

PSYKISKA TRAUMAREAKTIONER

Tomas Waldegren

Psykiska traumareaktioner

KLINISK PSYKOTRAUMATOLOGI MED FOKUS PÅ
KOMPLEXT POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM

Kartläggning, bedömning och mekanismbaserad behandling
av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar utifrån
diagnoskriterier från ICD 11

Psykiska traumareaktioner
Copyright © Tomas Waldegren, 2026
Ansvarig utgivare: Tomas Waldegren

Bookea Group AB
Box 45023
104 30 Stockholm
www.bookea.se
Tryckt i Europa

ISBN 978-91-90223-20-8

Innehållsförteckning

Förord	5
Del I: Negativa livshändelser.	7
1.1 Inledning	9
1.2 Bakgrund	11
1.3 Allostas och psykiska traumareaktioner	23
1.4 Negativa livshändelser.	25
1.5 Hot ur en socialpsykologisk synvinkel	29
1.6 Tortyrskador – fysiska skador och skador på identiteten	33
Del II: Från orientering till delaktighetsinskränkning.	41
2.1 Från orientering till delaktighets-inskränkning.	43
2.2 Orientering	48
2.3 Störningar i fem funktionsområden	50
2.4 Skrämselreflexen och skamprocessen – Introduktion	53
2.5 Sensorisk processering och intryckskänslighet	60
2.6 Autonom reglering.	63
2.7 Autonom dysreglering – Mikrovaskulär dysfunktion och inflammation.	67
2.8 Identitet – det kroppsbaserade självet och det självbiografiska självet	70
2.9 Sammanhangstolkning	73
2.10 Försvarsbeteenden - – Psykomotorik och psykiskt mående.	75
2.11 Psykomotorisk bedömning - inledning.	81
2.12 Bedömning - psykomotorik.	87
2.13 Bedömning – upplevda aktiveringsmönster i kroppen.	93
2.14 Sex symtomdimensioner	95
2.15 Aktivitet och delaktighet	101

Del III: Behandlingsmekanismer och färdighetsträning	103
3.1 Inledning	104
3.3 Minnespåverkande behandling – en problematisering	120
3.4 Terapeutisk påverkan av procedurminnen via minnesrekonsolidering . . .	125
3.5 Horisontell och vertikal integrering av hjärnans funktioner	131
3.6 Interpersonell reglering	138
3.7 Det kroppsbaserade självet	144
3.8 Beteendeaktivering	154
3.9 Identitet, samhälle och världen – en återkomst till en spräckt livsvärld. . .	158
 Del IV: Slutord	 163
4.1 Slutord	164
Referenser	169
Index	187

Förord

Psykotraumatologi är den medicinska och psykologiska vetenskap som studerar hur människor reagerar på svåra hot. Området integrerar kunskap från medicin, psykologi och sociologi med ett andligt/existentiellt perspektiv, och täcker ett kunskapsområde som sträcker sig från epidemiologi till personcentrerade insatser (Michel et al., 2002). Klinisk psykotraumatologi fokuserar på ett mer begränsat område där den enskilda individens reaktioner lyfts fram. Den här boken har ett ännu snävare fokus då den har diagnoskriterierna för komplext posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) i centrum. Boken är skriven med syftet att ge stöd för ett personcentrerat och funktionscentrerat bedömnings-, behandlings- och rehabiliteringsupplägg där behandlingen är mekanismbaserad och utförs inom ramen för det interprofessionella teamet: ett integrativt arbetssätt utifrån begreppet evidensbaserad behandling där bästa tillgängliga forskning, klinisk expertis, samt patientens egenskaper, kultur och val leder till en individualiserad behandlings- och rehabiliteringsplan med optimal behandlingseffektivitet (resultat under okontrollerade kliniska förutsättningar). För att kunna göra det så behöver den också klargöra vad PTSS/komplext PTSS är, bortanför diagnoskriterierna. Som utgångspunkt kommer *the memory and identity theory of ICD 11 complex posttraumatic stress disorder* att användas (Hyland et al., 2023). Utifrån den teorin ses förändringar i hur hjärnan hanterar intryck, vilket i sig ger minnesstörningar och identitetsstörningar. Detta är kärnproblematiken i de posttraumatiska syndromen, men är även relevant för ångestsyndrom, depressionstillstånd, ätstörningar och emotionell instabil personlighetsproblematik. För att ha nytta av detta kliniskt så introducerar boken en modell i fem nivåer som följer hur förändringar i intryckshantering som en del av nedärvda försvarsprocesser

bidrar till att skapa och bibehålla långvariga förändringar i funktion – psykiska traumareaktioner. Modellen grundar sig tydligt i pre-klinisk och klinisk forskning och bör därför ha en acceptabel begreppsvaliditet.

Målsättningen är att boken ska ge en stegvis förklaring till hur en negativ livshändelse, via funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, utvecklas till de symtom som ligger till grund för diagnoserna PTSS/komplext PTSS utifrån ICD 11.

Den avslutas med ett avsnitt om färdighetsträning och andra behandlingsinsatser. Dessa är utvalda utifrån att de har aspekter som är intressanta oavsett profession: i det interprofessionella teamet kan samtliga hitta aspekter som bidrar till samarbetet i bedömning, behandling och rehabilitering där patientens funktions- och aktivitetsnivå sätts i centrum. Avsikten är att detta ska vara ett komplement till de metodkunskaper som redan finns i teamet, och att innehållet i boken ska öppna upp för nya sätt att förstå och anpassa de insatser som erbjuds till patienten.

DEL I: NEGATIVA LIVSHÄNDELSER

1.1 Inledning

När vi är med om händelser som ställer höga krav på oss förändras sättet som hjärnan tar in information parallellt med att sättet som kroppen styrs förändras. Hjärnan försöker konstant att anpassa kroppen för den nuvarande situationens krav, en funktion som kallas allostas – biologisk anpassning. Så länge som hjärnan klarar av att skapa en biologisk anpassning så kallar vi händelser som ställer höga krav på oss ”ansträngande”. Ibland så klarar inte hjärnan av att bibehålla biologisk anpassning, utan bibehåller ett förändrat sätt att ta in information och ett förändrat sätt att styra kroppen trots att situationen inte kräver det. Om detta är en konsekvens av krav, negativa livshändelser är termen som kommer att användas i den här boken, kallar vi situationen för traumatisk och reaktionerna för psykiska traumareaktioner.

Det finns många typer av psykiska traumareaktioner. Manualen *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (som i skrivande stund inte är översatt till svenska) har operationaliserat diagnoskriterierna för diagnosen komplext posttraumatiskt stressyndrom som en kombination av sex grupper (symtom-dimensioner) av psykiska traumareaktioner: återupplevande, undvikande, pågående hot, affektdysreglering, negativ självuppfattning, samt relationsstörning. Begreppet syndrom i PTSS syftar på att de sex symtom-dimensionerna är en specifik kombination av symtom och funktionsnedsättningar som ofta uppträder tillsammans, och används när den exakta orsaken till problematiken är sammansatt av flera faktorer. Den mentala bilden av ”syndrom” behöver hållas genom hela boken. Negativa livshändelser och psykiska traumareaktioner är bakomliggande faktorer vid psykisk ohälsa i allmänhet. Ofta finns det inte klara och tydliga gränser mellan de olika diagnoserna, och bilden av

att de är samlingar av överlappande funktionsnedsättningar snarare än separata tillstånd är hjälpsam i bedömningen och behandlingen av dem.

