

FUNKTIONELLA TILLSTÅND I AKUTSJUKVÅRD

Kungälv's sjukhus
260202

CARL SJÖSTRÖM

Specialistläkare psykiatri och rehabiliteringsmedicin

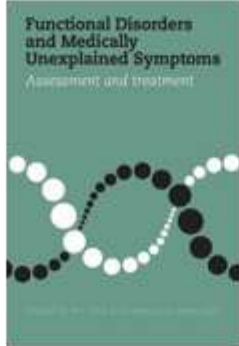
callesjostrom@gmail.com

www.stokapsykkonsult.com

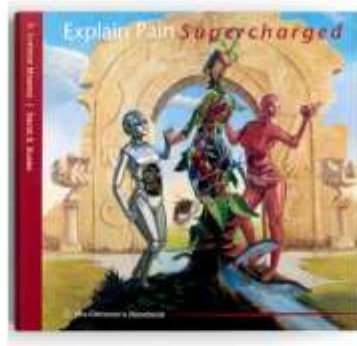




Hallett, Stone, Carson
2016



Fink, Rosendal 2015



Moseley, Butler 2017



Kozłowska, Scher,
Helgeland 2020



Gordon, Ziv 2021



Svenska Föreningen för
Konsultationspsykiatri 2022



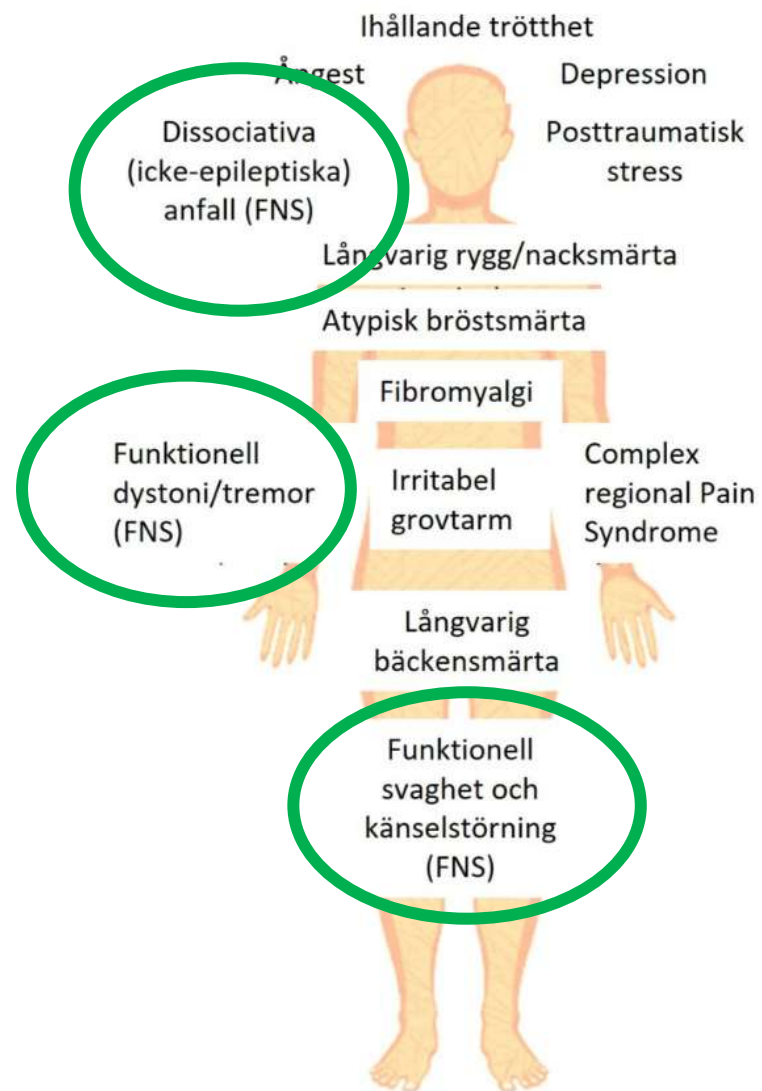
Herlofsson m.fl. 2024



Deakin 2025

VI KOMMER ATT TA UPP...

- Vad är ett funktionellt tillstånd?
- Hur diagnostiserar man?
- Hur kan vi prata med patienter/närstående/kollegor om det?
- Behandlings/-rehabiliteringsprinciper vid funktionella tillstånd



Specialitet	”Funktionellt syndrom”
Immunologi/Allergi	Sjuka hus-syndrom, Elöverkänslighet, Infraljudsöverkänslighet
Endokrinologi	Subklinisk Hypothyreos
Gastroenterologi	IBS, dyspepsi
Gynekologi	Bäckensmärta, PMS
Infektion	Kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS), Kronisk Borrelia, Postcovid
Kardiologi	Atypisk bröstsmärta, Syndrom X
Lungmedicin	Hyperventilationssyndrom
Neurologi	Spänningshuvudvärk, Funktionella neurologiska tillstånd
Odontologi	Temporomandibulär leddysfunktion, atypisk ansiktssmärta
Ortopedi	Whiplash
Psykiatri	Somatoforma tillstånd, neurasteni
Reumatologi	Fibromyalgi, Ländryggssmärta
Öron-näs-bala	Globus, yrsel, tinnitus

Funktionella somatiska symtom

Enstaka
symptom

Symptomkluster
(Syndrom)

Multisystem

Funktionellt tillstånd

Kroppssyndrom

Postvirala tillstånd

Fibromyalgi

Multipel kemisk överkänslighet

Dysautonomi

Kroniskt trötthetssyndrom

Funktionell
Neurologisk
Symptomstörning

Irritabel tarm (IBS)

Fowlers syndrom/Idiopatisk urinretention

Långvarig smärta

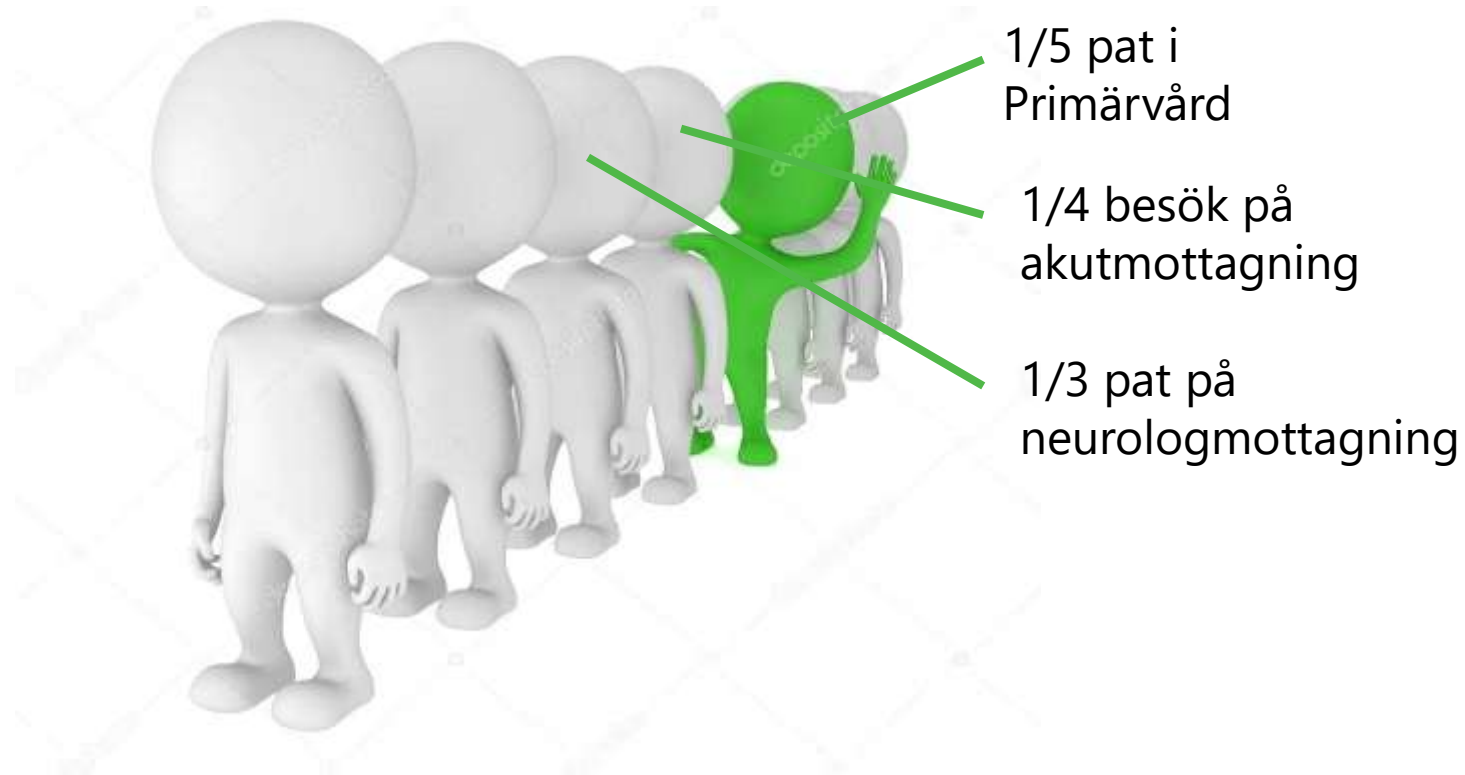
Ortostatisk hypotension (POTS)

Ihållande fysiska symtom
(t.ex. efter cancerbehandling)

Dissociativa anfall



RISKUTSATTA "STORKONSUMENTER"





Funktionella tillstånd i akutsjukvård?

- Funktionella symtom är en vanlig differentialdiagnos till många akuta sjukdomstillstånd.
- Kostnader är stora men *väldigt lite värde för pengarna* -> *kan vi använda resurserna bättre?*



Original Investigation

FREE

October 26, 2020

Assessment of Emergency Department and Inpatient Use and Costs in Adult and Pediatric Functional Neurological Disorders

Christopher D. Stephan, MB ChB, MRCP(UK), MS¹; Vicki Fung, PhD²; Codrin I. Lungu, MD²; et al

> Author Affiliations | Article Information

JAMA Neurol. 2021;78(1):88-101. doi:10.1001/jamaneurol.2020.3753

Open access

Original research

BMJ Open Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of healthcare services and magnitude of associated costs: a systematic review

Ferozkhan Jadhakhan¹, Daniel Romeu,^{2,3} Oana Lindner,⁴ Amy Blakemore⁵, Elspeth Guthrie⁶



Akutvården har goda möjligheter att:

1. Bidra till korrekt diagnostik
2. Bryta vårdens onda cirklar

Patientfall Akutmottagning

- Ida, 23 kommer till akuten med ambulans för 5:e gången på två veckor. Hon har krampat i hemmet och närstående har ringt ambulans. Vid inkomst har hon slutat prata och sätta sig upp. Svagare i höger sida. Vid undersökning: CT, EEG, blodprovstagnning – allt normalt. Neurolog har inte sett några tecken på neurologisk sjukdom och säger att hon kommer tillbaka när hon piggnar till.

Hur kan vi hjälpa Ida idag
så att hon inte behöver komma tillbaka?



Patientfall Akut vårdavdelning

- Erik, 35 har varit inlagd på en medicinavdelning i 2 dygn p.g.a. svaghet i benen. Alla undersökningar har varit normala och besvären bedöms som funktionella. Han har blivit lite bättre och kunnat gå med gåbord och rehabpersonal i korridoren. Det är ont om plats i avdelningen och överläkare och sköterskor bedömer att han ska skrivas ut. Utsläppstidpunkt är 14.00. Men sedan någon har han blivit sämre igen, känner sig dessutom yr på ett sätt som han inte känner igen.

Hur ska vi kunna skriva ut Erik?



~~Påhittat?~~ **Verkligt**

FUNKTIONELLT

~~Inbillat?~~ **Ofta subjektiva symtom**

~~Psykogent?~~ **Beror på problem med
FUNKTIONEN i systemet, inte
på en skada/sjukdom**

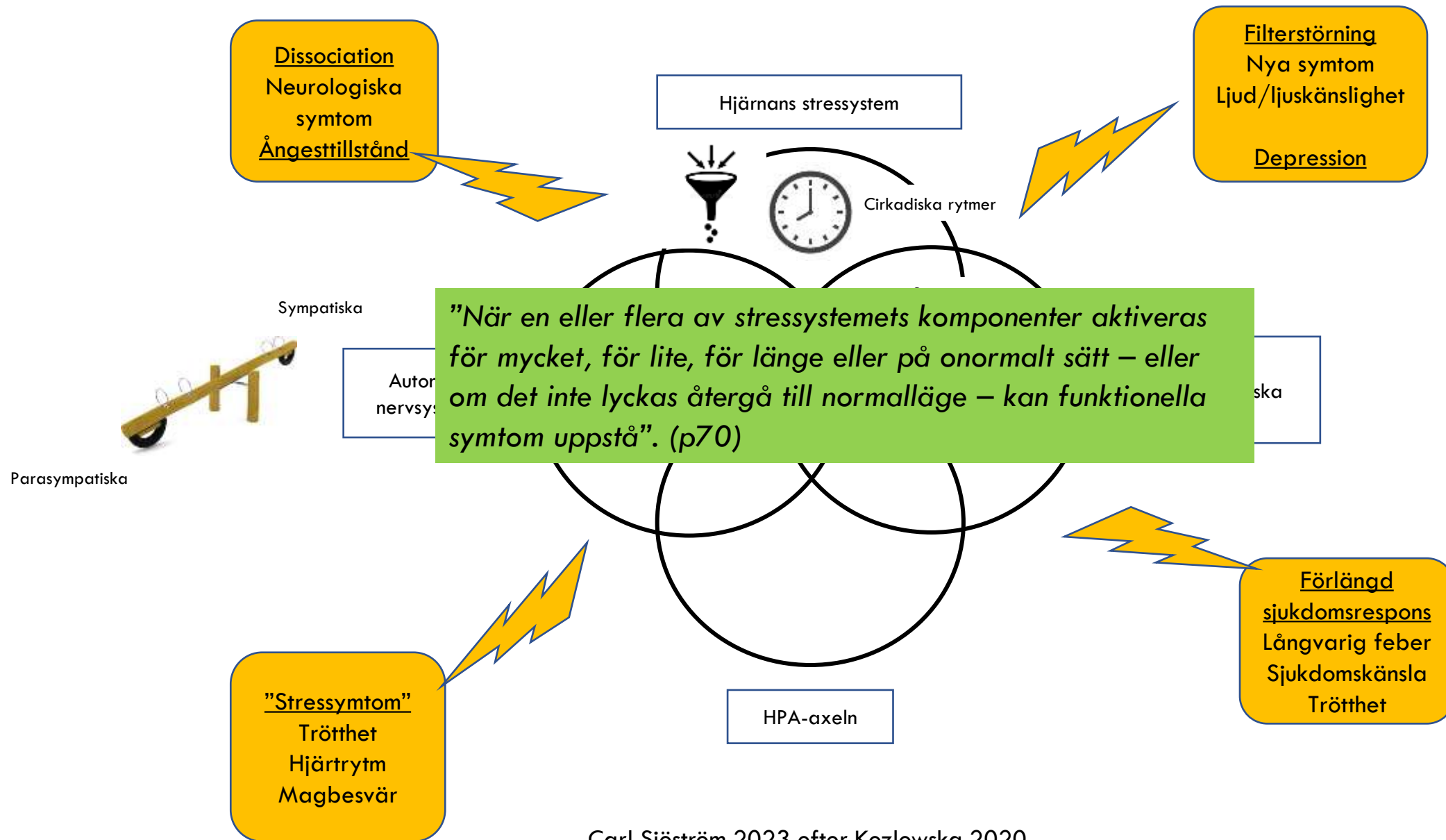
**Detta kan i sin tur ha många
orsaker**

~~Man hittar inget fel~~

**Vi kan se typiska tecken på att det är
funktionellt**

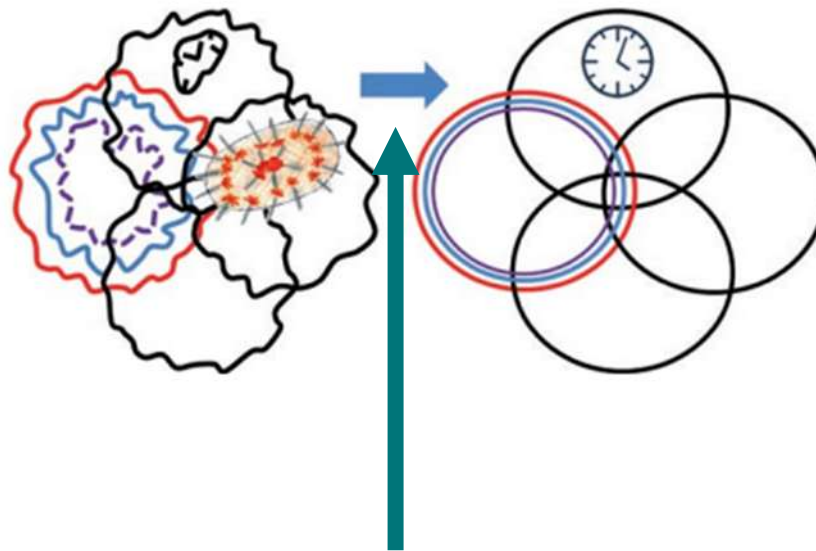
Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.



Kozłowska, Scher,
Helgeland 2020





HUR ÅTERSTÄLLER VI NORMAL FUNKTION?

- Vi tror inte att det går att vila fram
- Vi tror att det går att träna tillbaka normal funktion

Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.
- 4) Vi kan ganska ofta ställa en **säker diagnos utifrån undersökning** = **POSITIV DIAGNOSTIK**

Funktionella tillstånd - värdet av **positiv diagnostik!**

- “Inte bara” en uteslutningsdiagnos, utan **stabila** och **typiska** tecken på att det är funktionella mekanismer och inte sjukdom eller skada.
- Lättare att kommunicera.
- Lättare att berätta när man kommer hem.



Exempel på positiva diagnostiska tecken



Funktionell svaghet



Hoovers tecken: Svaghet i höftsträckare som förbättras vid böjning mot motstånd på motsatta sidan



Höftabduktortecknet: Svaghet i abduktion som förbättras vid abduktion mot motstånd på motsatta sidan

Funktionell rörelserubbning



Funktionell dystoni yttrar sig normalt som en fixerad position, vanligen en knuten hand eller inåtvriden vrist



Funktionell dystoni i ansiktet yttrar sig som periodiska sammandragningar av platysma eller obicularis oculi



Tremor i ena handen stannar eller avtar vid kopiering av undersökarens rörelse med andra handen.

Funktionella anfall

Skall diagnostiseras utifrån karakteristiska beskrivningar och observationer av anfällen, t ex:

Ögon hårt stängda

Gråtfärdighet

Längre än 5 minuter

Huvudet skakar sida till sida

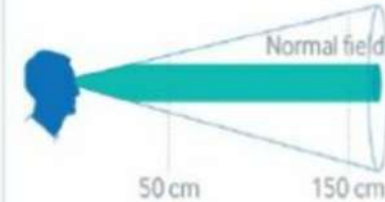
Hyperventilering



Fråga patienten om det går bra att någon familjemedlem filmar anfall

pathophysiological disease

Funktionella synfel



Tunnelseende som är lika brett vid 50 och 150 cm avstånd



Spiralutseende vid synfälts-testning

Funktionellt underskott i rörelser (Svaghet och Långsamhet)

Allmänna tecken

Extrem långsamhet och svaghet
Eftersläpp
Inkonsistens i utförandet

Bensvaghet

Hoovers tecken
Höftabduktionstecknet (a)
Klarar att stå på tå eller vristerna trots svag plantarflexion i liggande

Armsvaghet

Fallande rörelse utan pronation Fingerspretningstest (b)
Klarar att ta upp saker ur väska eller klä på sig
inkonsistent med undersökning av övre extremiteter

Parkinsonism

Avsaknad av minskad hastighet och amplitud vid upprepad tappning (sekvensseffekt)
Varierande motstånd under passiv manipulation (Gegenhalten)

Funktionellt överskott i rörelser

Tremor

Variation i frekvens
"Inblandning" eller helt utsläckbar (c)
Tonisk koaktivering av antagonistisk muskulatur vid tremorns start
Paus under kontralaterala ballistiska rörelser
"Whack-a-mole"-tecken (d)

Myoklonier

"Inblandning" eller helt utsläckbar (c)
Variation i duration och/eller distribution av ryckningar eller av deras latens (om stimulisensitivt)
Övervikt av axiala eller ansiktsryckningar

Dystoni

Fixerad dystoni från början
Varierande motstånd vid passiv manipulation
Avsaknad av "sensory trick"
Brist på "overflow"
Ansiktet: tonisk uppdragning av läppar eller käke till en sida; stängda ögonlock som står emot uppdragning av undersökaren

Tics

Inte helt stereotypa
Interfererar med tal eller viljemässiga rörelser
Avsaknad av förvarning, "urge"
Oförmåga att viljemässigt trycka tillbaka tics

Funktionella axiala manifestationer

Gång

Knäböjning
Släpande gång med framfoten i kontakt med underlaget
Uttalad långsamhet eller gång som ser ut som att man går på hal is

Hållning

Variationer i positioner över tid
Inkonsistenta, oekonomiska ställningar

Balans

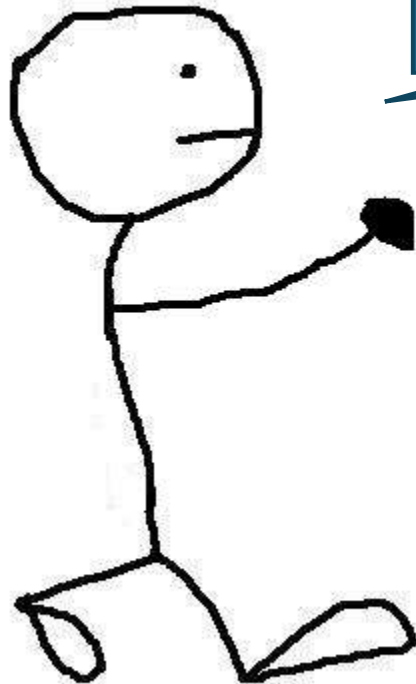
Inga eller kontrollerade fall trots uttalad svajighet vid gång
Svajighet eller obalans minskar med samtidiga uppdrag

Tal

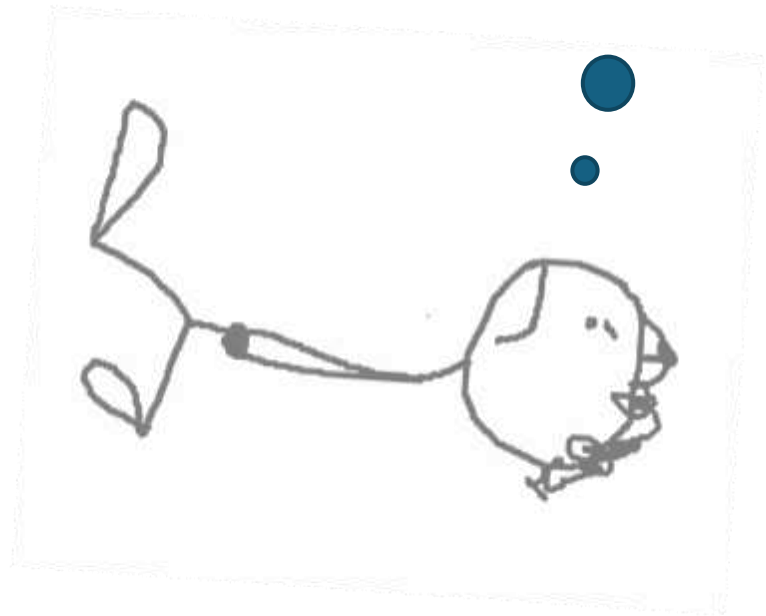
Ansträngt tal
Plötslig debut av dysfoni, stamning eller dysprosodi
Utländsk brytning

- (a) Höftabduktortecknet är svaghet i höftabduktion i det paretiska benet som upphör vid kontralateral höftabduktion mot motstånd i det friska benet.
- (b) Fingerspretningstestet är svaghet i fingerabduktion som upphör vid kontralateral fingerabduktion mot motstånd.
- (c) Inblandning (patientens rytm antar den externa rytmen) eller upphörande av tremor vid externt styrda rytmiska rörelser eller oförmåga att kopiera rörelser.
- (d) "Whack-a-mole" (spel där man "Klubbar mullvad") -tecknet är start eller förvärring av ofrivillig rörelse i en annan kroppsdel när den ursprungligt påverkade kroppsdelens hålls tillbaka av någon.

EXKLUSIONS DIAGNOSTIK



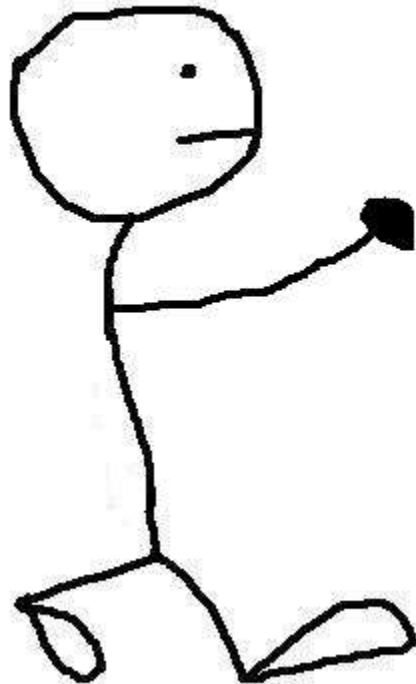
Vi hittar inget
fel, du får åka
hem



EXKLUSIONS DIAGNOSTIK

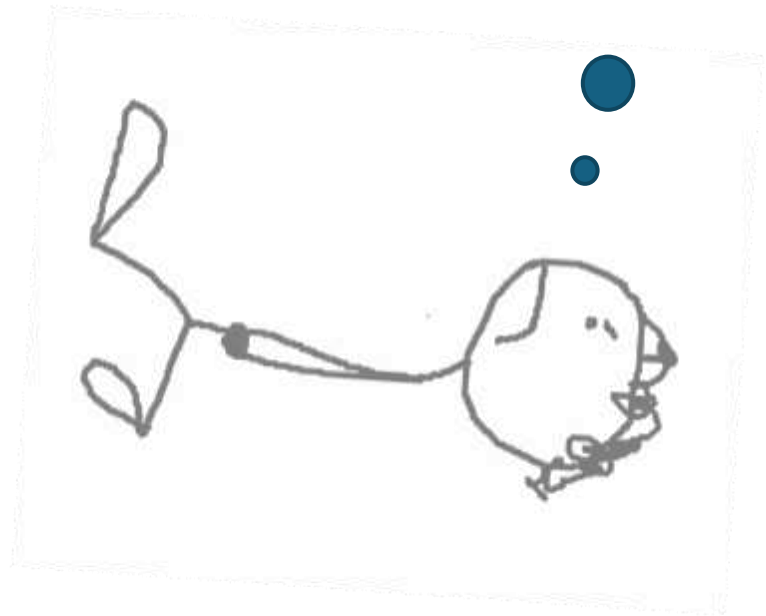


EXKLUSIONS DIAGNOSTIK



Det kan nog
vara
psykiskt!

wtf... jag
åker hem
och
googlar



POSITIV DIAGNOSTIK



Följande talar för att patienten lider av en väldefinierad, somatisk sjukdom

1. **Få**, specifika, karakteristiska symptom eller symtommönster
2. **Konstant** symtomlokalisering
3. **Distinkt** variation i intensitet, inklusive distinkta perioder med försämring eller förbättring
4. Ett **fåtal lindrande eller förvärrande** faktorer
5. **Huvudsakligt** besvär kan identifieras
6. **Klar** och distinkt beskrivning
7. **Väldefinierad effekt** av specifik behandling



Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala **fysiologiska reaktioner** som blivit för starka eller långvariga.
- 4) Vi kan ganska ofta ställa en **säker diagnos utifrån undersökning** = **POSITIV DIAGNOSTIK**
- 5) **Orsaken till störningen** vet vi ofta inte så mycket om när vi ställer diagnosen.
- 6) **En biopsykosocial sjukdomsmodell** är nödvändig för att förstå och behandla



Enligt mina tester så
borde du inte ha så
mycket smärta. Det
måste **“sitta i huvudet”**

*Förlamning
Svaghet
Yrsel
Hjärtklappning
etc*



➤ [Science](#). 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.

