eller ensamstående föräldrar. Alla dessa överlappande identiteter kan ha både positiva och negativa aspekter.
- Makt att berätta för människor, direkt eller indirekt, hur de ska tänka, känna, se ut och uppträda för att vara en acceptabel medlem av en grupp eller i samhället. Detta kan inkludera nästan vad som helst, från 'rätt' kroppsstorlek och utseende, till 'rätt' livsstil rätt sätt att uppfostra barn, uttrycka sexualitet eller religiös övertygelse, och så vidare. Ju längre man är från att passa in i dessa standarder, desto svårare blir det att utveckla en känsla av självförtroende och egenvärde.
- Makt att tysta eller undergräva dig och/eller din sociala grupp, till exempel genom kritik, bagatellisering, undergrävande, avsiktlig feltolkning av dina åsikter, skrämman eller ibland genom att stämpla dig som 'psykiskt sjuk'. Detta kan ske i direkt kontakt med andra eller indirekt genom källor som rättssystemet och media.
- Makt att tolka dina erfarenheter, beteenden och känslor och berätta för dig vad de betyder. Idealt kommer barn att vägledas att utveckla sina egna förståelser, övertygelser och värderingar. Som vuxna kan vi få stöd från andra som delar vår övertygelse och världsbild. Å andra sidan kan både barn och vuxna mötas av tystnad, invalidering och påtvingas andras åsikter och känslor. Att berätta för människor att deras upplevelser av psykologisk stress beror på en 'psykisk sjukdom', även om de inte håller med, kan ses som ett exempel. Denna typ av makt kan fungera genom många källor, inklusive undervisningsmaterial och material på sociala media.

*Du kommer nästan säkert att få några idéer om hur olika former av makt har påverkat dig. Följande korta frågor hjälper dig att reflektera över detta mer i detalj.*

## HOT

### ”Hur påverkade det dig?” (Vilka slags hot uppfattar du?)

När makt används på negativa sätt leder det ofta till mycket svåra och hotfulla situationer eller utmaningar. Några ytterligare exempel som hjälper dig att tänka på hot i ditt eget tidigare eller nuvarande liv ges nedan.

*Relationer:* Kan inkludera föräldrar, partners, andra släktingar, vänner, kollegor, lärare, vårdpersonal och många andra. Som beskrivits ovan kan relationshot inkludera övergivande/avvisning av eller förlust av nära och kära eller personer du är beroende av; bevittnande eller upplevelse av våld i hemmet eller mobbning; ifrågasatt eller icke bekräftad genom kritik, fientlighet, förnedring, genom att avfärda dina känslor eller övertygelser; förvirrande kommunikation; att påtvingas andra människors åsikter eller uppfattningar även om du inte håller med dem; brist på kärlek, omsorg och skydd; sexuella, fysiska eller känslomässiga övergrepp; känslomässig, fysisk eller materiell försummelse; trauman som förs vidare via föräldrar och andra släktingar över generationer.

*Känslomässigt:* Inför hot kan människor känna sig osäkra och överväldigade av en hel rad känslor som är mycket svåra att hantera.

*Socialt/gemensamhet:* På sina arbetsplatser eller i det lokala samhället kan människor möta isolering, utanförskap, fientlighet, mobbning, sexuella trakasserier, diskriminering, förlust av sin sociala roll eller roll på arbetet, och så vidare.

*Ekonomiskt/materiellt:* Detta inkluderar fattigdom, brist på bostad, att inte kunna tillgodose grundläggande fysiska behov eller att få tillgång till grundläggande tjänster för sig själv och/eller anhöriga.

*Miljö:* Människor kan leva, eller ha levt i, missgynnade och osäkra situationer, antingen i sina hus och/eller i områden med fattigdom, konflikt eller krig. De kan ha tappat kontakten med sitt samhälle, sitt ursprungsland och/eller den naturliga världen.

*Kroppsligt:* Detta kan inkludera ohälsa, kronisk smärta, funktionshinder, skada, hjärnskada, annan funktionsförlust, fysisk fara, svält, utmattning, att få din kropp attackerad eller invaderad.

*Identitet:* Detta inkluderar brist på stöd för att utveckla dina egna övertygelser, värderingar och identitet; förlust av status; förlust av social, kulturell eller religiös identitet, som att vara arbetare, förälder eller medlem av en viss social eller etnisk grupp. Utan detta kan människor och deras sociala grupper utsättas för skam eller känna sig nedvärderade.

*Värdegrund:* Detta inkluderar förlust av syfte, värderingar, övertygelser och betydelser; förlust av social historia, kultur, ritualer och praktiker.

*Kunskaps- och meningskonstruktion:* Vissa typer av ideologisk makt kan bidra till att beröva människor möjligheten, stödet eller sociala resurser att ifrågasätta eller förstå sina egna erfarenheter. Till exempel ger tillgång till internet enorma mängder information, men detta kan också manipuleras för att presentera vissa synpunkter och undertrycka andra. Människors egen kunskap, förståelse och övertygelse kan undermineras på grund av ojämlika maktrelationer



mellan dem själva och andra. Inom området psykisk hälsa kan vanliga idéer och betydelser främjas eller påtvingas av familj, vårdpersonal, akademiker, mediefigurer, forskare och andra, vilket gör det svårt att få information om alternativa synsätt på psykisk hälsa. Situationerna kan gälla stora grupper av människor (t.ex. kvinnor; de 'psykiskt sjuka'); eller till vissa individer (exempelvis genom att benämna dem som 'outbildade' eller 'sakna insikt').

## Omständigheter som gör hot lättare eller svårare att överleva

Det här är några av de omständigheter som är kända för att påverka effekterna av mycket svåra livsomständigheter. Du kan ha berört dem redan som svar på tidigare frågor. Dessa korta frågor kan hjälpa dig att tänka mer i detalj på de aspekter av hot som var särskilt svåra för dig och även på några av de sätt som gjorde att du lyckades överleva dem.

- Om du kände dig trygg, skyddad och älskad av dina föräldrar och vårdare i barndomen.
- Hur gammal du var när någon av dessa svåra händelser inträffade.
- Om hotet var en avsiktlig handling av en annan person.
- Om du kände dig förrådd eller sviken, av en person och/eller en organisation.
- Om du ställdes inför ett eller flera hot och av en eller flera förövare.
- Huruvida hotet inträffade en gång eller upprepades eller var fortgående.
- Hur förutsägbara hotet/hoten var och hur mycket kontroll du hade över dem.
- Hur allvarligt hotet/hoten var och om det förekom någon möjlighet till flykt eller inte.
- Om hotet var fysiskt invaderande.
- Om hoten inträffade tidsmässigt, nära efter varandra eller samtidigt.
- Om hotet/hoten var kroniska och pågående (miljömässiga eller personliga).
- Om det fanns ett hot mot din självuppfattning och vem du är som person.
- Om hotet kom från någon du stod nära eller var känslomässigt beroende av.
- Om du hade någon att anförtra dig till om hoten och som trodde på dig och skyddade dig.

*När du tänker på de hot som du har utsatts för, har du förmodligen varit medveten om det och vilken betydelse som detta haft för dig. Du kan till exempel ha känt dig rädd eller utskämd. Följande korta frågor hjälper dig att reflektera över detta mer i detalj.*

## MENING

”Vad var meningen med det som inträffade?” (Vad är betydelsen av dessa situationer och upplevelser för dig?)

Mening, betydelser i denna bemärkelse inkluderar övertygelser, känslor och kroppsliga reaktioner. Vi lägger alla betydelser till det som händer oss. Ofta, men inte alltid, är vi väl medvetna om dessa betydelser. Ibland tenderar betydelserna att få oss att må ännu sämre – till exempel: ”Allt var mitt fel” eller ”Jag är omöjlig att älska” eller ”Man kan inte lita på någon”. Detta är en lista över betydelser som ofta är relevanta för personer som har upplevt hot. De kan

gälla dig, vid olika tidpunkter och i olika situationer. Du kanske också vill tänka på positiva betydelser som har hjälpt dig att fortsätta. Till exempel kan människor i ditt tidigare eller nuvarande liv ha hjälpt dig att känna dig älskad, uppskattad och skyddad.

### Box 1: Mening, betydelser

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| Otrygg, rädd, attackerad   | Fångad                         |
| Övergiven, avvisad         | Besegrad                       |
| Hjälplös, maktlös          | Misslyckad, underlägsen        |
| Hopplös                    | Skyldig, klandervärd, ansvarig |
| Invaderad                  | Förrådd/sviken                 |
| Kontrollerad               | Skamsen, förödmjukad           |
| Känslomässigt överväldigad | Känsla av orättvisa            |
| Känslomässigt tom          | Känsla av meningslöshet        |
| Dålig, ovärdig             | Förorenad, elak                |
| Isolerad, ensam            | Främmande, farlig              |
| Utesluten, alienerad       | Annorlunda, onormal            |

*Som gensvar på svåra upplevelser behöver vi alla hitta sätt att klara oss och överleva. Dessa sätt kan kallas hotresponser. De korta frågorna nedan hjälper dig att fundera över hur du har reagerat på hot som du har uppfattat.*

### Box 2: Responser på hot

|                                                    |                                                                                                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Förberedelse att slåss eller attackera             | 'Hög' eller extrem stämning; snabba humörsvägningar (emotionell dysreglering)                                                      | Genomföra ritualer och andra 'säkerhetsbeteenden' |
| Förberedelse att 'fly', undslippa, söka säkerhet   | Ha ovanliga övertygelser                                                                                                           | Samla, hamstra                                    |
| Att stelna (frysa)                                 | Ha ovanliga visuella, lukt och taktila förmånelser                                                                                 | Undvikande                                        |
| Stegrad vaksamhet, skrämselfreaktioner, sömnlöshet | Fysiska förmånelser - spänningar, yrsel, fysisk smärta, tinnitus, förmånelser av värme eller kyla, utmattning, hudirritation, mag- | av/tvångsmässigt användande av sexualitet         |
| Panik, fobier                                      |                                                                                                                                    | Impulsivitet                                      |
| Fragmenterad minneskodning                         |                                                                                                                                    | Ilska                                             |
|                                                    |                                                                                                                                    | Aggression och våld                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Minnesförlust (amnesi)<br>Höra röster<br>Dissociera (tappa koll på tid/plats; olika grader av splittring av medvetenhet)<br>Avhumanisering, derealisering<br>Flashbacks<br>Mardrömmar<br>Funktionella kramper (icke epileptiska anfall)<br>Känslomässig bedövning, förflackning, likgiltighet<br>Kroppsliga domningar<br>Underkastelse, blickande<br>Att ge upp, 'inlärda hjälplöshet' nedstämdhet<br>Protestera, gråta, klamra sig fast<br>Misstankar<br>Emotionell regression, tillbakadragande | tarmproblem och många andra kroppsreaktioner<br>Känslomässiga försvar: att förneka det som har hänt, att idealisera människor och så vidare.<br>Intellektualisering (undvika känslor och kroppsliga förmågor)<br>Uppmärksamhet/koncentrationsproblem<br>Förvirrad/instabil självbild/självuppfattning<br>Förvirrat/förvirrande tal och kommunikation<br>Självskada av olika slag<br>Självförsummelse<br>Bantning, självsvält<br>Hetsätande, överätande<br>Tysta sig själv<br>Sörja<br>Skylla på sig själv och självbestraffning<br>Kroppshat<br>Tvångstankar | Självmodstankar och handlingar<br>Misstro mot andra<br>Känna sig berättigad<br>Minskad empati<br>Misstro<br>Undvikande av situationer som utlöser hot<br>Strävan, perfektionism, överdriven strävan<br>Använda droger, alkohol, rökning<br>Jobba, träna för mycket<br>Ge upp hoppet/tron på världen<br>Relationsstrategier: avvisande och upprätthållande av känslomässigt avstånd; söka omvårdnadsvård och anknytning; ta på sig vårdande roller; isolering/undvikande av andra; dominans, söka kontroll över andra; osv.<br>Grubbel, reflektera, förutse, föreställa sig, tolka, meningsskapande |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## HOTRESPONSER

”Vad behövde du göra för att överleva?” (Vilken typ av hotresponser använder du?)

Dessa sätt att reagera på hot kallas ibland 'symtom', men inom RMHM ses de som 'respons på hot'. De var nödvändiga överlevnadsstrategier när hotet/hoten inträffade, och de kan fortfarande vara skyddande om situationen inte har förändrats. Med andra ord finns de där av en god anledning. Dessa anledningar kan inkludera att hjälpa till att hantera överväldigande känslor; skydda mot fysisk fara; att behålla en känsla av kontroll; skydda dig själv från förlust, skada, avvisande eller att bli övergiven; söka eller hålla fast vid säkra relationer; att hålla fast vid en känsla av dig själv och din identitet; att hitta en plats för dig själv i sociala grupper; att möta dina

känslomässiga behov; att kommunicera behov av vård och hjälp; och att hitta mening och syfte med ditt liv. Men, vissa av dessa responser på hot kanske inte längre behövs eller är användbara. I själva verket kan de i sig själva orsaka dig problem.

Responser på hot finns på ett spektrum från automatiska kroppsreaktioner, som flashbacks, panik eller impulsen att slåss eller fly från fara, till mer medvetna strategier, som att begränsa ditt ätande, eller undvika relationer till andra eller att använda alkohol. Ovanliga upplevelser som att höra röster, ha humörsvängningar eller att bli överväldigad av misstankar kan också ses som responser på hot. Listan i Box 2 kan hjälpa dig att identifiera några av dina vanligaste eller mest besvärliga responser på hot.

(Se kapitel 6 i huvuddokumentet för responser på hot som kan vara mer karakteristiska för barn, äldre vuxna med kognitiva funktionsnedsättningar, personer med intellektuella funktionsnedsättningar och personer med neurologiska svårigheter.)

Dina svar på de tidigare förslagen kommer att ha gett dig några idéer om styrkor och resurser som har hjälpt dig att överleva. Här är några fler förslag.

## STYRKOR

”Vilka är dina styrkor?” (Vilken tillgång till makt-resurser har du?)

Det kan inkludera personer som bryr sig om dig, aspekter av din identitet som du mår bra av, färdigheter och övertygelser och så vidare. Andra möjliga styrkor i ditt liv, förr och nu, är:

- Kärleksfulla och trygga tidiga relationer.
- Stödjande partners, familj och vänner.
- Socialt stöd och en känsla av samhörighet.
- Ha chansen att njuta av materiella saker, fritid och utbildningsmöjligheter.
- Ha tillgång till information/kunskap/alternativa synpunkter (t.ex. om psykisk hälsa).
- Positiva/socialt värderade aspekter av din identitet.
- Färdigheter/förmågor – såsom intelligens, fyndighet, beslutsamhet, talanger.
- Kroppsliga resurser – utseende, styrka, hälsa.
- Värderingssystem – tro, gemenskapsvärderingar och så vidare.
- Samhällspraxis och ritualer.
- Kopplingar till naturen och den naturliga världen.

Du kanske vill fundera på några av dessa sätt att bygga vidare på dina resurser och styrkor:

- Hantera dina känslor genom att släppa lös/uttrycka/bearbeta känslor (t.ex. skrivande, träning, samtalsterapier, kroppsterapier, kreativitet och konst, medkänslofokuserade strategier, medveten närvaro, meditation).