Den här boken kommer att beskriva psykiska traumareaktioner utifrån ett ICD 11-perspektiv: hur de uppkommer, hur de kartläggs, och hur de kan behandlas utifrån ett mekanismbaserat perspektiv. Uppläggget följer delvis strukturen för ett vård- och insatsprogram, och precis som ett vård- och insatsprogram kommer boken att utgå ifrån nationella styrande och rådgivande dokument: något som krävs för att den ska kunna vara ett kliniskt stöd i bedömnings- och behandlingsprocessen.

1.2 Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård förväntas vara baserad på evidensbaserad behandling. Det innebär att den ska påverkas av tre faktorer: bästa tillgängliga forskningsresultat, klinisk expertis, samt patientens värderingar och behov.

Socialdepartementets uttalade intention är att hälso- och sjukvården ska bli mer personcentrerad, det vill säga en vård som utgår ifrån individens förutsättningar, resurser och hinder. Detta är också i linje med hur Försäkringskassan handlägger ett sjukpenningärende: ett sjukintyg är uppbyggt så att bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning föregår planering av medicinsk behandling och rehabiliterande åtgärder. Det arbetssättet innebär att de behandlings- och rehabiliteringsinsatser som förs fram inte enbart ska fokusera på att påverka diagnoskriterier: snarare ska insatser som påverkar funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar stå i centrum. För att kunna uppfylla målet personcentrerad vård rekommenderas ett interprofessionellt arbetssätt. Personcentrerad vård är ett användbart synsätt vid behandling av psykiatriska syndrom, där behandlingen behöver utformas efter patientens individuella mönster av funktionsnedsättningar. Detta är extra relevant inom specialistpsykiatrisk verksamhet, där de olika syndromen ofta både överlappar varandra och delvis går att härröra till gemensamma negativa livshändelser.

Samtidigt så ska vårdinsatserna vara resurseffektiva, och det innebär att de behöver vara baserade på bästa tillgängliga forskningsresultat. Tidigare modeller för resurseffektivitet har fokuserat på insatsen, vilket har varit en av de faktorer som påverkat utvecklingen av evidensbaserad vård: ett synsätt som har sitt ursprung i medicinsk behandling

och som i sin natur är diagnoscentrerad och riktad mot problem med tydligare genes. Som en konsekvens av det har psykiatrisk och psykoterapeutisk forskning fokuserat på diagnoscentrerade och protokollbaserade insatser och utvärderat behandlingseffekt på gruppnivå, på bekostnad av utvecklandet av en tydlig förståelse för hur en komplex problematik uppkommer och bibehålls. En annan forskningsgren, mekanismbaserad forskning, har i stället fokuserat på att försöka besvara det senare.

Det går att använda standardiserade behandlingsprotokoll vid behandling av diagnoserna PTSS/komplext PTSS. Men parallellt med att patientens grad av funktionsnedsättningar ökar, ses också i den kliniska vardagen en ökad andel behandlingar som avviker från det standardiserade behandlingsprotokollet för att kunna möta upp patientens behov och utifrån behandlingsprocessen individanpassa insatserna. För att kunna göra detta på ett strukturerat sätt krävs en förståelse för patientens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Den här boken kommer att, på ett strukturerat sätt, analysera operationaliseringen av PTSS/komplext PTSS utifrån ICD 11, och via en syntes av tillgänglig forskning ge ett ramverk för en personcentrerad behandlings- och rehabiliteringsplanering.

Vad är ett psykologiskt trauma?

Ordet trauma, liksom ICD 11-användandet av ordet stress, används på ett tvetydigt sätt både i samhället generellt och inom svensk hälso- och sjukvård. För att tydliggöra terminologin använder den här boken begreppen negativa livshändelser och psykiska traumareaktioner, vars operationalisering kommer att beskrivas lite senare i boken.

De flesta är någon gång i livet med om negativa livshändelser: upp till 70% av vuxna individer har angetts i internationella studier beroende på vilka kriterier som har använts. Ofta klarar individen detta utan bestående psykiska besvär även om initiala symtom kan vara oroande.

Människor som utsatts för negativa livshändelser i form av hotande situationer, svåra livshändelser eller fysiska sjukdomar och skador kan uppvisa många olika psykiska och psykofysiologiska reaktioner. För de flesta avklingar dessa reaktioner spontant utan tydliga långsiktiga konsekvenser och kallas då krisreaktioner. En del personer kan få svårigheter att återhämta sig och i stället utveckla långvariga störningar: psykiska traumareaktioner. Psykiska traumareaktioner ger en tydligt förhöjd symtombild kopplad till skrämselreflexen (vilket ger ökad vaksamhet och ökad fysiologisk reaktivitet) och skamprocessen (vilket ger en negativ självbild och relationsstörningar). Manualen *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (fritt nedladdningsbar från www.who.int) klassificerar dessa inom ramen för *Disorders specifically associated with stress*, där posttraumatiskt stressyndrom och komplext posttraumatiskt stressyndrom är/kommer att bli de vanligast satta diagnoserna inom specialistpsykiatrisk verksamhet (vuxna). Stressyndromen PTSS och komplext PTSS är definierade utifrån psykiska traumareaktioner från tre respektive sex symtomdimensioner som anses vara centrala för de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som uppkommer efter negativa livserfarenheter.

Vad är komplext PTSS?

En personcentrerad behandling och rehabilitering utgår ifrån en teori om den problematik som ska behandlas. ICD 11-versionen av PTSS/komplext PTSS utgår ifrån *the memory and identity theory of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder* (Hyland et al., 2023). Den klassificerar de tre symtomdimensioner som PTSS består av som minnesstörningar, i sin tur baserade på förändrad sensorisk processering och störd sammanhangsbearbetning. De tre symtomdimensioner som också behöver vara påverkade för att diagnosen komplext PTSS ska kunna sättas består av identitetsstörningar, där de självbiografiska och relaterande delarna av identiteten i sin tur baseras på det kroppsbaserade självet där sensorisk

processering också är en central funktion. Dessa koncept kommer boken tillbaka till, genom en stegvis analys av hur de utvecklas följt av grundläggande mekanismbaserad behandling för kärnproblematiken.

Disorders specifically associated with stress utvecklas som en konsekvens av genetiska faktorer och upprepade eller långvariga negativa livshändelser. De senare, framför allt under uppväxtåren, har visat sig innebära en ökad risk inte bara för uppkomsten av PTSS och komplext PTSS utan även uppkomst för eller samsjuklighet med bland annat depressionstillstånd, ångeststörningar, missbruk, symtom på somatisering och personlighetsyndrom (framför allt personality disorder – borderline pattern). Dessa svårigheter innebär också i många fall en förhöjd suicidrisk. Negativa livshändelser är också generella riskfaktorer för fysisk ohälsa i allmänhet.

Livstidsprevalensen för att utveckla PTSS (utifrån DSM 5-kriterier) har uppskattats till runt 5% i Sverige och syndromet är dubbelt så vanligt bland kvinnor och utlandsfödda jämfört med män födda i Sverige. Personer som tillhör könsidentitets- eller sexuell läggningsminoriteter (HBTQI+), som diagnostiserats med autismspektrumtillstånd och/eller ADHD, som är barn till utlandsfödda, har låg utbildningsnivå eller växt upp i ekonomiskt utsatta familjer har också ökad risk för att utveckla PTSS/komplext PTSS (Hyland et al., 2023).

Sett utifrån jämförbara länder ligger prevalensen i internationella studier på ungefär samma nivå, och dessa siffror verkar preliminärt enbart justeras marginellt utifrån ICD 11-kriterier.