The need for a new medical model: a challenge for biomedicine

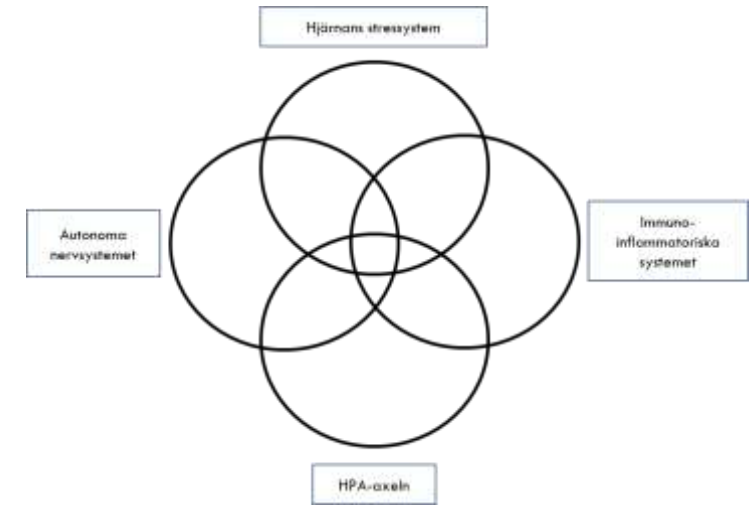
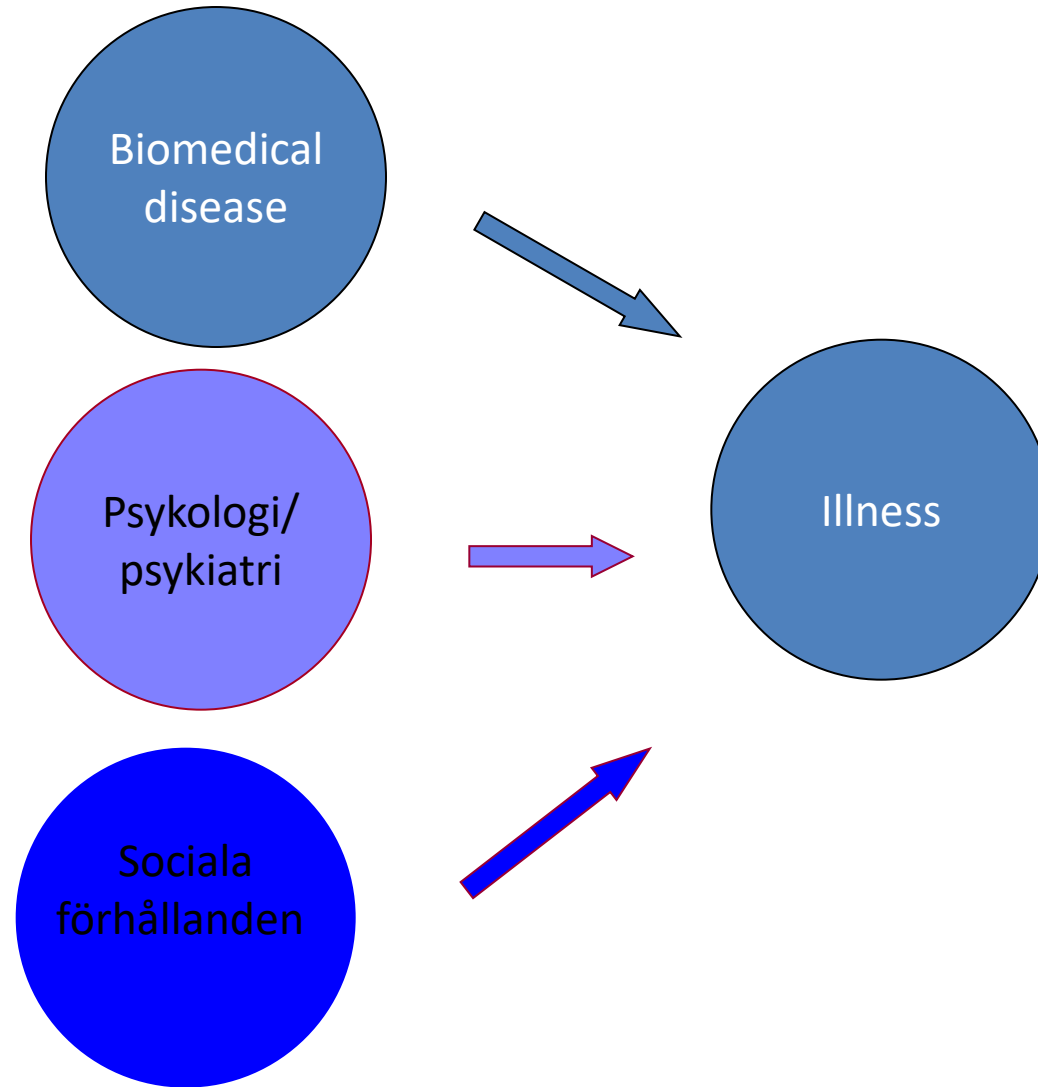
G L Engel

PMID: 847460 DOI: [10.1126/science.847460](#)

Abstract

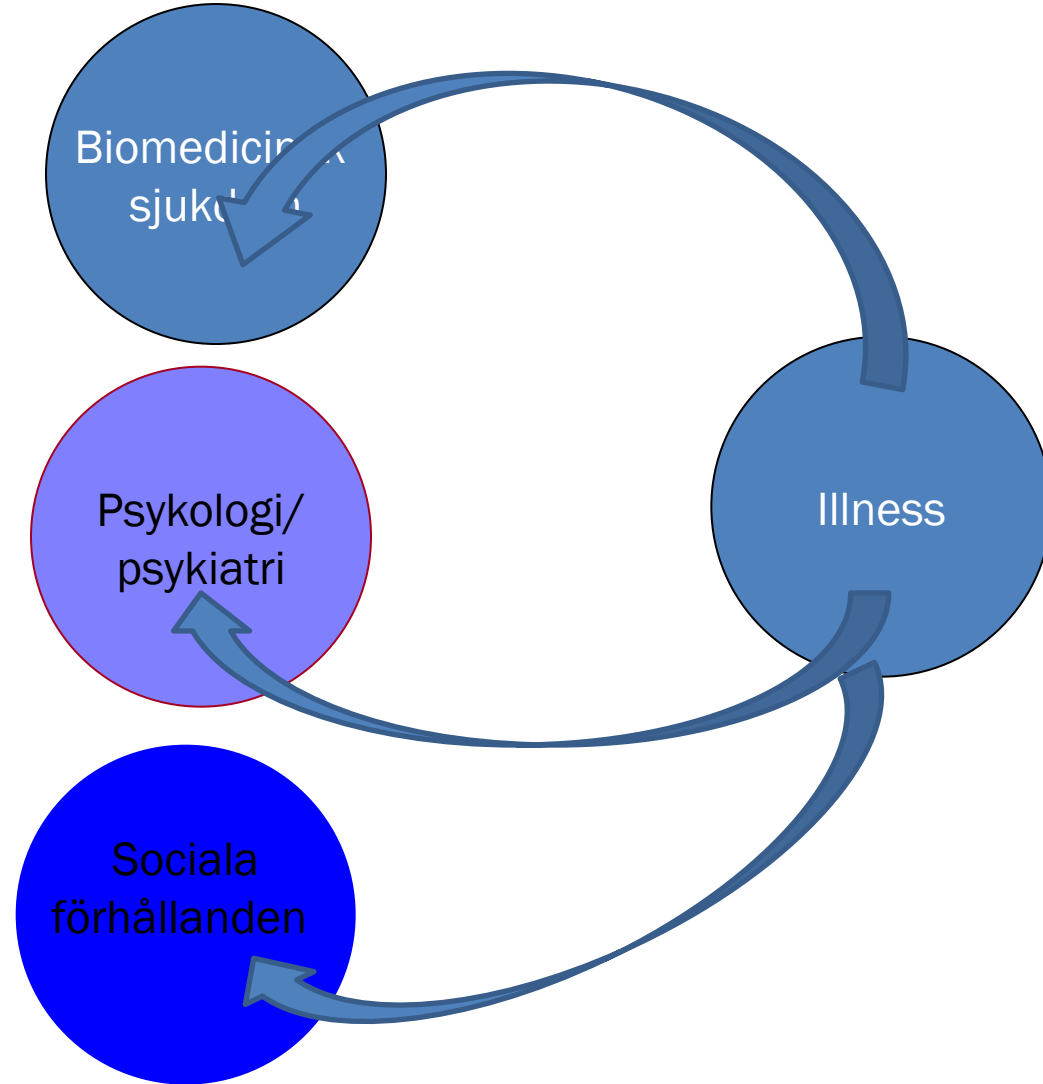
The dominant model of disease today is biomedical, and it leaves no room within tis framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness. A biopsychosocial model is proposed that provides a blueprint for research, a framework for teaching, and a design for action in the real world of health care.

Bio-psyko-social sjukdomsmodell



(A. Lundin)

Bio-psyko-social sjukdomsmodell: tänkbara verksamma åtgärder

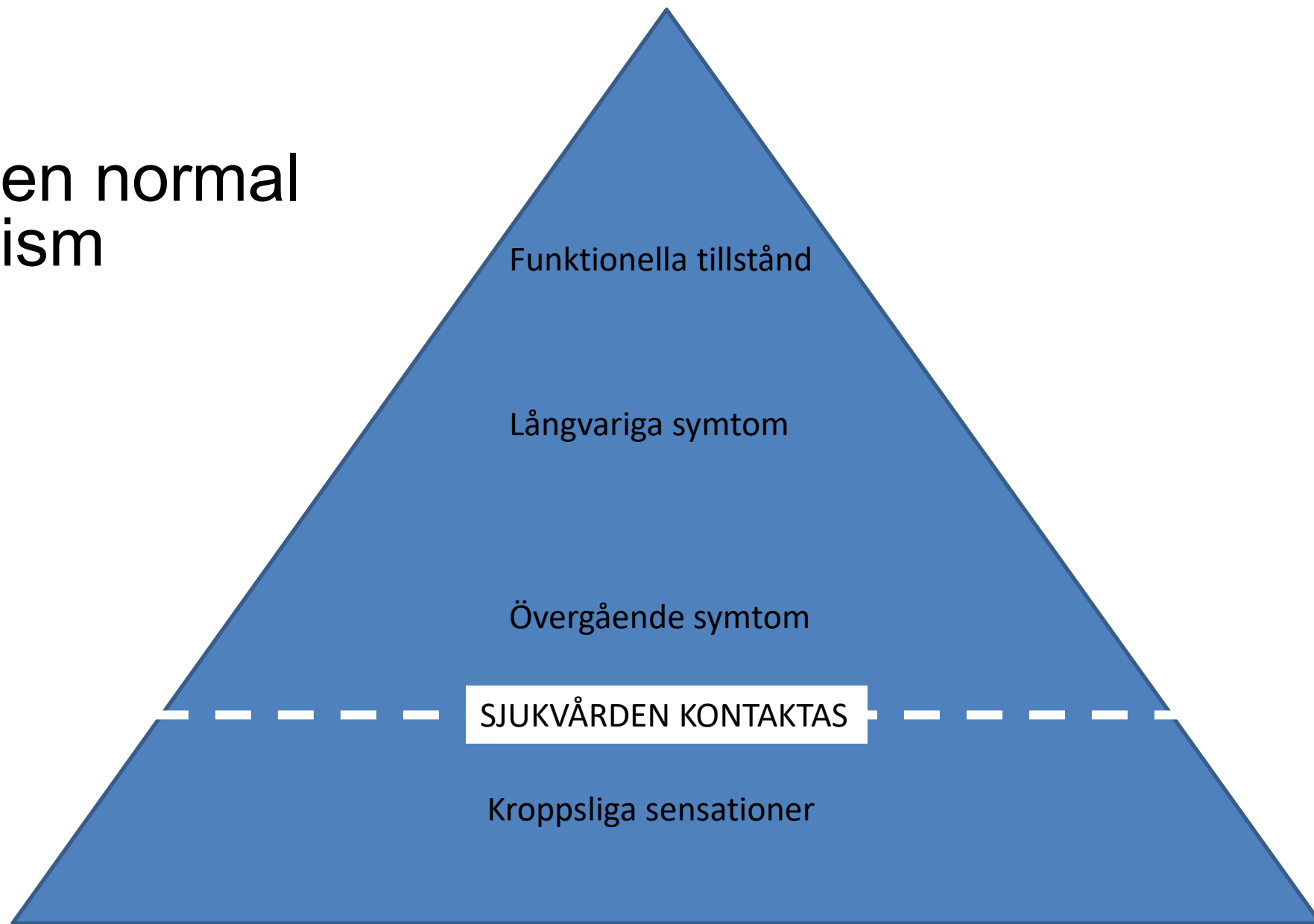


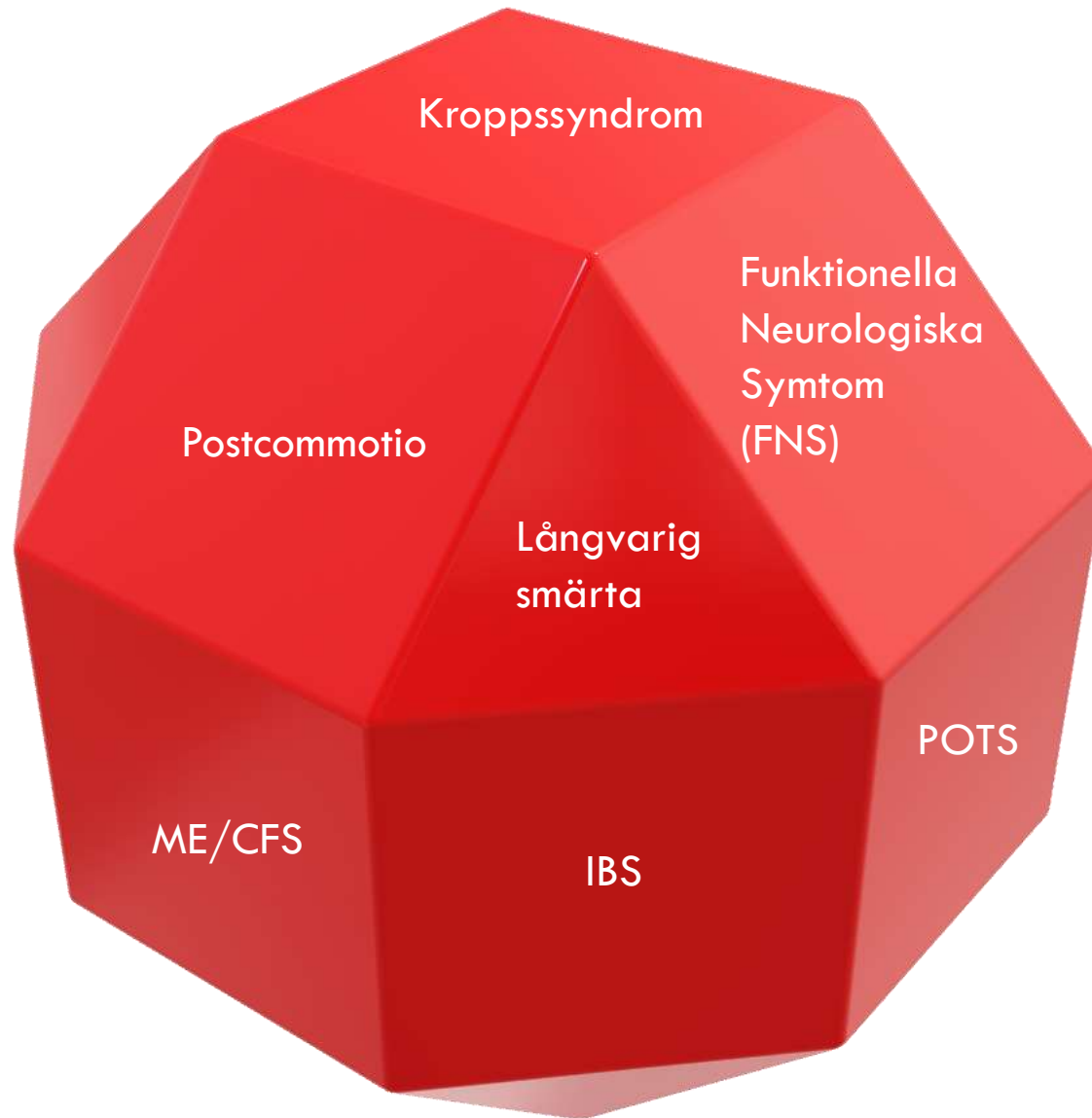
(A. Lundin)

Vad är ett funktionellt tillstånd — Sammanfattning i 7 punkter

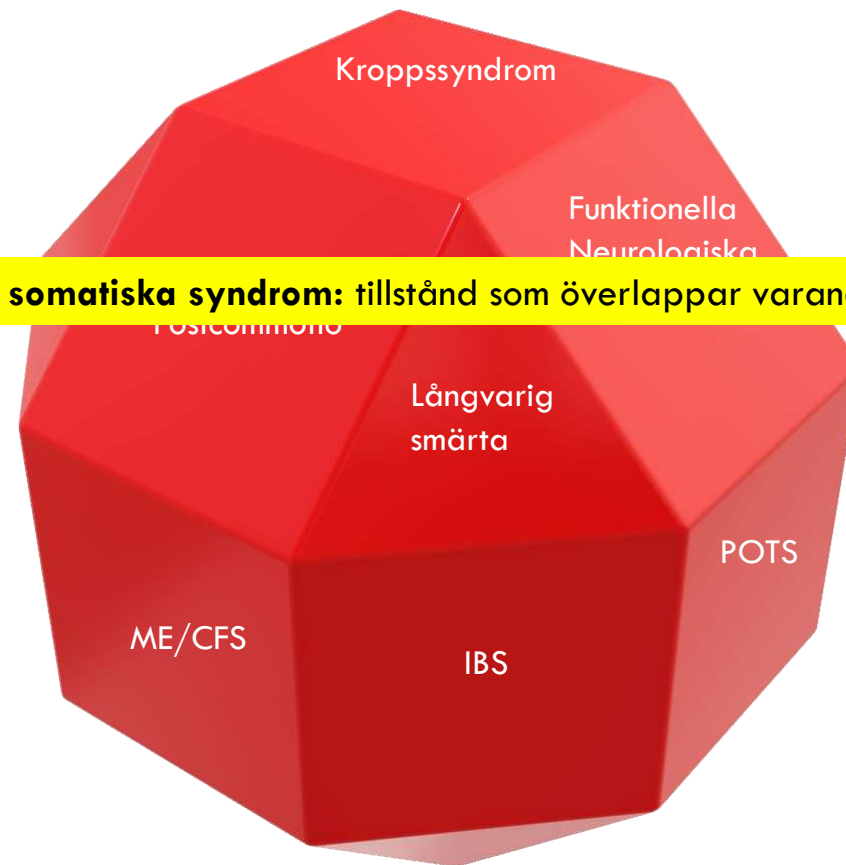
- 1) **Verkligt tillstånd** - d v s inte inbillat eller påhittat.
- 2) Beror på **PROBLEM** med **FUNKTIONEN** i systemet, och inte på en skada eller sjukdom.
- 3) Funktionsstörningen utgår från normala *fysiologiska reaktioner* som blivit för starka eller långvariga.
- 4) Vi kan ganska ofta ställa en **säker diagnos utifrån undersökning** = **POSITIV DIAGNOSTIK**
- 5) **Orsaken till störningen** vet vi ofta inte så mycket om när vi ställer diagnosen.
- 6) En biopsykosocial sjukdomsmodell är nödvändig för att förstå och behandla
- 7) Det är inga mystiska tillstånd - vi känner till många av de mekanismer som är inblandade

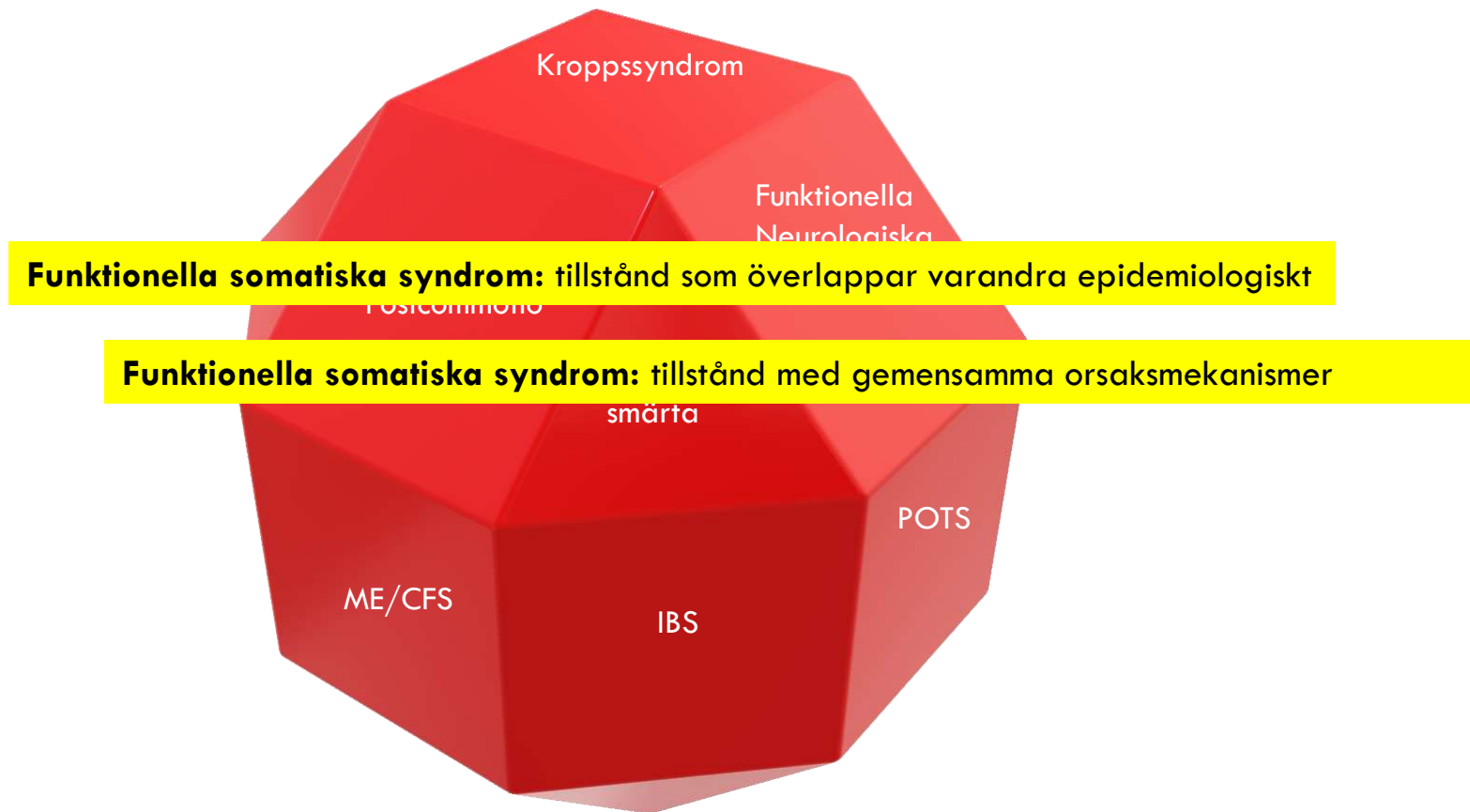
Det är en normal
mekanism





Funktionella somatiska syndrom: tillstånd som överlappar varandra epidemiologiskt







Bodysym

Utforska de mekanismer som ligger bakom

Huvudämnen

- Hormoner
- Dysfunktionell andning
- Sömn-vakenhetscykeln
- Symtommönster
- Dissociation
- Uppmärksamhet
- Förståelse för symtomen
- Kroppslig stress
- Hantering av obehag
- Sensorisk sensitisering
- Inflammation och autoimmunitet
- Det neuroimmuna systemet
- Träning och inflammation
- Symtom och internet
- Den förutsägande hjärnan
- Mikrobiomet
- Reglering av nervsystemet
- Förändring och osäkerhet

Hello.



RISKER MED ATT FORTSÄTTA SOM VI GÖR

- Patienter går **miste** om effektiv behandling



- Patienter **utsätts** för riskfyllda insatser



- "Iatrogena kognitiva **skador**"



DET FINNS IDAG EFFEKTIVA METODER

Vad behövs?

Om vi förklarar tillstånden på ett bra sätt	Träning i förklaringsmodeller Patientinformationsmaterial
Om vi breddar sjukdomsmodellen	Biopsykosocial sjukdomsmodell
Om vi arbetar i team och över gränser	Mer "somatik" i psykiatrin Mer "psykiatri" i somatiken Teamarbete i primärvård



Konsultationspsykiatri

FUNKTIONELLA TILLSTÅND I SVERIGE

Inga nationella styrdokument

Inga sökbara regionala vårdprogram

Ingår inte i något NPO

Ingen patientinformation i officiella kanaler



Jan 2026

Team för FNS

ÖSTERSUND

Rehabiliteringsmedicin/
Neurologi

UMEÅ

Rehabiliteringsmedicin

STOCKHOLM

Huddinge Psykiatri
BUP Konsultenhet
Astrid Lindgrens barnsjukhus
Stora Sköndal
Rehab Station
Sachsska

Forskning

STOCKHOLM
FNS
EAET/ISTDP

Bubblare

LINKÖPING

KARLSTADRehabiliteringsmedicin/
Neurologi

ÖREBRO

Neurologkliniken

GÖTEBORG

Drottning Silvias barnsjukhus

JÖNKÖPING

Rehabiliteringsmedicin

KALMAR

Rehabiliteringsmedicin

KRISTIANSTAD

Barnkliniken

LUND

Barnneurologi

UDDEVALLA

Team finns men ej
uppdrag

Funktionella listan (2015)

Ca 250 medlemmar

Fysiska träffar

Örebro

Skövde

18

2019

Linköping 2023

Solna 2025

Informellt nätverk för
sjukvårdspersonal i Sverige
med intresse för Funktionella
tillstånd.



Maila
funktionellalistan@gmail.com
med



- yrke



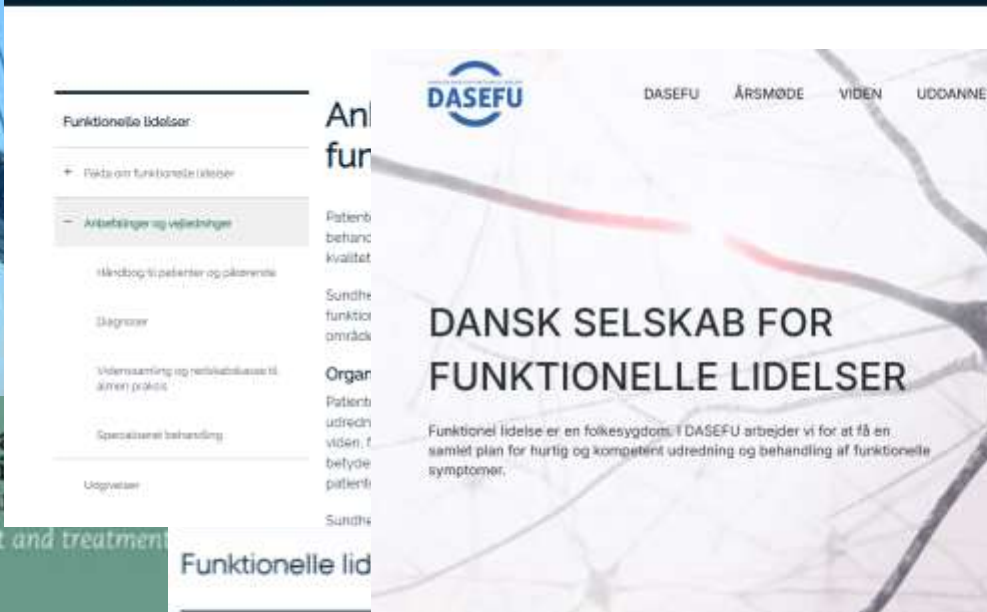
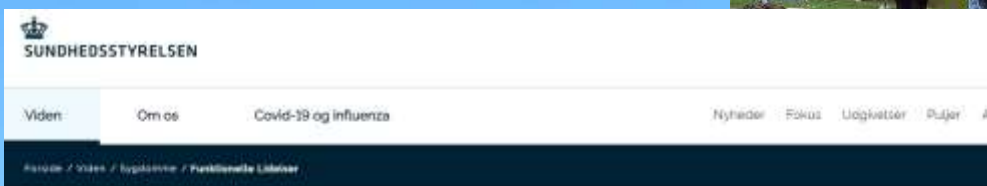
- arbetsplats



Funktionelle Lidelser



Viden og Redskaber til Almen Praksis



INFORMATION OM FUNKTIONELLE LIDELSER

Når kroppen siger fra



hedsoplysning

Mestring af FUNKTIONEL LIDELSE



KURSBOG

Funktionelle lid

Om funktionelle lidelser • For patienter og pårørende • For læger og sundhedsprofessioner • Om afdelingen • Kontakt

- Om funktionelle lidelser
- For patienter og pårørende
- For læger og sundhedsprofessioner
- Om afdelingen
- Kontakt

Om afdelingen



Funktionelle Lidelser, af 31 blev grundlagt i forhold til patienter af funktionelle lidelser og funktionelle lidelser i det offentlige og i det private sundhedsvæsen.

Vores mål

Vår mission er at forbedre de funktionelle lidelser patienters livskvalitet, så de kan opnå større livskvalitet.

Vores vigtigste arbejdsområder

- Forskning
- Uddannelse
- Udvikling af sundhedsforholdene i funktionelle lidelser
- Udvikling af sundhedsforholdene i funktionelle lidelser

Kontakt

Organisation

Om hjemmesiden

Kan det vara något annat? Fejkar inte patienten?