- Egenvård – t.ex. kost, träning, vila, alternativa terapier.
- Använda eller hitta relationer för känslomässigt stöd, skydd, bekräftelse.
- Hitta meningsfulla sociala roller och aktiviteter.
- Andra kulturella ritualer, ceremonier och interventioner.
- Att engagera sig i kampanjer, aktivism.
- Skapa/hitta nya berättelser/betydelser/föreställningar/värderingar.

## Vad är din historia?

När du har arbetat igenom alla förslag/frågor kan det vara till hjälp att samla all denna information i form av en historia eller berättelse om ditt liv, svårigheter du har mött, effekter av vad allt detta har haft på dig, vad allt betydde för dig, hur du har klarat dig och de styrkor som har gjort det möjligt för dig att överleva. Berättelsen är aldrig slutgiltig eller fullständig och du kommer förmodligen att vilja titta på den igen.

## Har andra människor liknande historier?

Förutom att erbjuda ett sätt att utforska ens egen berättelse, sammanfattar RMHM vanliga mönster som kan ses i många människors berättelser. Dessa kallas provisoriska generella mönster, och de är baserade på en hel del bevis om effekten av makt, på upplevelsen av hot, meningsskapande och hotresponser i människors liv. Ibland är det hjälpsamt och betryggande att inse att andra människor har varit med om liknande upplevelser och har reagerat på liknande sätt. De provisoriska generella mönstren beskrivs i kapitel 4 i den här skriften, och är tillgängliga på engelska på Brittiska Psykologförbundets hemsida: [www.bps.org.uk/PTM-Overview](http://www.bps.org.uk/PTM-Overview)

Det är viktigt att notera att:

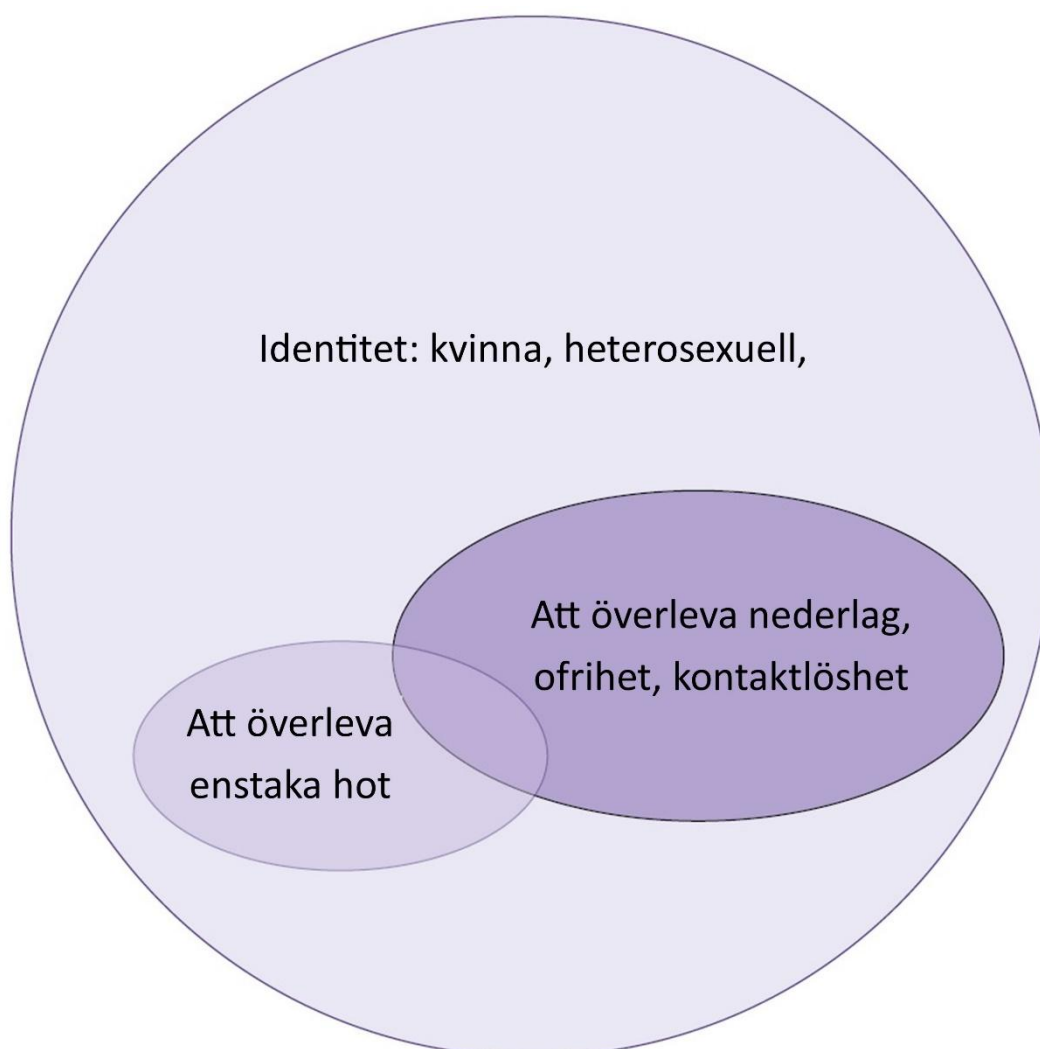
- *De provisoriska generella mönstren* är inte enkla ersättningar för särskilda psykiatriska diagnoser. De kan spänna över flera diagnoser och inkluderar även personer som inte har någon diagnos alls.
- Ofta finns det ingen bra passform mellan en viss person och ett särskilt provisoriskt generellt mönster. Många människor kommer att känna igen delar av sin berättelse i flera mönster.
- *De provisoriska generella mönstren* finns på ett spektrum. Effekterna av makt och hot på en viss person beror på många faktorer som gör att påverkan antingen blir till det sämre eller det bättre. Vissa människor kommer att få mycket lindrigare svårigheter, andra kommer att ha större svårigheter att kämpa med.
- *De provisoriska generella mönstren* kommer att bearbetas och ändras med tiden i takt med att fler bevis dyker upp. I synnerhet vet vi mindre om typiska mönster i icke-västerländska kulturer och miljöer, både i Storbritannien och i resten världen.

## Identiteter

Människors identitetskänsla formar alla andra aspekter av livet och hur de reagerar på hot och svårigheter. Det kan vara hjälpsamt att tänka på hur olika aspekter av din identitet har påverkat

dig. Detta kommer sannolikt att inkludera positiva och stödjande sätt, såsom som att känna självförtroende och vara en del av en grupp, såväl som negativa sätt, som att bli utsatt för diskriminering. Du kanske vill tänka på din etnicitet, klass, ålder, kön, nationalitet, sexuella läggning, religion, funktionshinder eller att definieras som 'psykiskt sjuk'.

Det påhittade exemplet i figur 4 nedan beskriver en ung, heterosexuell kvinna från arbetarklassbakgrund som har varit inblandad i en allvarlig olycka som har gjort henne delvis handikappad. Hon har överunnit ett tidigare hot och byggt upp en framgångsrik karriär, men hon är nu sjukskriven. Hon får flashbacks efter olyckan och handskas också med många förändringar i sitt liv och sina ambitioner. För tillfället känner hon sig instängd och känner hopplöshet inför sin framtid. Hon har deltagit i en handledd diskussion om RMHM och inser att hennes reaktioner beskrivs av två av de provisoriska generella mönstren, "Att överleva nederlag, instängdhet, utanförskap och förluster" och "Att överleva enskilda hot".



## Appendix 2

### Komplex traumaträning i samband med IAPT (*Improving Access for Psychological Therapy*): 'Förstå, Hantera och Relatera' (*Comprehend, Cope and Connect*)

Hampshire IAPT's *italk*, genomförde en granskning av en patientkohort som bara uppnått begränsad förbättring genom de befintliga interventionerna och det identifieras då att de alla led av komplex traumatisering. The Strategic Health Authority (regional organisation för utvecklingsarbete i hälsovården ö. a.) finansierade sedan ett projekt för att erbjuda en anpassad insats för denna grupp 'Förstå, Hantera och Relatera' (*Comprehend, Cope and Connect* (CCC), utvecklat av Isabel Clarke (2015). Här tar man hänsyn till tidigare trauma och relationella aspekter av terapi i arbetet med att ta fram ett tydligt behandlingsprotokoll för terapeuter som arbetar inom IAPT-systemet. Det är ett program som länkar fyra individuella, transdiagnostiska, psykologiska formuleringssessioner med en intensiv gruppintervention på 12 sessioner, följt av en eller två individuella sessioner föruppföljning. CCC (tidigare *Emotion Focused Formulation, EFFA*) beskrivs i Clarke (2008, 2009) testas nu på fyra platser i Hampshire, och en pilotutvärdering har publicerats, Durrant m.fl. (2007). Det är ett flexibelt och intuitivt förståeligt tillvägagångssätt baserat på följande principer:

- Det börjar med att 'samskapa' en individuell Psykologisk Formulering snarare än en diagnos.
- Det understryker att om en individs upplevelse av sig själv känns outhärdlig, kommer individen försöka hantera detta - genom exempelvis att dra sig undan, självskada, dricka alkohol etc.
- Dessa strategier är förståeliga och fungerar på kort sikt. De flesta av dem används av alla någon gång.
- Tidigare trauman och kroppens förmåga att plocka upp hotsignaler och förbereder sig för handling bidrar till att skapa onda cirklar som låser människor i en fälla.
- När onda cirklar identifieras kan individen välja att bryta dem, och stöd och färdigheter kan erbjudas för att hjälpa till med detta.

CCC erbjuder en medkännande förståelse för människors svårigheter, tillsammans med vägar framåt - antingen från professionella eller de i omgivningen så som familj och vänner. Det är inte ytterligare en terapiinriktning, utan representerar en integrering av tredje vågens KBT- en kognitionsvetenskaplig teoretisk bas genom Interacting Cognitive Subsystems (ICS) -modellen för kognitiv arkitektur (Teasdale & Barnard, 1993). Således erbjuder det ett enkelt terapeutiskt tillvägagångssätt som är tillämpligt över flera diagnostiska kategorier. Det utgår från antagandet att alla människor, i alla kulturer, ibland kämpar med relationer (inklusive förhållandet till sig själva), känslor och att passa in i världen omkring dem. Detta kan spåras till hur våra hjärnor fungerar. En del av vår tankeverksamhet ger upphov till en känsla av individuellt självmedvetande och förmågan att göra exakta bedömningar. Västerländska kulturer

överbärderar ofta dessa aspekter och underskattar ofta andra mänskliga förmågor, och de känslor som gör att vi kan relatera till andra och till oss själva. Balansen mellan den kognitiva och den emotionella delen påverkas av våra stressnivåer. Hög stressnivå kan upplevas som starka känslor eller som fysiska symtom som påverkar våra relationer (se Clarke 2008, 2009, för en fylligare utläggning).

Hela vårt väsen påverkas av relationer och vi är bara begripliga i en relationell kontext. Familjen och de som står oss nära är kärnan men väven av relationer sträcker sig även till andliga eller religiösa upplevelser. I upprättandet av den emotionella / relationella aspekten av människan är CCC i samklang med icke-västerländska kulturer. Erfarenheter och den faktiska sinnesförnimmelser ses som centrala och 'symtom' ses som begripliga, men ofta självförgörande sätt att hantera outhärdliga inre tillstånd som uppstår av störningar i nätet av roller och relationer som håller en individ samman och/eller av störningar i relationen till sig själv.

## Utbildningen

Vissa inom denna komplexa traumaklientgrupp behöver, av risk- och komplexitetsskäl, hänvisas till steg 4-tjänster. IAPT Steg 2 (där den första bedömningsintervjun sker) behöver kunna identifiera och hantera interaktionen med denna grupp. Utbildningen utrustar också steg 3 IAPT-utövare med kompetenser att känna igen, engagera och arbeta effektivt med de som är lämpliga för primärvårdsintervention. Fyra endagsworkshops erbjuds där alla som går utbildningen deltar i tre, oavsett om man går steg 2 eller 3.

**Dag 1** är för Steg 2: Att utveckla färdigheterna för att känna igen och hantera komplexa trauman vid bedömning och för att kunna urskilja fall med komplexa trauman lämpliga för Steg 3.

**Dag 2** är för steg 3. Att utveckla färdigheter att känna igen, motivera och engagera personer med en bakgrund av komplexa trauman och att bli bekant med den känslufokuserade formuleringen.

**Dag 3** är för steg 2 och 3 tillsammans. Att förstå utmaningarna med motivation och terapeutisk allians relevant för denna klientgrupp och att förvärva färdigheter för att hantera dessa utmaningar i arbetet med den individuella psykologiska formuleringen.

**Dag 4** är för steg 2 och 3 tillsammans. Att använda den psykologisk formuleringen för att identifiera de lämpligaste interventionerna för specifika klienter och att introducera lämpliga program och programinterventioner.

Detta förbereder personalen för att kunna genomföra fyra individuella, transdiagnostiska, emotionsfokuserade psykologiska formuleringssessioner inom ramen för en 12 sessioner gruppintervention, följt av en eller två individuella uppföljningssessioner. Grupprogrammet har mottagits med entusiasm och de första intrycken och feedback från brukarna är mycket lovande. Datainsamlingen har dock gått långsamt på grund av osäker ekonomisk ersättning (verksamhetens har bara nyligen tilldelats finansiering). En fullständig utvärdering av modellen inom primärvårdens i Hampshire pågår. När metodens effekt har etablerats kommer vi att kunna rekommendera denna icke-diagnostiska intervention till en övervägande andel IAPT-klienter med komplex traumatisering och göra den mer allmänt tillgänglig.



## Referenser

- Clarke, I. (2008). Pioneering a cross-diagnostic approach founded in cognitive science. In I. Clarke & H. Wilson (Eds.), *Cognitive behavior therapy for acute inpatient mental health units: Working with clients, staff and the milieu* (pp.65–77). London: Routledge.
- Clarke, I. (2009). Coping with crisis and overwhelming affect: Employing coping mechanisms in the acute inpatient context. In A.M. Columbus (Ed.), *Coping mechanisms: Strategies and outcomes* (pp.111–129). *Advances in Psychology Research*, 63. Huntington, NY State: Nova Science Publishers Inc. Available at: [http://www.isabelclarke.org/docs/Coping\\_Mechanisms.doc](http://www.isabelclarke.org/docs/Coping_Mechanisms.doc)
- Clarke, I. (2015). The emotion focused formulation approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum*, 275, 28–32.
- Durrant, C., Clarke, I., Tolland, A. & Wilson, H. (2007). Designing a CBT service for an acute in-patient setting: A pilot evaluation study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 117–125.
- Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

## Appendix 3

### En utfallsbaserad modell för Barn- och Ungdomspsykiatri (*The Outcome-Oriented CAMHS model*)

Ett team i Lincolnshire i England har utvecklat och implementerat en utfallsbaserad modell för *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)*. Detta har skett under en period av sex år under ledning av professor Sami Timimi (Timimi m.fl., 2013).

Modellen baseras på forskning om resultatet av behandlingsinsatser inom psykisk ohälsa som visar att man inte åstadkommer signifikant förbättrade behandlingsresultat genom att anpassa behandlingsmetoderna utifrån psykiatriska diagnoskategorier. De terapieresultat som uppnåddes i studier för 50 år skiljer sig inte från de vi uppnår idag. Dessutom verkar det inte vara några större skillnader i effekt mellan olika terapiformer. Vad som däremot verkar vara viktigt i psykologisk behandling är en meningsfull terapeutisk allians. Samtidigt är kontextuella faktorer och livsomständigheter utanför terapin som exempelvis socioekonomisk status, motivation och sociala nätverk, de viktigaste bidragande faktorerna till behandlingsresultaten.