Det finns inget sätt att förutsäga vem som kommer att drabbas av PTSS/komplext PTSS efter en negativ livshändelse, och begreppet negativa livshändelser innefattar numera en större spännvidd av händelser inom ramen för ICD 11 än vad DSM 5 har inkluderat. Däremot har ett antal riskfaktorer kunnat identifieras vilka utöver de som nämnts ovan bland annat innefattar art och svårighetsgrad av händelsen, tidigare eller pågående psykisk ohälsa samt brist på socialt stöd.

Uppbyggnad och struktur av ICD-systemets psykiatriska diagnoser

Psykiatriska diagnoser beskrivs i manualen *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11: mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Strukturellt så beskrivs PTSS/komplext PTSS i kapitlet *Disorders specifically associated with stress*, depressionstillstånd beskrivs i kapitlet *Mood disorders*, och ångestsyndrom beskrivs i kapitlet *Anxiety and fear-related disorders*. Skillnaden mellan dem är att *Disorders specifically associated with stress* tydligt ska kunna kopplas till negativa livshändelser, medan den kopplingen inte behöver synliggöras vid övriga tillstånd även om uppkomsten av både depression och ångestsyndrom anses påverkas av negativa livshändelser.

Även om ICD- och DSM-systemen har arbetat för att närma sig varandra skiljer sig de separerade ICD 11-diagnoserna PTSS och komplext PTSS både i struktur och innehåll från DSM 5-diagnosen PTSS. Inom ramen för det specialistpsykiatriska uppdraget kommer troligen den komplexa PTSS-diagnosen att dominera med upp mot 75% komplext PTSS, utöver det kommer målgruppen till stor del även uppfylla kriterier för ytterligare psykiatriska diagnoser.

Det medför flera konsekvenser. På bedömnings- och kartläggningsidan så är kartläggningen av psykiska traumareaktioner och dess konsekvenser på funktions- och aktivitetsnivå även relevant för förståelsen av samsjuklighet. På behandlingssidan tydliggör omställningen till ICD 11 att personer med svårare psykiska traumareaktioner behöver insatser som fokuserar på ytterligare problematik utöver symtomdimensionerna *återupplevande* och *undvikande* (Bertin et al., 2025). Utöver det är ett person- och funktionscentrerat behandlings- och rehabiliteringsupplägg med fokus på de sex symtomdimensioner och de aktivitetsbegränsningar som definierar det komplexa posttraumatiske stressyndromet också relevant för samsjuklighetens problematik

eftersom genes, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar ofta överlappar. Det senare sätter förståelsen för psykiska traumareaktioner i centrum för en stor del av det psykiatriska specialistuppdraget.

Begrepp och begreppssförvirring

Innan vi går vidare med den här boken så är det en viktig sak att klargöra: begrepp. När vi försöker att förklara psykiska traumareaktioner, de skademekanismer som leder till dem och de behandlingsmekanismer som hjälper hjärnan att återgå till ett allostatiskt arbetssätt så kommer vi att behöva använda en serie med begrepp. Eftersom psykotraumatologi tar empiriska forskningsfynd från flera olika forskningsområden, oftast ifrån men inte begränsat till områdena fysiologi och psykologi, så kommer vi att möta begrepp utifrån dessa forskningsfält. Den läsare som redan har kunskaper om det här området kommer snabbt att upptäcka att vissa begrepp används annorlunda här jämfört till exempel med hur de används inom ramen för psykoterapier. Orsaken till det är begreppsförvirring: Samma term används för att beskriva olika begrepp, och olika termer används för att beskriva samma begrepp. Det första begreppet som detta gäller för har vi redan stött på. PTSS definieras olika i DSM 5 och ICD 11. Valet att använda den svenska benämningen PTSS i stället för den gängse engelskspråkiga förkortningen PTSD baseras på att boken vill poängtera att begreppet står för ett syndrom, något som lätt faller bort om man tänker på problematiken som en diagnos. Nästa del tar upp ett annat begrepp, orientering, som också används på olika sätt. I den här boken så kommer det engelska ordet *orienting* att användas på tre olika sätt: orientering, orienteringsreaktionen, samt orienteringssystemet. De olika begreppen kommer att definieras i sina sammanhang.

Neurobiologiskt baserade reaktioner på hot

Hjärnans sätt att svara an mot upplevda hot kan aktivera flera olika processer. Uppstarten är densamma, en hjärnstamsbaserad reaktion som förbereder oss för handling genom att nivå av vakenhet, uppmärksamhets-funktioner och motoriska funktioner påverkas. Den här reaktionen kommer att benämnas *orientering* i den här boken, och det är en av de mekanismer (ett steg eller en process som orsakar en specifik förändring) som är centrala för förståelsen av psykiska trauma-reaktioner och deras behandling.

Beroende på hur hjärnan sedan tolkar situationen utifrån tillgänglig information och tidigare erfarenheter aktiveras procedurminnen, icke medvetna minnessekvenser som berättar hur hjärnan automatiskt ska lösa aktuella situationer. I andra sammanhang så skulle man kalla dessa för långvariga stressreaktioner, men här kommer de att benämnas psykiska traumareaktioner eftersom tanken är att tydligare knyta reaktionerna till en process där en långvarig eller överväldigande hotande situation aktiverar biologiskt nedärvda försvarsmekanismer som i sin tur påverkar fysiologiska och kognitiva funktioner. De två processer som vi vet mest om är skamprocessen och skrämselreflexen, och de fungerar som ett mellanled mellan orientering och de sex symtom-dimensioner som utgör kriterierna för komplext PTSS.

Medan skamprocessen och skrämselreflexen visserligen är nedärvda reaktioner så bidrar tidigare erfarenheter till att påverka om och hur dessa ska aktiveras. Tidigare erfarenheter påverkar vilket uppmärksamhetstillstånd som aktiveras: En person med en historik av starka eller långvariga stresstillstånd har en ökad risk att uppmärksamheten domineras av vaksamhet, vilket minskar tröskeln för att skamprocessen eller skrämselreflexen i sin tur ska aktiveras. Har man bättre förutsättningar krävs det mer för att dessa ska aktiveras, i stället är det troligare att hjärnan försöker aktivera ett uppmärksamhetstillstånd där den aktuella situationen bedöms och hanteras utifrån premisserna att den innehåller mer möjligheter än hot: uppmärksamheten domineras då av

orienteringssystemet och när hjärnan arbetar på det sättet upplever vi positiva känslor och har tillgång till kreativt tänkande.

Hjärnans balans mellan varningssystemet och orienteringssystemet påverkar förmågan till allostas, biologisk anpassning. För den individ som har påverkats av tidigare långvariga eller intensiva hotande situationer kan hjärnan ha gjort valet att ha en grundläggande vaksamhet och en grundläggande tendens för hyperreaktivitet aktiverad. Orsaken till det är att hjärnan bedömer att nya hotande situationer är troliga och att det därför är bäst att vara förberedd på detta, ett koncept som idag förklaras utifrån det teoretiska ramverket *prediktiv processering*. Inom ramen för den här boken så är det lättast att tänka om prediktiv processering som att hjärnan har så starka, välutvecklade och prioriterade procedurminnen (manualer) för skamprocessen och skrämselflexen så att orienteringsreaktionen inte hinner att aktiveras (Morville et al., 2018).