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Sjukdomsångest (Hypokondri)



- Fixering vid att ha, eller riskera att drabbas av en allvarlig sjukdom.
- Upptagenhet vid symtom klart överdriven eller oproportionerlig
- Hög ångestnivå kring den egna hälsan
- Personen ägnar sig åt ett övermått av **hälsorelaterat beteende** (t.ex. gör upprepade kroppsundersökningar för att upptäcka sjukdomstecken), *eller* uppvisar ett malaptivt undvikande beteende (t.ex. undviker läkare och sjukhuskontakter)

(DSM 5)

Dysmorfofobi

- Fixering vid inbillad defekt eller brist i utseendet som inte är observerbar eller är obetydlig för andra.
- Repetitiva beteenden eller mentala handlingar (t.ex. konstant jämföra sig)



(DSM 5)

Vanföreställningssyndrom

- **Vanföreställning:**

- en felaktig övertygelse som baseras på felaktiga slutsatser rörande den yttre verkligheten
- är ett kontinuum, och ibland får man grunda sin bedömning enbart på patientens beteende

- **Somatisk form:** Huvudtemat i vanföreställningarna rör kroppsliga funktioner eller förnimmelser

(> 1 månad, i övrigt tämligen välfungerande)

Kult

Till Kulturformuleringsintervjun (KFI) samtalet vi

- 1) Förklarar
- 2) Funkti
- 3) Socialt r
- 4) Psykos
- 5) Andlighe
- 6) Kulturell
- 7) Sjukdom
- 8) Relation
- 9) Ungdom
- 10) Äldre p
- 11) Migran
- 12) Vårdar

Transkulturellt Centrum
REGION STOCKHOLM

Lyssna Language Fyll i ett sökord

Start Våra kunskapsområden Utbildning och nätverk Råd och stöd Hälsokommunikation Kunskapsstöd Om oss

Våra kunskapsområden Transkulturell psykiatri Kulturformuleringsintervjun som stöd

Kulturformuleringsintervjun (KFI) som stöd

Om en patient säger att hens problem beror på "djinner", kan det vara ett tecken på psykos? Eller är det en religiöst och kulturellt färgad syn på problemet?

För att ta reda på det är Kulturformuleringsintervjun (KFI) ett gott stöd. Det är en intervjuguide som ingår i den psykiatriska [diagnoshandboken DSM-5](#) (Habilitering & Hälso, Region Stockholm).

Kulturformuleringsintervjun består av 16 öppna frågor som låter patienten berätta om sin syn på problem, situation och förväntningar på vård och stöd. Använd intervjun som ett komplement till övrig diagnostik och när du utforskar betydelsen av kultur och kontext i mötet med din patient. Den här metoden har all fokus på patienten och är användbar även för patienter utan migrationsbakgrund.

I filmen nedan ser du hur intervjun kan användas.

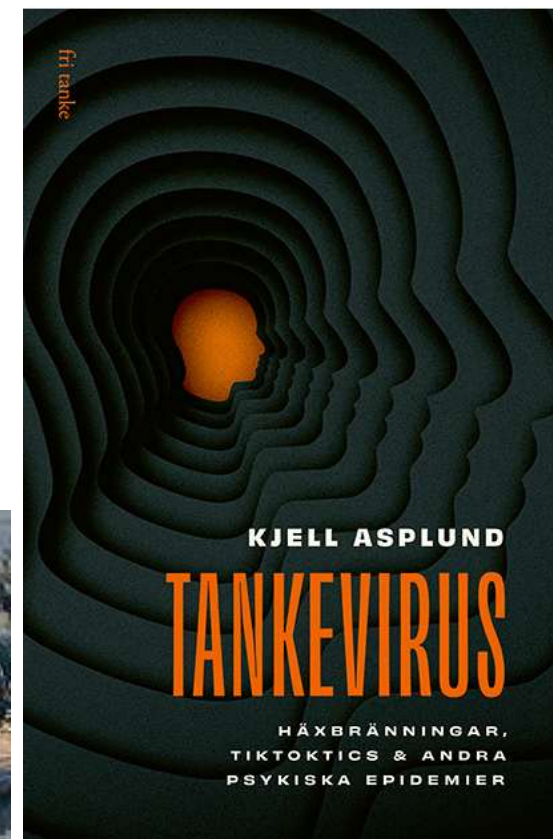


ör fördjupning av

Sociogena epidemier

”Masshysterier”

- Övergående föreställningar om symtom och orsaker
- Sprids i ett socialt sammanhang



Perspective

 Check for updates

Epidemiologiskt

W
dis
or

ÄR DET FEJK?

ellt

Mark J. Edwards[✉], Mahinda Yogarajah[✉] & Jon Stone[✉]

Abstract

Functional neurological disorder (FND) is one of the commonest reasons that people seek help from a neurologist and is for many people

Sections

Introduction

Clinical and epidemiological

Patomimi (F 68.0-1)

- Personen intar inför andra rollen som sjuk, funktionsnedsatt eller skadad
- Det bedrägliga beteendet fortgår även i frånvaro av uppenbar yttre vinning = "Intrapsykiskt behov".
- "Patomimi, annan person" ("Münchhausen by proxy").
Diagnosen avser förövaren.



Simulering (*Malingering*) (Z76.5)

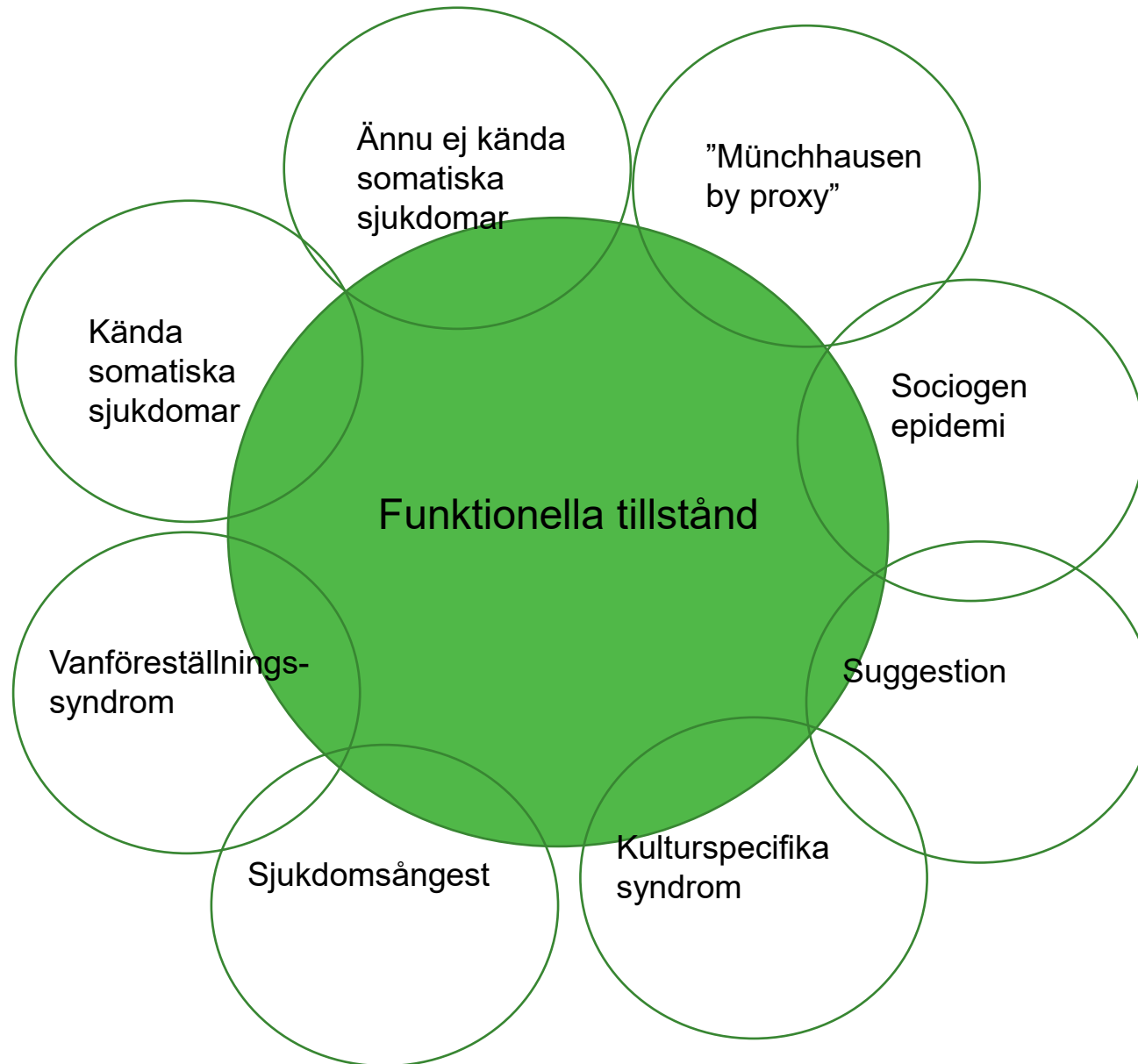
- Medvetet bedrägligt beteende.
- Sekundärvinst = påhitt/överdrift av symtom i syfte att uppnå externa fördelar
- Droger, bidrag, uppehållstillstånd etc



Differentialdiagnostik utifrån "syftet" med beteendet

FUNKTIONELLT	PATOMIMI	SJÄLVSKADEBETEENDE	SIMULERING
Inget syfte – omedveten symtomproduktion	Intrapsykiskt behov – <i>att uppnå sjukroll</i>	Att lindra ångest, avleda smärta, "straffa någon", få en "kick" etc.	Externt behov – att uppnå fördelar



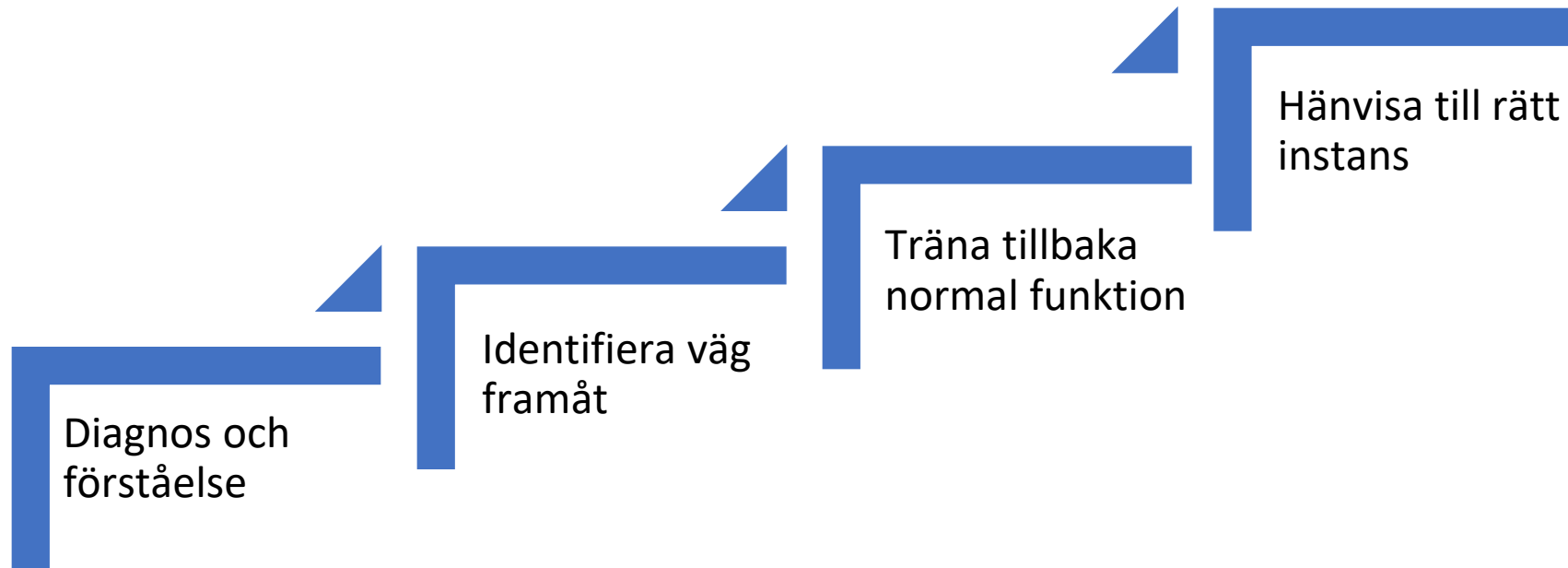


BEHANDLINGS- PRINCIPER

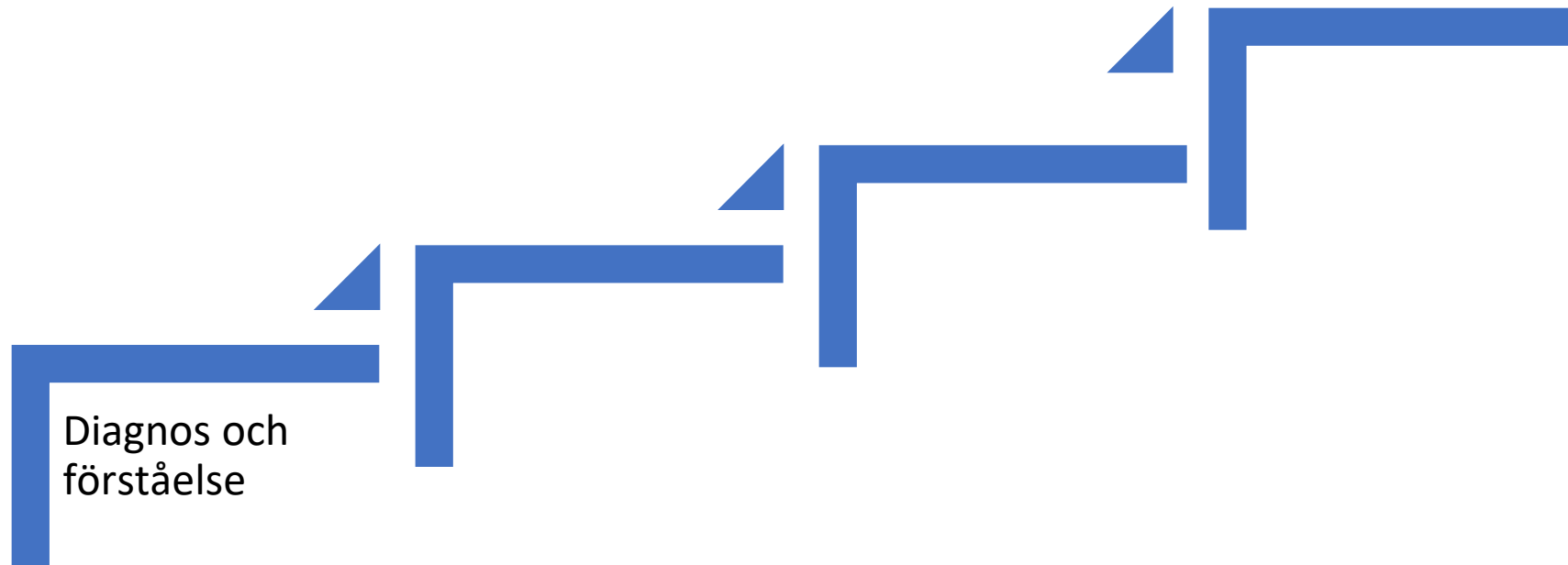
*Diagnostik och förklaringsmodell
alltid nödvändig*



Behandlingstrappa i akutsjukvård



Behandlingstrappa i akutsjukvård



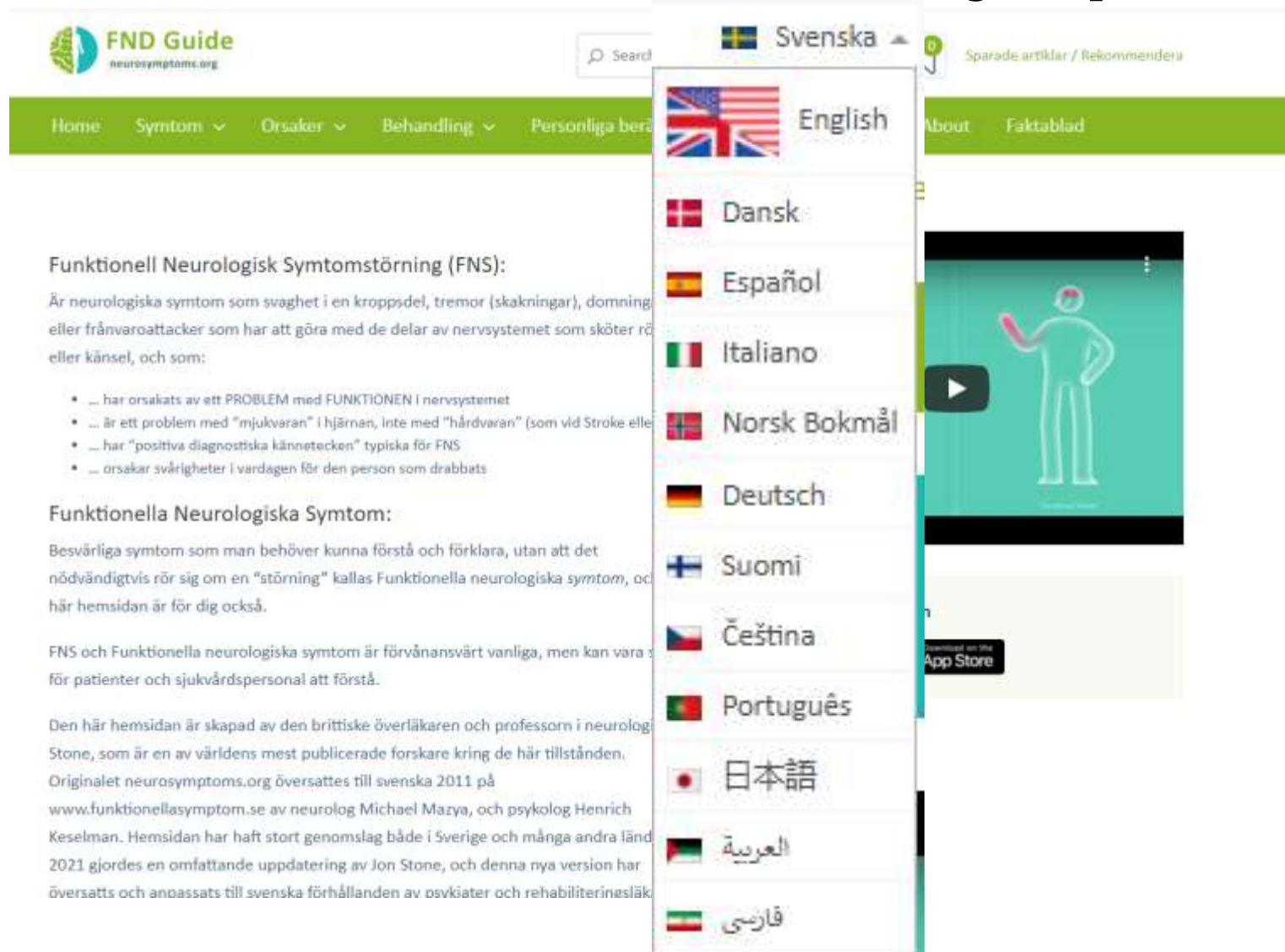
POSITIV DIAGNOSTIK



POSITIV DIAGNOSTIK



2011 + 2021: www.neurosymptoms.org



The screenshot shows the FND Guide website with a language selection dropdown menu open. The menu lists the following languages: Svenska, English, Dansk, Español, Italiano, Norsk Bokmål, Deutsch, Suomi, Čeština, Português, 日本語, العربية, and فارسی. The website content is in Swedish and discusses Functional Neurological Symptom Disorder (FNS).

Funktionell Neurologisk Symptomstörning (FNS):
Är neurologiska symtom som svaghet i en kroppsdel, tremor (skakningar), domningar eller frånvaroattacker som har att göra med de delar av nervsystemet som sköter rörelse eller känsel, och som:

- ... har orsakats av ett PROBLEM med FUNKTIONEN i nervsystemet
- ... är ett problem med "mjukvaran" i hjärnan, inte med "hårdvaran" (som vid Stroke eller
- ... har "positiva diagnostiska kännetecken" typiska för FNS
- ... orsakar svårigheter i vardagen för den person som drabbats

Funktionella Neurologiska Symtom:
Besvärliga symtom som man behöver kunna förstå och förklara, utan att det nödvändigtvis rör sig om en "störning" kallas Funktionella neurologiska symtom, och här hemsidan är för dig också.

FNS och Funktionella neurologiska symtom är förvånansvärt vanliga, men kan vara svårt för patienter och sjukvårdspersonal att förstå.

Den här hemsidan är skapad av den brittiske överläkaren och professorn i neurologi Jon Stone, som är en av världens mest publicerade forskare kring de här tillstånden. Originalet www.neurosymptoms.org översattes till svenska 2011 på www.funktionellasymptom.se av neurolog Michael Mazya, och psykolog Henrich Keselman. Hemsidan har haft stort genomslag både i Sverige och många andra länder. 2021 gjordes en omfattande uppdatering av Jon Stone, och denna nya version har översatts och anpassats till svenska förhållanden av psykiater och rehabiliteringsläkare.



Prof. Jon Stone

Patientinformation

www.svenskpsykiatri.se/subsektioner/konsultationspsykiatri-2/



Att leva med ett funktionellt tillstånd

Inte alla med ett funktionellt tillstånd kan bli friska, men nästan alla kan bli bättre. De människor som inte kan bli friska kan lära sig att leva med det funktionella tillståndet, på samma sätt som man kan lära sig att leva med t.ex. astma.

Det är viktigt för människor med ett funktionellt tillstånd att undvika överbelastning och stora mängder stress. Det är samtidigt viktigt att man låter sig utmanas och inte blir rädd att närma sig sina egna gränser. En del människor med ett funktionellt tillstånd kan ha en tendens att variera mycket i sin aktivitetsnivå, vilket ofta leder till en förvärring av symtomen.

Peters utmaning: att hitta balansen mellan aktivitet och vila

"Jag har alltid varit en sån som aldrig gör något halvdant. När jag började att springa tränade jag mig snabbt upp till att springa maraton. På mitt arbete lämnade jag aldrig något ofärdigt. Och när jag skulle fixa något i mitt hus slutade jag först när det var perfekt."

Peter blev långsamt bättre när han fick behandling. Men han upplevde också bakslag.

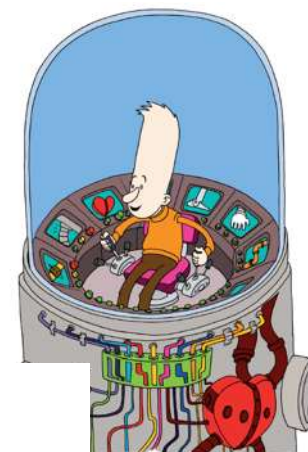
"Det svåraste var nog mitt eget dåliga tillägnande. Jag kunde helt enkelt inte acceptera att det skulle gå så långsamt. När jag första gången märkte att jag blev bättre blev jag så glad att jag tog på mig löparskoorna och sprang 5 km. Det ledde till att jag låg i sängen hela nästa dag."

18

Symtom

I vardagen upplever alla människor symtom, som inte är tecken på en sjukdom i kroppen. Vid funktionella tillstånd uppstår det symtom med en sådan svårighetsgrad som gör att de leder till oro eller påverkar personen i vardagen. Symtomen har blivit en sjukdom. Ibland handlar det om många symtom, och man kan dela in dem som i tabellen nedan. För vissa människor med ett funktionellt tillstånd ändrar sig symtomen eller flyttar runt i kroppen.

Typiska symtom vid funktionella tillstånd	
Allmänna symtom	Trott, Koncentrationsvärigheter, Huvudvärk, Minnessvårigheter, Yrsel.
Symtom från mage och tarm	Frekventa lösa avföringar, Magvärk, Uppblåsthet, Spännings- eller tyngdkänsla i magen, Diarré, Sura uppstötningar, Illamående, Brännande känsla i bröstet eller övre magen.
Symtom från hjärta och lungor	Hjärtklappning, Tryck över bröstet, Andfåddhet utan ansträngning, Varm- eller kallsvettning, Muntorhet.



tröskeln, som styr och övervakar hela kroppen, att "filter" som sorterar bort oviktiga signaler till.

19



KOMFORTUTVECKLING ÖVERBELASTNING

Konsten är att söka utmaning utan att bli överbelastad.

Och utan att gå vill.

19



body symptoms project

Contributors: Chloe Saunders

Date created: 2022-05-15 13:07:44.1-05:00 Updated: 2024-05-10 15:14:04.1-05:00



Chloe Saunders

functional symptoms come about, become persistent and how these processes can be reversed. We will combine research from people with direct experience of living with symptoms.



Journal of Psychosomatic Research

Volume 183, August 2024, 111827

Participatory design of bodysymptoms.org: An interactive web resource to explain multisystem functional somatic symptoms

Chloe Saunders, Maria Gordon, Cecilia Righini, Heidi Frølund Pedersen, Charlotte Ulrikka Rask, Chris Burton, Lisbeth Frosthholm



Journal of Psychosomatic Research

Volume 166, March 2023, 111155

Explanations for functional somatic symptoms across European treatment settings: A mixed methods study

Chloe Saunders, Høbe Treufeldt, Mette Tørlund Rask, Heidi Frølund Pedersen, Charlotte Rask, Chris Burton, Lisbeth Frosthholm

Show more



Journal of Psychosomatic Research

Volume 165, February 2023, 111134

EAPM Paper

Quality assessment and stigmatising content of Wikipedia articles relating to functional disorders

Brodie McGhie-Fraser, Mais Tattan, Verónica Cabreira, Asma Chaabouni, Aleksandra Kustra-Mulder, Nick Mamo, Caoimhe McLoughlin, Lina Munker, Saya Niwa, Anna Maria Pampel, Tara Petzke, Franziska Regnath, Caroline Rometsch, Abigail Smakowski, Chloe Saunders, Høbe Treufeldt, Angelika Weigel, Judith Rosmalen

Show more

Welcome to Bodysymptoms.

Explore the mind-body mechanisms behind common functional-symptoms

2024

Bienvenido a bodysymptoms

Explorar los mecanismos mente-cuerpo que subyacen a los síntomas funcionales



2025

Velkommen til Bodysymptoms.

Udforsk de mekanismer, der ligger til grund for almindelige funktionelle symptomer.

Welkom bij bodysymptoms.

Ontdek de lichaam-geest mechanismen achter veelvoorkomende functionele symptomen.

Bodysymptoms is een participatief ontwerp-onderzoeksproject.

2024

Välkommen till Bodysymptoms.

Utforska de mekanismer som ligger bakom vanliga funktionella symptom.



2025

Välkommen till Bodysymptoms.

Utforska de mekanismer som ligger bakom vanliga funktionella symtom.





Välkommen till Bodysymptoms.

Utforska de mekanismer som ligger bakom vanliga funktionella symtom.



Patientinformation



Långvarig smärta
– vad är det och vad kan
jag göra åt det?



regiongavleborg.se



HEAD INJURY SYMPTOMS

a guide to recovering from mild head injury,
concussion, and mild traumatic brain injury

Head injury symptoms

Symptoms

Diagnosis

Road to recovery

Outcome

Stories

Links and other resources

About us

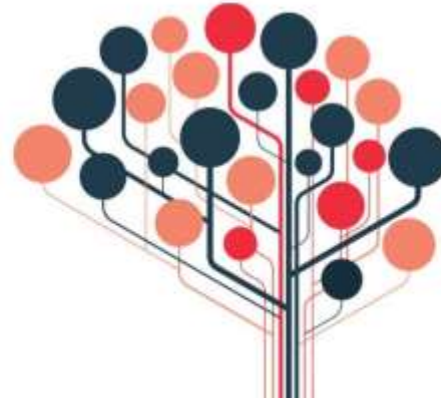
Disclaimer

Head injury symptoms

Welcome

This website has been designed to provide information on mild head injury, concussion and mild traumatic brain injury (MTBI).

It also contains many practical tips and tools to help with recovery.



www.headinjurysymptoms.org



HANDLÄGGNING PÅ AKUTMOTTAGNING

Bemötande

Presentera differentialdiagnos, förklara – inte skada

Värdera risken för iatrogen skada

Patientfall

- Ida, 23 kommer till akuten med ambulans för 5:e gången på två veckor. Hon har krampat i hemmet och närstående har ringt ambulans. Vid inkomst har hon slutat att krampa men är trött och har svårt att prata och sätta sig upp. Svagare i höger sida. Vid tidigare besök har man gjort CT, EEG, blodprovstagning – allt normalt. Neurologkonsult har konstaterat att hon inte har några tecken på neurologisk sjukdom och avslutat henne. Ida är orolig men vill åka hem när hon piggnar till.



Olika funktionella patienter på akuten

1. Nydebuterade

- Tidig diagnos viktigaste prognostiska faktorn

2. Återkommande

- Bemötande, bryta onda cirklar

3. Funktionell pålagring

- Kunna ha flera bollar i luften

BEMÖTANDET

BEMÖTANDET

Varför så svårt?

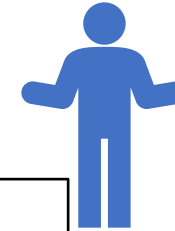
- "Passar inte in", "Söker fel"
- Vi misstänker att patienten fejkar
- Patienten har dåliga erfarenheter av vården -> beteendet påverkas



BEMÖTANDET

Varför så svårt?

- "Passar inte in", "Söker fel"
- Vi misstänker att patienten fejkar
- Patienten har dåliga erfarenheter av vården -> beteendet påverkas



Visa att du tror på patienten

- De söker hjälp för något – försök förstå vad!
- "Face saving strategy" – hjälp patienten ur situationen utan att göra bort sig/skämmas – t ex genom att ge en förklaringsmodell

Vårt motto var länge Ta ingen skit
Men du kom på ett bättre:
Var lite lite snällare än du måste vara



MÅL FÖR HANDLÄGGNINGEN

1. INTE SKADA

- Anstränga sig för att **undvika riskfyllda behandlingar** (trombolys, beroendeframkallande läkemedel)
- **Undvika iatrogen förstärkning** (ogenomtänkta utredningar, spekulationer)

Orden vi använder – dags att tänka om?