Den nya behandlings- och utvärderingsmodellen har fått namnet "*the Outcome Oriented Child and Adolescent Mental Health Services, OO-CAMHS*". Den baseras på principerna som formulerats i "*The Partners for Change Outcome management Systems (PCOMS)*", (Duncan, 2012) som understryker att all terapeutisk interaktion bör upprätta patientens egen röst, betrakta psykisk ohälsa och lidande som en del av den mänskliga livsupplevelsen och att positiv förändring är möjlig. Denna inriktning står i motsatsförhållande till den rådande modellen som innebär att en psykiatrisk diagnos ska leda till en specifik behandling som måste efterföljas. Den rådande modellen är ofta implementerad på ett stelbent och instrumentellt sätt som distanserar terapeuten/behandlaren från sin patient och den saknar dessutom en trovärdig evidensbas (Bracken, 2012; Timimi, 2015a). I OO-CAMHS-modellen skapar personalen i teamet i stället ett väl förankrat och enhetligt förhållningssätt som syftar till att: (1) förstärka de icke specifika terapi-faktorerna, (*the common factors of change*) (2) basera valet av behandlingsmetod på patientens egna idéer och preferenser (3) utvärdera insatserna med reliabla och valida utfallsmått och även utvärdera patientens upplevelse av behandlingsalliansen.

Modellen innehåller återkommande skattningar av den unga personens framsteg (såsom de upplevs av ungdomen själv och/eller föräldrar/vårdnadshavare) som tillägg till vanliga skattningar av hur behandlingen upplevs. Detta görs antingen vid varje session eller på annat regelbundet sätt. Modellen gör därmed att det blir möjligt att fånga upp personer som inte förbättras, för att kunna överväga andra strategier eller behandlare.

Mot bakgrund av att 40 till 85 % av spridningen i utfallet kan tillskrivas faktorer utanför terapin, exempelvis socialt stöd, föräldrarnas mentala hälsa, socioekonomisk status och egen motivation (Duncan och medarbetare, 2010; Wampold, 2001), är det individuella arbetet bara en liten del av det som erbjuds. De flesta kliniker behöver hantera olika former av press från 'systemet' som omger den som 'identifierats' som patient. OO-CAMHS-modellen innefattar därmed också en analys av systemet runt den unga personen och teamets dynamik. Det är inte ovanligt att en mängd olika organisationer redan är inblandade (exempelvis skola, specialpedagogik,

socialtjänst, föräldrarådgivning med mera) när en ung person med problem tillsammans med deras familj kommer till OO-CAMHS. Om inte redan inblandade aktörer konsulteras på ett adekvat sätt kan senare CAMHS insatser äventyras.

Personal på olika ställen kan komma att ge liknande insatser samtidigt och därmed utföra onödigt dubbelarbete. Det kan också leda till förvirring och maktlöshet hos den unga personen och dennes familj om de får motsägelsefulla råd och problemet görs till något som i stor utsträckning ska hanteras av professionella. Därför tar OO-CAMHS hänsyn till externa faktorer och systemet runt patienten både innan behandling påbörjas och under själva behandlingen, för att undvika att individerna distanseras från sina styrkor och förmågor och för att inte förstärka känslor av sårbarhet och oförmåga. Vi försöker undvika att ha mer än en aktör som jobbar med ett aktuellt problem vid en given tidpunkt. Om en eller flera aktörer redan är involverade i problemet som patienten har remitterats för så tas deras perspektiv med i beräkningen i professionella möten.

Det är inte ovanligt att aktörer tror att en diagnos kommer att leda till en effektiv behandling och att den bredare kontexten är irrelevant för den processen. Det är då till hjälp att förklara att psykiatriska diagnoser enbart beskriver grupper av beteenden och upplevelser som ofta förekommer samtidigt, men att de inte förklarar orsaken bakom dem eller vilken behandling man ska använda (Timimi, 2013). Detta kan öppna upp möjligheten att bygga vidare på befintliga relationer till exempelvis till vårdare och/eller fosterföräldrar, som kan ha missats på grund av den felaktiga uppfattningen att endast specialiserad personal vet hur man ska hantera den unga personens problem. Att minimera antalet professionella som är involverade runt patienten är oftast mer stärkande för individen än att öka antalet. Patienten och dess familj får stå i centrum för diskussionen och själva informera de som är inblandade om sina aktuella behov, för att på bästa sätt kunna rikta framtida insatser från de olika aktörerna.

OO-CAMS är inte bara designad för att stötta unga patienter och deras familjer genom att ställa dem i centrum för deras egen vård, utan också för att uppmuntra team-medlemmarna att stötta varandra. Personalen kan då bygga bra relationer i arbetslivet som stödjer moralen. En bra terapeut ser positiva värden, styrkor, acceptans och förmågor i sina patienter. Ett bra team ser positiva värden, styrkor, acceptans och förmågor i personalen, och stöttar och respekterar deras autonomi och fortsatta träning/utbildning.

OO-CAMHS vann en utmärkelse från *East Midlands Regional Innovation Fund* i november 2010 för att ha hjälpt utvecklings- och implementeringsarbetet inom Lincolnshires CAMHS. Den har sen dess vunnit ett antal utmärkelser, exempelvis blev Lincoln CAMHS-teamet, som var den primära kliniken för implementering, tvåa i *Brittiska Medicinska Associationens "Mental-Health Team of the year"* 2015. Olyckligtvis, fick OO-CAMHS avslutas i april 2016 till följd av chefsbeslut som innebar att man i stället implementerade en verksamhet där specifik diagnos matchades med en specifik behandling, i linje med nationella riktlinjer som hette *"the national Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies (CYP-IAPT) approach"*, (se Timimi 2015a, 2015b för en kritik av den modellen). Vid tiden för OO-CAMHS avslut hade metoden nått ut till CAMHS-team över hela Lincolnshire. Vi hade en databas med journalanteckningar från över 4000 avslutade fall där en påtaglig förbättring och/eller tillfrisknande rapporterades för 75% av patienterna. Vid en genomgång av data i Lincoln-teamet

jämfördes läget innan OO-CAMHS-implementeringen med läget två år efter implementeringen och vi fann att antalet uteblivna besök hade minskat signifikant, behandlingsresultaten hade förbättrats signifikant, medicineringen hade minskat dramatiskt och andelen fall som hade varit aktuella för teamet i mer än två år hade minskat från 34 % till 18 % av antalet fall, vilket indikerar att fler avslutades framgångsrikt och färre patienter blev 'kroniska'.

Professor Sami Timimi, barn och ungdomspsykiater, Lincolnshire Partnership Foundation NHS Trust

## Referenser

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S. et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.

Duncan, B. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychologist*, 53, 93–104.

Duncan, B., Miller, S., Wampold, B. & Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change* (2nd edn.). Washington, DC: American Psychological Association.

Timimi, S. (2013). Non-diagnostic practice. *Context*, 127, 21–26.

Timimi, S. (2015a). Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: Inspiring innovation or more of the same? *Psychiatric Bulletin*, 39, 57–60.

Timimi, S. (2015b). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Author's reply. *Psychiatric Bulletin*, 39, 252–253.

Timimi, S., Tetley, D., Burgoine, W. & Walker, G. (2013). Outcome Orientated Child and Adolescent Mental

Health Services (OO-CAMHS): A whole service model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 169–184. Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

## Appendix 4

### Team-formulering

Team-formulering är en process där en grupp eller ett team utvecklar en gemensam förståelse eller hypotes om orsakerna bakom en persons svårigheter. Det är ett allt vanligare arbetssätt inom många olika specialiteter (Johnstone, 2013). Även om det vanligaste användnings-området är för användare som upplevs som komplexa eller som har 'fastnat' (Summers, 2006) har man på vissa håll integrerat individuell- och team-formulering i alla delar av vårdkedjan, med tillhörande utbildning och dokumentation för personalen (Casares & Johnstone, 2015; Clarke, 2015; Dexter-Smith, 2015). Beskrivningar hur team-formulering kan användas med vuxna, äldre vuxna, personer med intellektuell funktionsnedsättning, hälsofrämjande verksamheter, rättsliga sammanhang och för tonåringar kan läsas i *Clinical Psychology Forum November 2015*.<sup>13</sup> För team-formulering i neuropsykologiskt arbete, se Wilson et al (2009).

Ett av de projekt som varit etablerade längst är *Older People's Services Tees Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust* (Dexter-Smith, 2015). Individuell och team-formulering används där av elva lokala team och på nio avdelningar. All personal får obligatorisk träning i psykologiska formulering och det finns en känd process för att träna färdigheter i att leda formuleringsmöten (Marshall & Craven-Staines, 2015). Ett annat storskaligt projekt innefattar *The acute AMH services of Southern Health NHS Foundation Trust*, där över 200 personer från alla personalkategorier inklusive chefer har fått träning i den icke diagnosbaserade metoden emotionsfokuserad formulering. Den metoden utvecklades av den kliniska psykologen Isabel Clarke (Clarke, 2015). Stiftelsen använder nu formulering-baserad service baserat på antagandet att de beteenden som ligger bakom alla psykiatriska diagnoser är begripliga försök att hantera outhärdliga inre tillstånd. Det ger möjligheten att välja från en 'meny' av första linjen interventioner, så som medveten närvaro och tekniker för emotionell reglering. Båda lärs ut i den 8 till 12 sessioner långa grupprocessen *Emotion Coping Skills Group*. Icke-stigmatiserande förklaringsmodeller för att höra röster och andra ovanliga upplevelser inkluderas också. När det är lämpligt kan brukarna därefter erbjudas att gå in i djupare traumabearbetning.

Även om strukturen och den terapeutiska modellen för team-formulering varierar, kan den bäst förstås som en personalkonsultation eller handledning där motöverföring, dvs känslor av att sitta fast, vara frustrerad eller förvirrad kan vara ett centralt fokus. Liksom med andra former av handledning är det inte alltid lämpligt eller hjälpsamt att dela diskussionen med brukaren i sin helhet, även om parallella processer av en-till-en formulering och team-formulering bör informera varandra. Teamformulering kan också vara hjälpsamt om brukaren för tillfället är alltför plågad för att prata om sin personliga historia och kontext. I dessa situationer kan en preliminär formulering vara hjälpsamt för att undvika att falla tillbaka på begränsade medicinska modeller genom att 'hålla' teamet till dess en mer komplett bild framkommer. Brukarnas perspektiv och inblandning kan upprätthållas på flera sätt, exempelvis genom att ha dem med vid

---

<sup>13</sup> Ladda ner på <https://shop.bps.org.uk/publications/publication-by-series/clinical-psychology-forum/clinical-psychology-forum-no-275-november-2015-extended-edition.html>.

formuleringsmöten, ha en brukarrepresentant med i projektgruppen, gemensamma utbildningar med brukare och så vidare (se Clinical Psychology Forum, november 2015 för exempel.)

Idag är det bäst underbyggda vetenskapliga slutsatsen att personalen är entusiastisk över det här arbetssättet (Cole m.fl., 2015; Hollingworth & Johnstone, 2014; Unadkat m.fl., 2015). Vid mindre granskningar och utvärderingar rapporterar personalen ett spektrum av fördelar, exempelvis ökad förståelse och empati, mer sammanhängande och stöttande teamarbete, mindre oenighet, förbättrad moral, mer konsekventa interventionsplaner och större hopp vad gäller möjligheterna till tillfrisknande (sammanfattningar finnes i Cole m.fl., 2015; DCP, 2011). Att facilitera team-formuleringsmöten är en komplex och krävande uppgift och likt andra arbetssätt kan det göras dåligt (Johnstone, 2013; Marshall & Craven-Staines, 2015). Med allt annat lika, kan man dock förvänta sig att fördelar skulle innebära en mer medkännande och effektiv praktik. Forskningen ger stöd för att teamformulering kan hjälpa till att minska utbrändhet bland personalen, antalet incidenter med utmanande beteende hos brukare (Berry m.fl., 2009; Newman-Taylor & Sambrook, 2012), och för att teamformulering kan leda till minskat lidande för brukarna och en ökning av deras självförtroende när det kommer till att klara av sina liv (Araci och Clarke, 2016). Mer forskning behövs på hur brukarna upplever effekten av det här arbetssättet och om det leder till specifika resultat så som minskat läkemedelsbehov, mindre antal inläggningar, bättre brukartillfredsställelse, högre grad av tillfrisknande och så vidare.

Av särskild relevans för RMHM är användningen av team-formulering som en effektiv metod för att skifta kulturer mot mer psykosociala perspektiv, genom att bistå med en struktur inom vilken personalen kan stöttas i att uppmärksamma det kausala inflytandet som relationella och sociala svårigheter kan innebära (Clarke, 2015; Johnstone m.fl., 2015). Personal har rapporterat att team-formulering, även utan att direkt utmana den diagnostiska modellen, kan leda till att det smala medicinskt tänkande avtar i takt med att trauma, våldsutsatthet och svåra livshändelser blir ämnen som kan diskuteras mer öppet. Effekterna av tvångsåtgärder uppmärksammas mer och teamet blir allt bättre på att översätta 'symtom' och 'sjukdomar' till begripliga responser på svåra livsomständigheter (Dexter- Smith, 2015; Johnstone, 2013; Johnstone m.fl., 2015).

## Referenser

- Araci, D. & Clarke, I. (2016). Investigating the efficacy of a whole team, psychologically informed, acute mental health service approach. *Journal of Mental Health*. doi:10.3109/09638237.2016.1139065
- Berry, K., Barrowclough, C. & Wearden, A. (2009). A pilot study investigating the use of psychological formulations to modify psychiatric staff perceptions of service users with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 39–48.
- Clarke, I. (2015). The Emotion Focused Formulation Approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum*, 275, 28–32.
- Cole, S., Wood, K. & Spendelow, J. (2015). Team formulation: A critical evaluation of current literature and future research directions. *Clinical Psychology Forum*, 275, 13–19.
- Dexter-Smith, S. (2015). Implementing psychological formulations service-wide. *Clinical Psychology Forum*, 275, 43–54.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: British Psychological Society.
- Hollingworth, P. & Johnstone, L. (2014). Team formulation: What are the staff views? *Clinical Psychology Forum*, 257, 28–34.
- Johnstone, L. (2013). Using formulation in teams. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn., pp.216–242). London: Routledge.
- Johnstone, L., Durrant, C., James, L. et al. (2015). Team formulation developments in AMH services in South Wales. *Clinical Psychology Forum*, 275, 38–42.
- Marshall, J. & Craven-Staines, S. (2015). Developing the use of a formulation session reflection tool in mental health services for older people. *Clinical Psychology Forum*, 275, 69–74.
- Newman-Taylor, K. & Sambrook, S. (2012). CBT for culture change: Formulating teams to improve patient care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 496–503.
- Summers, A. (2006). Psychological formulations in psychiatric care: Staff views on their impact. *Psychiatric Bulletin*, 30, 34–352.
- Unadkat, S.N., Irving Quinn, G., Jones, F. et al. (2015). Staff experiences of formulating within a team setting. *Clinical Psychology Forum*, 275, 85–88.
- Wilson, B.A., Gracey, F., Evans, J.J. & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge: Cambridge University Press.