Behandling via minnespåverkande mekanismer

Psykiska traumareaktioner är komplicerade att behandla, och även om forskningsfältet är under utveckling så finns det fortfarande mycket som vi saknar kunskap om. En sak som har framkommit är att fokus på ren färdighetsträning inte är tillräcklig. Faktum är att även psykoterapeutisk behandling är otillräcklig. Andelen behandlingar som avbryts eller som inte leder till att diagnosen går i remission är fortfarande hög. Generellt ligger psykoterapeutiska insatser riktad emot PTSS på en behandlingseffektgrad där det krävs två till fyra påbörjade behandlingar för att uppnå resultatet att en person efter behandling inte längre uppfyller kriterierna för PTSS (Cusack et al., 2016), och även en välbehandlad patient har ofta kvarstående symtom (Klein et al., 2025). När det gäller komplext PTSS så är problemet att det är en så pass ny konstrukt att det saknas underlag för effektanalys (SBU, 2024). Det finns med andra ord en utvecklingspotential på det här området där det finns en förhoppning om att en mekanismbaserad behandling ska kunna bidra.

Många av de symptom som kvarstår härrörs idag till mekanismen orientering och de två försvarsprocedurer som utgår ifrån denna: skamprocessen och skrämselreflexen. Inom ramen för psykiska trauma-reaktioner ses dessa som en form av minnen, procedurminnen. För att komma åt procedurminnen kopplade till skamprocessen och skrämselreflexen så pekar både forskning och klinisk erfarenhet idag på att den bristande effekten med reglerande färdighetsträning förmodligen kräver att färdighetsträningen behöver förstärkas med minnespåverkande tekniker. Samtidigt så pratar vi här om minnespåverkande tekniker som förutom episodminnen även påverkar procedurminnen och perceptionsminnen.

I den här boken kommer vi att titta på sätt att göra detta. För att säkerställa att vi kommer åt så många aspekter av procedurminnena som möjligt så kommer behandlingen baseras på metoder där kroppsliga och uppmärksamhetsbaserade reaktioner aktiveras samtidigt. Det gör att vi kommer att titta på insatser som har som syfte att påverka relativt specifika mekanismer i hjärnan.

Nationella riktlinjer och nationella vård- och insatsprogram

Behandling av psykiska traumareaktioner har blivit omgärdad av föreställningar baserade på hur budskapet från Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* har tolkats av olika intressenter. Därför så är det på sin plats här i bokens inledning att föra fram att den inte kommer att presentera en behandlingsmetod riktad mot PTSS eller komplext PTSS. Temat är empiriskt belagda mekanismer operationaliserade i färdighetsövningar riktade mot funktionsnedsättningar, inte protokollbaserad behandling riktad mot diagnos.

Är det då ett problem när man arbetar inom svensk hälso- och sjukvård?

Svaret på det är nej, med stöd från flera relevanta instanser. Riksdagens formulering (Patientsäkerhetslag (2010:659)) säger att *hälso- och*

sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering anser att vi behöver titta på empiriskt belagda mekanism-baserade färdighetsövningar för att göra insatserna lättare för enskilda behandlare och patienter att ta till sig, men också för att utveckla nya insatser som är enkla att tillämpa i klinisk vardag (SBU, 2019), s.5. Socialstyrelsen har också valt att förtydliga sin ståndpunkt i ett tillägg till Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, (Socialstyrelsen, 2021), s. 4:

De nationella riktlinjerna ska främja en god och jämlik vård vid depression och ångestsyndrom, och är baserade på bästa tillgängliga kunskap. De hjälper dig som fattar beslut att välja och erbjuda den vård som ger störst nytta för patienten i relation till kostnaden. Vissa behandlingar bör införas eller få ökade resurser, medan andra bör minska eller avvecklas. Riktlinjerna ger därmed stöd för prioriteringar – de ska bidra till att resurser används effektivt och fördelas efter behov. Det handlar om prioriteringar på flera beslutsnivåer, och vi vänder oss därför främst till politiker, cheftjänstemän, verksamhetschefer och övriga beslutsfattare med ansvar för vården vid depression och ångestsyndrom.

Även du som behandlar patienter kan ha stöd av riktlinjerna när du väljer metod i en aktuell behandlingssituation. Rekommendationerna gäller dock på gruppnivå, så du behöver ta hänsyn till de särskilda förutsättningarna och önskemålen i varje patientmöte.

Ytterligare ett kunskapsstöd som vi har att ta hänsyn till, nationella vård- och insatsprogram, skriver så här om behandlingen av PTSS:

”Val av insats görs utifrån symtomens svårighetsgrad, påverkan på funktionsnivå och närvaro av riskfaktorer.”

<https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/behandling-och-stoed/behandling-vid-posttraumatiskt-stressyndrom-hos-vuxna/> hämtat 2026-06-27

Den i sammanhanget viktigaste bedömningen kommer från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2024): *”Det finns för få välgjorda studier för att kunna dra några slutsatser om effekten av psykologiska behandlingar för vuxna personer med komplex PTSD.”* Utiifrån det här så finns det tydligt stöd för att man kan, och bör, lägga upp en färdighetsbaserad behandling baserad på empiriskt belagda behandlingsmekanismer.

Mekanismbaserad behandling är ett koncept som har stora fördelar när man gör ett patientcentrerat behandlingsupplägg. Följande citat ifrån en artikel riktad mot yoga-utövare fångar detta på ett ypperligt sätt:

När vi förstår de underliggande mekanismerna i en övning, är vi inte längre låsta till att följa ett protokoll utan kan i stället anpassa övandet på ett konstruktivt sätt utifrån klientens behov.

(Schmalzl and Sullivan, 2022), s. 22, författarens översättning

För att underlätta förståelsen av hur ICD 11-systemet ser på psykiska traumareaktioner inleds boken med en beskrivning av vilka negativa livshändelser som anses kunna ligga till grund för utvecklandet av komplext posttraumatiskt stressyndrom. Den läsare som arbetat utifrån DSM 5 kommer se tydliga skillnader mellan vilka händelser (exponeering) som inkluderas utifrån DSM 5 diagnoskriterie A jämfört med de som beskrivs i *International Trauma Exposure Measure* (ITEM).

Det kommer att följas av en beskrivning av hur psykiska traumareaktioner utvecklas, från orientering till aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar.

Boken avslutas med kapitel om minnespåverkande metoder, behandlingsmekanismer och hur de kan operationaliseras i olika övningar - färdighetsträning.

En av aspekterna av psykiska traumareaktioner är en ökad uppmärksamhet mot hot. En form av hot som är relevant både i och utanför behandlingsrummet är social maktbalans, ett koncept som kommer att förklaras i nästa kapitel. Som ett led i att förstärka konceptet maktbalans

kommer jag att överanvända ett personligt pronomen: Vi. *Vi* kan syfta på att jag som författare och ni som läsare tittar på ett teoretiskt avsnitt. *Vi* kan också syfta på att behandlare och patienter tillsammans arbetar med en övning, eller på en funktion som är gemensam för oss som människor.

Syftet med de behandlingsupplägg som tas upp är att vi ska kunna återfå en allostatisk funktion. För att åstadkomma detta kommer vi att utgå ifrån att det primära är att komma åt minnesfunktioner, medan de rena färdighetsövningarna får en sekundär plats i behandlingsupplägget. Det hindrar inte att de flesta övningar kan användas i neurorehabiliterande syfte, det vill säga att man väljer ut dem som hemträningsövningar och mängdtränar dem under olika förutsättningar för att bygga upp förmågan att kunna anpassa hjärnans funktion efter situationens krav.

Både ramen för behandling och de beskrivna färdighetsövningarna utgår ifrån strukturerade, ofta laboratoriebaserade, forskningstraditioner. Det gör att sättet att använda termer, problematisera en reaktion, och operationalisera en behandlingsmekanism in i en behandlingsmetod kan skilja sig från de behandlingar som du som läsare har tidigare erfarenhet av.

ICD 11 delar upp psykiska traumareaktioner i sex kategorier. Den uppdelningen banar i sin tur väg för att vi ska kunna titta på traumareaktionerna i sig och därmed utveckla nya sätt att arbeta terapeutiskt.