- Fler förslag?

Salutogen kommunikation, ett sätt att öka tryggheten och släcka ut rädsla:

Jag ser ingenting konstigt/farligt	Det ser ut som det ska
Det kan bli ganska långdraget	Det läker ut med tiden
Det är ingen som riktigt vet	Det mesta talar för att.../Vi som jobbar med det här ser att...
Dina symtom, din smärta	Din kropp håller på att hantera en smärtupplevelse.
Du har drabbats av symtomen	Du har utvecklat ett godartat tillstånd som är behandlingsbart.
Smärta är en larmsignal om att något inte står rätt till...	Smärta är en skyddssignal som hjärnan skapar när den upplever något som hotfullt.



MÅL FÖR HANDLÄGGNINGEN

2. FÖRA IN PÅ RÄTT SPÅR/SÅ FRÖN

- Bevara förtroendefull relation (det går sällan att "skrämman bort" pat)
- Försök att få patienten till rätt instans (kan ta ett tag)
- **"Recommendation letter"** evidensbaserad åtgärd.

Börja med att ta reda på patientens uppfattning

- *Känner du någon/har du sett någon med såna här symtom tidigare?*
- *Varför tror du att du har fått det? Att du har fått det fungerar?*
- *Varför tror du att det är så?*
- *Kan du göra något för att förbättra situationen?*
- *Hur har din omgivning påverkat dig?*
- *Vad har dina symtom för betydelse för dig? (En bild av aktivitetsbegränsningen)*

***I snitt 8 sekunder
innan vi avbryter
patienten***

VARFÖR HAR JAG FÅTT FUNKTIONELLA SYMTOM?

- "Jag vet inte precis varför du har fått funktionella symtom, eftersom alla fall är olika. Men jag märker att patienter som engagerar sig i sin behandling ofta kommer på svaret själva".

www.neurosymbols.org = www.funktionellasymptom.se



Patientinformation
www.svenskpsykiatri.se/subskription/konsultationspsykiatri-2/





HANDLÄGGNING PÅ SOMATISK VÅRDAVDELNING

*Bemötande
Planera insatserna
Få till rätt instans*

Patientfall

Erik, 35 har varit inlagd på en medicinavdelning i 2 dygn p.g.a. svaghet i benen. Alla undersökningar har varit normala och besvären bedöms som funktionella. Han har blivit lite bättre och kunnat gå med gåbord och rehabpersonal i korridoren. Det är ont om platser på avdelningen och överläkare och sköterskor tycker att han ska skrivas ut. Utskrivningsdagens morgon har han blivit sämre igen, känner sig dessutom yr på ett sätt som han inte känt förut.

HANDLÄGGNING PÅ SOMATISK AVDELNING

- Gör tidigt en tydlig struktur:

1. Vad är **syftet** med vårdtiden (utreda, sätta in behandling, vårdplanera, hitta rätt instans)
2. Involvera **team** – och förklara för pat varför ("så gör vi alltid vid komplicerade ärenden"). Börja med sjukgymnast och arbetsterapeut.
3. Vid "krig" om hjälpmedel, läkemedel etc: diskutera i teamet – vad riskerar vi att förstärka, finns det något praktiskt alternativ?
4. **Tydlig struktur men "Mjuk i kanten"** – t.ex. möjlighet till flexibilitet vid utskrivning.
5. **Planera inläggning igen (!!!)**

Behandlingssteg 1

ÖVERENSKOMMELSE OM DIAGNOS OCH FÖRKLARINGSMODELL

DET KÄNNES HELMYSKO
OM JAG TRYCKER HÄR...
VAD ÄR DET SOM SITTER
HÄR, MITT I ?

VARDAGEN.

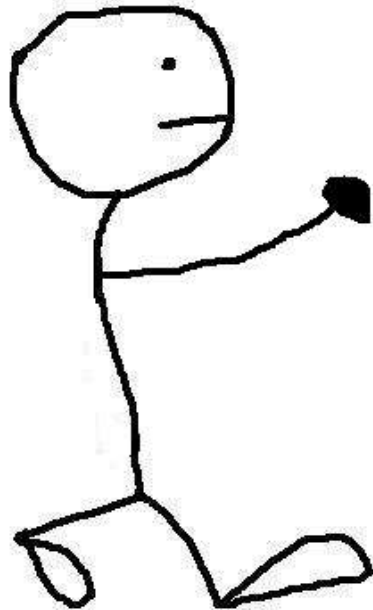


TERM

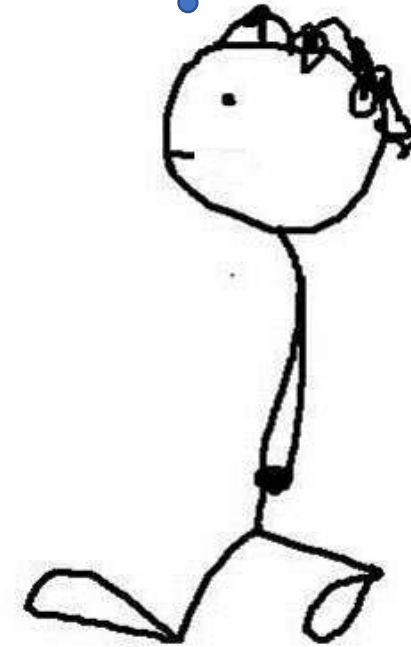
Intervjuteknik:

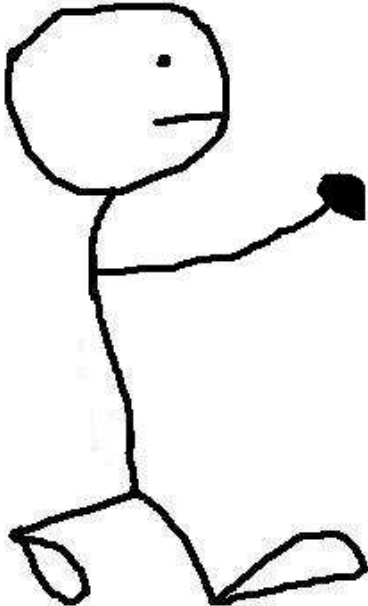
- Sokratiska frågor
- Sammanfattningar
 - Empati
- "Rope-a-dope":
 - Uppmuntra
egenmakt

Vad tror du själv att
dina symtom beror på?

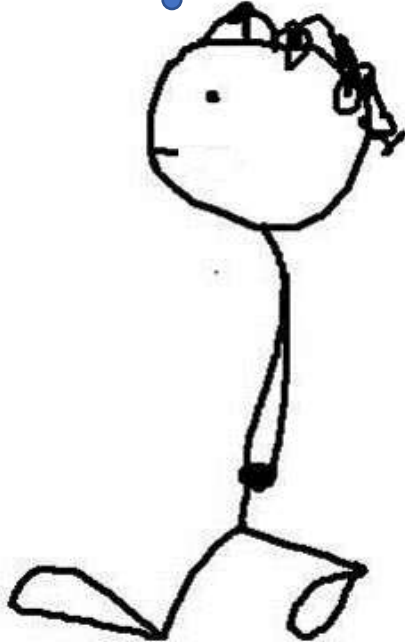


???

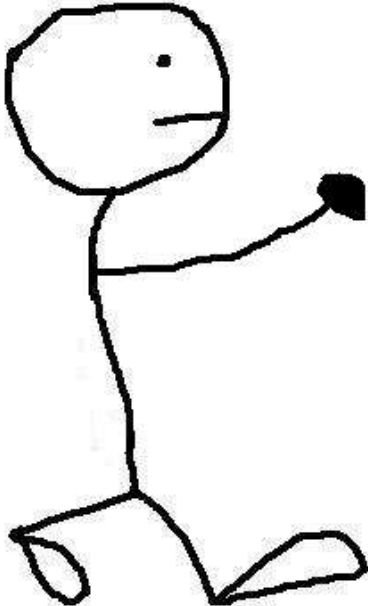


A simple stick figure with a round head, a single dot for an eye, and a horizontal line for a mouth. It has a thin body and two legs, one of which is slightly bent as if walking. It is holding a small black circle in its right hand.

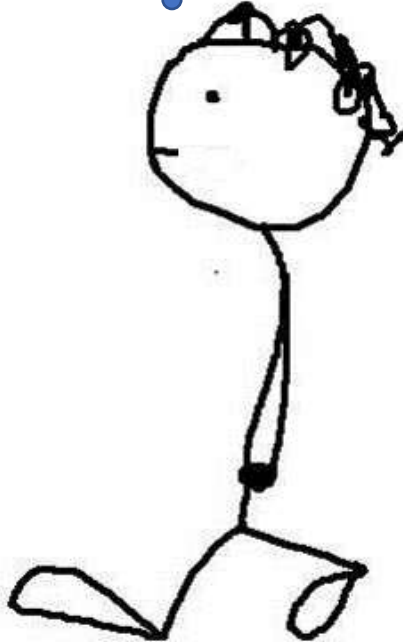
Jag känner väl igen ditt
tillstånd – det är vanligt
och har ett namn!

A simple stick figure with a round head, a single dot for an eye, and a horizontal line for a mouth. It has a thin body and two legs. It is wearing a headband with a small object on it. Above its head is a large blue thought bubble with three smaller circles leading to it.

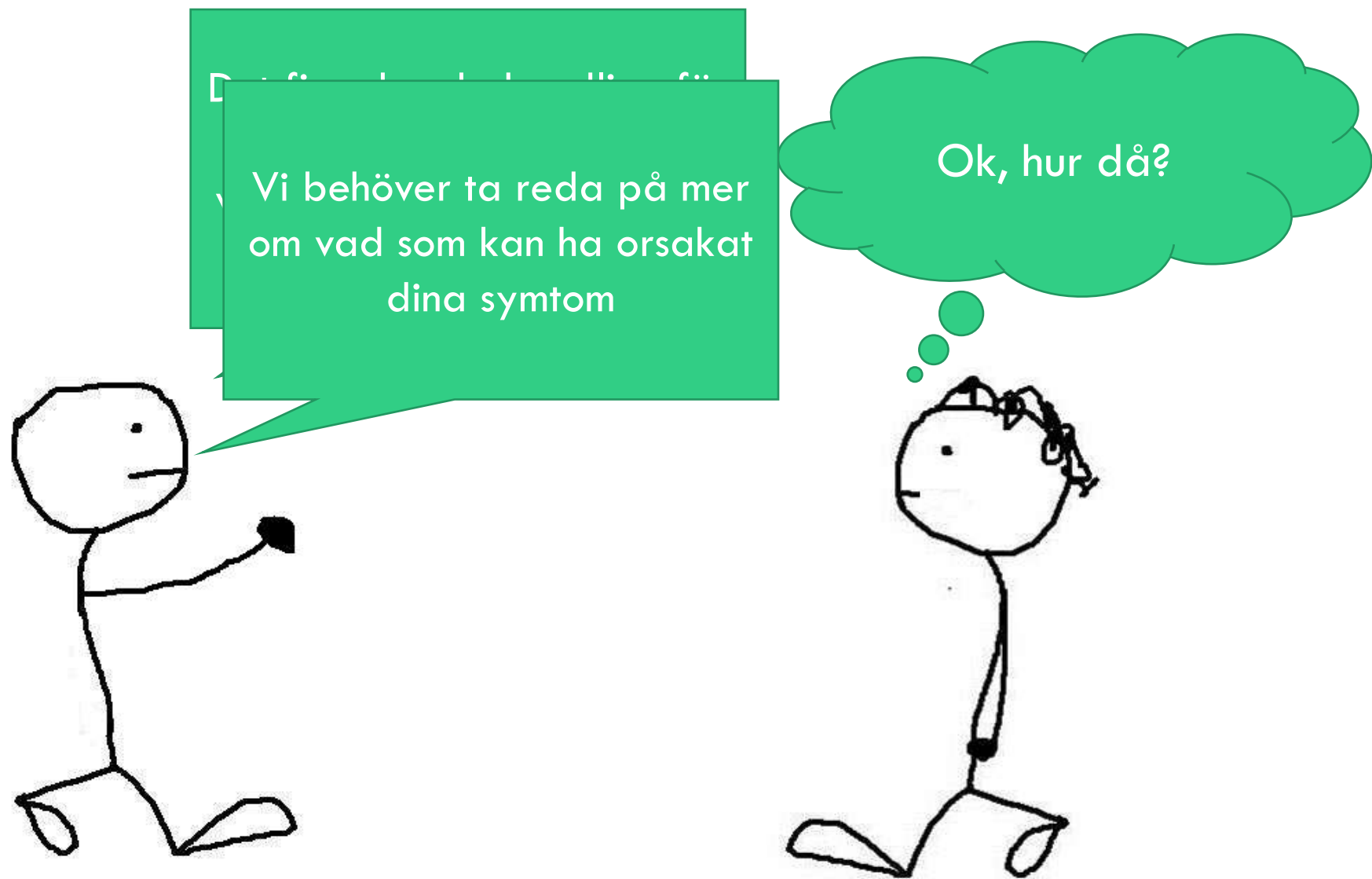
Det här är den
första doktorn som
tror på mig

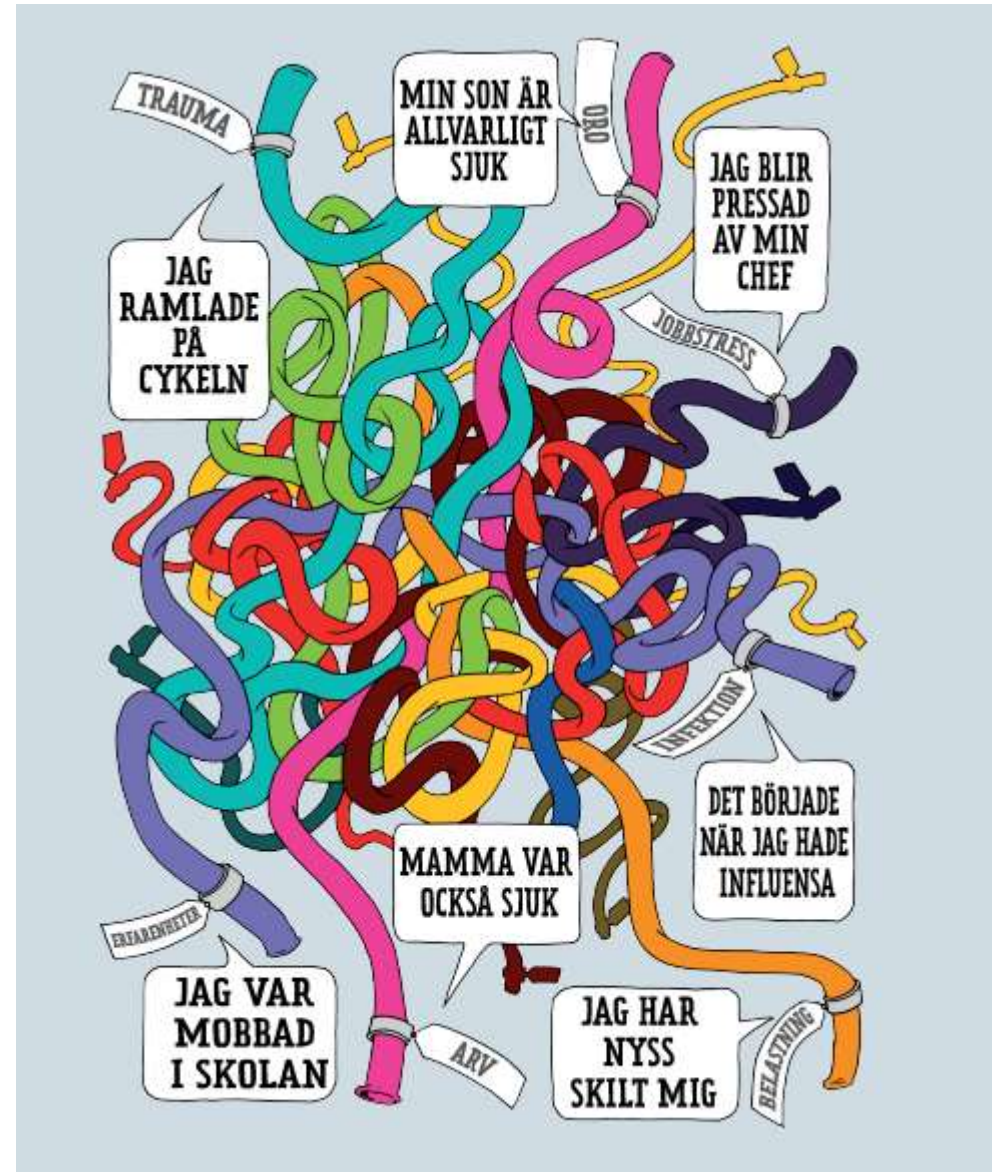
A simple black stick figure with a round head, a single dot for an eye, and a horizontal line for a mouth. It is standing on two legs and has its right arm extended forward.

Det finns bra behandling för
ditt tillstånd, men det är
viktigt att vi är överrens om
hur vi kan förstå det

A simple black stick figure with a round head, a single dot for an eye, and a horizontal line for a mouth. It is standing on two legs and has its right hand on its forehead. Above its head is a large blue thought bubble with three smaller circles leading to it.

Jag är beredd
att ge det ett
försök





	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Sociala			

HUR GÖR VI PRAKTISKT?

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska	• Genetiska faktorer • Sjukdom • Sårbarhet i nervsystemet	• Trauma • Sjukdom • Sömnbrist • Normala stressymtom	• Sjukdom • Smärta • Habituering/ plasticitet • Neuroendokrint
Psykologiska	• Trauman • Anknytning • Copingstrategier • Personlighet	• Krisreaktion • Panikattack • Dissociation	• Sjukdoms- uppfattning • Att inte bli trodd • Primärvinst • Undvikanden
Sociala	• Ekonomi • Ensamhet • Övergrepp • Missbruk • "Kultur"	• Händelser i familjen • Arbetslöshet • Konflikter med FK, AF etc.	• "Sickness": FK, AF, kultur, familj, fördelar med att vara sjuk, Internet
Iatrogena	• Otydlighet	• Läkarbyte • Misstag i vården	• Journalmängd • Tidsbrist • Nya utredningar

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska	• Genetiska faktorer • Sjukdom • Sårbarhet i nervsystemet	• Trauma • Sjukdom • Sömnbrist • Normala stressymtom	• Sjukdom • Smärta • Habituering/ plasticitet • Neuroendokrint
Psykologiska	• Trauman • Anknytning • Copingstrategier • Personlighet	• Krisres • ...	• ... • ... • ... • ...
Sociala	• Ekonomi • Ensamhet • Övergrepp • Missbruk • "Kultur"	• ... i familjen • ... • ... konflikter med FK, AF etc.	• "Sickness": FK, AF, kultur, familj, fördelar med att vara sjuk, Internet
Iatrogena	• Otydlighet	• Läkarbyte • Misstag i vården	• Journalmängd • Tidsbrist • Nya utredningar

TEAM

BIOPSYKOSOCIAL TIDSLINJE



År						
Bio						
Psyko						
Socialt						

	Faktorer som finns i alla stadier	Predisponerande (sårbarheter)	Utlösande (triggers)	Vidmakthållande faktorer (gör att det inte går över)
Biologiska	- "Organiska" sjukdomar - Anamnes på tidigare funktionella symtom	- Genetiska faktorer som påverkar personlighet - Biologiska sårbarheter i nervsystemet	- Onormala fysiologiska händelser (läkemedelsbiverkning, hyperventilation, sömnbrist) - Fysisk skada/smärta	- Plasticitet i centrala nervsystemets motoriska och sensoriska nätverk, vilket leder till tillvänjning av onormala rörelser - Försämrad kondition - Neuroendokrina och immunologiska avvikelser liknande dem man ser vid depression / ångest
Psykologiska	- Känslomässiga problem - Personlighetsyndrom	- Att uppfatta barndoms-händelser som negativa - Personlighetsdrag - Ötrygg anknytnings- / copingstil	- Att uppfatta livshändelser som negativa - Akuta dissociativa episoder / panikattacker	- Att uppfatta sin uppfattning som negativ - Att uppfatta sin uppfattning som negativ - Att undvika symtom - Rädsla för att falla - Hypokondri
Sociala	- Socio-ekonomisk utsatthet - Negativa livshändelser och svårigheter	- Försummelse/ övergrepp i barndomen - Problem i familjen - Symtommodell från andra	- Förlust av någon	- Sociala fördelar av att vara sjuk - Möjlighet att få försäkringsersättning - Pågående medicinska utredningar och osäkerhet - Överdriven tilltro till informationskällor eller grupptillhörighet som förstärker uppfattningen att symtomen är irreversibla och rent fysiska till sin natur

Vi börjar närma oss en förklaringsmodell



Sök

Spasida artiklar / Rekommendationer

Hem / Symtom / Orsaker / Behandling / Personliga berättelser / Media / FAQ / Om / Svenska faktatablad

Hem / Behandling / Att förstå FNS + Arbetsbok

Att förstå FNS + Arbetsbok

Läs

Om du inte läst sidan om "orsaker" än, kan det vara till hjälp för dig innan du fortsätter att läsa.

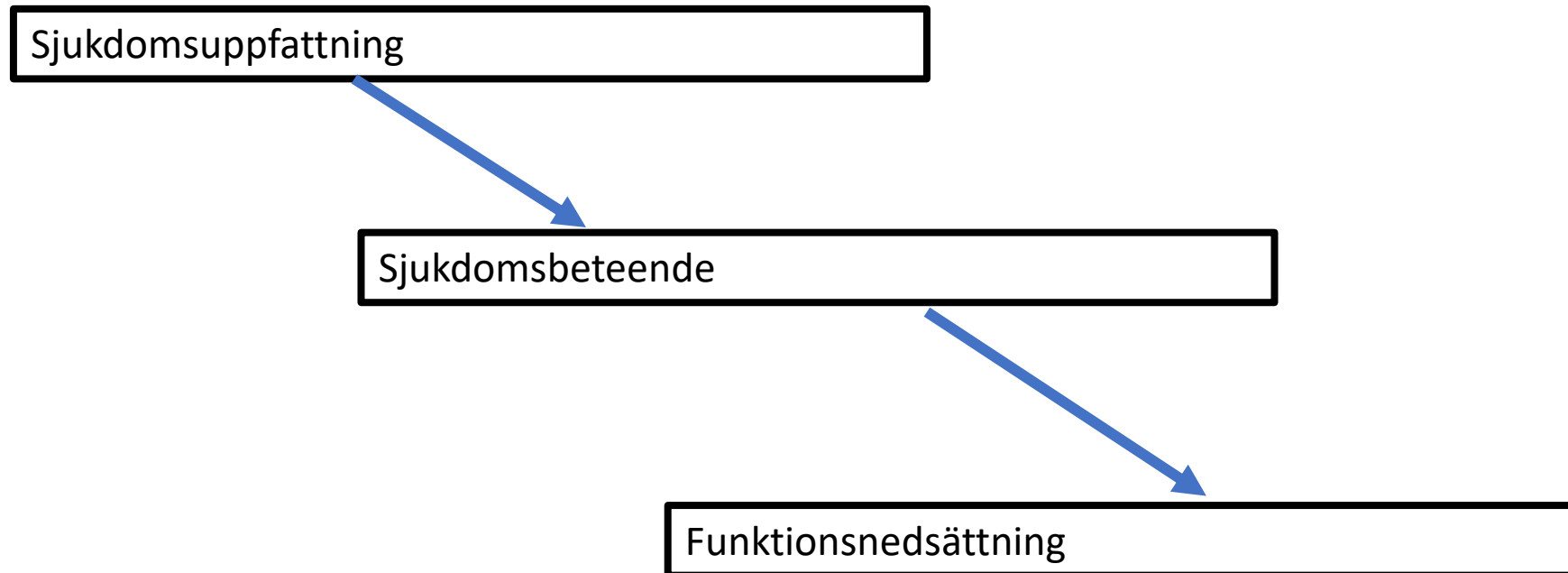
Det finns sällan "genvägar" för FNS, men det finns vägar att gå och med tid och ansträngning kan symtomen bli

Varför så viktigt med förklaringsmodell?

- Vårt behov av sammanhang, begriplighet.
- Status, omgivningens acceptans

Varför så viktigt med förklaringsmodell?

- Vårt behov av sammanhang, begriplighet.
- Status, omgivningens acceptans



Vad är en bra förklaringsmodell?

- En som patienten kan tro på (och som är socialt acceptabel i den kultur/subkultur patienten identifierar sig till)
- Medicinskt trovärdig

ATT FÖRKLARA: TIPS



För tidigt
fokus på
psykologiska
förklaringar
brukar kunna
försvåra
arbetet.



Prata
”somatiska”
med
patienten



Enkla MEN
MEDICINSKT
TROVÄRDIGA
förklaringar



Träna på metaforer



Patientinformationsmaterial

Nå, Hur ska jag förklara?