## Appendix 5

### Gruppterapi för kvinnor som överlevt sexuella övergrepp

Traumafokuserad gruppterapi för kvinnor som överlevt sexuella övergrepp i barndomen har erbjudits kontinuerligt under de senaste tre decennierna i Exeter, Devon. Metoden kallas *SAGE* (*Sexual Abuse Groups Exeter*) och baseras på feministisk teori och terapi (Brown 2004; Herman, 2001; Mendelsohn et al., 2011; Watson et al., 1996). Den är en av flera psykoterapeutiska behandlingsmetoder som tillhandahålls av *Devon Partnership National Health Services Trust*. Övergrepp och misshandel under uppväxten rapporteras ofta av kvinnor som i vuxen ålder remitterats till psykiatrisk vård på grund av allvarlig och komplex psykiatrisk problematik. Dessa kvinnor erbjuds först individuell traumaterapi för att i en trygg miljö kunna berätta om de övergrepp och den misshandel de varit utsatta för, samt för att lära sig effektiva strategier för att hantera överväldigande känslor och det lidande detta för med sig. SAGE-grupperna erbjuder därefter insatser för att minska skam, bryta isolering samt att bli hörd och förstådd.

Nyligen introducerades den här formen för traumafokuserad gruppterapi av *Cwm Taf Health Board i South Wales* under namnet *SAFE* (*Sexual Abuse: Freedom and Empowerment*). I South Wales erbjuds nu kvinnor från hela upptagningsområdet denna form av behandling inom såväl primär- som specialistvård.

Antalet deltagare i SAGE och SAFE-grupperna är begränsat till ett maximum av sex och leds av två utbildade kvinnliga medarbetare. Sessionerna pågår i två och en halv timme och sträcker sig över tolv veckor. Varje kvinna har under behandlingen tillgång till en egen terapeutisk stödperson som träffar henne varje vecka för att hjälpa till att bearbeta det som kommit upp i grupperna. Efter avslutad behandling sker uppföljning, först efter en månad och sedan efter ett halvår. Under arbetet får gruppledarna och de terapeutiska stödpersonerna fortlöpande handledning. De stöttande strukturerna kring både personal och gruppmedlemmar ska främja att det intensiva trauma-arbetet sker på ett tryggt och effektivt sätt.

Gruppterapi har visat sig vara särskilt effektivitet i att hjälpa kvinnor att adressera följderna av sexuella övergrepp under barndomen, vilka kan ta sig uttryck i traumasymtom såsom isolering, stigma, skam, självanklagelser och upprepade utsatthet (Higgins Kessler et al., 2003; Walker & Rosen, 2004). Enligt Judith Herman återskapar traumafokuserad gruppterapi en känsla av tillhörighet; ”där traumat nedvärderar offret, bekräftas hon av gruppen, och där traumat dehumaniserar offret, återupprättar gruppen hennes människovärde” (Herman, 2001, s. 214). SAGE- och SAFE-grupperna erbjuder ett kraftfullt forum inom vilka kvinnorna kan bryta isolering och skam samt den tystnadskultur som omger sexuella övergrepp. Genom empati och gemenskap legitimerar gruppen den skada som uppstått och det djupgående lidande som den sexuella traumatiseringen under barndomen fört med sig. Behandlingen skapar möjligheter för kvinnorna att, i relativ säkerhet, ge uttryck för långvarig sorg, förlust, ledsenhet och vrede. Det psykiska lidande som kvinnorna levt med under många år blir då begripligt och betraktat som en konsekvens av övergreppen.

Lokala utvärderingar av SAGE och SAFE har genomgående visat en signifikant minskning av depressions- och traumasymtom, så som skam, självskadebeteende och självmordstankar.



Förskrivningen av psykofarmaka och alkohol- och drogmissbruk hos de utsatta kvinnorna minskade. På motsvarande sätt sågs en ökning i upplevelsen av självkärlek/självrespekt efter gruppernas avslut och vid sex månaders uppföljning. Kvalitativ feedback innehåller uttryck som: ”Jag kände att jag blev lyssnad på, och jag blev tröstad, och känslan av att bli accepterad, trots alla övergrepp, är så kraftfull”.

SAGE och SAFE är tidsintensiva behandlingsformer, men lokala utvärderingar har visat att de är kostnadseffektiva, då antalet inläggningar och kontakter med specialistvård minskar. Dessutom rapporterar personalen i det tvärprofessionella teamet att deras engagemang gett värdefulla upplevelser och ökat deras kunskaper kring traumainformerat arbete.

## Referenser

Herman, J. (2001). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Brown, L.S. (2004). Feminist paradigms of trauma treatment. *Psychotherapy: Theory, Research Practice & Training*, 41, 464–471.

Higgins Kessler, M.R., White, B.M. & Nelson, B.S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future research. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1045–1061.

Mendelsohn, M., Herman, J.L., Schatzow, E. et al. (2011). *The trauma recovery group: A guide for practitioners*. New York: Guilford Press.

Walker, M. & Rosen, W. B. (2004). *How connections heal: Stories from relational cultural therapy*. New York: Guilford Press.

Watson, G., Scott, C. & Ragalsky, S. (1996) . Refusing to be marginalised: Groupwork in mental health services for women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 6, 341–354.

## Appendix 6

### OPD Pathway - ett arbetssätt inom rättsväsendet (*Pathways in Forensic Work*)

*The 'Offender Personality Disorder' (OPD) Pathway* är en nationell strategi för män och kvinnor som inom rättsväsendet klassats som högriskpersoner och som visar tecken på att kunna diagnosticeras med en 'personlighetsstörning'. Verksamheten är initierad av både *NHS och England och National Offender Management Service* och innebär att sjukvård och skyddstillsyn samarbetar för att stärka kriminalvårdens arbete med den här klientgruppen.

*OPD Pathway* består av ett antal olika verksamheter runtom i landet och syftar till att öka det psykologiska välbefinnandet hos brukarna, att öka förmågan att arbeta med den här klientgruppen genom arbetskraftsåtgärder och att minska antal och svårighetsgrad av sexualbrott och våldsbrott. Arbetet bygger på principen att kriminalvården är bäst lämpad att möta den här klientgruppen. Trots den officiella terminologin, som inte är vad vi skulle välja, finns det också en betoning av psykologiskt stöd i det enskilda ärendet och av arbete med psykologisk formulering. Verksamheten erbjuder därmed en möjlighet att tona ner diagnos och uppmärksamma de komplexa, ofta trauma-relaterade orsaksfaktorer som hör ihop med att begå brott. Arbetet i *Yorkshire Humberside Personality Disorder Partnership* beskrivs nedan:

De män och kvinnor som är aktuella för programmet behöver inte ha en formell psykiatrisk diagnos även om programmet beskrivs i diagnostiska termer, och syftet är att den enskilda behandlingen styrs av individuella psykologiska formuleringar. Vi har därför kunnat använda programmet som en möjlighet att arbeta från ett psykosocialt och systeminriktat perspektiv, inom ett område som traditionellt har dominerats av en individualiserad, dekontextualiserad medicinsk modell. Vår konceptualisering av de problem som förknippas med en personlighetsstörningsdiagnos är grundad på uppfattningen att:

- individer som har fått en diagnos 'personlighetsstörning' är inte en homogen grupp;
- reaktioner och beteenden som förknippas med den etiketten kan i första hand förstås som konsekvenser av svåra upplevelser under uppväxten (Livesley, 2003);
- dessa konsekvenser innebär ofta betydande och långvariga svårigheter med självuppfattning, identitet och relationer;
- dessa svårigheter uppstår ofta i brist på möjligheter att utveckla mentalisering eller reflekterande kapacitet;
- organisationer möter starka och primitiva känslotillstånd när de engagerar sig i hjälparbete med dessa personer (Obholzer & Roberts, 1994) vilket betyder att omsorg, tillsyn eller behandling av personer med en 'personlighetsstörningsdiagnos', i sig själv, kan bli skadligt eller ge vårdskador;
- Bredast möjliga sociala perspektiv bör användas (Pilgrim, 2001) om man ska kunna ge ett terapeutiskt gensvar till den myriad av olika sätt som människor, som fått den här diagnosen, kämpar med i sina liv: sociala villkor, arbete, hälsa och välbefinnande.
- Teamet består av psykologer/psykoterapeuter, arbetsterapeuter och kvalificerad fängsvårdspersonal. Vi strävar generellt efter att skapa ett 'tänkande system' (ett system som kan tänka om andras inre processer) genom konsultation och utbildning och genom

att involvera relevanta personer i den kollaborativa processen. Vi erbjuder också brukarna individuellt- och grupparbete, psykoedukation och arbetsterapi med det överordnade målet att understödja engagemang, befrämja anknytning och skapa förutsättningar för ökad reflexivitet. Psykoedukation är en central del av vår verksamhets intensiva riskhantering. När det är möjligt och lämpligt försöker vi hjälpa människor att reflektera över orsakerna till sina svårigheter utifrån tidiga trauman. Terapeutiska alternativ innefattar schematerapi och compassionsfokuserad terapi (*compassion-focused therapy CFT*) som ges i grupp eller individuellt, och en ett år långt MBT-program (mentaliseringsbaserad terapi). Dessutom stöder vi (*Psychologically Informed Planned Environments PIPEs*) i hemmen för villkorligt frigivna.

Fokus i vårt arbete är ofta inte 'behandling' i vanlig mening, eftersom våra klienter kanske inte är beredda att ta sig an den uppgiften. Snarare kan de behöva oss för att förstå att de har levt, ofta varenda dag av sitt liv, med hat, ilska, fientlighet och våld, och i en omgivning av kaos, övergrepp och utnyttjande. Vår uppgift är att hjälpa dem till en mer komplex och reflekterande förståelse av sina egna och andras motiv, känslor och beteenden. En stor del av vårt arbete gäller andra personer som finns i deras liv, personer och organisationer som de har aktuella relationer med. Samtidigt som vi uppmanar klienterna till en fördjupad förståelse av dessa relationer, uppmanar vi även av organisationer och professionella att göra detsamma. Vi tror att många problem som hör ihop med diagnosen 'personlighetsstörning' i själva verket handlar om en organisations oförmåga att identifiera och hårbärgera känslomässiga reaktioner, inte bara hos klienterna utan också hos personalen. Vårt arbete gäller därför att hjälpa system och organisationer att reflektera över sina egna reaktioner likaväl som brukarnas.

Verksamheten är relativt ny, och visar redan tecken på att den kan bli till hjälp för att utveckla kompetenser för arbete med den här gruppen klienter. Det finns vissa belägg för att återfall till fängelse hanteras bättre och faktiskt minskar, och att relationer med brukare har förbättrats.

**Jo Ramsden**, Consultant Clinical Psychologist

## Referenser

Baker, V., Ramsden, J. & Wood, J. (2016). Psychology working in partnership with probation: Giving away the family silver? *Clinical Psychology Forum*, 268, 42–45.

Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York & London: Guilford Press.

Obholzer, A. & Roberts, V.Z. (Eds.) (1994). *The unconscious at work: Individual and organizational stress in the human services*. London: Routledge.

Pilgrim, D. (2001). Disordered personalities, disordered concepts. *Journal of Mental Health*, 10, 253–265.

## Appendix 7

### Traumainformerade vårdformer för psykisk hälsa hos vuxna (*Trauma-informed pathways for Adult Mental Health*)

*Tee Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust (TEWV)* är en av de stora verksamheterna som arbetar för psykisk hälsa i norra England. TEWV har över 6700 anställda och befolkningen i upptagningsområdet uppgår till ca två miljoner. I syfte att bättre kunna möta de traumarelaterade behoven bland de som använder TEMV:s tjänster startade TEWV nyligen ett Trauma Informerat Omsorgs Projekt (*Trauma Informed Care Projekt*). Projektet utvecklades ur ett framgångsrikt pilotprojekt om traumainformerade insatser för vuxna, lett av Angela Kennedy, klinisk psykolog.

I likhet med andra instanser som erbjuder tjänster för psykisk hälsa för vuxna i England använder TEWV sig av vårdkedjor för att beskriva de strukturer, ledningssystem och det beslutsfattande som krävs för att stödja behoven hos en specifik klientgrupp. De flesta av dessa tillvägagångssätt är diagnostiskt grundade, men genom tillägget *Clinical Link Pathway for Trauma* kan nu traumainformerade insatser erbjudas alla som är i behov av det, oavsett tidigare diagnostik. *The Link* är ett komplement till övrig vård men blir för en del av klienterna det huvudsakliga stödet. Arbetssättet innebär att alla användare av tjänsten, redan vid första kontakten, blir screenade för trauma och erbjuds sedan vid behov traumainformerad behandling och insatser som omfattar information, stabilisering och traumaterapi om och när det är indicerat. Psykologisk formulering och teamformulering är integrerat i kärnprocessen tillsammans med möjligheter till konsultation och handledning.

Pilotprojektet riktades mot den vuxenpsykiatriska akutvården och inkluderade all personal, från specialistläkare till vårdbiträden. Under projektets gång uppmärksammades att tre fjärdedelar av vårdtagarna kunde se direkta kopplingar mellan deras nuvarande lidande och tidigare trauman. Med stöd och utbildning kände sig avdelningspersonalen kompetenta och stärkta i att föra meningsfulla diskussioner om trauma och använde detta kunskap i att formulera vårdplaner. Basala färdigheter i grundning och känsloreglering ledde till en minskad läkemedelsanvändning. Personalen gavs också möjlighet att vid komplexa fall få ytterligare stöd genom extern konsultation, något som upplevdes oerhört värdefullt.

Efter det lyckade pilotprojektet började det traumainformerade tillvägagångssättet att spridas i hela organisationen. Det skedde med hjälp av lokala traumaexperter som handledde och implementerade riktlinjer och vägledning för arbetet. Att utbildningen av personal skedde i grupp blev väl mottaget och en majoritet av medarbetarna rapporterade att utbildningen varit relevant för deras arbete och bidragit till ökad självkänsla. Även informationsbroschyrer riktade till klienterna, deras familjer och omsorgspersoner; länkar till relevanta resurser, sammanfattningar för personalen; behandlingsalgoritmer; en checklista för personalkompetenser, praktiska riktlinjer för hur man hanterar avslöjanden av trauma, kompetens för hur man screenar för och hanterar dissociation; en sektion för personalvård samt ett ramverk för förståelse av riskbedömning. Terapeuterna i projektet fick stöd genom utbildning och handledning rörande hur man hanterar komplexa trauman. TEWV har anlitat erfarna experter, däribland aktivisten och utbildaren Jacqui Dillon, för att skapa och leverera utbildningen.

Införandet av det traumamedvetna förhållningssättet har inte varit snabbt eller enkelt, och det har krävts mycket planering, tålamod och beslutsamhet för att hålla det kvar på agendan trots organisationsförändringar, sammanslagningar och konkurrerande prioriteringar. Även om det yttersta målet är att implementera förhållningssättet i all sluten- och öppenvård har det ofrånkomligen skett mer framsteg på vissa områden än andra. TEWV Trust åtog sig nyligen uppgiften att utveckla det traumainformerade tillvägagångssättet inom alla specialiteter, även rättsmedicin, pediatrik och äldreomsorg.