I den här boken så kommer fokus att vara på mekanismen *orientering* och dess konsekvenser vid hög intrycksbelastning: skrämselreflexen och skam-processen. Det är tydligt visat att de skapar psykiska traumareaktioner inom de sex dimensioner ICD 11 för fram som kärnproblematiken i PTSS/komplext PTSS, och de bidrar till minskad livskvalitet oavsett närvaron eller frånvaron av en specifik psykiatrisk diagnos.

När du som läsare har läst igenom boken, kommer du att ha fått en bild av vad som kan bli påverkat av skrämselreflexen och skamprocessen och hur vi som behandlare kan hjälpa patienten att bearbeta reaktionerna så att hjärnan kan återfå en allostatisk funktion.

1.3 Allostas och psykiska traumareaktioner

En bok som handlar om psykiskt trauma behöver utgå ifrån ramverk, övergripande teoretiska strukturer som ger mening till de områden vi kommer att titta på. En av de ramverk som den här boken utgår ifrån är begreppet allostas, biologisk anpassning. Biologisk anpassning som koncept bidrar till att göra psykiska traumareaktioner förståeliga, och är basen för att kunna analysera skademekanismer och behandlingsmekanismer.

Allostas, biologisk anpassning, är hjärnans balansakt där vitala funktioner ska bibehållas under varierande förutsättningar som spänner sig mellan vila och metaboliskt krävande aktiviteter (Theriault et al., 2025). En allostatiskt arbetande hjärna försöker att styra kroppen så att resurser används på ett optimalt sätt.

Allostas är en prediktiv process. Det innebär att hjärnan, snarare än att reagera på de krav som ställs på oss, försöker att förutse dem. För en individ som lever ett liv där förutsägbara och hanterbara krav dominerar så innebär detta att hjärnan kan skifta de inre processerna så att de är optimala utifrån den faktiska ansträngningsgraden. För att klara av det så måste hjärnan kunna kommunicera med sig själv, det som senare i boken kommer att kallas horisontell och vertikal integrering.

För en individ med erfarenheter av oförutsägbara eller svårhanterliga krav som ställer höga metabola krav kan den prediktiva funktionen gå ifrån att vara en fördel till att orsaka problem. Orsaken till det kan hittas i stressreaktionen. I en akut stressande situation så ser hjärnan till att mer energi blir tillgänglig och att sättet att hantera intryck och fatta beslut

förenklas och snabbas upp. Samma stressreaktion ger också en förstärkt inläring: neuroplasticiteten blir större. För en individ med rätt förutsättningar är enstaka och hanterbara stressande situationer viktiga. De bygger resiliens, förmåga att återhämta sig eller motstå olika störningar. För en individ med sämre grundförutsättningar (biologiska och psykosociala faktorer) och/eller om de stressande situationerna är långvariga eller ohanterbara, så kommer neuroplasticiteten i stället att förstärka hjärnans försvarsreaktioner.

I många sammanhang kallar man det här för stresskänslighet och stressreaktioner, men eftersom stress har definierats olika under de år som termen använts, kommer vi i den här boken att prata om psykiska traumareaktioner. Lite senare kommer psykiska traumareaktioner att beskrivas, men frågan är fortfarande: Hur kan vi se på dem från ett mer övergripande perspektiv? Vi såg precis att allostas är en prediktiv funktion – hjärnan försöker att förbereda oss inför troliga scenarion. Inom det förenklade ramverk som kommer att presenteras i den här boken så är hjärnan förberedd på aktiviteter där skrämselreflexen (ökad uppmärksamhet mot hot och en fysiologisk förberedelse för aktivitet) eller skamprocessen (ökad uppmärksamhet mot interpersonella signaler kopplade till avvisande och en filtrering av utvalda inre signaler i betedendedämpande syfte) kan komma att aktiveras. *Förberedd* betyder att de allostatiska aktiveringarna för dessa två processer är igångsatta innan relevanta situationer har uppstått, och att förberedelsen prioriteras före kroppens behov av energieffektiva eller återhämtande inre tillstånd. Förberedelsen är en av aspekterna som gör processerna problematiska, eftersom de leder till en långvarig aktivering av energikrävande och återhämtningsblockerande tillstånd i situationer där dessa inte är nödvändiga. Prioriteringen är en annan aspekt, eftersom den bidrar till att hjärnan inte jämför aktivitetsplaneringen med faktisk aktivitet. I talspråk skulle vi säga att hjärnan inte känner att kroppens fysiologiska aktivering inte används, och därför inte minskar på den. Med förståelsen för det med oss, är vi redo att titta på negativa livshändelser och psykiska traumareaktioner.

1.4 Negativa livshändelser

Negativa livshändelser är det begrepp som den här boken använder för att beskriva de påfrestande händelser som bidragit till utvecklandet av psykiska traumareaktioner. Standardinstrumentet för att kartlägga hur utsatt en individ har varit för påfrestande händelser som potentiellt kan bidra till att psykiska trauma-reaktioner utvecklas inom ramen för ICD 11-diagnosen komplext PTSS heter *International Trauma Exposure Measure*.

Det här kapitlet har som syfte att beskriva kartläggningen av negativa livshändelser. Två orsaker till negativa livshändelser, social maktobalans och tortyr, kommer att beskrivas lite tydligare för att vi ska få en bättre bild av den målgrupp som vi möter i kliniken.

Kartläggning av negativa livshändelser

Standardinstrumentet för att kartlägga hur utsatt en individ har varit för påfrestande händelser som potentiellt kan bidra till att psykiska trauma-reaktioner utvecklas heter *International Trauma Exposure Measure (ITEM)*. Det tar upp 22 olika påfrestande händelser, och man kan svara på under vilken period i livet man var utsatt för dem. I den kliniska versionen av ITEM, nedladdningsbar från www.traumameasuresglobal.com och helt fri att använda, skiljer man mellan om förövaren är en främmande person eller vårdnadshavaren. Följande är en förkortad översättning där enbart händelserna tas upp, och den kan skilja sig ifrån den officiella översättning som inte var tillgänglig när detta skrevs:

- Du diagnosticerades med en livshotande sjukdom.
- Någon nära dig dog på ett hemskt sätt.
- Någon nära dig diagnosticerades med en livshotande sjukdom eller var med om en livshotande olycka.
- Någon hotade ditt liv med ett vapen.
- Du blev fysiskt attackerad (slagen, sparkad, rånad)
- Du blev utsatt för ett sexuellt övergrepp (våldtäkt, våldtäktsförsök, påtvingade sexuella handlingar).
- Du blev sexuellt trakasserad.
- Du har upplevt krig (som soldat eller civilperson).
- Du har varit fängslad och/eller varit utsatt för tortyr.
- Du orsakade extremt lidande eller dödade en annan person.
- Du bevitnade hur en annan person utsattes för extremt lidande eller dödades.
- Du var inblandad i en olycka där ditt liv var i fara.
- Du var med om en naturkatastrof där ditt liv var i fara.
- Du var utsatt för en katastrof skapad av människor (terroristattack, kemikalieolycka, skjutvapenvåld)
- En annan person förföljde dig.
- Du var utsatt för upprepad mobbning (inkluderar nätmobbning).
- Du blev utsatt för upprepad förödmjukelse, nedsättande kommentarer eller förolämpningar av en annan person.
- Du blev upprepat utsatt för att uppleva dig oälskad, ovälkommen eller värdelös.
- Du blev upprepat försummad, ignorerad, avvisad eller isolerad.
- Vilken annan händelse som helst (var snäll och beskriv vilken).