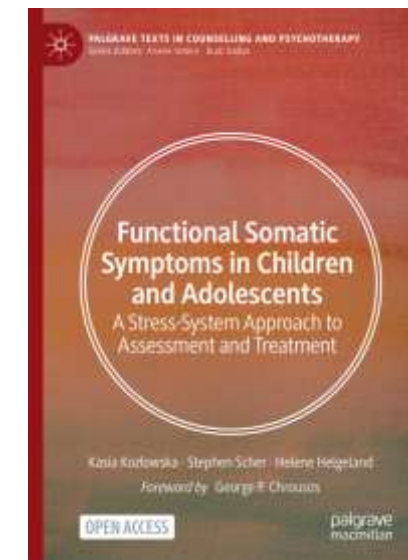
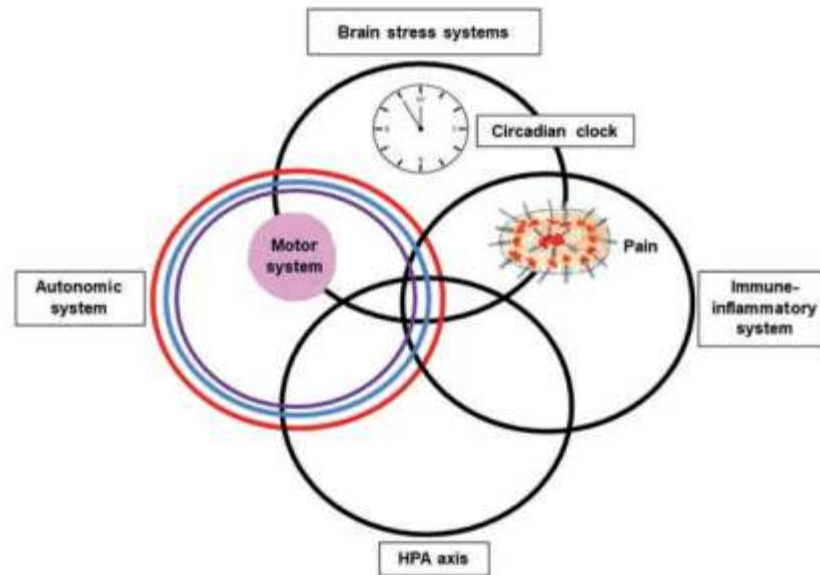


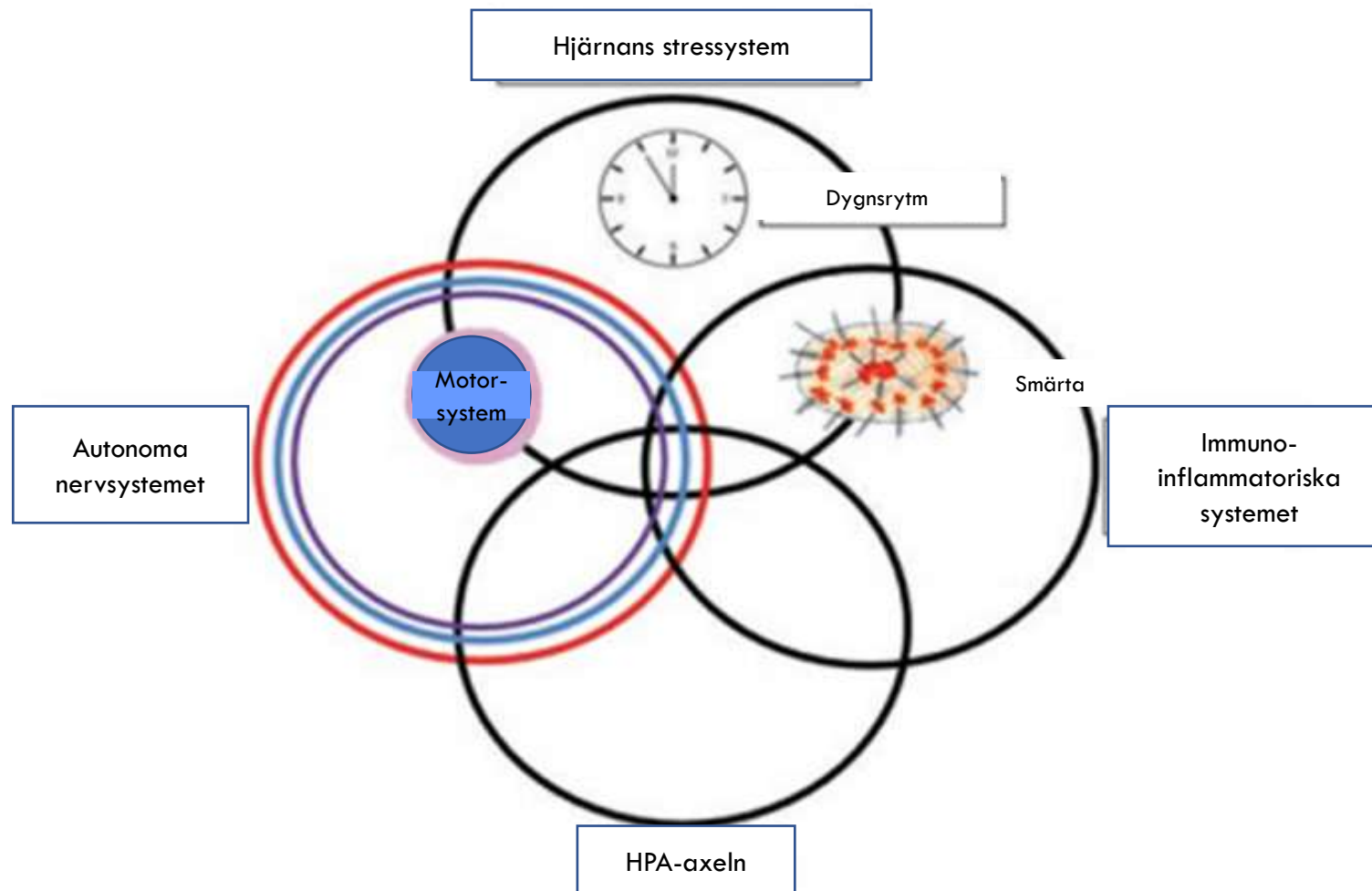
- Olika patienter, olika nivåer
- Kan ta ett tag

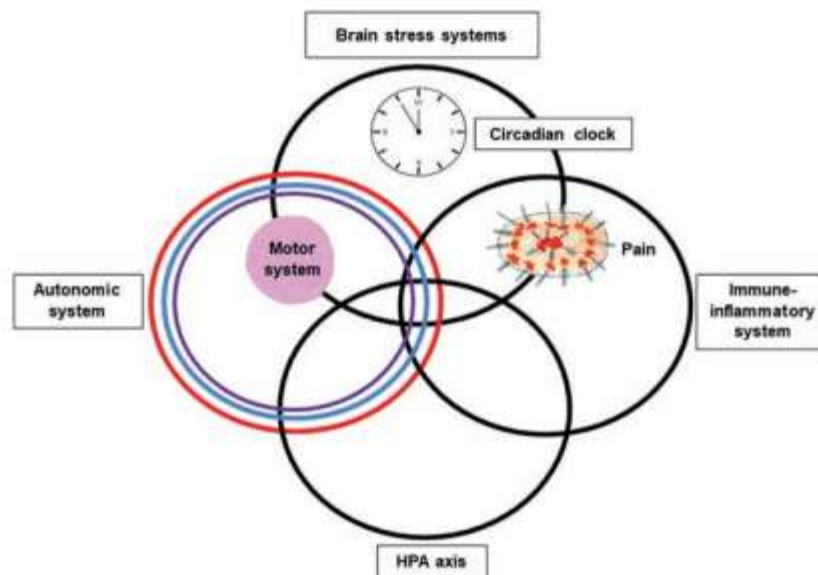
Gemensam nämnare förklaringsmodeller

”DYSREGLERAT FÖRSVARSSYSTEM”

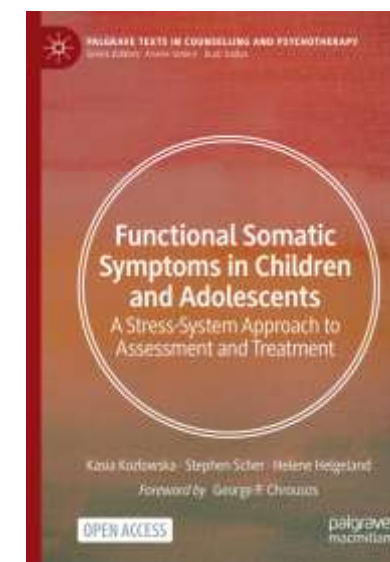


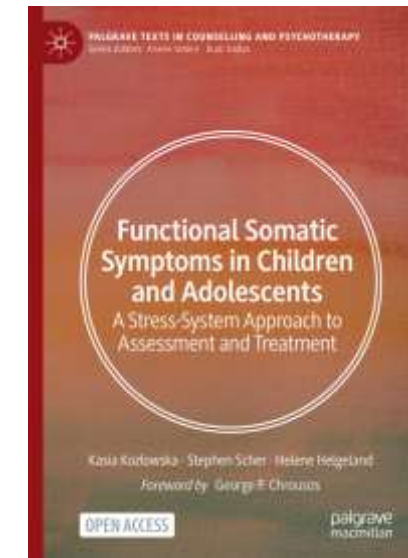
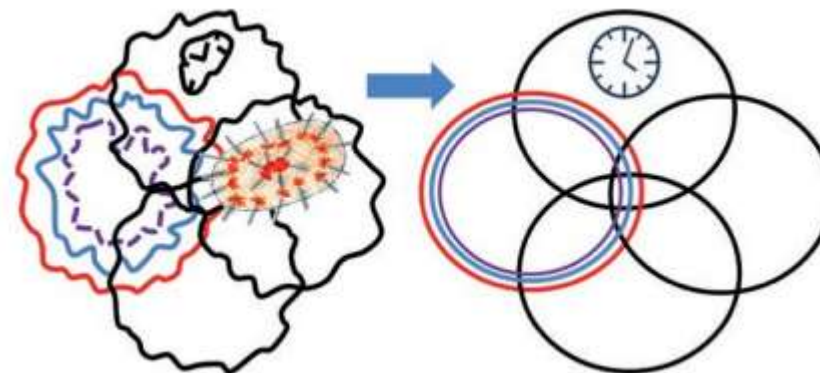
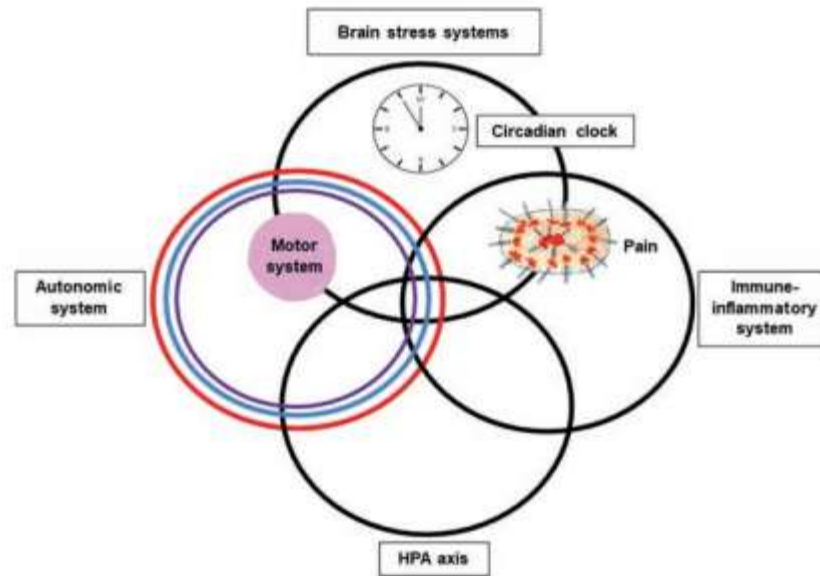






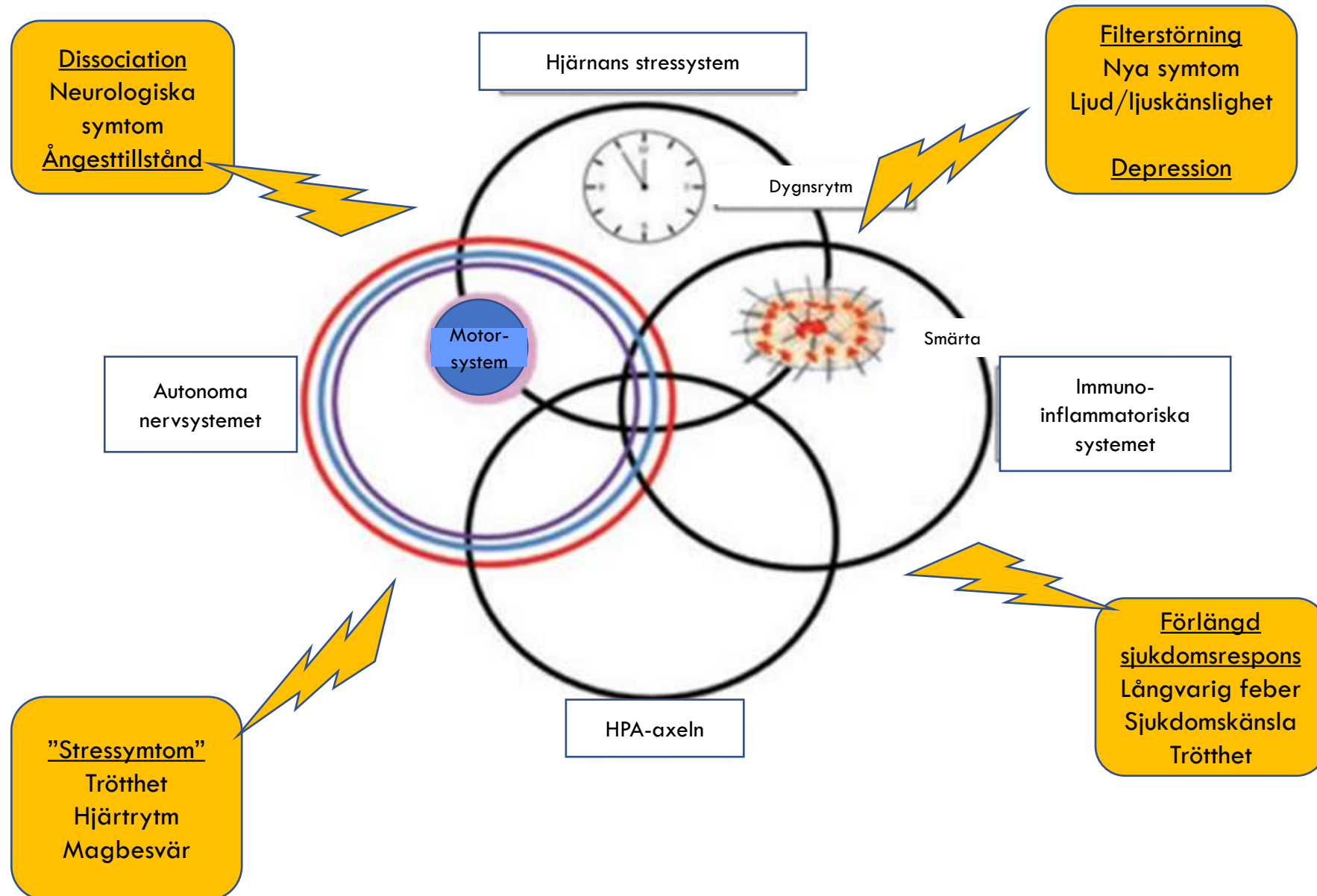
"När en eller flera av stresssystemets komponenter aktiveras för mycket, för lite, för länge eller på onormalt sätt – eller om det inte lyckas återgå till normalläge – kan funktionella symtom uppstå". (p70)

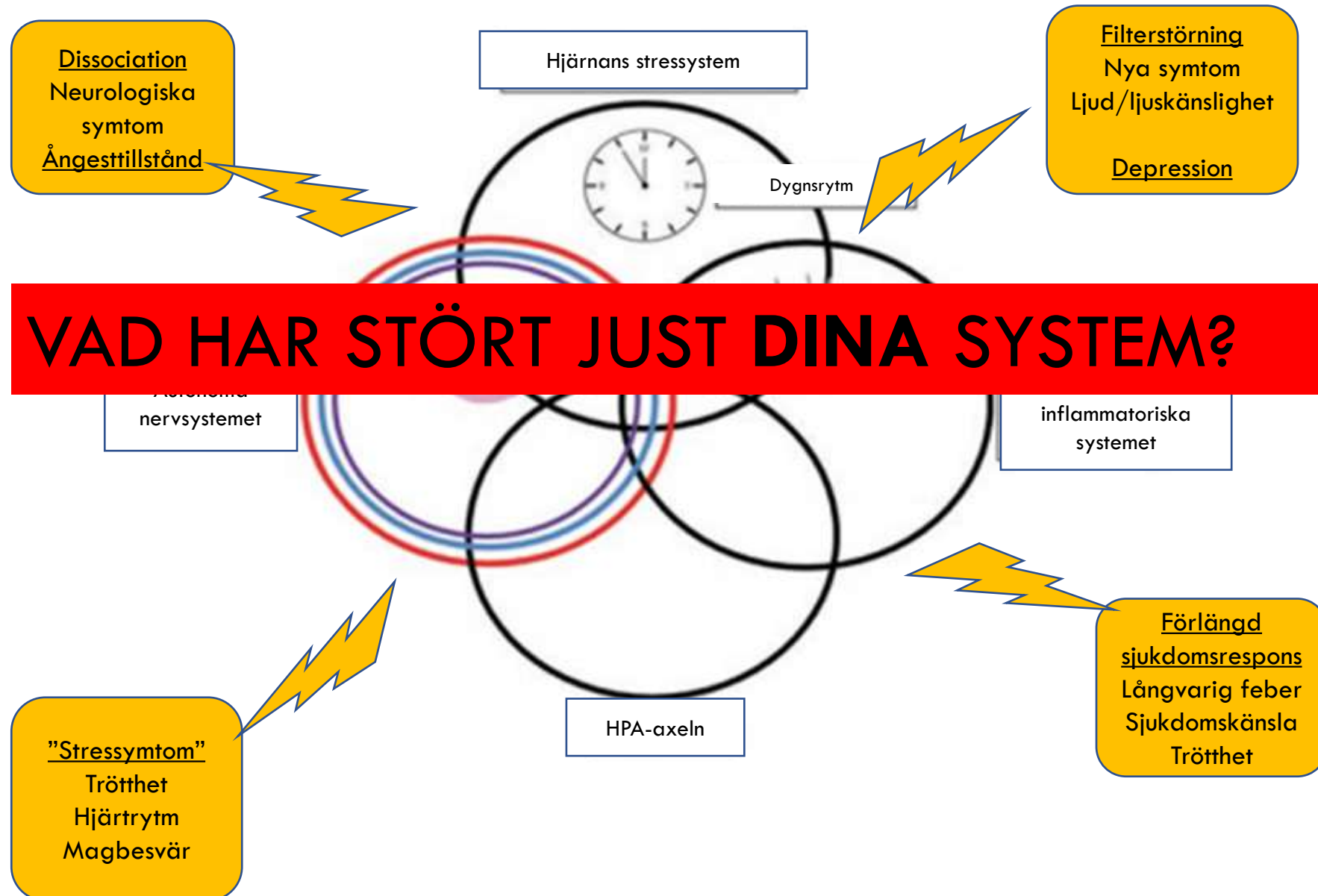




Stress-system-modellen för funktionella somatiska symtom:
Slottsfästningsmetaforen



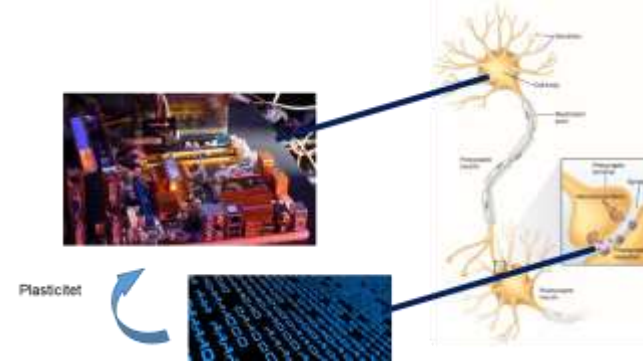




VAD HAR STÖRT JUST **DINA** SYSTEM?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

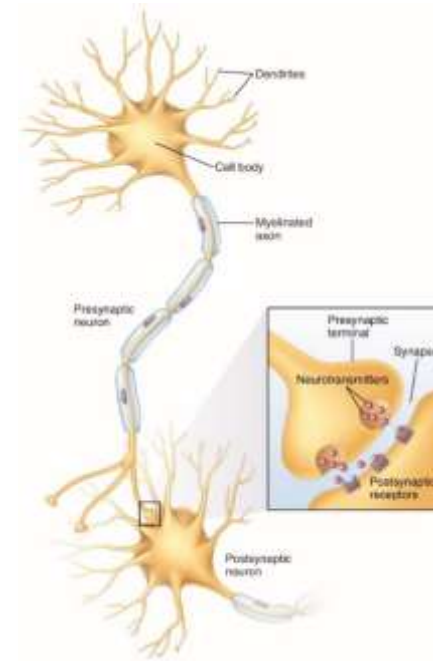
	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			



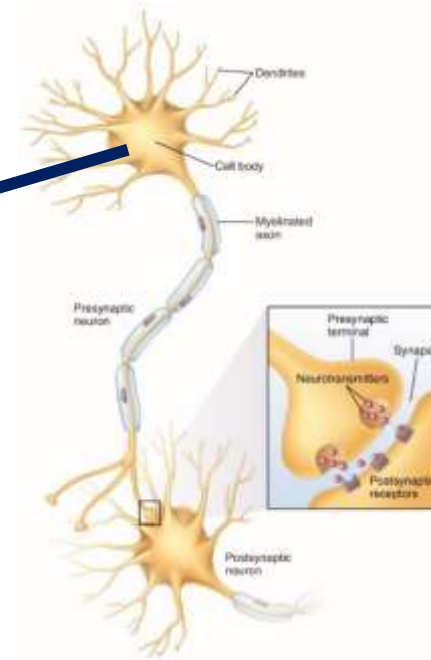
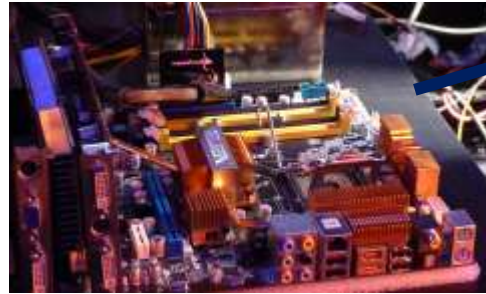
Gemensam nämnare förklaringsmodeller

Mjukvara vs hårdvara

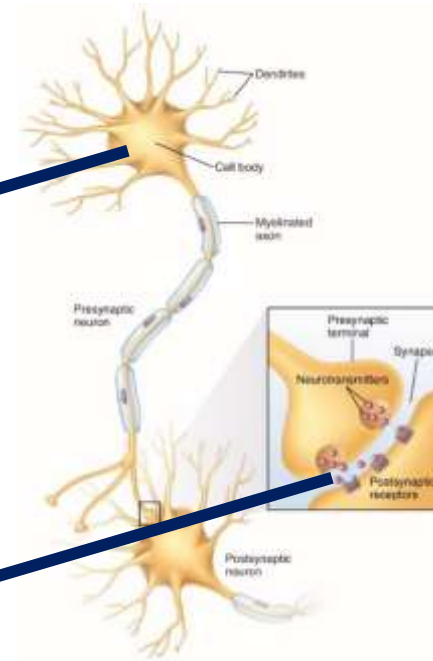
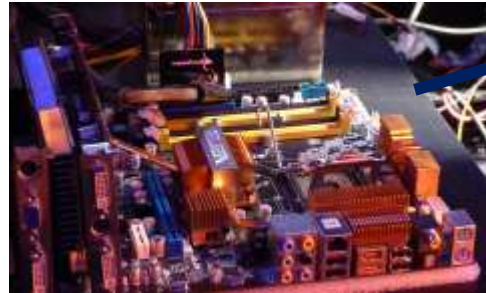
Mjukvara/Hårdvara



Mjukvara/Hårdvara



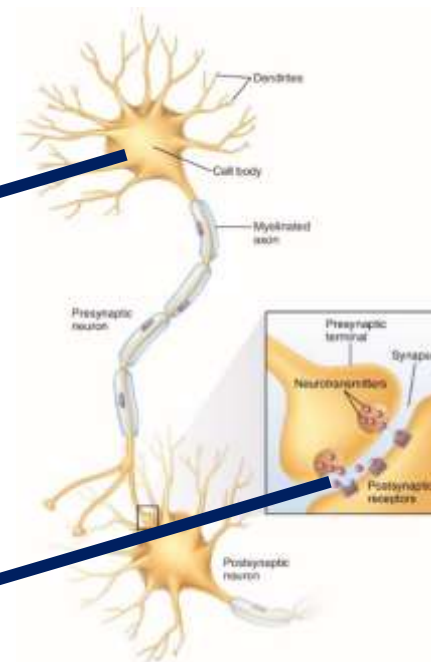
Mjukvara/Hårdvara



Mjukvara/Hårdvara



Plasticitet



NERVSYSTEMETS UPPGIFT

- Autonoma funktioner
- Motoriska funktioner
- Sensoriska funktioner
- Psykiska funktioner

Hårdvaran och mjukvaran delas mellan
alla dessa funktioner/program

Dissociation

Exempel

Funktionella anfall
Funktionell förlamning
Funktionell blindhet



Pierre Janet (1859-1947)

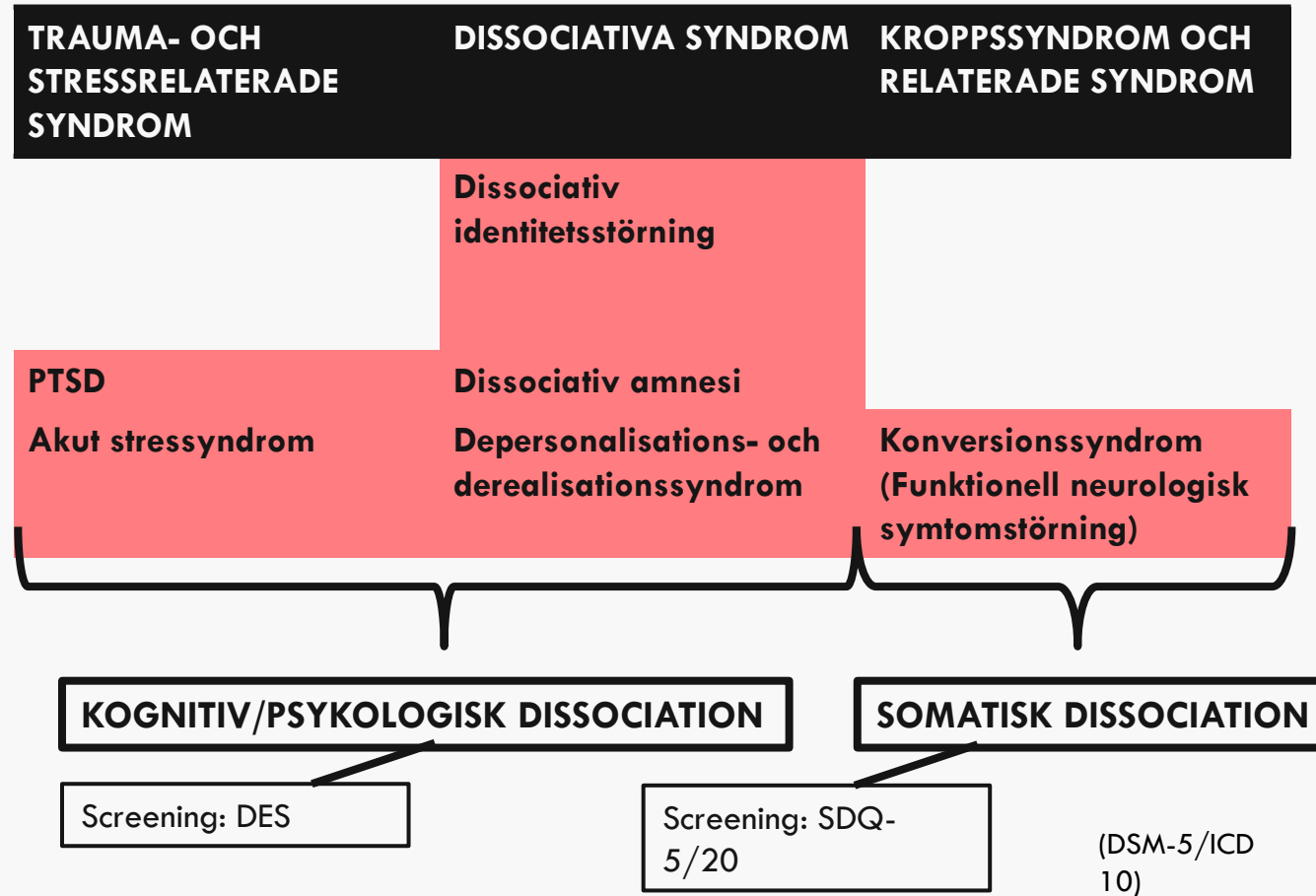


Hospital Pitié-Salpêtrière



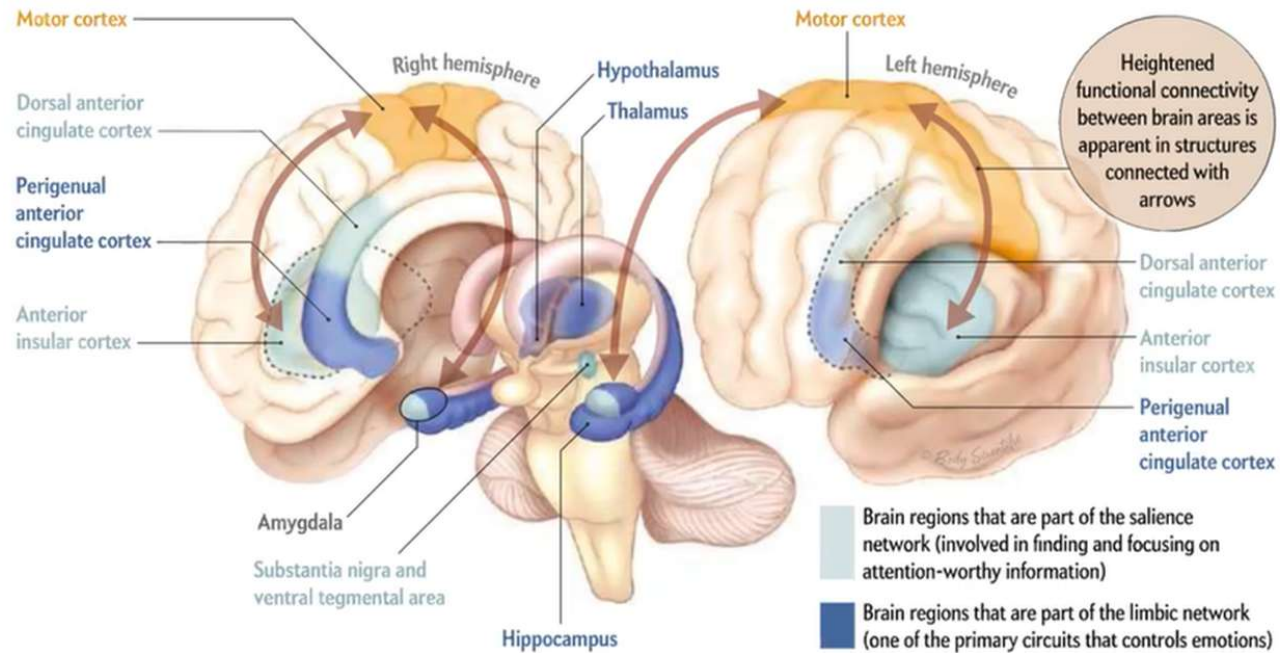
"A Clinical Lesson at the Salpêtrière"
Pierre Aristide André Brouillet.
Jean-Martin Charcot /Marie "Blanche" Wittmann

VAD PRATAR VI OM 2026?



The Brain-Body Connection

Patients with physical symptoms (such as paralysis) but no apparent injuries may have functional neurological disorder (FND). Neuroimaging has revealed subtle abnormalities in several brain regions and networks. Studies find, for example, that functional connectivity—meaning correlations in activity—is heightened between areas involved in controlling movement and regions that affect attention and emotion, as shown in the cutaway. These linkages suggest a possible mechanism for the ailment. Activity in circuits associated with a sense of agency, such as the temporoparietal junction and its connections, may also be altered.