Några nyckelfaktorer har möjliggjort projektets ambitiösa omfattning och framgång. För det första var det viktigt att förankra konceptet hos ledningen i organisationen, inklusive den medicinska chefen, samt att använda ett språk som knöt ihop förändringsprocessen och de identifierade målen. Att oidentifierade trauman hindrar tillfrisknande belystes med hjälp av lokal statistik och berättelser från brukarna (som exempel kan nämnas att tre fjärdedelar av organisationens slutenvårdspatienter uppgav att trauma var en signifikant orsak till deras lidande). Projektet är nu en strategisk prioritering inom verksamheten. En andra nyckelfaktor var att personalen upplevde sig stärkta, snarare än belastade, av förändringen. Det nya tillvägagångssättet är flexibelt då det öppnar för en variation av terapeutiska arbetssätt och val för klientens räkning. Processen med att implementera traumainformerad behandling kommer att fortsätta gradvis i takt med att medvetenheten ökar och nya färdigheter integreras i verksamheten. I utvärderingarna har personalen rapporterat att relativt enkla insatser och små attitydförändringar har haft en stor positiv inverkan. Och till sist det viktigaste, klienternas personliga röster och erfarenheter har varit avgörande för att visa vägen framåt.

**Angela Kennedy**, konsult inom klinisk psykologi

## Appendix 8

### Arbete baserat på psykologisk formulering som ett alternativ till diagnoser i Mellanöstern

Förenta nationernas (FNs) hjälporganisation för palestinaflyktingar (UNRWA) etablerades vid FNs generalförsamling 1949 och fick uppdraget att bidra med assistans och skydd för ca fem miljoner registrerade palestinska flyktingar som levde i 58 av FNs officiella flyktingläger i Jordanien, Libanon, Syrien, Västbanken och Gazaremsan. UNRWA:s service innefattar utbildning, hälsovård, välfärd/stödinsatser och sociala tjänster, infrastruktur och förbättringar i flyktingläger samt mikrofinansiering. Efter 65 år är det här en av de mest utdragna flyktingkriserna i världen. Flyktinglägren är extremt överbefolkade, har dålig sanitet, begränsad elektricitet och infrastruktur samt utbredd fattigdom och matosäkerhet. Palestinska flyktingsamhällen har få sociala och civila rättigheter och ingen tillgång till allmänna sociala faciliteter. Palestinska flyktingar är återkommande exponerade för våld i olika former, inom familjen, i samhället, genom fientlighet från omgivande befolkningar, små eller inga förhoppningar på en lösning på den politiska situationen och deras rättsliga status.

I Gaza är blockaden av Israel och säkerhetstrupper nu inne på sitt nionde år. Det förekommer regelbundna beväpnade konflikter med tunga följd effekter och förstörd infrastruktur, inkluderande skolor, sjukhus, vatten och elförsörjning med mera. Fattigdomen är hög och arbetslösheten uppskattas vara den största globalt sett. Femtio procent av Gazas befolkning är under 18 år och för de flesta är det osannolikt att de någonsin kommer att få en anställning. Barn, vuxna och familjer känner endast till livet under ockupation, med upprepade krig, ekonomisk blockad, rädsla, våldsutsatthet och uthärdande av svårigheter. Majoriteten av dem har aldrig lämnat eller tillåtits lämna Gaza.

UNRWA har ett program för att främja mental folkhälsa i Gaza. De erbjuder en uppsjö av tjänster för barn, unga, föräldrar, äldre och personer med funktionsnedsättningar, likväl som för lokalsamhällen, 'folkkommittéer' och organisationer. Programmet är aktivt sen 2002. Det finns över 250 skolkuratorer som jobbar med barn, familjer och lokalsamhällen och ytterligare 23 kuratorer i kliniker över hela Gazaremsan.

I Libanon inkluderar UNRWA:s tjänster även psykosocialt stöd och insatser för mental hälsa i fem regioner i Libanon, alla med väldigt varierande politiskt, socialt och ekonomiskt klimat. Det pågående kriget i Syrien ledde till att palestinska flyktingar i FNs flyktingläger i Syrien förflyttades till flyktingläger i Libanon. Kraftig överbefolkning har bidragit till våldsamheter både mellan olika befolkningsgrupper och inom familjer, med missförhållanden, ökad fattigdom och instabilitet.

All personal som arbetar för UNRWA i dessa läger vid frontlinjen i Gaza och Libanon är också palestinska flyktingar – ofta med samma levnadsförhållanden och svårigheter som andra palestinska flyktingar. I den här kontexten är känslomässigt och psykologiskt lidande ett begripligt resultat av de många utmaningar och hot som människorna möter dagligen. År 2012 blev professor Nimisha Patel, som är chef för det internationella centret för hälsa och mänskliga rättigheter, inbjuden att hjälpa till med att utveckla psykosociala stödtjänster inom UNRWA,

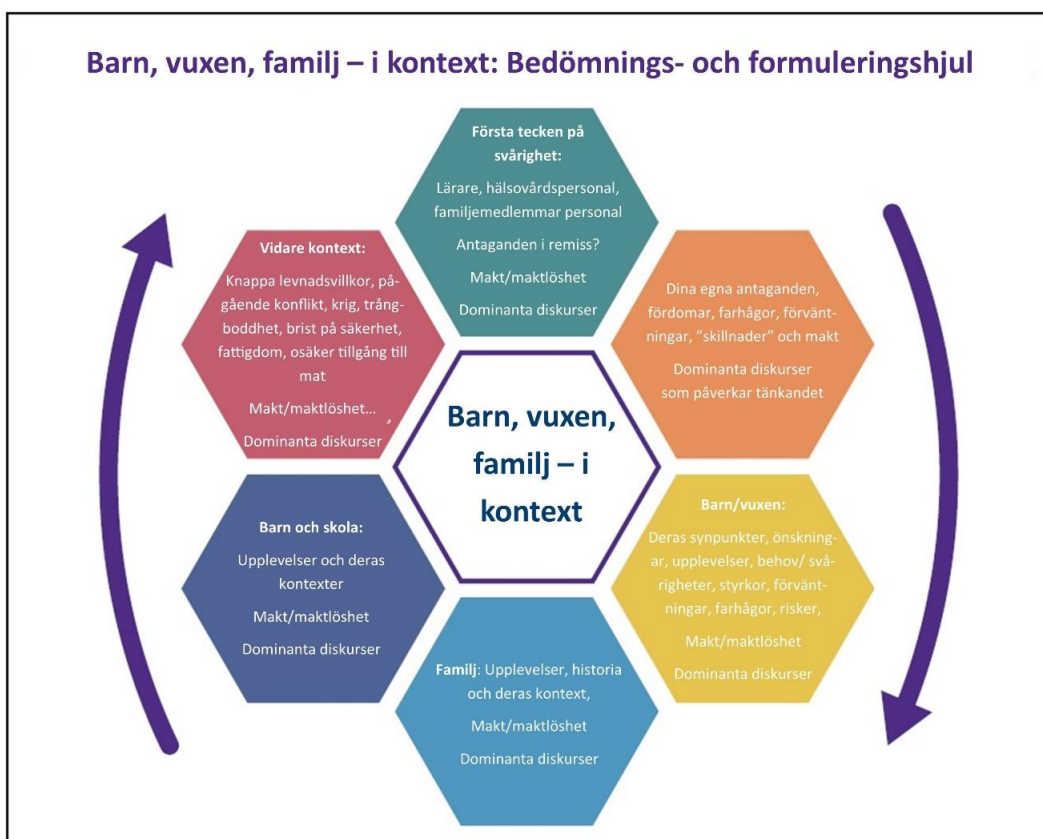
först i Gaza och sen i Libanon. Hennes arbete, särskilt i UNRWA-flyktinglägren i Gaza och Libanon, har haft som mål att bistå med ett mer meningsfullt och kontextuellt relevant alternativ till det tidigare diagnosbaserade arbetssättet som influerats av västerländska forskare, konsulter och nyligen även drivits på av *World Health Organisation's diagnosis-based Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)* syftar till skala upp vården för mentala hälsoproblem i låg och medelinkomstländer <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596206>)

**Gaza:** Sen 2012 har professor Patel utbildat 20 UNRWA-skolkuratorer i en mängd färdigheter inkluderande psykosocial bedömning och utvecklingen och användandet psykologisk formulering för att guida deras arbete. Var och en av dessa 20 skolkuratorer fick sen träning i att vara handledare och de utbildade i sin tur fler kuratorer som nu jobbar på hälsocenter i alla FN-skolor i Gaza. Totalt är det nu nära 300 personer i skolor och hälso- och sjukvårdscentraler som utbildats i psykologiskt formuleringsarbete och som använder det i det dagliga arbetet med ungdomar, vuxna och familjer. I situationer där denna personal tidigare rutinemässigt använde psykiatriska diagnoser använder de nu istället ett psykologiskt formuleringsbaserat tillvägagångssätt. Professor Patel har sett över all dokumentation, inklusive bedömningsformulär för barn och vuxna (med en specifik sektion med uppmaningar om att fortsätta utveckla det psykologiska formuleringsarbetet), riskbedömningsprotokoll, databaser, mallar för dokumentation av fallrapporter. Istället för att för journalanteckningar baserade på diagnoser får de möjligheter att tänka igenom och uppdatera psykologiskt formuleringsarbetet i alla steg av vårdkedjan.

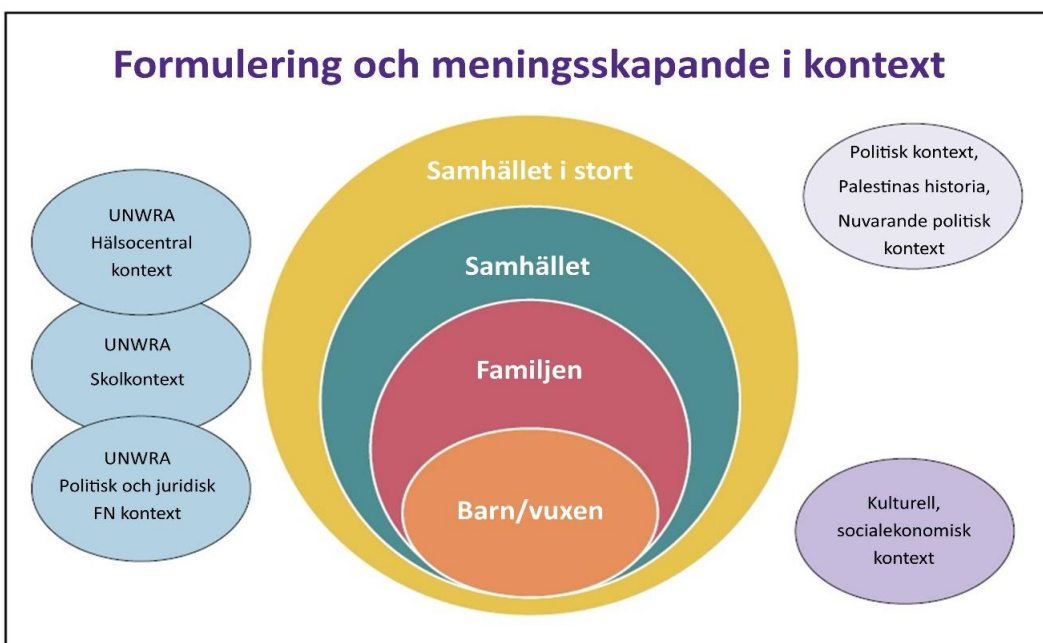
**Libanon:** Precis som i Gaza har professor Patel utbildat 20 stycken UNRWA-personal i Libanon i att använda psykologisk formulering som ett alternativ till psykiatriska diagnoser i sitt arbete. Personalen innefattar seniora sjuksköterskor (ej psykiatri-sköterskor), på hälsokliniker motsvarande våra vårdcentraler, skolkuratorer och seniora socialarbetare. De har i sin tur under hennes handledning utbildat alla socialarbetare i UNRWA över hela Gaza (drygt 60 stycken), alla skolkuratorer (nu cirka 200 stycken) alla anställda sjuksköterskor och seniora sjuksköterskor (drygt 40 stycken) i hur man använder psykosocial formulering. Även om alla också har fått den fem dagar långa standardutbildningen i mhGAP (WHO Mental Health Gap Action Programme Övers. anm.) om psykiatrisk diagnostik, är deras dagliga praktik och dokumentation (bedömningsformulär, journaler, riskbedömningsinstrument osv.) helt och hållet baserat på psykosocial formulering, och diagnoser används enbart av psykiatriker (där de finns tillgängliga) och distriktsläkare.

### Arbete med psykologisk formulering i kontext

Problemspektrat är väldigt brett, men bland barnen innefattar det vanligtvis effekterna av våld och övergrepp, konsekvenserna av att leva i familjer som kämpar med fattigdom, dåliga bostäder, multipla trauman, förluster och dödsfall. Vuxna kämpar med intensiva och kroniska tillstånd av rädsla och sorg, mellanmänskligt och grupprelaterat (ofta genusbaserat) våld, och generella konfliktrelaterade hot och osäkerheter.



Figur 2: Barn, Vuxen, Familj – i kontext: Bedömnings och formuleringshjul. © Nimisha Patel, 2012



Figur 3: Formulering och meningsskapande i kontext © Nimisha Patel, 2012

Personalen tränas att använda 'Bedömnings och Formuleringshjulet' (se ovan) för varje inkommande remiss. De uppmuntras att upprepade gånger gå varvet runt hjulet tillsammans med klienten för att lista hypoteser och områden att utforska vidare samt hitta interventionspunkter. Personalen använder sen diagrammet (se figur 3) genom att fylla i cirklarna med de punkter och innebörder som framkommit i Bedömnings och Formuleringshjulet. Det ger dem en möjlighet att lägga till pilar som sammankopplar de samband som finns mellan systemen, att notera



återkommande teman, mönster och upplevelser (som också kan vara relaterade till personalens egna liv och därmed smärtsamma att uppmärksamma). Det är nödvändigt att notera de bredare samhällsdiskussionerna och hur de påverkar varje system/nivå och hur klienter, familjer och personal i sin tur står emot dessa. De konkreta materiella orättvisorna och ojämställdheten och innebörderna de förmedlar är också centrala för formuleringen.

Sammanfattningsvis har professor Patel bidragit med ett ramverk för att hjälpa personalen att utveckla psykologiska formuleringar, parallellt med att guida utvecklingen av fall-diskussioner och psykologisk formulering för barn, vuxna och familjer och det används systematiskt för alla fall. Ingen i personalen använder psykiatriska diagnoser i sitt dagliga arbete eller i sina bedömningsinstrument eller anteckningar. De förespråkar nu aktivt psykologisk formulering som en kärnkompetens och ett verktyg som hjälper dem att reflektera över människors behov, styrkor m.m., allt med hänsyn till den sociala, ekonomiska, politiska, historiska, juridiska och kulturella kontexten. Makt och olikheter, i synnerhet genusrelaterade, uppmärksammas aktivt och de är centrala i upplevelsen av att leva i läger och som palestinsk flykting.

Professor Patel erbjuder löpande handledning för att hjälpa personalen att utveckla tränings- och handledningsmaterial samt färdigheter för att kunna fortsätta framhålla psykologisk formulering som en kärnkompetens och grundläggande 'intervention/redskap' i deras arbete som sjuksköterskor, rådgivare och socialarbetare. Personalen uppger att de känner sig stärkta av de nya färdigheterna i psykologisk formulering och uppmuntrade att försöka förstå sina komplexa fall utan att tillgripa medikaliserat språk och diagnoser. De har uttryckt att i lägen när de har begränsat med tid med sina klienter kan det "skänka tröst, lättnad och en känsla av vi förstår deras lidande genom att erbjuda en psykologisk formulering – det bygger tillit och ger dem det mesta möjliga ut av tiden vi kan erbjuda dem. De är tacksamma för att vi ägnar tid åt att verkligen förstå, i stället för att bara ge dem förnödenheter eller mediciner och bara skicka iväg dem". Sjuksköterskor har rapporterat: "Vi kan vara riktiga sjuksköterskor, som inte bara ger sprutor och basal hjälp, vi kan erbjuda tid att lyssna och tillsammans med dem försöka göra deras situation begriplig. De känner att vi vill förstå." I samma anda har socialarbetare sagt att psykologisk formulering hjälper dem att "äntligen göra socialt arbete som vi vill göra det, som vi måste göra det – med förståelse för psykologiskt lidande i den komplexa sociala och politiska kontext vi alla lever i." Mer formella utvärderingar planeras för närvarande.