Som man kan se så består listan av negativa livshändelser inte enbart av situationer där man kan förvänta sig att man kände sig hotad till livet (som primärt skulle kunna tänkas aktivera skrämselreflexen), utan också situationer där avvisande, nedvärderande och socialt uteslutande är mer centralt (som primärt skulle kunna tänkas aktivera skamprocessen).

För den som är van vid DSM 5-systemet så kan detta kännas ovant, och för att kunna motivera en behandling inriktad mot de psykiska

traumareaktionerna kan man behöva förankra den här uppgradningen av möjliga negativa livshändelser i *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*.

Kapitlet *Disorders specifically associated with stress* inleds med följande guidande text (s. 337):

Disorders specifically associated with stress are directly related to exposure to a stressful or traumatic event, or to a series of such events or adverse experiences. For each of the disorders in this grouping, an identifiable stressor is a necessary, though not sufficient, causal factor. Most people who experience stressors do not develop a disorder.

Stressful events for some disorders in this grouping are within the normal range of life experiences (e.g. divorce, socioeconomic problems, bereavement). Other disorders require exposure to a stressor that is extremely threatening or horrific in nature (i.e. potentially traumatic events). With all disorders in this grouping, it is the nature, pattern and duration of the symptoms that arise in response to the stressful events – together with associated functional impairment – that distinguishes the disorders.

Sista meningen är formulerad på ett sådant sätt att den hierarkiskt står över de övriga beskrivningarna i textavsnittet. Fortsätter vi att läsa samma kapitel så är det saker som vi behöver uppmärksamma:

- Kapitlet *Disorders specifically associated with stress* motsäger sig självt: på sida 337 specificeras att symtombilden och funktionsnedsättningarna avgör om diagnosen blir anpassningsstörning eller PTSS/komplex PTSS, på sida 354 specificeras att nivån av negativ livshändelse avgör. De instrument som används för att screena för trolig diagnos (*International Trauma Questionnaire*) respektive vara ett stöd för att fastställa diagnos (*International Trauma Interview*) följer beskrivningen på sida 337 (symtombilden och funktionsnedsättningarna avgör).

Utifrån de två citaten ovan så kan vi dra slutsatsen att i omarbetningen från ICD 10 till ICD 11 så har texten inte riktigt hängt med i hur kunskapen om negativa livshändelser har utvecklats. Förmodligen var nog tanken att speciellt diagnosen komplext PTSS skulle vara en konsekvens av negativa livshändelser som är ”extremely threatening or horrific in nature” vilket är den äldre definitionen, men forskningsresultat pekar på att även negativa livshändelser av lägre grad kan ge motsvarande symtombild (Hyland et al., 2017). Formuleringen för beskrivningen av livshändelser stödjer detta:

- Kapitlet *Disorders specifically associated with stress* beskriver inte möjliga negativa livshändelser fullt ut (sida 339 + 344):
”Such events include, but are not limited to, ...”
I stället lämnas den operationaliseringen över till *International Trauma Exposure Measure*.

I *International Trauma Exposure Measure* så listas flera negativa livshändelser som inte ses som livshotande. För att förstå hur och varför de ändå, för vissa individer, har en så stark påverkan, och för att skapa en förståelse för negativa livshändelser ur ett personcentrerat perspektiv rekommenderas *Ramverket för makt, hot och mening*. Nästa kapitel belyser delar av detta.

1.5 Hot ur en socialpsykologisk synvinkel

Hot och hotreaktioner förekommer i många situationer. Diagnosmanualen *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*, via bedömningsinstrumentet *International Trauma Exposure Measure (ITEM)*, inkluderar mobbning och andra former av socialt och psykologiskt våld inom ramen för negativa livshändelser som kan ses som orsak till en psykisk traumadiagnos. Det skiljer formuleringen från tidigare ICD-versioner och från DSM-systemet där det poängterats att hotet behöver upplevas som livshotande eller av sådan art att det troligtvis skulle orsaka allvarlig stress hos de flesta människor, där denna form av våld inte har setts som ”tillräckligt” för att berättiga en PTSS-diagnos.

För att skapa förståelse för socialt och psykologiskt våld kommer det här kapitlet att presentera material som utgår ifrån den socialpsykologiskt baserade modellen *Power Threat Meaning Framework*, översatt till svenska som *Ramverket för makt, hot och mening*. Ramverket för makt, hot och mening bidrar till att öka vår förståelse för hur psykiska trauma-reaktioner skapas och bibehålls under mer ordinära situationer, och är därmed en komponent i hur vi skapar mening utifrån långvariga stressreaktioner. Psykologiskt och socialt våld behöver också göras meningsfullt, så kapitlet inleds med en modell för hur vi som biologiska varelser har utvecklat beteenden för att utnyttja (som i exploatera) varandra i kampen om viktiga resurser.

Biologiska varelser som lever i sociala grupper utnyttjar gruppen och dess individer på olika sätt. Det vi helst vill lägga märke till är när vi samarbetar, vilket både den starkare och den svagare i en relation tjänar på. Men vem samarbetar vi med, och tjänar alla lika mycket på samarbetet? Tittar man noggrannare på beteendemönster så ses, under ytan av

samarbete, en tydlig konkurrens om resurser (Buss and Duntley, 2008). Vi bedömer varandra hela tiden utifrån detta: Har den individ jag bedömer en hög resurshållande potential (vilket leder till samarbete eller undvikande) eller har individen en låg resurshållande potential (vilket leder till försök att utnyttja detta)?

Ett typiskt sätt att bedöma en främmande person är att titta på kroppsspråket och utseendet. Rörelsemönster bidrar till att signalera förmåga att försvara sig fysiskt, och en kombination av sociala signaler, rörelsemönster och fysiskt utseende signalerar möjligheter till sexuellt utnyttjande. En person man har mer kännedom om bedöms också utifrån kunskap om deras sociala resurser: även om individen i sig kan ha låg resurshållande potential så kan hen vara en del av ett socialt nätverk med hög förmåga att skydda sina medlemmar eller att vedergälla i de situationer som nätverkets rykte inte räckte för att avskräcka.

Bristande resurshållande potential leder till en ökad risk för hot, och hot kommer i många former. De tydligaste hoten är kopplade till faktisk fysisk skada, och består av fysiskt (inklusive sexuellt) våld samt att bli försummad (omsorgssvikt, inkluderandes brist på mat, brist på skydd från naturens krafter, samt brist på omsorg vid sjukdom och skada) (Slavich, 2020). Men det finns många andra former av hot, mer eller mindre uttalade, som också leder till att olika hotreaktioner sätts igång. Vår hjärna tolkar sociala konflikter, aggressiva uttryck, nedvärderande behandling och social uteslutning som handlingar (socialt våld) som föregår fysiskt våld eller försummelse, och därför sätter hjärnan igång både kognitivt och somatiskt baserade reaktioner för att förbereda oss för en större skada eller utmaning när vi utsätts för detta. Både juridiskt och inom psykiatrisk vård så ligger fokus på de tydligaste fysiska hoten, medan försummelse mer tas upp när man förväntas vara i beroendeställning (minderårig, funktionsnedsatt, eller äldre). Konsekvenserna av socialt våld däremot tenderar att kategoriseras som ”stress”. I praktiken kan både fysiskt våld, omsorgssvikt och socialt våld resultera i psykiska traumareaktioner, så det är kliniskt mer relevant att fokusera på nivån av reaktion snarare än nivån av aggression som föregick den (Hyland et al., 2021).