DEFINITION: DISSOCIATION

- Ett avbrott eller diskontinuitet i de normalt integrerade funktionerna av:
 - Medvetande
 - Minne
 - Identitet
 - Känslor
 - **Perception av omgivningen**
 - **Kontroll över normalt viljemässigt styrda funktioner och beteenden**



(DSM IV/DSM-5/ICD 10, MacPhee 2013)

Dissociativt spektrum

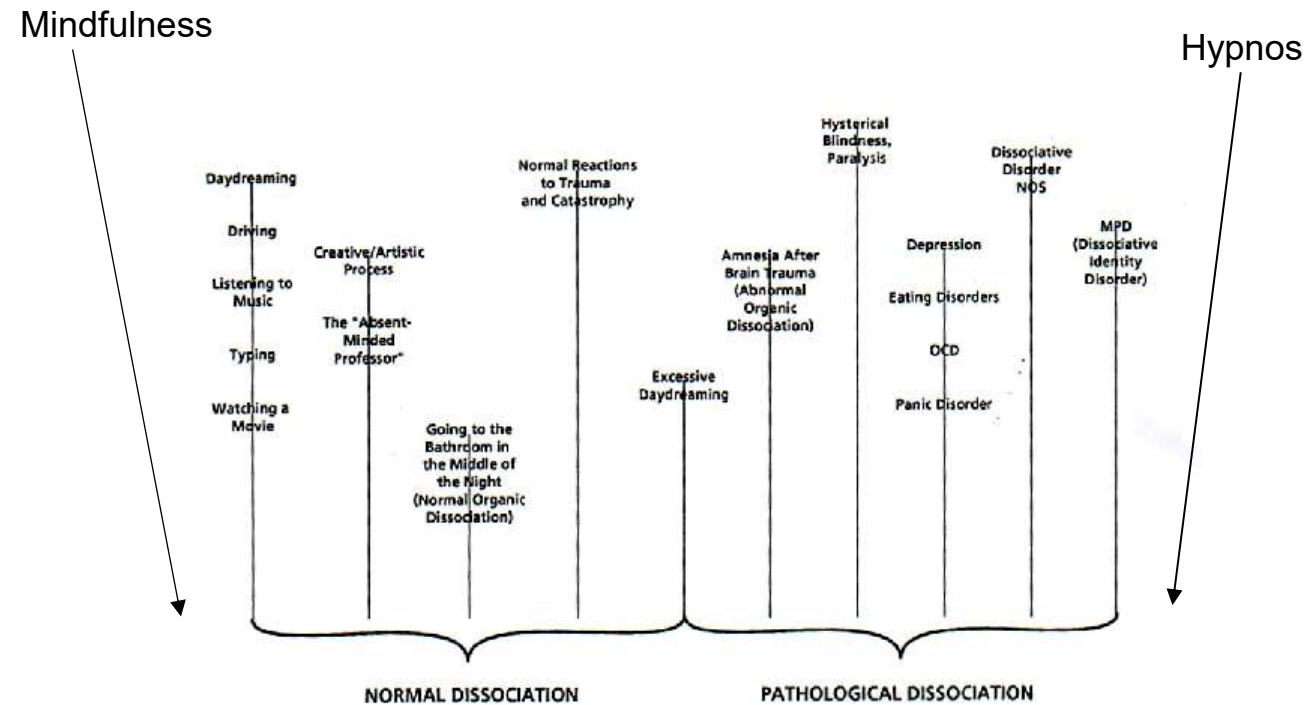
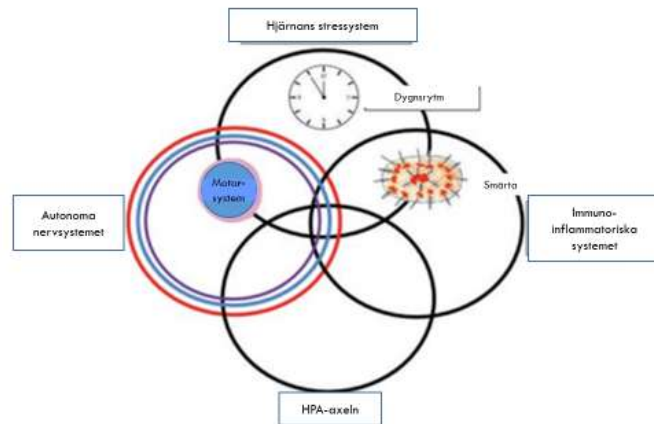


Figure 2. The Continuum of Dissociation

Phillips & Frederick,
1995

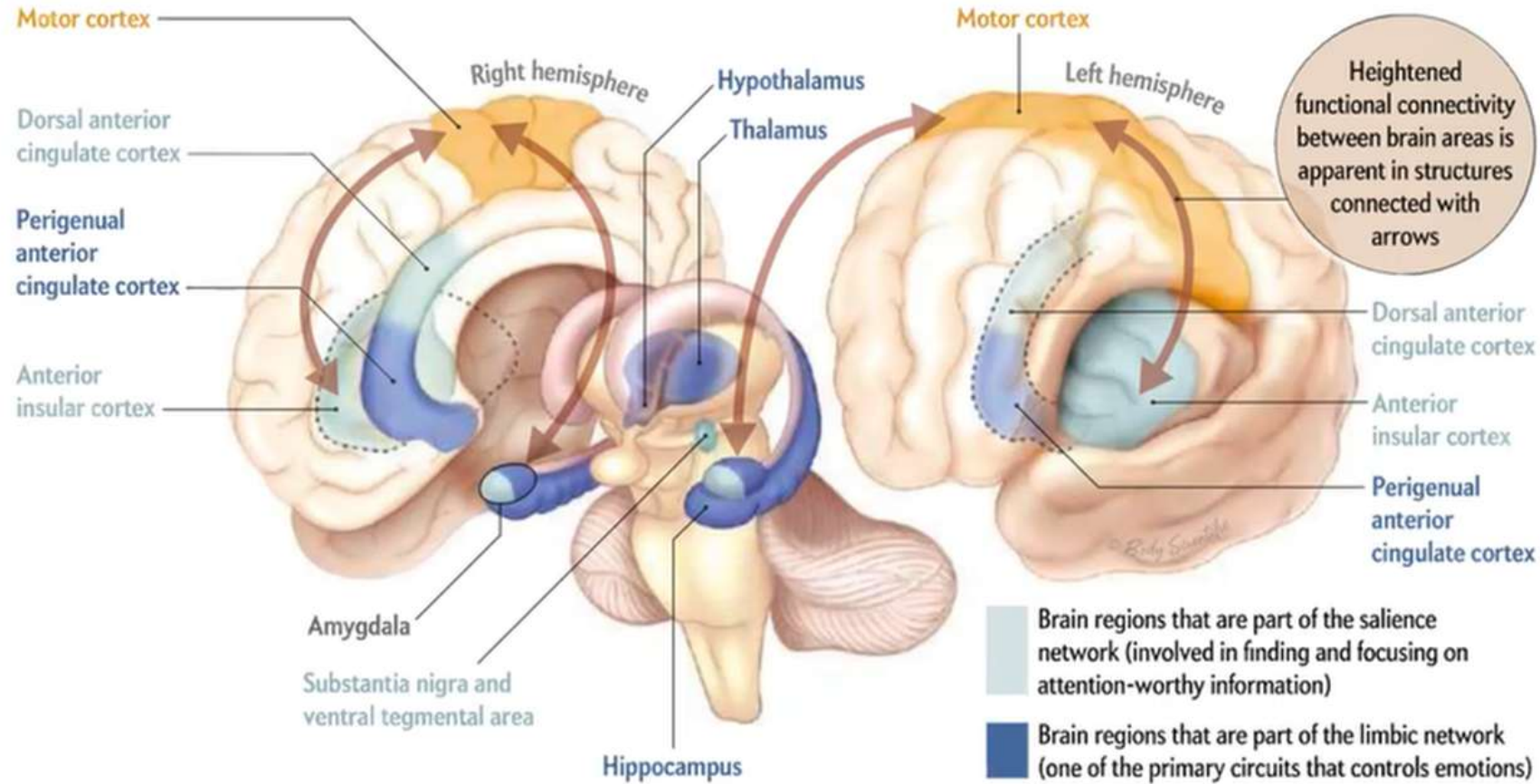
DISSOCIATION

- Stressreaktion kopplad till *freezereaktion*.
- Påverkan på kortikal modulering av affekter och arousal samt påverkad aktivering av limbiska delar (spec amygdala).



The Brain-Body Connection

Patients with physical symptoms (such as paralysis) but no apparent injuries may have functional neurological disorder (FND). Neuroimaging has revealed subtle abnormalities in several brain regions and networks. Studies find, for example, that functional connectivity—meaning correlations in activity—is heightened between areas involved in controlling movement and regions that affect attention and emotion, as shown in the cutaway. These linkages suggest a possible mechanism for the ailment. Activity in circuits associated with a sense of agency, such as the temporoparietal junction and its connections, may also be altered.



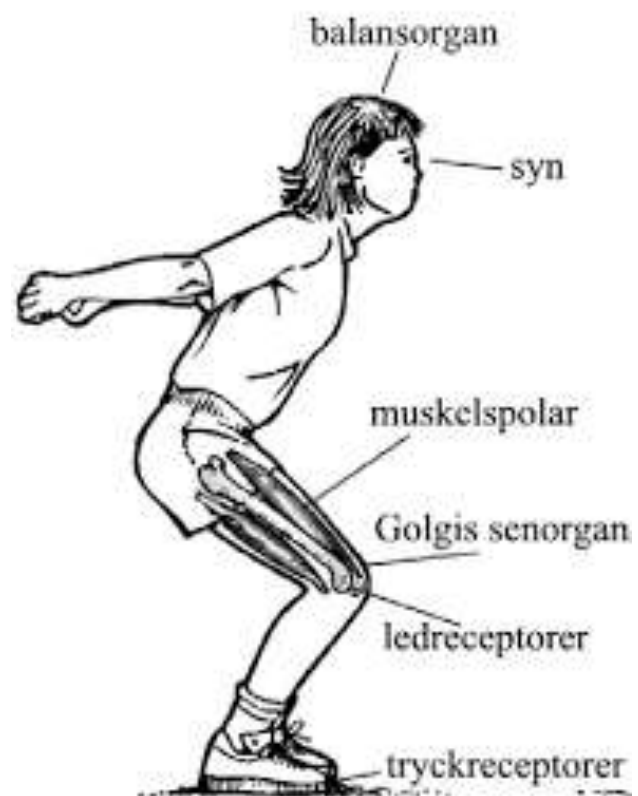
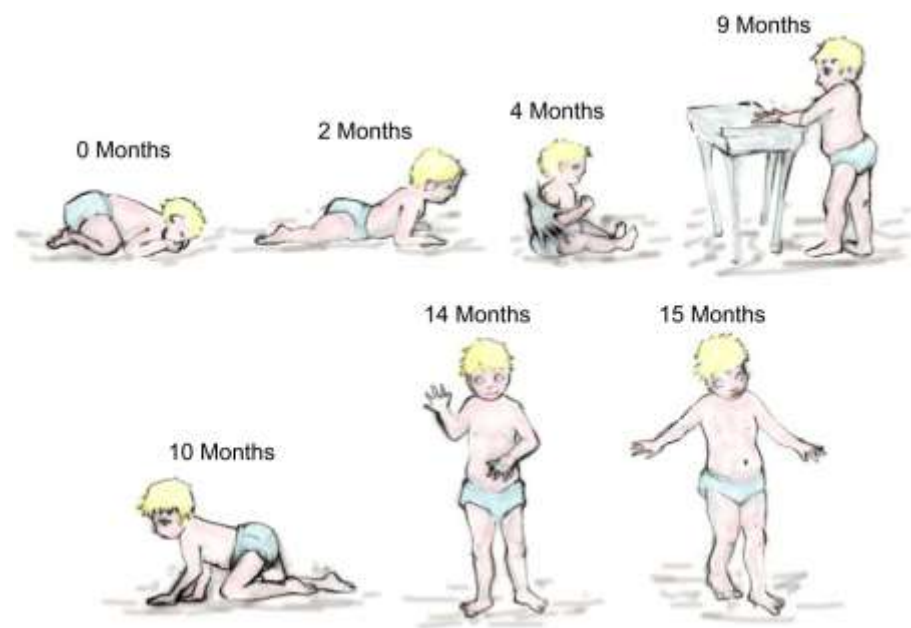
RISKFAKTORER DISSOCIATION

- Genetik
- Barndomstrauma sannolikt starkaste riskfaktorn
- Otrygg / kaotisk anknytningsstil
- Neurologiska skador
- Personlighet (coping-stil, openness)



Globus, talsvårigheter, ansiktsförlamning

FÖRÄNDRINGAR I MOTORISK KONTROLL



A. Increased trunk motor variability (e.g. loose control strategy)

B. Reduced trunk motor variability (e.g. tight control strategy)

Förväntan styr upplevelsen

Enligt hypotesen om hierarkisk prediktiv kodning skapas våra upplevelser av inre modeller som beskriver hur världen och vi själva är beskaffade, samt de signaler som når hjärnan från yttre och inre stimuli. En dynamisk process i hjärnans hierarkiska system syftar till att förstå världen på bästa möjliga sätt.

AV JOHAN JARNESTAD OCH PEDRAG PETROVIC



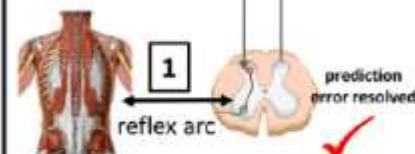
FORSKARE SKRIVER I F&F

MEDICIN & HÄLSA

PSYKIATRI + HJÄRNAN

TEXT PEDRAG PETROVIC

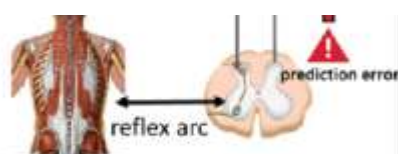
PUBLICERAD 2022-10-19



Descending predictions < or > Proprioceptive signaling
→ prediction error ≠ 0

1

Adapt movement/trunk muscle recruitment to match descending predictions through alpha-gamma coactivation (e.g. explore alternative trunk motor pattern) until prediction error = 0



Descending predictions < or > Proprioceptive signaling
→ prediction error ≠ 0

2

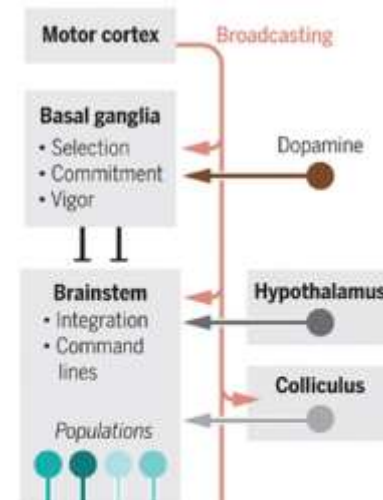
→ Adaption of movement/trunk muscle recruitment is not possible, e.g. due to limited degrees of freedom regarding trunk motor configurations
→ prediction error ≠ 0

2

Adapt predictions in M1 to reduced proprioceptive input until prediction error = 0
→ neuroplastic changes

Action choice

Circuits related to choice, motivation, and context transmit information for movement control to brainstem command lines.



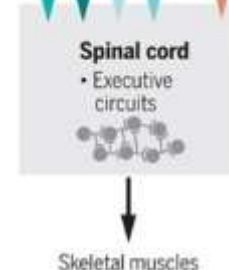
Commands

Specialized descending command lines from the brainstem activate executive circuits in the spinal cord.

High-speed locomotion
Forelimb movement
Bladder contraction
Behavioral arrest

Execution

Executive circuits in the spinal cord control muscles that govern body movements.





shutterstock.com · 1859925916

Ljudkänslighet, tinnitus, yrsel

FÖRÄNDRINGAR I KROPPSUPPFATTNING



Somatosensorisk amplifiering: Upprepat fokus på svaga eller sällan förekommande förnimmelser och att tolka dem som onormala, patologiska och tydande på sjukdom leder till att *Upplevelsen förstärks!*

(Mycket vanligt vid sjukdomsångest.)

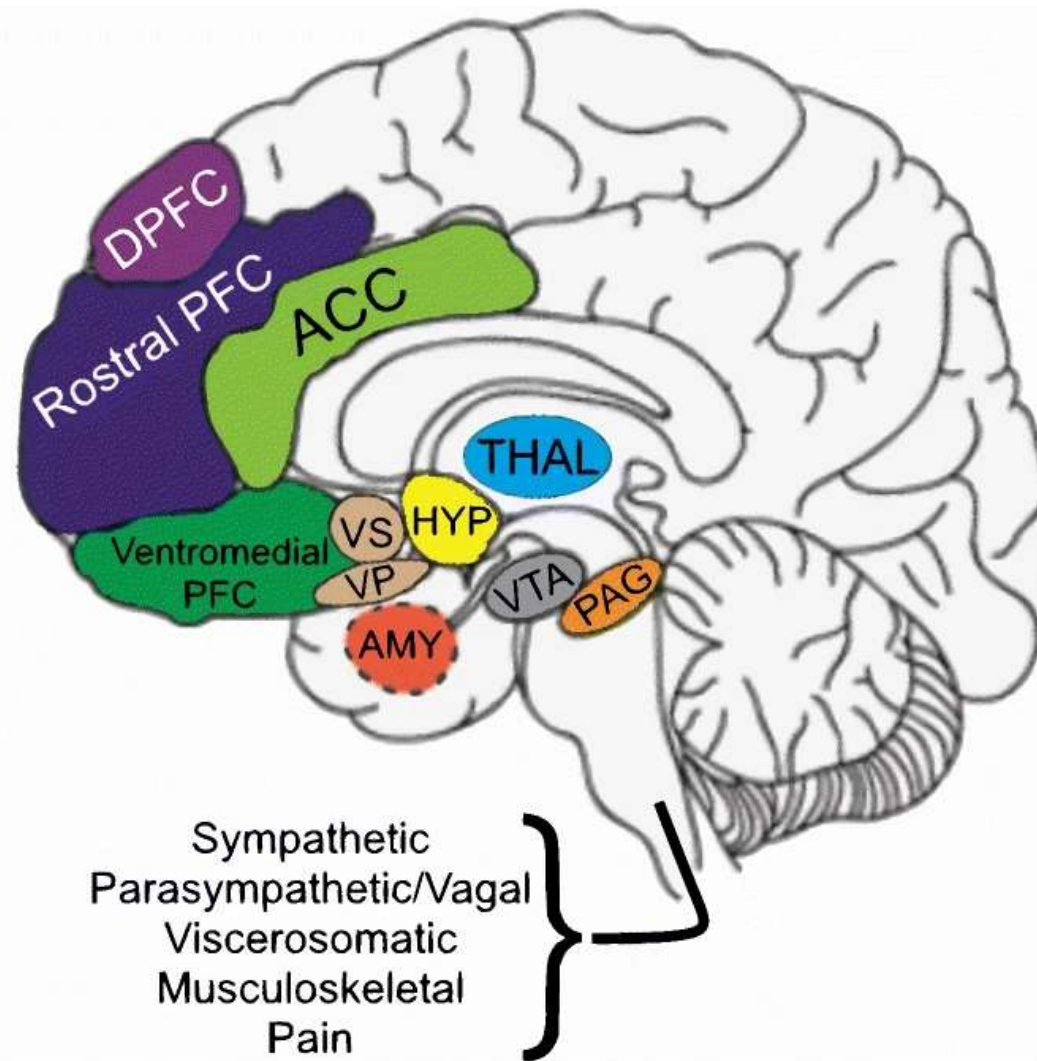
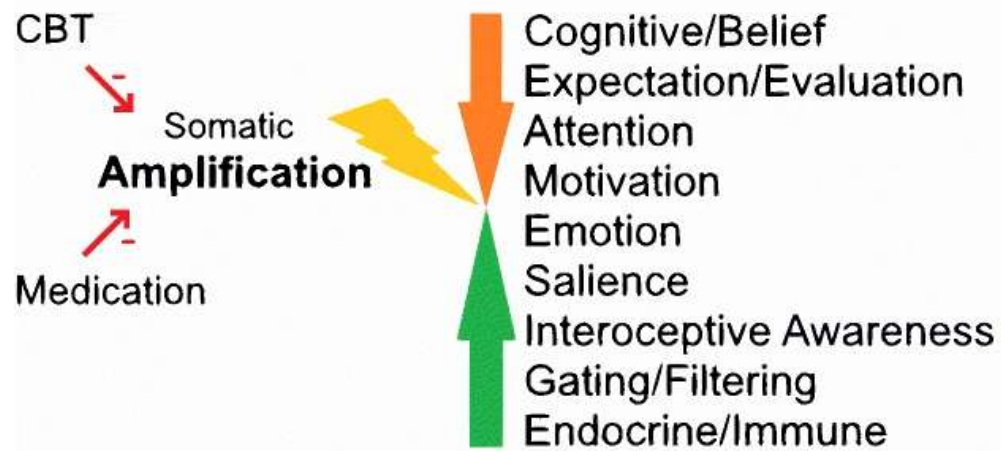
Uppmärksamhetens betydelse



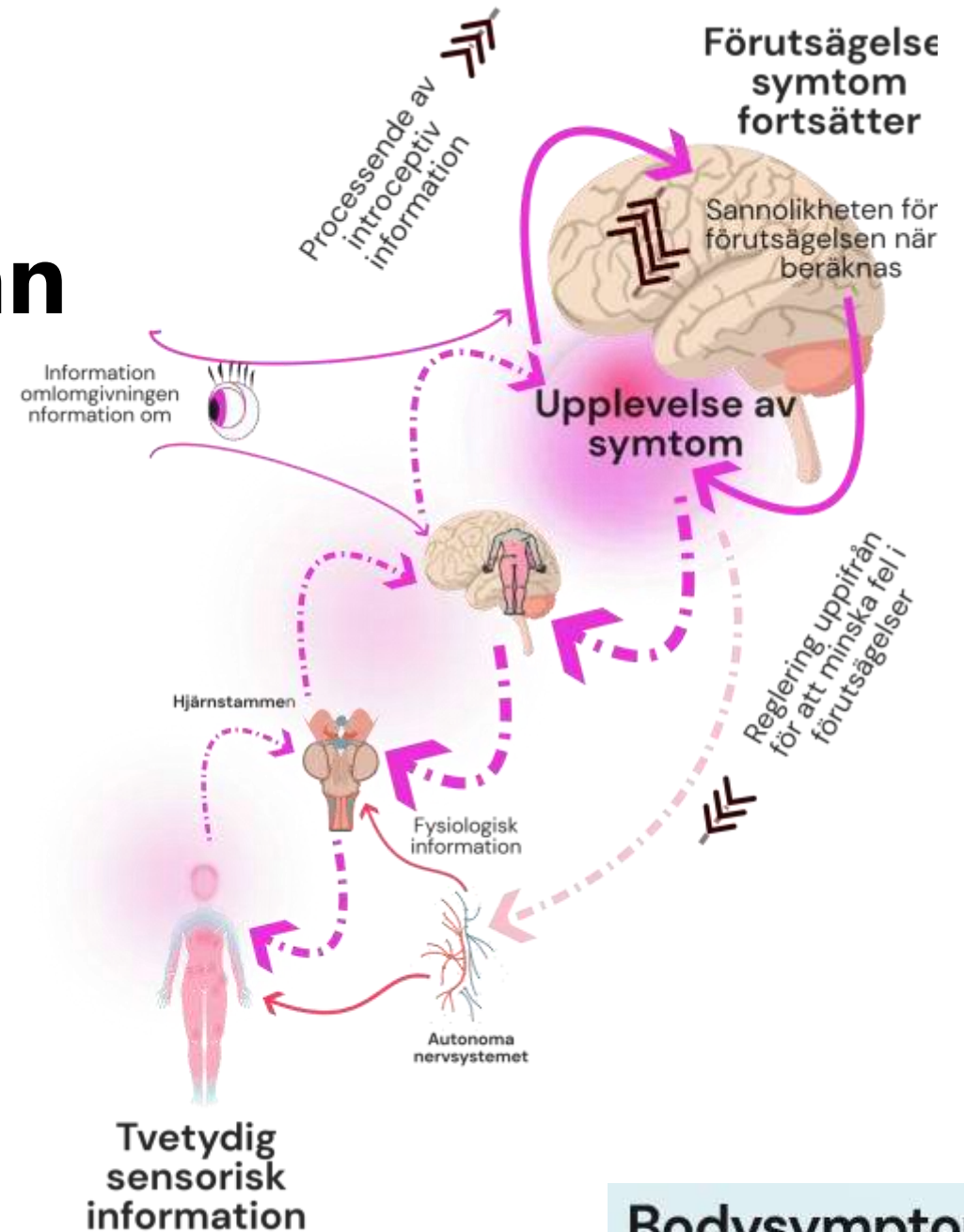
Alla funktionella tillstånd är kopplade till
**Ökat fokus på inre signaler och
"symtom"**

*Det har att göra med vår hjärnas
filterfunktioner att göra.*

Om **vi i sjukvården** har
ett stort fokus på
symtom kommer vi att
förstärka dem!



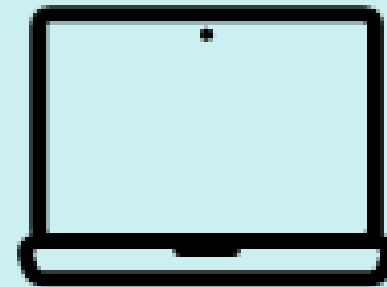
Den förutsägande hjärnan



Body symptoms.

Glitch i mjukvaran

Det skulle gå att likna din kropp vid en dator. Hårdvaran – alltså kroppen – är intakt, men det har blivit en glitch i mjukvaran.



Olika språk

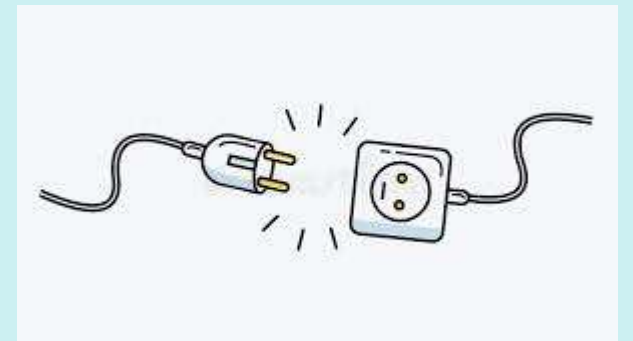
Det är som att hjärnan och kroppen pratar olika språk just nu – vi ska hjälpa dem att börja förstå varandra igen.



Kopplingarna funkar inte

Signaler från vissa områden i din hjärna når inte fram dit de ska – det gör att du inte kan utföra det som du vill kunna göra.

Vi ska försöka hjälpa dig att få tillbaka kopplingen.



Filtermodellen

Vi har som ett filter i hjärnan som hjälper oss att sortera intryck som inte är viktiga. Vid stress, oro eller osäkerhet kan detta filter bli glesare, vilket gör att vi uppfattar fler kroppsliga signaler än vanligt. Det betyder inte att något är fel i kroppen, eller i hjärnan, utan enbart att fler signaler når hjärnan och att signalerna tolkas annorlunda.



Brandlarmet och brödrosten

Det är som när ett brandlarm går igång för att någon rostat ett bröd. Det finns en signal som brandvarnaren reagerar på. Signalen är så pass liten att brandvarnaren egentligen inte hade behövt reagera på den, men brandvarnaren reagerar som att det brinner.



Volymratten

Volymen på kroppens signaler är uppvriden, vilket gör att signalerna upplevs och uppmärksammas mer än de hade behövts. Signalerna är verkliga, men volymreglaget är uppvridet så mycket att signalerna blir mer högljudda än de hade behövt.



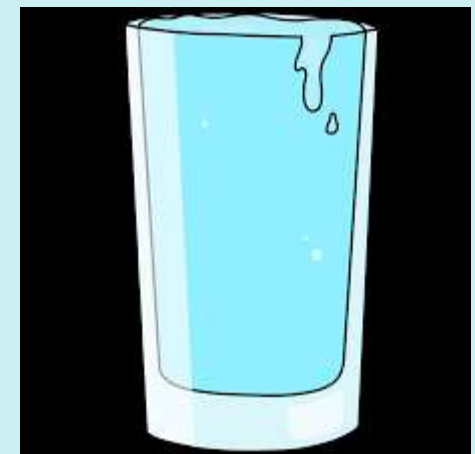
Stressrespons

*Vid ett funktionellt tillstånd är kroppen i ett slags stresstillstånd.
Många funktionella symtom liknar de normala kroppsliga
reaktionerna som vi får vid stress.*



Bägaren rinner över

Tänk dig att varje människa har en inre bägare som fylls med olika typer av belastning. För många är bägaren lagom stor och har en viss marginal innan den blir full. Men för vissa, särskilt vid ökad sårbarhet eller långvarig stress, kan bägaren vara mindre eller redan nästan full. När fler belastningar tillkommer kan bägaren rinna över, och kroppen signalerar med symtom.



Kroppen har gått i baklås

Det är som att kroppen har gått i baklås och vi behöver hjälpas åt att låsa upp den lite i taget.



Hotfokuseringsmodellen

Vi är skapta för att uppmärksamma saker som kan vara hotfulla. När hjärnan inte vet om ett symptom är farligt eller inte så fokuserar den på symtomet och kan ha svårt att tänka på annat. När vi kan konstatera att symtomet inte är farligt så kan hjärnan släppa fokus och återgå till att uppmärksamma det du vill fokusera på.



Konsertmetaforen

*Efter en konsert kan det ringa i öronen även när musiken har tystnat.
Kroppen kan fortsätta skicka signaler även efter att det som utlöste
dem är borta.*



Slottsfästningsmetaforen

Kroppens anpassningssystem har blivit så vaksamma och försöker skydda dig så mycket att de signalerar till dig hela tiden – även för saker som är helt ofarliga.



Snöbollen

När något av kroppens anpassningssystem har börjat fungera dåligt drar det gärna med sig de andra systemen och blir som en snöboll som blir större och större. På samma sätt kan flera system återställas när ett av systemen börjar fungera bättre.