Dessa pågående projekt har visat att det är möjligt att implementera icke-diagnostiska arbetssätt baserade på psykologisk formulering inom hälsovård, utbildnings- och välfärdssystem i samhällen som upplever utbrett lidande till följd av extrema och pågående påfrestningar.

### Vidare läsning:

Patel, N. (in press). The mantra of 'Do no harm' in international healthcare responses to refugee people. In B. Drozdek & T. Wenzel (Eds.), *The health of refugees: An interdisciplinary perspective*. London: Springer.

Patel, N. (2011). The psychologisation of torture. In M. Rapley, J. Moncrieff & J. Dillon (Eds.), *De-medicalising misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.239–255). London: Palgrave Macmillan.

Patel, N. & Mahtani, A. (2007). The politics of working with refugee survivors of torture. *The Psychologist*, 20, 164–166.

## Appendix 9

### Narrativa arbetssätt

Det narrativa perspektivet, med den egna berättelsen i fokus, har inspirerat och påverkat terapeuter från olika traditioner, men gemensam är synen på livsberättelsen som en terapeutisk komponent (Angus & McLeod, 2004; Polkinghorne, 2004; White, 2004). När människor söker professionell hjälp blir berättelsen om deras liv och mående ofta enkelspårig, begränsad och ytlig snarare än rik, nyanserad och komplex (White & Epston, 1990). Särskilt i kontakt med psykiatri kan denna berättelse bli problemfokuserad och patologiserande och med stor risk för att individualiserande beteckningar internaliseras.

Centralt är därför att få klienten att reflektera kring de berättelser som växer fram och huruvida dessa förbättrar och berikar livet eller verkar begränsande och förminskande. Målet är att hjälpa människor att se alternativ som de tidigare inte varit medvetna om. På så sätt kan någon exempelvis uppmuntras att ifrågasätta berättelsen om sig själv som 'psykiskt sjuk' eller 'schizofren' och därmed återta andra delar av sin identitet.

Dessutom, genom att utveckla förmågan att själv utvärdera sina berättelser, blir klienterna mer medvetna om egna värderingarna och hur de vill leva sina liv. Tillvägagångssättet har använts i olika sammanhang, bland annat vid intellektuell funktionsnedsättning (Lyngaard & Scior, 2002) och neuropsykologi (Weatherhead & Todd, 2014).

Michael White och David Epston, socialarbetare och grundare av narrativ terapi, försökte på olika sätt att uppmuntra till samtal som i sin tur kunde möjliggöra alternativa tolkningar av psykologiskt lidande. Samtidigt som de var intresserade av att förstå den övergripande historien och det dominanta narrativet, ville de också hitta berättelser som lyfte upp nya, tidigare dolda, narrativ. Då de betraktade berättelserna som byggda på begränsade inre tillstånd eller karaktärsdrag, använde de sig i stället av Jerome Bruners idé om avsiktliga narrativ och uppmuntrade människor att utveckla berättelser baserade på syften, värderingar, övertygelser, förhoppningar, drömmar, visioner och engagemang, snarare än att nöja sig med berättelser baserade på inre tillstånd som exempelvis 'styrkor' (ett begrepp som är beroende av begreppet 'svaghet' för att ha någon mening). I dessa nya berättelser kan marginaliserade eller underordnade historier urskiljas, vilka bryter med det dominerande narrativet och de kan få klienter att se på sig själva på ett nytt, och bättre sätt samt öka deras valmöjligheter i livet.

Ett sätt att utveckla dessa berättelser är att delta i en process med så kallade 'byggnadsställningar' – något som utvecklats av teoretiker i enlighet med Vygotskys (1978) koncept om proximala utvecklingszoner. I en sådan process ställs särskilda frågor för att stödja (eller 'bygga') utvecklingen av nya berättelser. En annan strategi är att använda 'externaliserande samtal' där klienter uppmuntras att distansera sig från personliga brister och att tillsammans med terapeuten, och kanske med andra i familjen eller i det sociala nätverket, utmana ohjälpsamma dominerande livsberättelser.

Huvudsyftet med narrativ terapi är alltså att främja utvecklingen av rika, mångsidiga och medvetna berättelser – ibland kallade 'förtätade/breda beskrivningar'. Dessa kan kontrasteras

mot de mer ytliga, 'tunna' beskrivningar som uppstår genom psykiatriska diagnoser (*psychiatric diagnostic labels*), och med användandet av enkla orsaksförklaringar i termer av 'faktorer', som sedan internaliseras som psykologiska processer.

Influerade av Michel Foucaults arbete om kopplingen mellan makt och kunskap, var White och Epston också upptagna av hur vissa typer av världsåskådningar manifesteras i institutioner, och hur människor och deras berättelser regleras av samhällets normativa blick. Narrativ terapi ger således en grund för att utveckla livsberättelser som aktivt tar sig an ojämlikheter och orättvisor. Till exempel har *Just Therapy*-rörelsen, utvecklad i Nya Zeeland inom den narrativa traditionen, ett uttryckligt fokus på de historiska och pågående orättvisor som maorierna och de samoanska folken utsätts för (Waldegrave, 1990, 2009). Rörelsen är inriktad på att bidra till kulturell, könsmässig och socioekonomisk jämställdhet och har varit inflytelserik inom många andra terapeutiska områden,

## Referenser

Angus, L.E. & McLeod, J. (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. London: Sage.

Lyngaard, H. & Scior, K. (2002). Narrative therapy and people with learning difficulties. *Clinical Psychology*, 17, 33–36.

Polkinghorne, D.E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L.E. Angus & J. McLeod (Eds.) *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.53–67). London: Sage.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. London: Harvard University Press.

Waldegrave, C. (1990). Just therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, 1, 5–46.

Waldegrave, C. (2009). Cultural, gender and socio-economic contexts in therapeutic and social policy work. *Family Process*, 48, 85–101.

Weatherhead, S. & Todd, D. (2014). *Narrative approaches to brain injury*. London: Karnac.

White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. London: Norton.

White, M. (2004). Folk psychology and narrative practice. In L.E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.15–51). London: Sage.

## Appendix 10

### Öppna Samtal (*Open Dialogue*)

Öppna Samtal betonar familj och nätverk som aktörer i behandlingsarbete. Initialt utvecklades arbetssättet av psykologen Jaakko Seikkula med kollegor, i respons till en hög förekomst av schizofreni-diagnoser i Västra Lappland. Nu används det inom hela fältet av psykisk hälsovård och projekt har upprättats i många andra länder, i resten av Norden, Tyskland och åtskilliga stater i USA. Öppna Samtal anses nå Västerlandets bästa utfall av 'psykos'-behandling.

Fokus för arbetet i Öppna Samtal är att arbeta med själva krisen och att ge snabb respons på remisser. Åtagandet består av en serie öppna möten mellan den person som blivit hänvisad, familjen och andra i deras nätverk eller stödkrets, och två eller tre medarbetare som har psykoterapeutisk utbildning. Det kan vara psykiatriker, psykologer och sjuksköterskor. De sju grundläggande principerna är:

- Omedelbar hjälp inom 24 timmar efter remiss eller kontakt med teamet;
- Ett socialt nätverksperspektiv som inkluderar, till exempel, kollegor eller vänner;
- Flexibilitet och rörlighet med behovsbaserad anpassning av det terapeutiska gensvaret och/eller var man väljer att hålla sina möten;
- Teamet av hjälpare, har ansvar för och arbetar med familjen genom hela behandlingsprocessen;
- Psykologisk kontinuitet, där man fortsätter att mötas så länge som är nödvändigt i både öppen och sluten vård om det behövs;
- Tolerans för osäkerhet, både för teamet, individen och nätverket, så att förhastade beslut eller slutsatser undviks;
- och slutligen, att först och främst understödja dialog, för att ge familjer en känsla av kompetens. (Seikkula & Arnkil, 2014).

Öppna Samtal bygger på tanken om att ingen existerar i isolering. Problem och lösningar är socialt konstruerade genom det språk och mening vi delar. I stället för att identifiera brister inom individen, ses problem som något som uppstår inom det sociala nätverket (Seikkula m fl., 2003). Man utgår från att det inte finns någon slutgiltig sanning, - i stället finns ett antal sanningar. Var och en av dem med en egen röst. Filosofiskt hämtas tankarna från social konstruktivism, systemteoretisk familjeterapi och dialogteori, och särskilt idéer från litteraturhistorikern Mikhail Bakhtin (se även Appendix 9 'Narrativa synsätt'). Han hävdade att språk i sig självt är dialogiskt, genom att en idé alltid uppstår i dialog med, och i gensvar till andra idéer, vilket ger en kontext för efterföljande idéer. Det innebär i praktiken att teamet, i stället för att försöka utveckla en enda redogörelse för vad som inträffat, i samtal försöker att förstå olika möjliga betydelser och meningar. Dessa meningar kan bara komma fram om alla bidrag bekräftas och alla röster oreserverat accepteras, och att teamet är beredda att stå ut med osäkerhet, kan avstå från att avbryta eller tolka, och hålla starka känslor kvar/härbärgera i rummet. Det är ingen brådska att fatta beslut, även i allvarligt lidande, eftersom man antar att förståelse är en successiv och en organisk process. Med tiden utvecklar det sociala nätverket egna resurser. Det finns utrymme att återberätta människors historier, och när man gör det, utforska nya identiteter och återuppbygga relationer. På så sätt kan kriser bli en möjlighet till positiv förändring och utveckling.

Tre utfallsstudier för arbetssättet är publicerade. De handlar om studier av verksamheter och inte randomiserade kontrollstudier. Den första studien, en tvåårig uppföljning i jämförelse med en grupp som hade schizofreni-diagnoser och fick konventionell behandling (TAU), kom fram till att Öppen Samtals-gruppen hade kortare sjukhusinläggningar och lägre förskrivning av neuroleptika (Seikkula et al., 2003). Under tidiga faser av behandlingen jämfördes grupper från de första två utvecklingsfaserna (1992 - 3 och 1994 -7) över en femårig uppföljningsperiod. Resultaten visade att den andra gruppen hade färre dagar med sjukhusinläggning och färre familjemöten vartefter programmet utvecklades. Utfallen var likartade för de två Öppna Samtals-grupperna, och visade bättre utfall jämförda med en svensk femårig uppföljningsstudie TAU (Svedberg et al., 2001). Ca 29 procent av den andra Öppna Samtals-gruppen använde neuroleptika under behandlingen, jämfört med 93 procent i TAU-studien. 85 procent hade återvänt till studier eller heltidsarbete, 14 procent hade sjukbidrag, jämfört med 62 procent sjukbidrag för patienterna i TAU-studiens uppföljning. (Seikkula m.fl., 2006). En ytterligare studie (Seikkula m.fl., 2011) jämförde de tidigare två faserna av insatsen med Öppna Samtal, med en från en senare period, med syftet att utvärdera stabiliteten i utfallen över en tioårsperiod. Alla grupperna som fått insatsen med Öppna Samtal hade liknande procentandel av individer som återgått till heltidsarbete eller studier vid uppföljningen (84 procent).

En studie med randomiserad kontroll är för närvarande i gång på fyra platser i Storbritannien, under ledning av ett team vid University College London (<http://www.nelft.nhs.uk/about-us-initiatives-opendialogue>). Ett treårigt utbildningsprogram har också etablerats i London: <http://opendialogueapproach.co.uk/>

## Vidare läsning

<http://open-dialogue.net/> <http://developingopendialogue.com/>

## Referenser

- Hopfenbeck, M. (2015). Peer-supported open dialogue. *Context*, 138, 29–31.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. et al. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5, 163–182.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B. et al. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192–204.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting otherness in the present moment*. Helsinki: THL Publications.
- Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A five-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 332–337.

# Appendix 11

## Nätverk för Rösthörare (*Hearing Voices Network*)

Hearing Voices Network (HVN) är en inflytelserik gräsrotsrörelse/brukarrörelse, som verkar för att understödja acceptans och förståelse för att höra röster, se visioner och erfara andra ovanliga upplevelser. HVN är en samverkan mellan de som är experter utifrån sina egna erfarenheter (rösthörare och familjemedlemmar) och experter utifrån profession (akademiker, vårdarbetare och aktivister). Nätverket syftar till att ifrågasätta, kritisera och omforma traditionella biomedicinska uppfattningar om rösthörande. Det har sitt ursprung från den holländske psykiatern Marius Romme, som utmanades av sin patient Patsy Hage att ta hennes röster på allvar och som en reell erfarenhet för henne. Romme och vetenskapsjournalisten Sandra Escher har publicerat ett antal böcker om att arbeta och leva med röster (Romme & Escher, 1998, 2000).

Acceptansen för det här synsättet har vuxit allteftersom man har fått ökad kännedom om att en enbart medicinsk syn på rösthörande och andra ovanliga sinnesförnimmelser är alltför snäv, och i takt med att människor fått mer kunskap om alternativa synsätt. HVN har nu mer än 180 grupper i England som verkar inom många psykiatriska verksamheter, i barn- och ungdomspsykiatri, kriminalvård, slutenvårdsenheter, rättspsykiatri och inom socialt arbete. Det finns 33 andra nationella HVN-organisationer, runtom Europa, Nordamerika, Australien, Nya Zeeland, Latinamerika och Afrika.

HVN förespråkar tanken att höra röster och att uppleva andra ovanliga sinnesförnimmelser är vanliga mänskliga upplevelser som det finns många förklaringar till. Detta står i kontrast till den dominerande medicinska diskursen. Att hitta en trygg, förtroendefull plats tillsammans med andra människor som accepterar dig och dina röster, och försöker förstå meningen av dessa upplevelser för att försonas med dem, kan bli en omvälvande och läkande erfarenhet.

Trots att upplevelsen att höra röster är unik, komplex och varierar från person till person, finns det teman som tycks vara gemensamma för många rösthörare, och för många kulturer. Att leva med röster; 50 berättelser om återhämtning (*'Living with Voices: 50 Stories of Recovery'*), är en antologi med vittnesbörd från rösthörare över hela världen. Den lyfte fram att, fastän varje persons berättelse var helt unik, fanns ett antal nyckelteman, som framträdde ur alla historierna: att rösterna ofta var en strategi för överlevnad, att rösterna ansågs viktiga, möjliga att dechiffrera och var intimt förknippade med hörarens livsberättelse, att röster ibland använde metaforiskt språk. Lindring uppnåddes inte genom att förbjuda rösterna, utan handlade om att förstå deras mening, förbättra kommunikationen med rösterna och, i linje med detta, skapa en mer positiv relation med dem (Romme m fl., 2009).

*Hearing Voices Network* erbjuder inte en terapeutisk modell. Istället används olika strategier som självhjälpgrupper, psykosocial formulering, social/politisk aktivism, narrativa metoder och att dela hoppfull och positiv information. Man betonar individers rätt till sina egna uppfattningar om sina erfarenheter. Främst handlar det om solidaritet och social rättvisa. De betonar möjligheterna till positivt bemästrande, återhämtning i livet som helhet och att lära sig lyssna till röster utan ångest och lidande. Ingen är 'för sjuk' för att ha nytta av nätverket.