Det socialpsykologiskt baserade *Ramverket för makt, hot och mening* (Johnstone et al., 2018) ger oss kliniska verktyg för att synliggöra socialt våld och dess konsekvenser. Power, här översatt som maktbalans, definieras på följande sätt:

/... .../ förmågan hos ena parten i en relation att utöva påverkan på den andra parten, så att den påverkande parten får det resultat hen är ute efter i en given situation samtidigt som hen kan motstå påverkan från den andra parten.

(Simpson et al., 2015), sida 393, författarens översättning

En maktobalans, utnyttjad eller inte, är alltid en form av ett hot. Denna maktobalans kan ses i många olika kategorier, exempel på dessa är:

- Biologisk/förkroppsligad: Att vara större, starkare, ha bättre hälsa, ett mer fördelaktigt utseende eller tydligt tillhöra en etnisk grupp som dominerar samhället är exempel på biologiska faktorer som kan påverka en maktbalans.
- En person med juridiska eller ekonomiska resurser har större chans att få sin vilja igenom.
- En person som styr informationsflöde och därmed kan påverka andras åsikter skapar också en plattform baserad på maktobalans.

Oavsett vilken form av socialt våld som används, kan den som blir utsatt för det utveckla psykiska traumareaktioner. För att kunna effektivisera en behandling behöver dessa tydliggöras och sättas in i sitt sammanhang så att de blir meningsfulla. Att skapa mening innebär att en reaktion bör ses som ett i grunden funktionellt sätt att hantera ett kortvarigt och hanterbart hot, men att reaktionen på lång sikt blir dysfunktionell.

För att skapa mening kan man behöva ta reda på **vad** som har hänt (på vilket sätt har individen blivit påverkad av en maktobalans), **hur** påverkade detta individen (upplevelse och förändrade livsförhållanden), vilken **tolkning** av situationen gjordes (rättvist/orättvist), samt vad har

individen varit tvungen att **göra** (kognitiva, fysiologiska och beteendemässiga reaktioner) för att hantera situationen.

Som tidigare nämnts så har vi inte, historiskt sett, betraktat alla hotande situationer som tillräckliga för att skapa psykiska traumareaktioner. Det gör att man kan ha utvecklat psykiska traumareaktioner utan att man har en erkänd orsak, vilket gör reaktionen mer svårförståelig. Ur den synvinkeln kan *Ramverket för makt, hot och mening* och bedömningsinstrumentet *International Trauma Exposure Measure* bidra till meningsskapande. Meningsskapande, att förstå varför symtom uppkommit och att förstå vad symtomen i sig har för funktionell grund, är en viktig del i en behandling (Skjaerven et al., 2010). I den här boken så försöker vi att skapa mening genom att utifrån ett teoretiskt ramverk för hot beskriva psykiska traumareaktioner samtidigt som vi medvetandegör och analyserar levda erfarenheter. De bedömningsinstrument som beskrivs är användbara för detta.

Den största maktobalans en person kan hamna i är tortyr, som tas upp i nästa kapitel.

1.6 Tortyrskador – fysiska skador och skador på identiteten

Tortyr är den största maktobalans en person kan hamna i. Den/de som utför tortyren har en maximal potential att påverka den torterade, medan den torterade har en minimal till obefintlig möjlighet att påverka torteraren. Vissa former av psykologisk tortyr stannar vid maktobalansen och den stressreaktion som total osäkerhet ger, men vanligast är att överbelastning av sinnesorgan och autonoma nervsystemet samt fysiskt (inklusive sexualiserat) våld ingår. Eftersom tortyr utförs av en person i en maktposition mot en person som är maktlös och helt utlämnad, skapas också både skamkänslor och en bristande tillit till andra människor och myndigheter.

Inledningsvis kommer vanliga tortyrmetoder att beskrivas och vanliga fysiska tortyrskador kommer att problematiseras.

Förenta Nationernas definition på tortyr begränsar begreppet till de situationer där tortyren utförs av personer som har medgivande eller ett motvilligt accepterande från personer som agerar utifrån att de har en position i en maktstruktur i samhället (FN, 1984). Orsaken till det är att den definitionen är kopplad till juridiska aspekter, där målsättningen är att kunna ställa någon till svars. I praktiken kan tortyr också utföras av enskilda individer, så i det här kapitlet så syftar tortyr till handlingen, en medveten handling där man orsakar avsevärd smärta och lidande hos en person, oavsett om smärtan och lidandet är fysiskt eller psykiskt.

Tortyrskador

Eftersom tortyr innefattar en stor mängd möjliga metoder för att orsaka smärta och lidande, kan konsekvenserna i form av tortyrskador vara rätt omfattande (Petersen et al., 2022):

- Tortyrskador är fysiska skador som leder till funktionsnedsättning som inkluderar smärta och kognitiv påverkan.
- Tortyrskador är psykologiska skador som leder till funktionsnedsättning baserad på skador på identiteten samt förmågan till förtroende för individer och organisationer.
- Tortyrskador leder till psykisk ohälsa (ångest, depression, komplext PTSS, personlighetsstörningar, emotionell dysreglering) via de funktionsnedsättningar som nämndes ovan.
- Tortyrskador leder ofta till sociala svårigheter via de funktionsnedsättningar som nämndes ovan.

På grund av komplexiteten i skade- och symtombilden kan det vara svårt att få en sammanhängande behandling/rehabilitering för personer med tortyrskador eftersom deras problematik både kan kräva samverkan mellan flera olika huvudmän och hamna inom flera olika klinikers ansvarsområde (Haoussou and Robjant, 2023).

Det här kapitlet kommer att fokusera på två aspekter av tortyrskador som den enskilde vårdgivaren behöver ha förståelse för: de fysiska skadorna och de skador som uppkommer på identiteten. Övriga kapitel i den här boken samt boken Psykiskt trauma (Levy Berg et al., 2024) innehåller också relevant information som kan vara användbar när vi går in i en behandling med en person med tortyrskador, då utifrån de psykiska traumareaktioner som är förenliga med diagnosen komplext PTSS.

Former av tortyr: Fysisk tortyr

De tio vanligaste formerna av fysisk tortyr är (Milewski et al., 2023):

- Trubbigt våld (inkluderar slag med eller utan tillhygge samt djupa kross-skador på muskler tillfogade genom att man rullar tunga objekt över musklerna).
- Elektrisk tortyr.
- Svält eller uttorkning.
- Slag mot fotsulor (falanga).
- Upphängning.
- Kvävning.
- Inskränkt rörelse (inkluderar instängd i ett trångt utrymme och att vara bunden).
- Andra forcerade ställningar (inkluderar att vara tvungen att stå stilla, ofta i obekväma, ansträngande eller smärtsamma positioner; men också översträckning av mjukdelar och ledstrukturer som inte inkluderas i upphängning).
- Våld med skarpa objekt eller penetrerande trauma.
- Brännskador.

Former av tortyr: Intryck och psykologisk tortyr

- Intryckstortyr består vanligtvis av starkt ljus, starka ljud, extrema temperaturer och sensorisk deprivering.
- Psykologisk tortyr kan bestå av hot (riktade mot personen, medfångar eller anhöriga) eller av att behöva bevittna tortyr (se, höra). Sömndeprivering räknas också hit (Zhang et al., 2024).

Vissa former av fysisk tortyr, till exempel att fylla magsäcken med vatten och olika former av kvävning, används ibland för att aktivera psykologiska reaktioner (panik). Intryckstortyr kan också ge fysiska skador, så denna uppdelning är inte absolut.

Fysiska tortyrskador

Tortyrskador ger ofta långvarig somatisk problematik som måste beaktas även inom ramen för en psykologiskt inriktad behandling. Både trubbigt våld mot huvudet och kvävning kan ge hjärnskador, medan övriga skador kan ge smärtproblem.