Hjärnans karta

Hjärnan har som en karta över kroppen så att den ska förstå var saker händer. Ibland blir det fel i hjärnans uppdatering av kartan så att den uppfattar fel. Den kan till och med göra så att vi tror att vi har en del av kroppen som vi inte har, eller att vi inte har en del av kroppen som vi faktiskt har. Eller att en del av kroppen fortfarande är skadad fast den redan läkt. Vi kan hjälpa hjärnan att få en bättre karta genom att lära om.



Pusslet

Att förstå symtomen är som att lägga pussel. Vissa har pussel med många små bitar, andra har några få stora. Precis som med ett pussel så kan man ofta se vad pusslet föreställer utan att alla bitar är på plats. Och ibland måste vi lära oss att leva ett gott liv med ett pussel som saknar bitar.



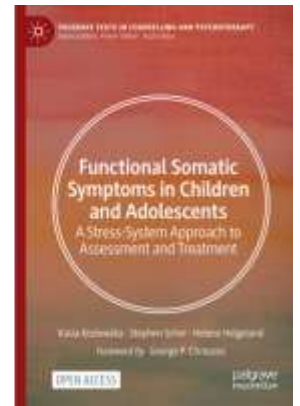
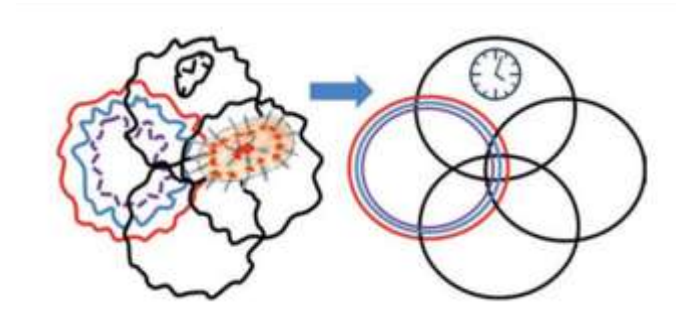


Hur hittar vi rätt interventioner?

- Personcentrerat
- Anpassat efter situation och tidsram

Interventioner

1. Body/Kroppsliga – ”Bottom-up”
2. Mind/Psykologiska – ”Top-down”
3. Familjen/systemet



REHABILITERINGSPRINCIPER VID FUNKTIONELLA TILLSTÅND

1. Biopsykosocial sjukdomsmodell
2. Återträning av anpassningssystem
3. Börja med det kroppsliga
4. Zonmodell
5. Trappstegsmodell



Effektiva metoder vid rehabilitering av Funktionella tillstånd

1. Trygg förklaringsmodell som tillåter förbättring
2. Justera belastning på anpassningssystem (öka eller minska)
3. Återträna normala rörelsemönster
4. Tillbaka i socialt sammanhang

TIPS:

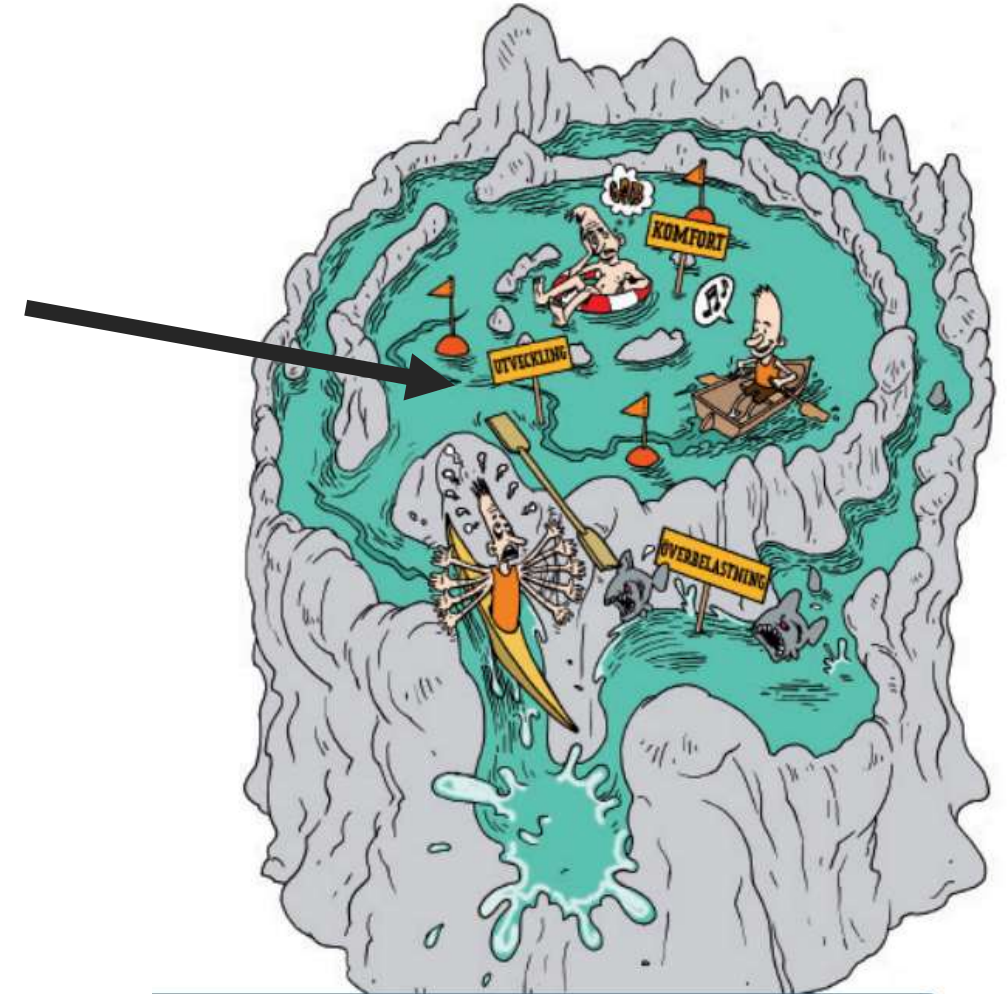
- Upplevelsebaserat
- Gradering
- "Lång trappa"
- Förbered på "bakslag"
- Avledda aktiviteter
- Koppla tillbaka det du ser

När vi kör fast/
återkommande
patienter

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

Zonmodell

- Vi är ute efter att hitta utvecklingszonen
- För att göra det kan vi inte helt undvika överbelastning

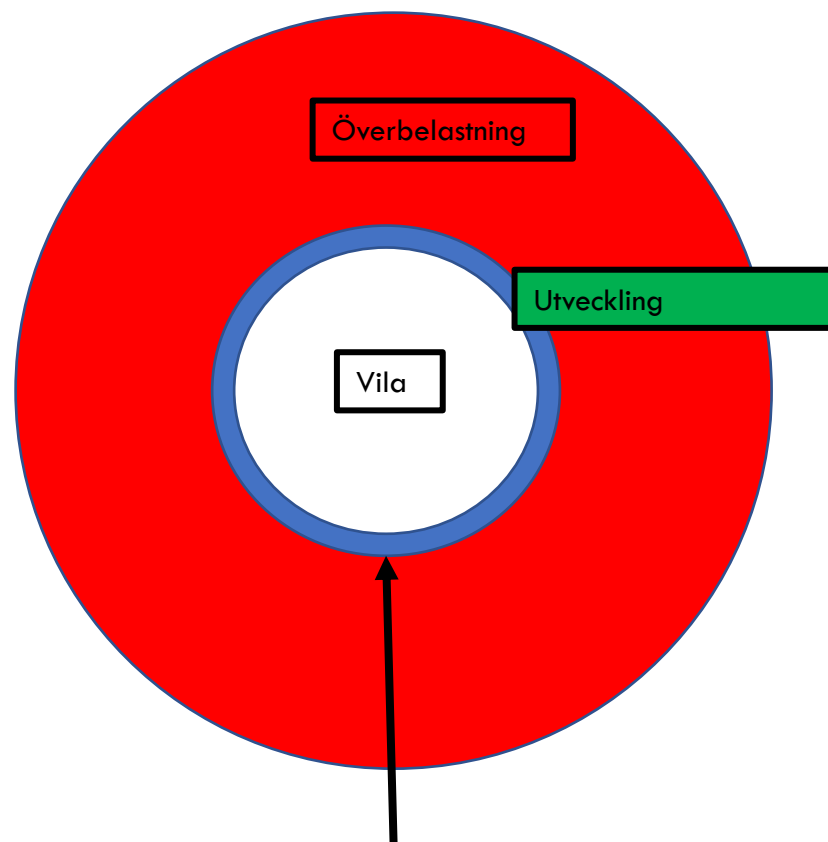


KOMFORT-UTVECKLING-ÖVERBELASTNING

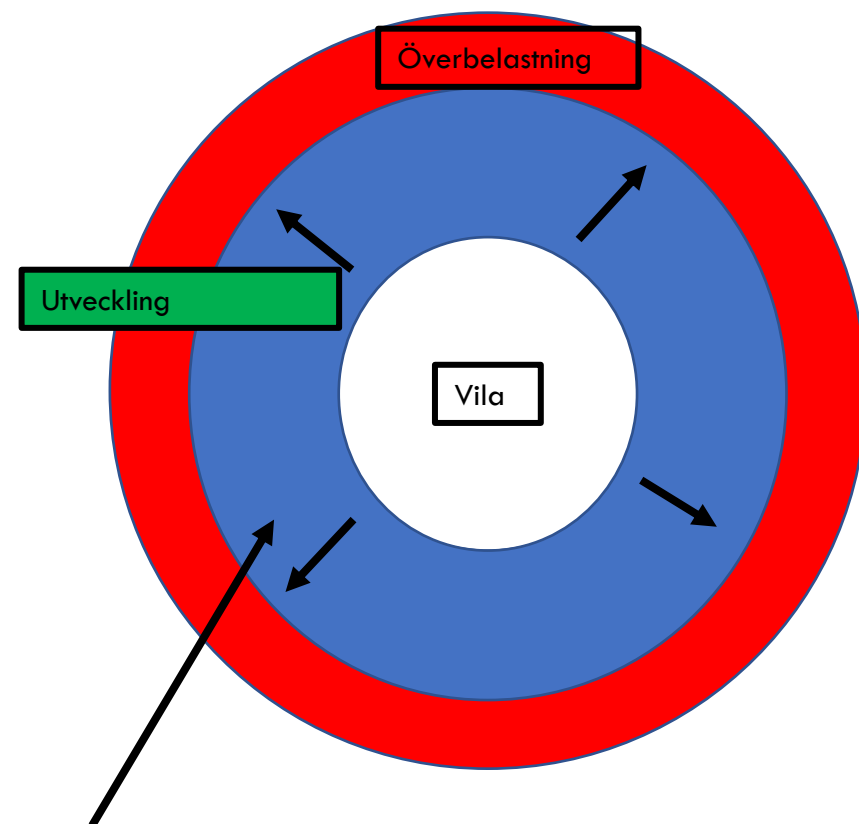
Konsten är att söka utmaning utan att bli överbelastad.

Och utan att stå still.

Zonmodell

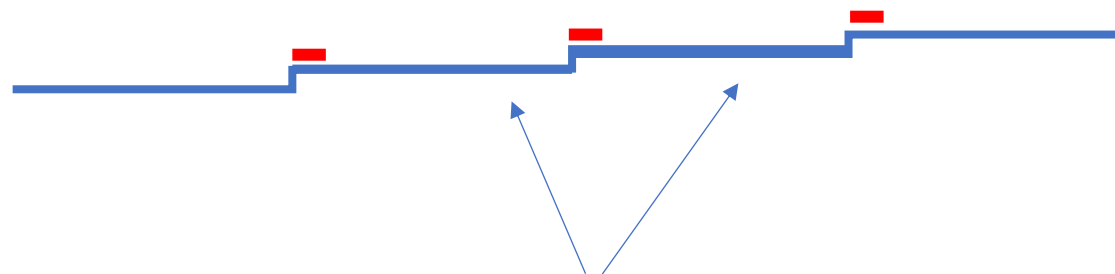
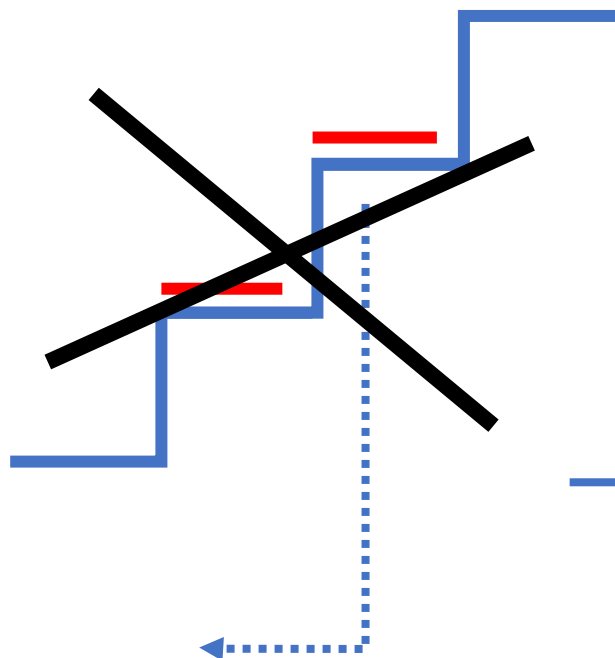
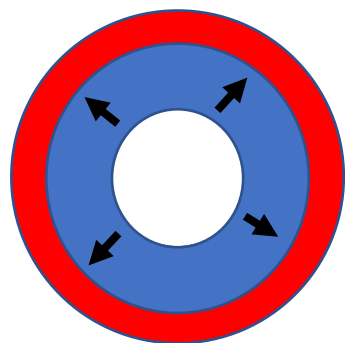


Problemet när man varit sjuk länge är att utvecklingszonen är så smal – det är därför man får symptom så fort man gör något. Den behöver vidgas.



För att vidga utvecklingszonen måste man hitta en **trappstegsmodell**

Trappstegsmodell



Här sker ökning av uthållighet
(Och här tappar många
tålamodet)

KROPPSLIGA INTERVENTIONER

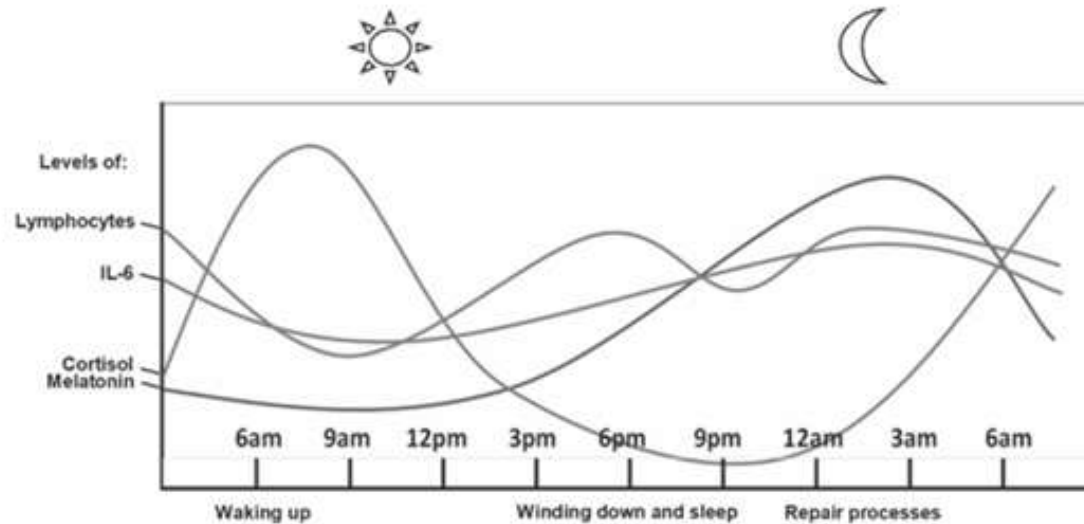


KROPPSLIGA INTERVENTIONER

- Stabilisera sömn och den cirkadiska klockan
- Body map
- Somatic Tracking
- Kroppsscanning
- Andningsinterventioner
- Grundningsinterventioner
- Muskelspänning/avspänning
- Kroppsfokuserad mindfulness
- Regelbunden träning
- Fysioterapi/Arbetsterapi
- Triggerpunkter/releaseterapi
- Läkemedelsbehandlingar
- EMDR



BÖRJA MED: Återställa cirkadiska rytmer



Kasia Kozłowska
2019



Kasia Kozłowska
2019

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI



Arbetsterapi

Tack till Clare Nicholson, arbetsterapeut och klinisk specialist, från The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London för det bidrag till denna hem sida. Clare förklarar hur hon använder arbetsterapi i multidisciplinär behandling för patienter med funktionella neurologiska symtom (uppdaterad januari 2020). I juli 2020 ledde Clare publikationen av en konsensusrekommendation för arbetsterapeuter i *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. Du kan ladda ner artikeln [här](#).

Vad är arbetsterapi?

Det främsta målet med arbetsterapi är att möjliggöra delaktighet i dagliga livet så att personer kan utföra vad de behöver och vill göra. "Arbete" i arbetsterapi handlar inte bara om det betalda arbetet man utför på sitt jobb, utan även alla övriga aktiviteter som innefattas i en dag. Exempelvis att duscha, klä på sig, förbereda en måltid, hushållsarbete, ta hand om barn, fritidsaktiviteter, shopping, åka kollektivt eller bil etc. Arbetsterapeuter kan hjälpa personer med nedsatt funktionsförmåga (på ett liknande sätt som fysioterapeuter), men de kan även finnas behjälpliga vid symtom såsom trötthet, smärta, funktionella anfäll, och nedsatt kognitiv förmåga exempelvis. Arbetsterapeuter jobbar med personer som har FNS för att kartlägga symtomens påverkan på utförandet av dagliga aktiviteter. Behandlingen baseras på de mål som personen med FNS formulerar tillsammans med terapeuten. Personen med FNS arbetar sedan tillsammans med arbetsterapeuten för att utveckla strategier för att kunna delta i aktivitet, förbättra förmåga till utförande, självständighet och självförtroende.

Att sätta mål

Supplemental material

BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s)

J Neurol Neurosurg Psychiatry

Occasional essay

Occupational Therapy Consensus Recommendations for Functional Neurological Disorder (Long Version)

Clare Nicholson,¹ Mark J Edwards,² Alan Carson,³ Paula Gardiner,⁴ Dawn Golder,⁵ Kate Hayward,¹ Susan Humblestone,⁶ Helen Jinadu,⁷ Carrie Lumsden,⁸ Julie MacLean,⁹ Lynne Main,¹⁰ Lindsey McGregor,¹¹ Glenn Nielsen,² Louise Oakley,¹² Jason Price,¹³ Jessica Ranford,⁹ Jasbir Ranu,¹ Ed Sum,¹⁴ Jon Stone³

ABSTRACT

Background People with functional neurological disorder (FND) are commonly seen by occupational therapists; however, there are limited descriptions in the literature about the type of interventions that are likely to be helpful. This document aims to address this issue by providing consensus recommendations for occupational therapy assessment and intervention.

Methods The recommendations were developed in 4 stages. Stage 1: an invitation was sent to occupational therapists with expertise in FND in different countries to complete two surveys exploring their opinions regarding best practice for assessment and interventions for FND. Stage 2: a face to face meeting of multidisciplinary clinical experts in FND discussed and debated the data from stage 1, aiming to achieve consensus on each issue. Stage 3: recommendations based on the meeting were drafted. Stage 4: successive drafts of recommendations were circulated among the multidisciplinary group until consensus was achieved.

Results We recommend that occupational therapy treatment for FND is based on a biopsychosocial aetiological framework. Education, rehabilitation within functional activity and the use of taught self-management strategies are central to occupational therapy intervention for FND. Several aspects of occupational therapy for FND are distinct from therapy for other neurological conditions. Examples to illustrate the recommendations are included within this document.

Conclusions Occupational therapists have an integral role in the multidisciplinary management of people with FND. This document forms a starting point for research aiming to develop evidence-based occupational therapy interventions for people with FND.

INTRODUCTION

Occupational therapists (OTs) assist people with physical and mental health difficulties across the lifespan to enable participation in daily activities. OTs are dually trained in physical and mental health rehabilitation. This skill set combined with a focus on function rather than impairment makes OTs ideally suited to help people with functional neurological disorder (FND).

FND is characterised by symptoms of altered voluntary motor or sensory function with clinical findings providing evidence of incompatibility

and seizure-like events (commonly known as dissociative seizures or non-epileptic seizures). Fatigue and persistent pain are also commonly experienced as part of the disorder. Symptoms can present acutely and resolve quickly or can be long lasting. Regardless of duration, those affected frequently experience high levels of distress, disability, unemployment, social care utilisation and reduced quality of life.² The stigma associated with FND contributes to the burden of the diagnosis.³

Occupational therapy (OT) is generally recognised as an integral part of multidisciplinary rehabilitation for people with FND. As a therapy, it has face validity for FND; however, there is little published evidence to support its efficacy, and there are few published descriptions of interventions to guide practice.⁴⁻⁹ Given that FND differs in a number of important ways from other neurological conditions, typical OT neurorehabilitation strategies may not be directly translatable to people with FND and a more specific approach may be required.

The current evidence base for OT in FND rehabilitation is limited to several studies of multidisciplinary rehabilitation,⁶⁻⁹ including one with a randomised design.¹⁰ The interventions delivered by OTs in these studies are described only briefly; they include: retraining normal movement within function, graded reintroduction to daily activities, anxiety management and the re-establishment of structure and routine. Outcomes from these studies are promising, reporting improvement in scales of physical function and quality of life, immediately after treatment and at follow up periods of 12 to 25 months.^{7-9,11} High levels of patient acceptability have been shown in at least one study that identified that OT compared favourably with other treatments.⁹ Evidence from randomised control trials is needed to demonstrate effectiveness of the specific rehabilitation interventions described in these studies.

In summary, OT is recognised as part of MDT intervention for FND; however, there is a limited evidence base, and the role of OT within the MDT is not well defined. With this paper, we aim to develop a broad set of consensus recommendations to guide OT practice for people with FND across the range of clinical settings (hospital, rehabilitation ward and community) and time following symptom onset (acute to chronic). These recommendations come

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Ms Clare Nicholson
Therapy Services, University
College London Hospitals NHS
Foundation Trust, National
Hospital for Neurology and
Neurosurgery, London, WC1E
6BT, UK;
clare.nicholson@nhs.uk

 Check for updates

To cite: Nicholson C,
Edwards M J, Carson A, et al.

Fysioterapi / Träning

Sedan ungefär 2012 finns det allt mer evidens för att fysioterapi har en viktig roll vid behandling av FNS, särskilt för personer med rörelserubbningar eller svaghet.

Personer med FNS har väldigt ofta trötthet, svaghet eller smärta som de märker bli värre vid träning.

För många patienter är problemet inte så mycket att de inte är aktiva, utan att aktiviteten de utövar blir väldigt ojämn. De dagar man känner sig pigg försöker man hinna ikapp allt man inte kunde göra de dagar man mådde sämre, men senare samma dag eller nästa dag mår man dåligt igen.



► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2014-309255>).

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to Glenn Nielsen, Sobell Department of Motor Neuroscience & Movement Disorders, UCL Institute of Neurology, Box 146, Queen Square, London WC1N 3GB, UK; g.nielsen@ucl.ac.uk

Received 19 August 2014
Revised 15 October 2014
Accepted 13 November 2014
Published Online First 28 November 2014

Neuropsychiatry

VIEWPOINT

Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation

Glenn Nielsen,^{1,2} Jon Stone,³ Audrey Matthews,⁴ Melanie Brown,⁴ Chris Sparkes,⁵ Ross Farmer,⁶ Lindsay Masterton,⁷ Linsey Duncan,⁷ Alisa Winters,³ Laura Daniell,³ Carrie Lumsden,⁷ Alan Carson,⁸ Anthony S David,^{9,10} Mark Edwards¹

ABSTRACT

Background Patients with functional motor disorder (FMD) including weakness and paralysis are commonly referred to physiotherapists. There is growing evidence that physiotherapy is an effective treatment, but the existing literature has limited explanations of what physiotherapy should consist of and there are insufficient data to produce evidence-based guidelines. We aim to address this issue by presenting recommendations for physiotherapy treatment.

Methods A meeting was held between physiotherapists, neurologists and neuropsychiatrists, all with extensive experience in treating FMD. A set of consensus recommendations were produced based on existing evidence and experience.

Results We recommend that physiotherapy treatment is based on a biopsychosocial aetiological framework. Treatment should address illness beliefs, self-directed attention and abnormal habitual movement patterns through a process of education, movement retraining and self-management strategies within a positive and non-judgemental context. We provide specific examples

as a group of geographically diverse and multidisciplinary health professionals to create recommendations for the content of physiotherapy for FMD to act as a guide for others and to form the basis of further treatment studies.

We use the term FMD to denote symptoms such as weakness, paralysis, tremor and dystonia that are not caused by a standard neurological disease. FMDs are among the most common reasons for people to seek neurological advice.⁴ They are associated with high levels of disability and distress, prognosis is considered poor and the financial burden is high.⁵⁻⁷

In a recent survey of UK neurophysiotherapists,⁸ it was found that most (77%) saw patients with FMD and had good levels of interest in treating patients with FMD. A lack of support from non-physiotherapy colleagues and inadequate service structures were commonly identified barriers to treatment. In addition, they rated their knowledge as low compared to other commonly seen conditions. This is a consensus recommendation from a group of

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: VARFÖR ?

1. Fysioterapi är en behandling som accepteras av de flesta = väldigt "face saving"
2. Utifrån en bio-psyko-social modell:

Motoriska symtom är inlärda mönster av rörelser som påverkas av

- a) uppmärksamhet/attention (distraktion mkt effektivt)
- b) sjukdomstro/belief (placebo mkt effektivt)

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: VARFÖR?

Behandlingen syftar till att återträna rörelseförmåga genom att

Rikta om uppmärksamheten

1. Förändra dysfunktionella sjukdomsuppfattningar
2. Förändra dysfunktionella beteenden kopplade till symtomen
3. Påverka fysiska "triggers" (smärta, sjukdom)

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: NÄR ?

- Så tidigt som möjligt (Prognosen)
- Utredningar färdiga – men om de dröjer kan kontakt påbörjas ändå
- För diagnostik
- Före eller efter psykologisk behandling?

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: VILKA ?

1. Klar diagnos ställd av läkare
2. Patienten har accepterat diagnosen
3. Patienten önskar förbättring och kan formulera behandlingsmål

OBS! Alla patienter behöver inte specifik behandling (t.ex. spontan förbättring)

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: HUR ?

- Bedömning:
 1. Lista symtomen (vilka, hur ofta, när, förbättrande, försämrande)
 2. Ta reda på hur det började (ledtråd till att förklara diagnosen)
 3. I undersökning: lägg särskilt märke till funktionella inslag (variation, avledbarhet, förstärkning, kopplat beteende) - hellre fokus på aktivitet och funktion än på symtom eller funktionsnedsättning

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI: HUR ?

- Behandlingen bör innehålla
 1. Utbildning
 2. Återträning av rörelse
 3. Stöd för självhantering av symtom

FYSIOTERAPI/ARBETSTERAPI – HUR LÄNGE?

- Inga studier kan visa optimal behandlingstid.
- Visst stöd för att intensiv behandling under en kortare tid kan vara effektivt.
- Många etablerade program använder en definierad tidsgräns.

HUR MYCKET SKA MAN KOMPENSERA?