Hållningen i HVN är en respektfull nyfikenhet på den myriad av olika sätt som människor kan ha för att förstå röster, visioner, sinnesförnimmelser och olika medvetandenivåer; man försöker hjälpa människor att göra sina upplevelser begripliga, på deras egna premisser. Så, trots den välgrundade länken mellan rösthörande och traumatiska och svåra livserfarenheter, accepterar HVN alla tänkbara förklaringar till rösthörande, vilket kan omfatta ett spektrum av uppfattningar, som andliga, religiösa, paranormala, teknologiska, kulturella, motkulturella, filosofiska, medicinska osv. Forskning påvisar att 'ickevästliga' kulturer har något att lära oss om hur man kan leva mer fredsamt med röster. Till exempel finns belägg för att människor i USA tenderar att förstå sina röster som uttryck för en sjukdom i hjärnan, ge diagnostiska etiketter och rapportera om våldsamma kommandon, medan folk i Ghana och Indien förmedlade rika relationer med sina röster och hävdade att deras erfarenheter helt, eller till största delen, var positiva (Luhmann m. fl., 2015). Acceptansen för många olika förklaringar till rösthörande har varit avgörande för att utveckla HVN internationellt, utan att exportera västerländska idéer om medvetandet och den mänskliga erfarenheten.

## Vidare läsning

[www.hearing-voices.org](http://www.hearing-voices.org)

[www.intervoiceonline.org](http://www.intervoiceonline.org)

## Referenser

Luhmann, T.M., Padmavati, R., Tharoor, H. et al. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-based study. *British Journal of Psychiatry*, 206, 41–44.

Romme, M. & Escher, S. (Eds.) (1998). *Accepting voices* (2nd edn.). London: MIND Publications.

Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals working with voicehearers*. London: MIND Publications.

Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (Eds.) (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

## Appendix 12

### Leeds överlevarledda krisservice – (*Leeds Survivor Led Crisis Service*)

*”Att prata med alla er fyller min själ med förnyat hopp”* (feedback från besökare).

Leeds Survivor Led Crisis Service (LSLCS) bildades 1999 av en grupp människor som brukade vård för psykisk ohälsa. De startade som ett initiativ i syfte att utveckla en fristad som alternativ till det diagnostiska, medicinska förhållningssättet till psykiska nödsituationer. Idag styrs och leds organisationen fortfarande av personer med egenupplevda erfarenheter av psykisk lidande, varav vissa är utbildade rådgivare eller terapeuter.

LSLCS är ett alternativ till inlaggande vård på psykiatriska avdelningar, akutvård, polisinsatser, och till andra tjänster inom den offentliga sektorn, genom att erbjuda följande:

- Dial House - krishus som erbjuder en fristad i en hemliknande miljö, en-till-en-kontakt och samtalsstöd må, on och fr-sö 18:00 - 02:00.
- Connect Helpline - telefon- och onlinejour som erbjuder stöd och information alla dagar i veckan 18:00 - 02:00.
- Group Work (Gruppverksamhet)- inkluderar grupp för döva, en HBTQ -grupp, och en Hearing Voices-grupp.
- Leeds Suicide Bereavement Service (Leeds självmords och sorg/förlust Service (i samarbete med Leeds Mind)
- Well Bean Crisis Café, lö-må 18:00 - 01:00 (i samarbete med Touchstone)

LSLCS vilar på ett personcentrerat terapeutiskt förhållningssätt. Detta utgår ifrån en fenomenologisk filosofi där strävan är att förstå världen utifrån individens perspektiv snarare än utifrån etiketten som satts på den. En grundläggande princip i det personcentrerade förhållningssättet är utgångspunkten att alla människor, utifrån sina olika omständigheter, i varje situation gör sitt bästa med de resurser de har tillgängliga. Av de människor som LSLCS arbetar med är de flesta i högriskgrupp för självmord och/eller självskada. 2016 var tankar om självmord en sökorsak hos 65 procent av de som tog del av Dial House tjänster, självskada angavs som skäl till kontakt i 49 procent av fallen. Ett omfattande stöd erbjuds också hjälpsökande med traumatiska upplevelser. Under 2016 uppgav 65 procent av klienterna att de tidigare hade utsatts för, och/eller levde i en pågående situation med våldtäkter eller annat sexuellt våld.

Genom att erbjuda empati, kongruens och villkorslöst positivt bemötande utgår det terapeutiska förhållningssättet från att människor med komplex traumaproblematik är kapabla att ingå i goda relationer med personalen. Något som ofta står i motsats till deras upplevelser inom de psykiatriska institutionerna. Den icke-dömande, icke-medicinska men bekräftande inställningen bidrar till ett klimat där klienterna kan känna trygghet att berätta om sina livshistorier och psykiska problem. Med utgångspunkt i detta klimat har LSLCS börjat använda metoden 'psykologisk formulering' för att ge de hjälpsökande ett utrymme där de i samarbete med personal kan börja formulera en kortfattad livsberättelse. En berättelse som ofta kopplar deras nuvarande svårigheter till tidigare trauma, missbruk och försummelse - och som, när den är klar,



kommer att hjälpa dem att förstå sig själva bättre samt hjälpa personal inom andra instanser att utveckla mer terapeutiska, förtroendefulla relationer till dem.

Detta icke-diagnostiska alternativ till det rådande medicinska paradigmet, är högt uppskattat av de besökande, där många tidigare blivit utestängda från vård och/eller hade en rättsmedicinsk historik med diagnoser som 'personlighetsstörning'. Metodens inställning till risk är att ge klienten så mycket förtroende och kontroll som möjligt, snarare än att låta sig styras av en kultur som genomsyras av rädsla och skuldbeläggande. Detta sker i vetskapen om att alla riskfyllda situationer inte kan förhindras. Därför får personalen stöd genom regelbunden handledning/rådgivning.

*"Den skiljer sig från annan vård - det är lättare att prata med personalen. Personalen är vänlig. De varken dömer eller sätter en etikett på dig som säger 'detta är det som är fel på dig.'"*

Servicen definieras som ett alternativ som står i opposition till den vanliga psykiatrin och positionerar sig tydligt utanför den offentliga sektorns verksamheter, LSLCS formulerar sitt tillvägagångssätt som lett av psykiatriöverlevare, personcentrerat och traumamedvetet. I utvärderingar har nedan beskrivna fem delar lyfts fram som nödvändiga för en effektiv stödinsats:

- Lyssnande

*"Det krävs inte ett geni för att lista ut att om du sitter ner och lyssnar på någon och bekräftar deras känslor - att det är okej att må skit - så kommer de att må bättre."*

- Ett varmt, vänligt och respektfullt bemötande

*"Bara ett kort inlägg för att säga tack till Katharine för att du hjälpte mig att tvätta håret. Det kan låta som en enkel sak att få hjälp med, men det är just det faktum att Dial House finns där för att hjälpa till med vad som helst, till och med de enklaste saker, som gör Dial House till en sådan unik och fantastisk plats."*

- Det icke-dömande förhållningssättet

*"Man kan prata om absolut allting och bli bekräftad, hörd, accepterad."*

- Erbjudandet av en alternativ och lugn miljö.

*"Tack för att ni fick bort mig från dårhuset under några timmar, lugnet och tystnaden var en skön vila från den högljudda, stressiga, galna avdelningen."*

- Kamratstöd

*"Det ger mig en paus. När du är med människor i samma situation som du själv behöver du inte skämmas."*

LSLCS är erkänt som ett centrum för kompetens och innovation och har vunnit nationella utmärkelser från The Guardian, Community Care, Charity Times, Investors in People, Charity Evaluation Service och Duke of York's Community Initiative. Projektet har konsekvent visat att det är möjligt att erbjuda effektiva, medmänskliga och respektfulla alternativ till en diagnostisk

strategi för att hantera psykiska nödsituationer. Liknande projekt har nu planerats eller startats på olika platser, bland annat i London, Bristol och Hertfordshire.

**Fiona Venner**, Verkställande direktör, Leeds Survivor Led Crisis Service.

### Vidare läsning

<http://www.lslcs.org.uk/>

### Referenser

James, A. (2010). A beacon of hope. *Mental Health Today*, February, 18–19.

Venner, F. & Noad, M. (2013). Beacon of hope. In S. Coles, S. Keenan & B. Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice* (pp.332–348). Ross-on-Wye: PCCS Books.

## Appendix 13

### Sharing Voices Bradford

Sharing Voices Bradford (SVB) är en organisation för samhällsutveckling inom psykisk hälsa som grundades 2002. Organisationen stödjer marginaliserade svarta och etniska minoritetsgrupper (BME) i Bradford-området för att öka självhjälp/vård, främja hälsa och välbefinnande, återhämtning och förebygga psykisk stress. SVB:s arbete inkluderar central- och östeuropeiska, asiatiska, afrikanska och afrikansk-karibiska befolkningsgrupper, asylsökande och flyktingar samt vita minoritetsgrupper och trossamfund.

SVB:s mål är att:

- Hantera den stigmatisering som människor med psykiskt lidande erfarit.
- Tillhandahålla information om olika tjänster/insatser för psykisk hälsa.
- Främja mångfald.
- Bryta ner barriärer.
- Föra samman människor med olika bakgrund och från olika gemenskaper.
- Tillhandahålla information och vägledning.
- Ge feedback till sjukvårdsproducenter/leverantörer för att förbättra kvaliteten på vård och social service.
- Uppmuntra till debatt om psykisk hälsa och välbefinnande.
- Skapa samarbeten med frivilligorganisationer, den offentliga sjukvården och lokalsamhällen.

Projektet grundas i övertygelsen om att en individs psykiska problem ofta uppstår ur omständigheter som rör fattigdom, rasism, arbetslöshet, ensamhet, familjekonflikter och svårigheter i relationer, och att dessa inte endast kan förklaras utifrån biologiska faktorer. Projektet använder därför inte en diagnostisk förklaringsmodell för psykisk stress och lidande utan utgår i stället från människornas egna förklaringar och hjälper dem att hitta egna lösningar på problemen, samtidigt som man respekterar och stödjer deras trossystem. Människor med egna erfarenheter av psykisk stress och lidande står i centrum för arbetet och formar dess utveckling. För att individerna ska bli aktiva i att hitta egna vägar till återhämtning förblir 'val' och 'medverkan' genomgående centralt. Målet är att engagera individer och grupper från BME på ett inkluderande och progressivt sätt som värdesätter deras kulturella, religiösa, språkliga och andliga bakgrund.

En stor del av projektets arbete sker i samarbete med aktörer som *Bradford District Care Trust (BDTC)*, allmänläkare och socialarbetare. Därtill finns samarbeten med den offentliga primär- och specialistvården, skolor, frivilligorganisationer och trossamfund. SVB:s medarbetare använder metoder hämtade från annat samhällsutvecklande arbete för att engagera, stödja och utveckla individens kapacitet att ta itu med problemen bakom psykisk stress och isolering, samt för att främja social integration. SVB tillhandahåller och stödjer ett brett utbud av kontaktskapande en-till-en-insatser, självhjälps- och egenvårdsgrupper, familjeverksamheter och

engagemang i BME-samhällen och i andra minoritetsgrupperingar. Detta inkluderar specifika projekt med sydasiatiska män och kvinnor, unga BME-personer, äldre personer från BME-samhällen, bangladeshiska kvinnor och många andra. Flyktingar och asylsökande erbjuds stöd, information och rådgivning.

Det övergripande målet är att främja och möjliggöra utvecklingen av tjänster som är nära samordnade med principerna och målen i '*Delivering Race Equality*' (Department of Health, 2003) och deras lokala filialer, för att säkerställa att insatserna är i linje med de kulturella och andliga normerna i lokalsamhällena.

SVB:s samarbete med skolor, med slutenvårdsavdelningar och med en imam anställd av en lokal muslimsk välgörenhetsorganisation har nämnts som föredömliga exempel på goda metoder (*Care Services Improvement Partnership/NIMHE*, 2008) för att visa på de tre principerna om aktiv medverkan av serviceanvändare/vårdare; multidisciplinärt arbete; samt styrkor, motståndskraft och ambitioner.

**Ishtiaq Ahmed**, Chef för samhällsutveckling, Sharing Voices Bradford

### Vidare läsning

<http://sharingvoices.net/mentalhealth/about/>

### Referenser

Care Services Improvement Partnership/NIMHE (2008). *Three keys to a shared approach in mental health*. London: Author.

Department of Health (2003). *Delivering race equality: A framework for action*. London: Author. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/24349>

## Appendix 14

### MAC-UK Service för ungdomar i utanförskap

MAC-UK är en Londonbaserad välgörenhetsorganisation som grundades 2008, av en klinisk psykolog och en grupp ungdomar som levde i utanförskap. MAC-UK arbetar primärt med marginaliserade och utsatta ungdomar, inklusive de med kriminell bakgrund. Transgenerationella cykler av ekonomisk utsatthet och socialt utanförskap till följd av djupgående social ojämlikhet innebär att ungdomarna ofta tillhör etniska minoritetsgrupper och lever i fattigdom, rasism, våld i hemmet, övergrepp, försummelse och begränsade möjligheter till social rörlighet och sociala möjligheter. (Youth Justice Work Group, 2012). Som ett resultat är många utestängda från skolan och antingen hemlösa, i olika vårdformer, och/eller utnyttjade från tidig ålder och löper därmed stor risk att välja i en kriminell livsstil. Dessa ungdomar har ökad risk för psykisk ohälsa, inlärningssvårigheter och har komplexa behov. Tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor är kännetecknet för ett civiliserat samhälle. Dock finns bevis för att de mest marginaliserade grupperna överges av hälso- och sjukvårdssystemet, särskilt av barn- och ungdomspsykiatri.

MAC-UK tillämpar ett system baserat på förebyggande åtgärder och tidiga insatser för att förändra psykiatri, en metod som består av tre nyckelkomponenter: uppsökande verksamhet, samskapande och psykologiskt baserade insatser. ”Vi erbjuder en social, inte medicinsk, modell för psykisk hälsa, som utgår ifrån att unga människors psykiska hälsa inte bara avgörs av vad som rör sig i deras huvuden, utan också handlar om vad som finns i deras värld. Vi vill att det ska vara möjligt för varje ung person i utanförskap att få tillgång till och vara med och utforma de insatser som finns för att stödja dem. Detta kräver ett radikalt annorlunda förhållningssätt vad gäller att utforma och tillhandahålla sociala insatser och psykiatrisk hälso- och sjukvård.”

MAC-UK har tillsammans med dessa ungdomar utvecklat INTEGRATE-metoden, ett ramverk för psykologiskt baserade insatser som tar hänsyn till hur de många sociala faktorerna påverkar unga människor (Zlotowitz et al., 2016). INTEGRATE bygger på flera psykologiska teorier, särskilt *Community Psychology* (sv. *samhällspsykologi*), anknytningsteori, AMBIT (ett mentaliseringsbaserat förhållningssätt; se Bevington et al., 2012), ekologisk systemteori och narrativ terapi. Exempelvis har samproducerande av utbildningsfilmer hjälpa unga människor att utmana de dominerande kulturella berättelserna om ’gängmedlemmar’, ’hood rats’, ’chavs’ eller ’ungdomsbrottslingar’ som de känner påtvingas dem, och i stället synliggöra andra historier/berättelser. Ett mål med INTEGRATE är att skapa en samhällsförändring som adresserar sociala faktorer som påverkar mental hälsa och välbefinnande, samt främjar en ökad förståelse för unga människors behov. Verksamheter baserade på detta förhållningssätt har införts i London i samarbete med lokala myndigheter/organisationer som *NHS Trusts* och fullmäktige och personal från de lokala myndigheterna har utplacerats för att främja integration. Varje verksamhet har utvecklats utifrån sina lokala behov och resurser.