Hjärnskakning och psykiska traumareaktioner

Det är vanligt att hjärnskakning är en del av de händelser som ger upphov till psykiska traumareaktioner (Klimova et al., 2023). Hjärnskakning ses hos personer som varit med om krig (ofta i form av tryckvågsskador), olyckor, och interpersonellt våld. Konsekvenserna av hjärnskakning och psykiska traumareaktioner är tydligt överlappande: sensorisk processerings-problematik (framför allt ljud, ljus och beröring), sömnstörningar, koncentrationsproblem, minnesstörningar samt ångest och depression är vanliga symptom i bägge fallen.

Smärtproblem och psykiska traumareaktioner

Ur en neurobiologisk synvinkel bearbetas hot från en aggressiv medlem av samma art, hot från rovdjur, och hot om smärta via delvis överlappande men ändå tydligt åtskiljbara riskhanterande nätverk i hjärnan (Bertram et al., 2023). Detta gör både smärtbehandling och behandling av de psykiska traumareaktionerna mer svårbehandlade för en individ som varit utsatt för tortyr.

Smärtproblemen, både central smärta och smärta från rörelse- och stödjeapparaten, försvårar utförandet av rörelseövningar. Det första man som behandlare behöver bedöma är graden av faktiska funktionsnedsättningar som finns i rörelse- och stödjeapparaten. En person som blivit utsatt för falanga (slag under fötterna) kan behöva ha specialsulor för att kunna stå utan att få smärta och specifik fysioterapeutisk behandling. En person som blivit utsatt för upphängning eller andra översträckningspositioner kan ha kronisk instabilitet i axlar eller ländrygg, vilket gör att hen kan behöva arbeta med stabiliserande övningar. Bindningar, upphängningar och trubbigt våld kan ge nekrotisk ärrvävnad i

muskulatur och perifera nervskador vilket gör att man kan behöva titta på cirkulationsbefrämjande övningar.

Smärta ger också rörelserädsla: rörelser kommer med hot om smärta. Rörelserädslan är en del av en ökad orientering, och för med sig förändrad hantering av smärta. Ökad orientering kommer också att försöka skapa muskulära skydd för att smärta inte ska utlösas, vilket ger rörelsemönster påverkade av psykomotorisk hämning. Kombinationen av ökad orientering, psykomotorisk hämning och smärta ökar i sin tur hjärnans fokus på traumatiska självbiografiska minnen vilket leder till en ökad spiral av kognitiva och fysiologiska psykiska trauma-reaktioner.

Eftersom både hjärnskakning och smärtproblematik har sin grund i fysiska skador, bör neurorehabilitering och rörelsebaserad smärtrehabilitering vara centrala aspekter av behandlingsupplägget om dessa finns med i bilden vid behandling av psykiska traumareaktioner, eftersom de både försvårar hjärnans förmåga att gå in i en behandling fokuserandes på på självbiografiska minnen och riskerar att försvaga effekten av denna genom att smärtan påminner om de traumatiska händelserna och minskad kognitiv förmåga påverkar utsläckning som mekanism.

Tortyr och upplevelsen av ett kroppssjäl

Tortyr skadar upplevelsen av ett kroppssjäl genom flera olika mekanismer. Vid en oundviklig intensiv smärtsam eller på annat sätt livshotande situation börjar hjärnan producera endorfiner. Endorfiner är naturligtvis smärtlindrande, men när nivån av dem blir tillräckligt hög så börjar hjärnan även att separera medvetandet från intrycken, dissociera (Lanius et al., 2018). Dissociation kan delas upp i somatoform (påverkar kroppen: perceptionsstörningar, motorisk dyskontroll samt smärtdysreglering) och psykoform (påverkar medvetandet: depersonalisering, derealisering, känslomässig avstängning samt störd minnesbearbetning) (Levy Berg et al., 2024). Den dissociativa reaktionen spås på ytterligare av

att hjärnan försöker att hantera de extremt starka intryck som upplevs under tortyr, vilket gör att hjärnan filtrerar bort de mer diskreta intryck som det kroppsbaserade självet byggs upp av.

En tortyröverlevares hjärna kommer ha svårt att återgå till ett normalt sätt att arbeta efter avslutad tortyr. Kombinationen av att hjärnan förväntar sig ny tortyr (nya intensiva intryck, vilket leder till att mer diskreta intryck filtreras) samt att hjärnan har så starka minnen av att kroppen ger lidande leder till att hjärnan inte längre i samma utsträckning letar efter de inre signaler som bygger upp det kroppsbaserade självet.

Behandlings- och rehabiliteringsplanering

Utifrån den här beskrivningen kan vi sluta oss till att en behandlings- och rehabiliteringsplanering för en person med tortyrskador behöver vara omfattande och interprofessionell där samtliga involverade har vidareutbildning om tortyrskador. Ett behandlingsupplägg riktat mot tortyrskador leder lätt till retraumatisering eller klinisk nedbrytning, risken är stor att patienten får för mycket lidande att hantera (Lathan et al., 2023, Saini et al., 2022). En strukturerad behandlings- och rehabiliteringsplan med initialt fokus på övningar som tränar upp hjärnans förmåga att hantera intryck (sensorisk processering) parallellt med insatser som förankrar patienten i samhället ökar chansen att patienten klarar av att genomföra behandlingen. Behandlingsupplägget behöver också hitta en balans mellan rehabiliteringen av somatiska skador och psykiska traumareaktioner.

Sammanfattning

Negativa livshändelser som begrepp täcker ett brett område där mobbning, omsorgssvikt, sexuella övergrepp och tortyr är exempel på upplevda händelser som kan leda till att hjärnan överger ett allostatiskt arbetssätt och i stället utgår ifrån att livsvärlden är farlig. Under de

förutsättningarna kommer försvarsmekanismer att dominera hjärnans sätt att arbeta.

Nästa avsnitt kommer att titta på hur försvarsmekanismer utvecklas, och vilka funktionsförändringar vi kan förvänta oss att se i det kliniska arbetet.

DEL II:
FRÅN ORIENTERING TILL
DELAKTIGHETSINSKRÄNKNING

2.1 Från orientering till delaktighetsinskränkning

Psykiska traumareaktioner, per definition, är långvariga stressreaktioner som uppkommit som en direkt konsekvens av negativa livshändelser i kombination med de bio-psyko-sociala förutsättningar i övrigt som påverkar individens livsvärld. I de närmaste kapitlen kommer psykiska traumareaktioner att presenteras i en stegvis modell där vi kommer att följa deras utveckling från mekanismen orientering till deras yttersta konsekvens: delaktighetsinskränkning. Strukturen för modellen baseras på *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*, det system som vi bland annat använder i sjukintyg.

De olika stegen i modellen ger oss en möjlighet att analysera fram relevanta funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. Det i sin tur säkerställer att vår behandlings- och rehabiliteringsplanering riktar in sig mot så många relevanta problemområden som möjligt, en central tanke vid mekanismbaserad behandling av psykiska traumareaktioner vid komplext PTSS.

Inledning

Psykiskt trauma är en benämning av svåra eller stressande upplevelser utifrån deras konsekvenser. En negativ livshändelse kallas traumatisk först då den drabbade utvecklar långvariga problem: individens psyke förändras (Perrotta, 2019). Den svåra eller stressande händelsen i sig kan variera: enskild eller upprepade; interpersonell, ekonomisk eller naturkatastrof; det är utvecklandet av långvariga problem som står i fokus snarare än händelsen i sig. Att individens psyke förändras innebär lite mer