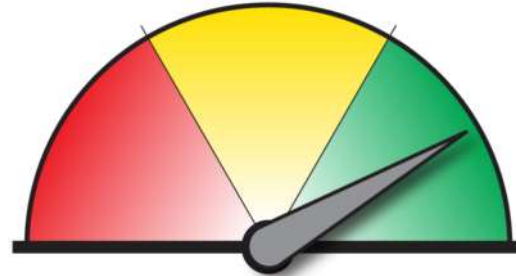
	FÖRDEL	NACKDEL
Anpassning hemma	Möjligt att skriva hem – möjliggör rehabilitering	(Sekundär) Sjukdomsvinst?
Gånghjälpmedel	Möjliggör social träning. Face-saving?	(Sekundär) Sjukdomsvinst?
Hemtjänst /Boendestöd	Möjligt att skriva hem – möjliggör rehabilitering	Socialt beroende - svårt att avveckla?
Rullstol	Möjligt att skriva hem – möjliggör rehabilitering	Tydlig sjukroll – signal till omgivningen
Specialsäng	etc	etc
Elrullstol	etc	etc
Bilanpassning	etc	etc
LSS-insatser	etc	etc

HJÄLPMEDEL & ANPASSNINGAR

NEJ

*"Ett hjälpmedel hindrar dig
från att hitta tillbaka till
normalt rörelsemönster"*

*"För mycket hjälp kan
göra att du fastnar i
tillståndet"*



HJÄLPMEDEL & ANPASSNINGAR

NEJ

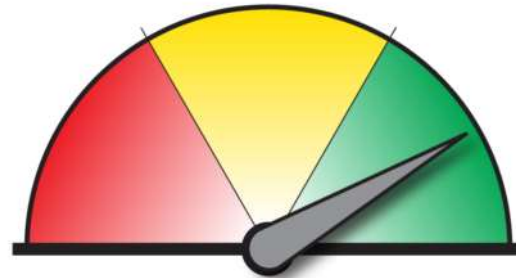
"Ett hjälpmedel hindrar dig från att hitta tillbaka till normalt rörelsemönster"

"För mycket hjälp kan göra att du fastnar i tillståndet"

JA

"Ett hjälpmedel gör det möjligt att skrivas ut/göra nystart i rehabiliteringen"

"Hjälpmedlet behövs för ökad självständighet, psykologisk rehabilitering etc"



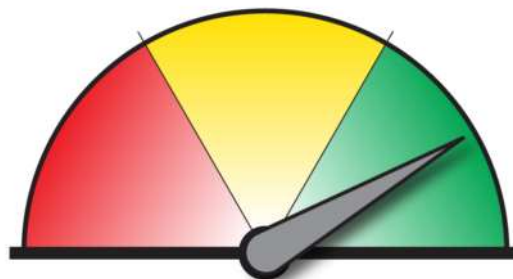
HJÄLPMEDEL & ANPASSNINGAR

NEJ

"Ett hjälpmedel hindrar dig från att hitta tillbaka till normalt rörelsemönster"

"För mycket hjälp kan göra att du fastnar i tillståndet"

**HÄR KOMMER VI
IBLAND ATT GÖRA FEL
BEDÖMNING**

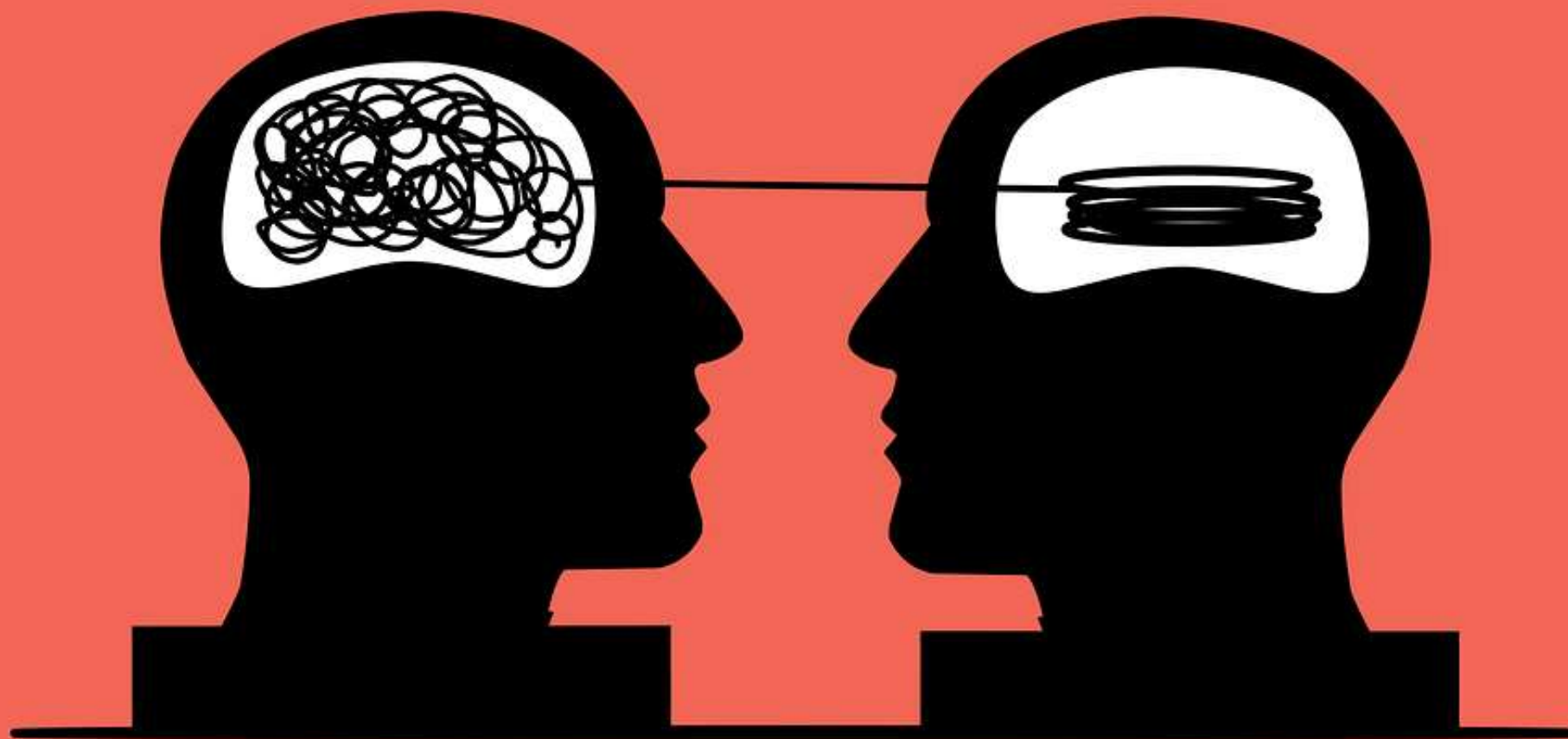


JA

"Ett hjälpmedel gör det möjligt att skrivas ut/göra nystart i rehabiliteringen"

"Hjälpmedlet behövs för ökad självständighet, psykologisk rehabilitering etc"

PSYKOLOGISKA INTERVENTIONER

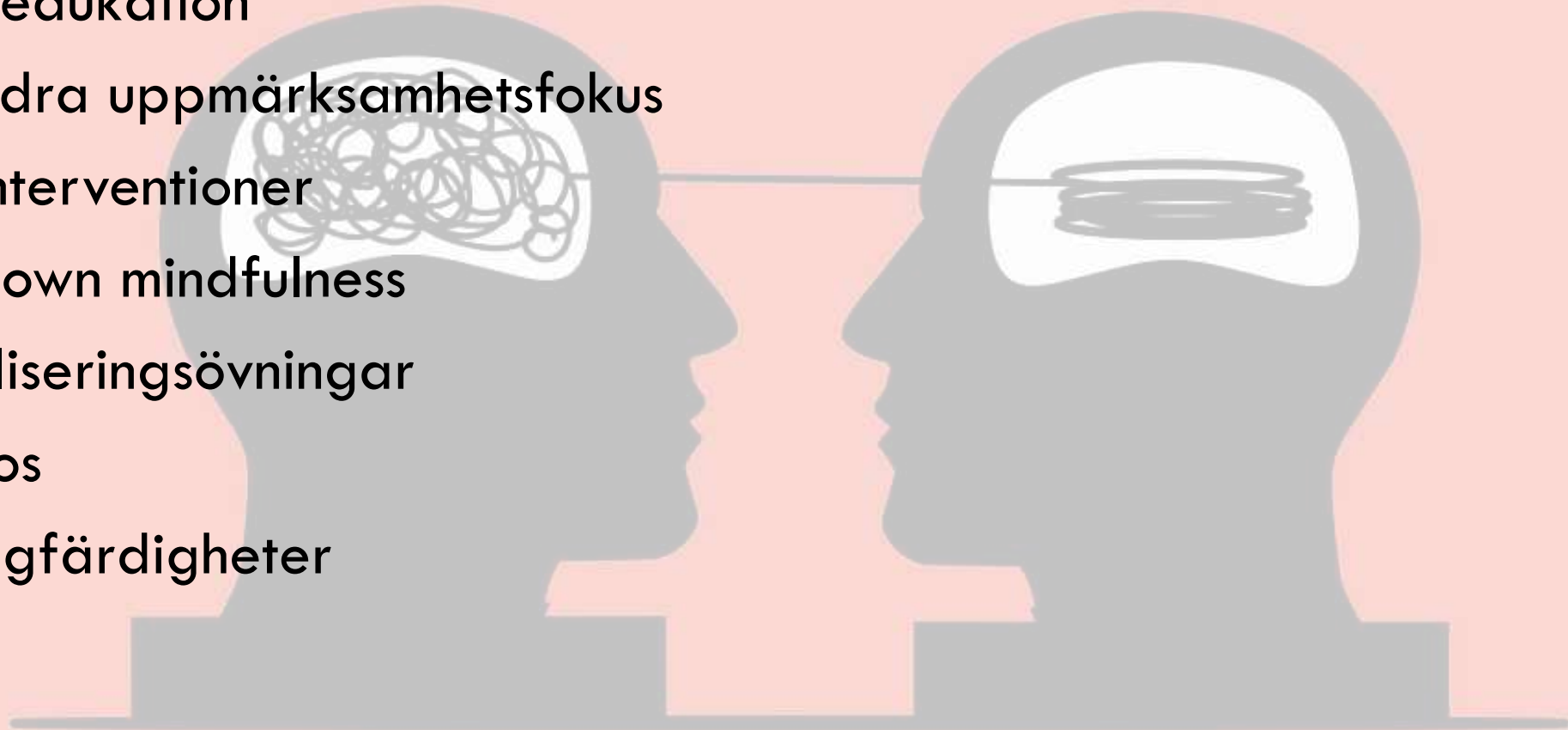


Hur motivera psykologisk behandling?

- *Participation in a treatment process that changes “the way the brain processes information” is essential **to minimize the tendency to express distress through physical symptoms** and to create new behaviors that break the established, unconscious pattern that leads to those symptoms.*

PSYKOLOGISKA INTERVENTIONER

- Psykoedukation
- Förändra uppmärksamhetsfokus
- KBT-interventioner
- Top-down mindfulness
- Visualiseringsövningar
- Hypnos
- Copingfärdigheter



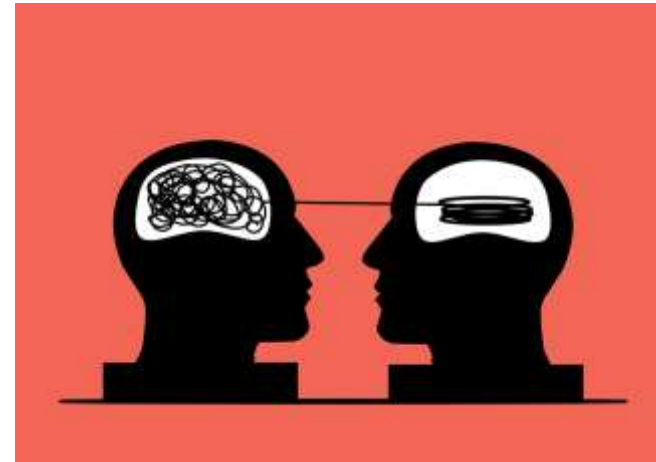
Psykologisk intervention: NÄR?

- Före?
- Efter?
- Tillsammans med funktionsträning?

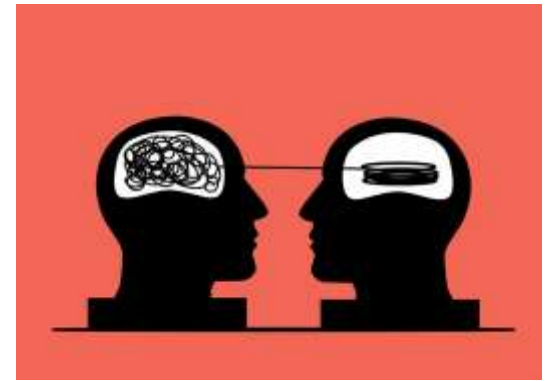
Det beror på

a) Patient

b) De lokala förutsättningarna



Exempel på psykologiska interventioner



1. **Information - psykoedukation**, säkerställa att patientens specifika frågor besvaras
2. **Funktionell analys** - med utgångspunkt i tillämpad beteendeanalys identifiera relevanta antecedenter, beteenden och konsekvenser både i behandlingssituation och hemmiljö. Hypotestesta tillsammans med patient genom att manipulera behandlingssituation och responser.
3. **Emotionsfokuserad KBT** - Identifiering, hantering, reglering av emotioner, möjligen med inslag av DBT färdighetsträning, kopplat till ffa dissociativa tendenser i relevanta situationer
4. **Övrig Psykoterapi**: KBT, ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy), DBT, "Mind-body"-tekniker, specifika terapier mot psykiatriska tillstånd

SAMMANFATTNING

- Träna på att förklara vad ett Funktionellt tillstånd är (ta hjälp av informationsmaterial)
- Förankra förklaring
- Gör en arbetsmodell (flexibel)
- Interventioner: kroppen först
- Organisera team
- Ge inte upp – så frön

FRÅGOR?

www.stokapsykkonsult.com
callesjostrom@gmail.com



9 SAMTALSTEKNISKA KNEP

1: **Visa** att du
tror på patienten

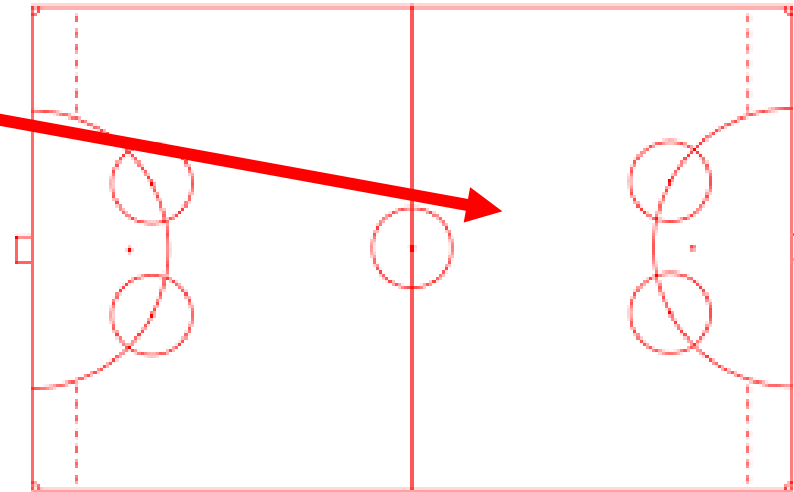
- Validera patientens upplevelse och avbryt inte för tidigt.
- "Hur har det varit att vara patient?"



2: "Rope a dope"

- Istället för att **ifrågasätta** patientens ord eller beskrivning under samtal (t.ex. motsägelser, felaktigheter och överdrifter) **lyssnar man färdigt** och sparar på så vis både egen kraft och patientens vilja att fortsätta samtalet.
- Aktivt lyssnande utan att ta strid mot patientens berättelse.

3: Börja på den somatiska planhalvan



- Ofta har patienterna mött ointresse och avfärdande så fort läkaren har misstänkt att symtomen inte är somatiskt orsakade

“Prata somatiska”: Utgå ifrån patientens (ofta somatiskt präglade) beskrivning.

4: Drain the symptoms dry

- **“Drain the symptoms dry”**
- ta kommandot i konsultationen genom att efterfråga om det finns fler kroppsliga symtom än dem som patienten beskrivit.
- Ofta styrker symptomrikedomen den funktionella diagnosen



5: *Sammanfatta*

- **Sammanfattningar:** genom att regelbundet, flera gånger under samtalet sammanfatta vad man hittills pratat om visar man patienten att man lyssnat och har samtidigt möjlighet att korrigera eventuella missförstånd.



- **Reattribuering/Kognitiv omstrukturering:** lyssna efter vilka ord och uttryck patienten använder, och försök i dina sammanfattningar att använda ***synonymer*** som uttrycker samma sak.
- Detta kan hjälpa patienten att nyansera sitt uttryck och öppna för en bredare förklaringsmodell.



6: *Reattribuering*



7: Utforska förklaringsmodell

- Ta reda på patientens egen förklaringsmodell. Efterfråga gärna hur den har formats (läsning på nätet, närstående, besked från sjukvården).
- **Anhörigas förklaringsmodell** kan också vara central för patientens förmåga att hantera symtomen.

8: Introducera BPS

- Diskutera **predisponerade, utlösande och vidmakthållande** faktorer utifrån ett **biopsykosocialt synsätt** med patienten.
- Det kan ge möjlighet att byta fokus från ett ensidigt sökande efter en biologisk orsaksförklaring till att också kunna diskutera förändringsbara vidmakthållande psykosociala faktorer.

	Predisponerande	Utlösande	Upprätthållande
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

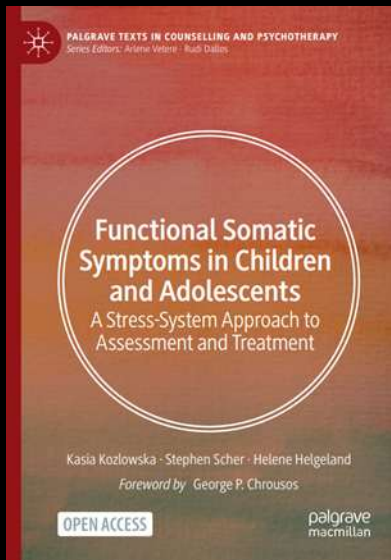
VAD HAR STÖRT JUST **DINA** SYSTEM?

	Det som fanns före (Ökade risken)	Det som utlöste (Triggers)	Upprätthållande (Vad gör att systemen inte går tillbaka till det normala igen?)
Biologiska			
Psykologiska			
Sociala			
Iatrogena			

9: Redo?

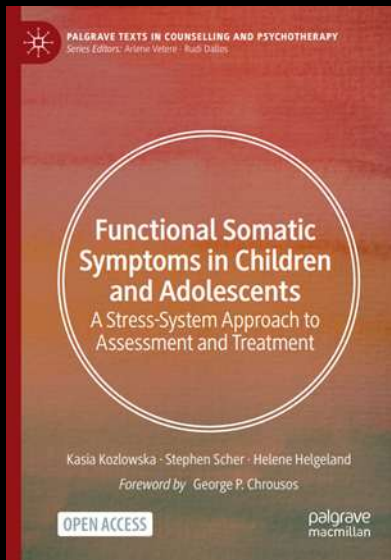
- **Ta reda på om patienten är redo** för att förändra förklaringsmodell, är beredd att förändra sitt narrativ, ta emot ny kunskap – t ex genom att erbjuda patientinformationsmaterial.





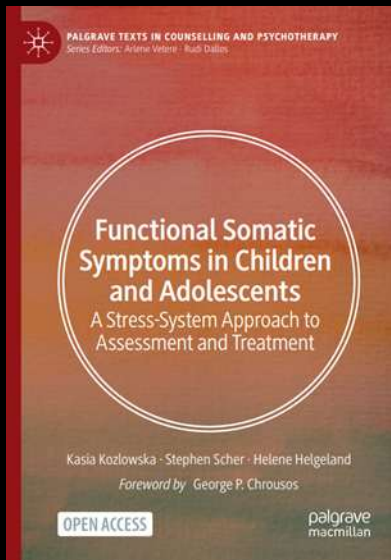
20 Principer för att bygga upp behandling





20 Principer för att bygga upp behandling

1. Gör färdigt medicinsk bedömning
2. Tidig hänvisning till behandling
3. Behåll systemperspektivet
4. Målet är att bygga stabilitet, harmoni och samspel i barnets stresssystem
5. Skapa ett multidisciplinärt team för att arbeta med barnet och familjen
6. Börja med interventioner som riktar sig mot kroppsliga funktioner, gå därefter över till sådant som påverkar det mentala och familjesystem
7. Målet med insatserna är återgång till hälsa och normala aktiviteter
8. Uppmärksamhet på symtom är central och måste hanteras.
9. Behandlare behöver vara flexibla, kreativa och öppna för ny information.
10. Etablera en terapeutisk relation med det multidisciplinära teamet



20 Principer för att bygga upp behandling

- 1 1. Använd en arbetsmodell för att komma ihåg de olika systemnivåerna
- 1 2. Använd arbetsmodellen för att guida behandling
- 1 3. Identifiera nyckelområden för behandling och att uppnå förändring
- 1 4. Etablera hopp och positiv förväntan
- 1 5. Kom överens om ett behandlingskontrakt innan behandlingen börjar
- 1 6. Behandlingen är det första steget i en längre process
- 1 7. För att det ska fungera måste alla dra åt samma håll
- 1 8. Normala aktiviteter är både behandling och mål
- 1 9. Stärk förutsägbarhet, kontroll och bemästrande för barnet
20. Självtändighet är nyckeln för långsiktig stabilisering av stresssystemet.

Betydelsen av språket

VIEWPOINT

The Iatrogenic Potential of the Physician's Words

Arthur
Depart
Psychic
Womer
Boston

+
Supple
conter

DEBATT

Språket – ett av vårdens många verktyg



Johan Bengtsson, ST-läkare i psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala; forskare, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet; fil kand i lingvistik, Uppsala universitet

trusive, and bothersome.

Several common clinical scenarios exemplify the iatrogenic potential of the physician's words—for example, instituting a new medication regimen, reviewing an informed consent document, presenting

Information is an important mediator of the variability in the relationship between disease and symptoms.

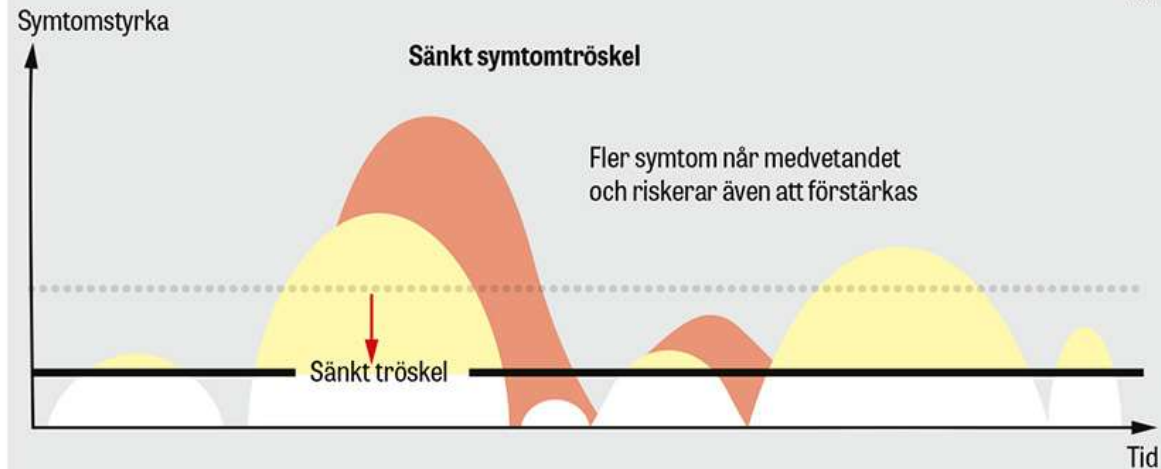
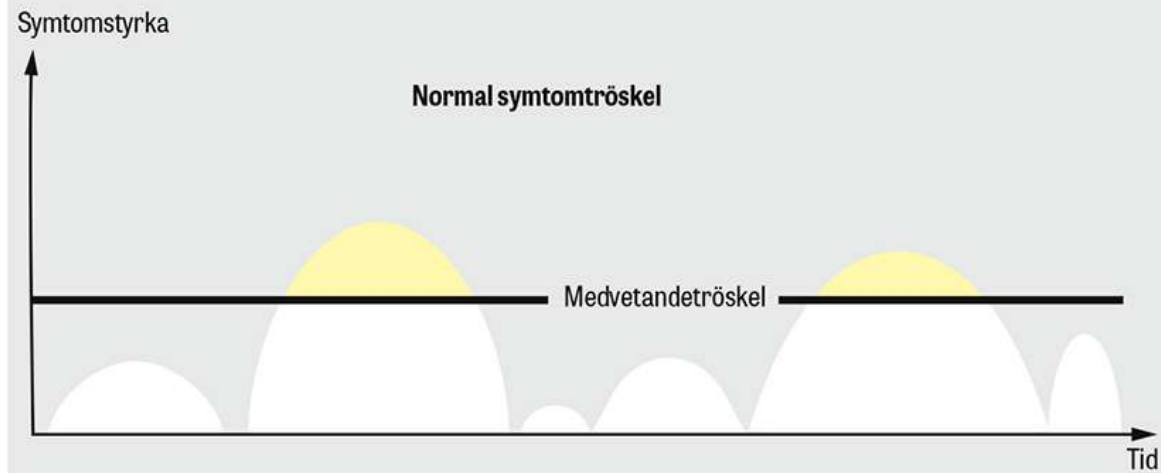
Pain is particularly sensitive to the beliefs, thoughts, and expectations of patients. The specific language used in describing and preparing patients for painful procedures can affect the pain experience. For example, in a randomized study of women receiving epidural anesthesia or spinal anesthesia (n = 140) for childbirth, those told that the intradermal injection of a local anesthetic would "feel like a bee sting: this is the worst part of the procedure" reported significantly more pain than did those told "the local



Arthur J. Daisky

Professor i psykiatri, Harvard Medical School, Boston

Symtomtröskeln



► Kroppens ständiga filtrering av intryck kan beskrivas som en tröskel som avgör om en förnimmelse ska nå medvetandet. Hur man riktar sitt fokus påverkar också vilka signaler man uppmärksammar. Ett symptom som tolkas som något farligt ökar uppmärksamheten på detta och liknande symtom (se även figur »Somatosensorisk förstärkning«), vilket leder till att de förstärks. Andra symtom som tidigare filtrerats bort uppmärksammas plötsligt, det vill säga tröskeln sänks. Detta kan leda till en ond spiral där fokus på symptomen ökar ytterligare och ger upphov till mer oro, och därmed ännu fler och mer påtagliga symtom. Oron kan också via sympatikuspåslag ge upphov till andra symtom som kan förstärka uppfattningen att något måste vara fel i kroppen.

Symtomtröskeln
sänks vid
hypervigilans och
kan påverkas av
information

Hälsofrämjande kommunikation

Vanlig formulering

»Nu sticker det till!«
»Det kan ta tid att bli frisk ...«
»Det verkar inte vara något farligt ...«
»Är du stressad?«

(Otydligt, osäkert, negativt)

Negativ förväntan, osäkerhet

Alternativ formulering

»Nu lägger jag bedövningen.«
»Det läker ut med tiden.«
»Allt ser ut som det ska.«
»Jag hör att detta varit tufft för dig ...«

(Tydligt, konkret, neutralt/
positivt, icke-anklagande)

Positiv förväntan, trygghet

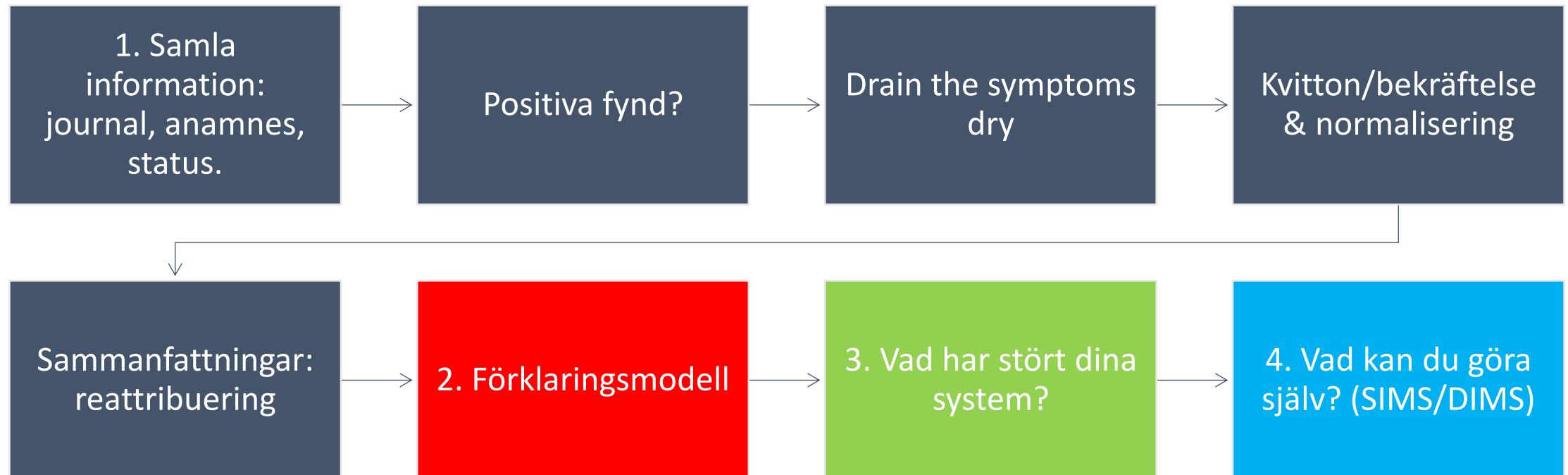
SIM (Safety In Me)	← Kan vara motsatt för olika personer →	DIM (Dangers In Me)
	Saker du hör, ser, smakar, luktar, känner på	
	Saker du gör	
	Saker du säger	
	Saker du tänker och tror	
	Platser du är på	
	Människor i ditt liv	
	Saker som händer i din kropp	

Återhämtning

Har du tidigare...	Bör du nu...
Suttit ner	Resa dig upp
Lyssnat aktivt	Avlasta hörseln och befinna dig i tystnad Vara den som pratar Lyssna på något som inte kräver riktad uppmärksamhet
Varit i samma rum en längre tid	Byta rum
Varit inomhus	Gå utomhus
Rört dig mycket	Låta din kropp vara stilla
Varit bland många människor	Vara ensam Vara med en person som du kan slappna av med
Varit ensam länge	Ta dig ut bland folk Prata med någon
Varit utan nya intryck	Ge kroppen nya intryck
Tittat länge på en skärm	Ta bort skärmen helt
Varit konstant tillgänglig	Gör dig otillgänglig
Suttit stilla i en position	Byta position
Skrattat och varit trevlig	Tillåta dig att bara vara Vara för dig själv
Varit i stillhet	Vara i aktivitet
Stirrat på vita väggar	Se natur Titta på något trevligt Vara kreativ

(Leg psykolog Hannah Linnros, Linköpings
Universitetssjukhus)

Lathund stegvis biopsykosocial kartläggning



Lathund stegvis biopsykosocial kartläggning