Det finns flera icke-linjära faser i metoden:

#### FAS 1 – Engagemang

Det är viktigt att bygga förtroendefulla relationer med ungdomar. Detta uppnås genom att anställa ’portvakter’ (nyckelpersoner med stort förtroende hos målgruppen), använda ’peer-to-

*peer referral system*’ och se till att personalen ’hängar’ med ungdomarna. När kompisar har inflytande i verksamheten lockas andra unga dit och det gör att de lättare kan lita på personalen.

## FAS 2 – Ungdomsledda aktiviteter

Metoden betonar vikten av att ’göra med’ inte ’göra för’ unga människor. Aktiviteterna inom verksamheterna är därför helt samproducerade med ungdomarna och processen anses lika viktig som resultatet.

## FAS 3 – Gatuterapi och psykologiskt informerade miljöer

Vi åker dit där de unga är, placerar vårt arbete i hjärtat av gruppen/gemenskapen/samhället och erbjuder flexibel och lyhörd ’gatuterapi’ där personalen deltar i terapeutiska samtal varhelst och närhelst ungdomen känner sig bekväm. Psykologiska metoder som veckovisa teambyggande aktiviteter är en del av metoden, i syfte att hålla den mental hälsan och välbefinnandet i fokus.

## FAS 4 – Brobyggande

Unga människor kan få hjälp med många olika sorters behov, från boendestöd till att söka bidrag och att hitta en anställning. Personalen använder sig av projektets vidare nätverk och bygger broar mellan resurser och ungdomarna för att skapa nya möjligheter.

## FAS 5 – Kämpar för förändring

Unga människor tillåts uttrycka frustration över sin sociala verklighet, och vår tanke är att gemenskap och social kontext i hög grad bidrar till unga människors psykiska hälsa. Personalen arbetar tillsammans med unga människor för att skapa social förändring. Ungdomarna är ofta delaktiga i att utbilda olika myndigheter och andra instanser om hur hälsomässiga och sociala ojämlikheter påverkar deras liv.

## Påverkan och utvärdering

MAC-UK har lyckats med att engagera grupper av unga människor som traditionellt ses som svåra att nå, marginaliserade och involverade i, eller med hög risk att dras in i brottslig verksamhet.

*”De kommer inte hit och dömer någon, de ifrågasätter inte din bakgrund, hur du ser ut eller hur du klär dig, de kommer med öppna armar och ger dig en nystart. De sätter människor först och de står alltid upp för oss, även om vi orsakar problem.”*

*”... det gör verkligen skillnad... Jag var säker på att jag skulle tas in [till fängelset] men [INTEGRATE-personalen] gick dit och berättade om mig och om mina mål och vad jag försökte göra ... och han [domaren] berömde mig faktiskt för att jag försökte förändra mig...”*

I en utvärdering rapporterade ungefär en tredjedel av ungdomarna en nivå av mående som skulle motivera remiss till psykiatrin. Med tiden framträdde ett icke-patologiserande narrativ om mental hälsa alltmer och stigmatiseringen minskade.

”... det kunde skrämma livet ur mig [ämnet mental hälsa] ... jag ville bara fly. Men jag vet nu att många människor kan bli stressade... det handlar om att göra positiva saker så att du kan må bra...”

MAC-UK utvärderas löpande av Centre for Mental Health. Vägörehetsorganisationen genomför även interna revisioner och granskningar.

Eftersom organisationen verkar på flera nivåer och över olika domäner, har en mängd påverkansområden uppmärksamats, inklusive sysselsättning, utbildning, brottslighet, policy och förändring i hälso- och sjukvårdens utformning. Ytterligare information finns på MAC-UK's webbplats eller i Centre for Mental Health's dokumentation (Durcan et al., 2017).

Organisationen har vunnit många priser, inklusive Times Charity of the Year 2011 och Positive Practice in Mental Health Criminal Justice Award 2014.

Vi vill att alla aktörer som möter dessa ungdomar ska implementera förhållningssättet i sin kärnverksamhet både i ledningsfunktion, organisationskultur och praktik. Det är dags för en ny, djärv era, där samproducerade och psykologiskt baserade verksamheter som görs tillgängliga på platser som utsatta grupper kan nås och genom människor som de litar på.

## Vidare läsning

<http://www.mac-uk.org/about-us/>

## Referenser

Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P. et al. (2012). Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT): A new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18, 46–51.

Durcan, G., Zlotowitz, S. & Stubbs, J. (2017). *Meeting us where we're at: Learning from Integrate's work with excluded young people. Briefing paper*. Centre for Mental Health. Available at: [www.centreformentalhealth.org.uk/](http://www.centreformentalhealth.org.uk/)

Youth Justice Working Group (2012). *Rules of engagement: Changing the heart of youth justice* [online] Available from: [www.centreforsocialjustice.org.uk/library/rules-engagement-changing-heart-youth-justice](http://www.centreforsocialjustice.org.uk/library/rules-engagement-changing-heart-youth-justice)

Zlotowitz, S., Barker, C., Moloney, O. & Howard, C. (2016). Service users as the key to service change? The development of an innovative intervention for excluded young people. *Child and Adolescent Mental Health*, 21, 102–108.

# Referenser

- Andersen, T. (Ed.) (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. London: Norton.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn. *DSM-5*). Washington, DC: Author.
- Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M. et al. (2013). *Trauma-informed practice guide*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Available from: [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London, New York: Brunner-Routledge.
- Blue Knot Foundation (2012). *Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Author. Available from: <http://www.blueknot.org.au/ABOUT-US/Our-Documents/Publications/Practice-Guidelines>
- Bracken, P. (2002). *Trauma: Culture, meaning and philosophy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Burstow, B. (2003). Toward a radical understanding of trauma and trauma work. *Violence against Women*, 9(11), 1293–1317.
- Burton, M. & Kagan, C. (2011). Towards a really social psychology: Liberation psychology beyond Latin America. In M. Montero & C.C. Sonn (Eds.), *The psychology of liberation: Theory and applications* (pp.53–72). New York: Springer.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp.1–23). Oxford: Pergamon.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.) (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, London: Guilford Press.
- Clayton, S. & Hughes, G. (2016). The use of film and creative media to liberate young refugees and asylumseeking people from disempowering identities: A dialogical approach. In T. Afuape & G. Hughes (Eds.), *Liberation practices: Towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.89–99). London, New York: Routledge.
- Clements, J. (2005). *People with autism behaving badly: Helping people with ASD move on from behavioural and emotional challenges*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clemon, O. (2016). Holdin' on': Using music technology as a tool of cultural liberation with respect to performing masculinities at a young offenders' institution. In T. Afuape & G. Hughes, G. (Eds.), *Liberation practices: Towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.51–63). London, New York: Routledge.
- Coleman, R. (2017). *The Ron Coleman story*. <http://www.workingto recovery.co.uk/ron-coleman/the-roncoleman-story.aspx>
- Corrie, S. & Lane, D. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*. London: Karnac.



- Courtois, C. & Ford, J. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.
- Craddock, N. & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 93–95.
- Crittenden, P.M. (2002). Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 1(2), 72–75.
- Crittenden, P.M. (2005). Attachment theory, psychopathology, and psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach. *Psicoterapia*, 30, 171–182.
- Crittenden, P.M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian Association of Family Therapy Volume*, 27(2), 105–115.
- Crittenden, P.M. & Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 389–409.
- Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Dallos, R. & Stedmon, J. (2014). Systemic formulation: Mapping the family dance. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp.67–95). London: Routledge.
- Davar, B. (2016). Alternatives or a way of life? In J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.14–19). Monmouth: PCCS Books.
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich.
- Dillon, J. & May, R. (2003). Reclaiming experience. *Openmind*, 120, 16–17.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: British Psychological Society.
- Engle, R.L. & Davis, B.J. (1963). Medical diagnosis: Present, past, and future I. Present concepts of the meaning and limitations of medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine*, 112, 108–115.
- Freyd, J.J. & Birrell, P.J. (2013). *Blind to betrayal*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Frosh, S. (2007). Disintegrating qualitative research. *Theory & Psychology*, 17(5), 635–653.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy for counselling and depression* (3rd edn.). London: Sage.
- Goldstein, K. (1995). *The organism: A holistic approach to biology*. New York: Zone Books.
- Grandin, T. (1984). My experiences as an autistic child and review of selected literature. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 13, 144–174.
- Grant, A. (2015). Demedicalising misery: Welcoming the human paradigm in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, 35, 50–53.

- Grant, A., Leigh-Pippard, H. & Short, N.P. (2015). Re-storying narrative identity: A dialogical study of mental health recovery and survival. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 278–286.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, M. (1999). Narrative based medicine: Why study narratives? *British Medical Journal*, 318, 48–50.
- Haack, S. (1996). *Deviant logic, fuzzy logic: Beyond the formalism*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hagan, T. & Gregory, K. (2001). Groupwork with survivors of childhood sexual abuse. In P. Pollock (Ed.), *Cognitive analytic therapy for adult survivors of sexual abuse* (pp.190–205). Chichester: Wiley.
- Hagan, T. & Smail, D. (1997a). Power-mapping 1. Background and basic methodology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 257–267.
- Hagan, T. & Smail, D. (1997b). Power-mapping II. Practical application: The example of child sexual abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 269–284.
- Harper, D. & Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating ‘formulation’. *Clinical Psychology*, 25, 6–10.
- Harper, D. & Spellman, D. (2013). Formulation and narrative therapy: Telling a different story. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people’s problems* (2nd edn.), pp.96–120. London, New York: Routledge.
- Hawtin, S. & Moore, J. (1998). Empowerment or collusion? The social context of person-centred therapy. In E. Lambers & B. Thorne (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*. London: Sage.
- Herman, J.L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Jankovic, J., Bremner, S., Bogie, M. et al. (2012). Trauma and suicidality in war affected communities. *European Psychiatry*, 28, 514–520.
- Jetten, J., Haslam, C. & Haslam, S.A. (Eds.) (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. New York and Hove: Psychology Press.
- Johnstone, L. (2013). Controversies and debates about formulation. In L. Johnstone, L. & R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people’s problems* (2nd edn.), pp.260–289. London, New York: Routledge.
- Kerr, L.K. (2014). Can DSM diagnoses be other than pejorative? Global Summit on Diagnostic Alternatives. Available from: <http://dxsummit.org/archives/2014>
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? In N. Tarrier (Ed.) *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*, pp.12–35. London, New York: Routledge.
- LeDoux, J. E. (1999). *The emotional brain*. London: Phoenix.
- Lee, D. & James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovery from trauma*. London: Robinson.

- Leeming, D., Boyle, M. & MacDonald, J. (2009). Accounting for psychological problems: How user-friendly are psychosocial formulations? *Clinical Psychology Forum*, 200, 12–17.
- LeFrancois, B.A. (2016). Foreword. In J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp. v–vii.) Monmouth: PCCS Books.
- Longden, E. (2013). *Learning from the voices in my head* (TED Books, Book 39). TED Conferences.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A. et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for *ICD-11*. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206.
- McClelland, L. (2014). Reformulating the impact of social inequalities. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp.121–144.) London, New York: Routledge.
- McInnis, E.E. (2017). Black psychology: A paradigm for a less oppressive clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, 299, 3–8.
- Mead, S. & Filson, B. (2016). Becoming part of each other's narratives: Intentional Peer Support. In J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.109–117.) Monmouth: PCCS Books.
- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 202–204.
- Ncube-Millo, N. & Denborough, D. (2007). *Tree of life – mainstreaming psychosocial care and support: A manual for facilitators*. Randburg: REPSSI.
- Nelson, G. & Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*. Chichester: Wiley.
- Otto, H. & Keller, H. (2014). *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal theme*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Pinderhughes, H., Davis R. & Williams M. (2015). *Adverse community experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma*. Oakland, CA: Prevention Institute.
- Redhead, S., Johnstone, L. & Nightingale, J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453–467.
- Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals*. London: Mind Publications.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross on Wye: PCCS Books.
- Rosenberg, C.E. (2002). *The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience*. *The Milbank Quarterly*, 80, 237–260.

- Rosen, C., Jones, N., Longden, E. et al. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: A mixed-methods analysis. *Frontier Psychiatry* 8(57). doi:10.3389/fpsy.2017.00057
- Russo, J. (2016). Towards our own framework, or reclaiming madness, Part two. In J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.59–68.) Monmouth: PCCS Books.
- Sackett, D. (2002). *Evidence-based medicine: How to practise and teach evidence-based medicine* (2nd edn.). London: Churchill Livingstone.
- Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry*, 7(1), 29–53.
- Schon D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.
- Shevlin, M., McAnee, G., Bentall, R. & Murphy, J. (2015). Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence of paranoia and hallucinations: Evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis*, 7(3), 206–216.
- Skills for Health, Health Education England and Skills for Care (2016). *Mental Health Core Skills Education and Training Framework*. Bristol: Author.
- Skultans, V. (2003). From damaged nerves to masked depression: Inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives. *Social Science and Medicine*, 56(12), 2421–2431.
- Somasundaram, D. & Sivayokan, S. (2013). Rebuilding community resilience in a post-war context: Developing insight and recommendations – a qualitative study in Northern Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(3). doi:10.1186/1752-4458-7-3
- Speed, B. (1999). Individuals in context and contexts in individuals. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20, 131–138.
- Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. London: Norton.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D. et al. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.
- Sweeney, S., Clement, S., Filson, B. & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174–192.
- Thomas, P. & Longden, E. (2013). Madness, childhood adversity and narrative psychiatry: Caring and the moral imagination. *Medical Humanities*, 39(2), 119–125.
- Ulster University (2015). *Towards a better future: The trans-generational impact of the Troubles on mental health. Commission for Victims and Survivors*. Ulster: Author.  
Available from: [http://www.cvsni.org/images/policyresearch/pubs/march\\_2015/Towards\\_a\\_Better\\_Future\\_for\\_Web.pdf](http://www.cvsni.org/images/policyresearch/pubs/march_2015/Towards_a_Better_Future_for_Web.pdf)
- United Nations Human Rights Commission (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. New York: United Nations General Assembly.

van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.

Waddingham, R. (2013). *Symptom or experience: Does language matter?* Available from: [www.madinamerica.com/2013/08/does-language-matter](http://www.madinamerica.com/2013/08/does-language-matter)

White, M. (2000). Reflecting teamwork as definitional ceremony revisited. In M. White (Ed.), *Reflections on narrative practice: Essays and Interviews* (pp.59–88.) Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Wylie, M. S. (2010). The long shadow of trauma: Childhood abuse may be our number one public health issue. *Psychotherapy Networker*, March/April. Available from: <https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/417/the-long-shadow-of-trauma>

**The British Psychological Society**

St Andrews House, 48 Princess Road East, Leicester LE1 7DR, UK

Tel: 0116 254 9568 Fax 0116 247 0787 Email: [info@bps.org.uk](mailto:info@bps.org.uk)

Website: [www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk)

ISBN 978-1-85433-906-5

