

Vår integrativa biopsykosociala hjärna – en helhetssyn

SAMMANFATTNING:

Från födelsen och genom livet fylls hjärnan med ett växande antal upplevelser och erfarenheter. Grunden för denna gradvisa utveckling av uppmärksamhet, medvetande, mentala förmågor och processer är hjärnans medfödda och växande biologiska komplexitet som inleds redan på tidig fosternivå. Till den hör både de mycket viktiga förmågorna till medvetande, perception och uppmärksamhet samt både *förändring* (Inläring), *bevarande* (minnen) samt *processande av information* (genom tankar, känslor och värderingar). De innebär även att nya upplevelser, nya erfarenheter, ny kunskap, utvecklade färdigheter och attityder leder till en komplettering eller revidering av det förflutna. Hjärnan får därmed ett gradvis **växande innehåll** och blir **bärare** av våra ackumulerade psykosociala upplevelser, erfarenheter, kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Ovanstående beskrivna livslånga samspel ökar gradvis i omfattning, komplexitet, abstraktionsgrad, och överblick.

Såväl forskning (se pilotstudien s.5-6) som utveckling av nya terapiformer har uppmärksammat hur problemfyllda miljöer (identifierade genom z-diagnoser) kan vara både etiologiska och leda till en ackumulering av negativa upplevelser och erfarenheter, och bidra till att utveckla ett **negativt tankeinnehåll** med åtföljande **negativa känslor och beteenden** samt, som konsekvens av detta, en försämrade funktionsförmåga. Den stress och biologiska påverkan som denna negativa triad kan skapa har bla uppmärksamats och framgångsrikt behandlats i terapiformerna KBT och ACT.

Teorin om den ”**integrativa biopsykosociala helhetssynen**” (s.6-7) och vår komplexa hjärnas kontinuerliga biopsykosociala utveckling pekar på vikten av en kombinerad behandling med *medicinering* av det diagnosticerade medicinska tillståndet samt med *psykoterapeutisk* KBT och ACT baserad behandling av det negativa upplevelse- och erfarenhetsbaserade *hjärninnehållet* (operationellt definierat med hjälp av z-diagnoser) vid de mycket vanliga psykiatriska sjukdomstillstånden **depression och ångest**.

Hjärnans komplexa byggnad och funktion, som skiljer den från alla andra kroppsliga organ, leder till att vi inom den psykiatriska verksamheten ofta måste skifta mellan olika perspektiv. Redan under anamnestagandet måste man växla mellan helhets- och detaljtänkande, då och nu, samt mer konkreta individuella och uppföljande frågor om både nuet och framtiden. Andra växlingar rör valet mellan ett medicinskt och/eller psykosocialt perspektiv och mellan olika psykoterapeutiska och/eller farmakologiska insatser.

I stort handlar det om att få klarhet i vilka diagnoser eller svårigheter som finns inom ramen för det multiaxiala systemets fem axlar.

Nedanstående numrerade stycken (1-9) skall ses som **pusselbitar** från **otrygga och oföretsägbara** uppväxt - eller vuxenmiljöer som beskriver olika effekter och konsekvenser av ofta ackumulerade former av obearbetade negativa upplevelser och erfarenheter gjorda under spädbarns-, barndoms- och även vuxentiden och där ”**det integrativa biopsykosociala helhetstänkandet**” ger ett mycket bättre underlag för, utredning, diagnostik, förståelse av etiologi (orsak-verkan) och som underlag för bedömning och behandling av psykiska tillstånd som depressioner, ångest var för sig eller i olika kombinationer.

BAKGRUND

1. Hjärnans utveckling

Hjärnans anatomi, struktur och funktion har under tiotusentals år genomgått en kontinuerlig utveckling för att överleva och utvecklas i en fysisk, biologisk och psykosocial miljö som i sig befinner sig i en ständig utveckling och där människan själv genom sin gradvis utvecklande begåvning, kreativitet och uppfinningsrikedom aktivt har bidragit.

En mycket viktig utvecklingslinje har varit den sedan 2000 talet växande kunskapen om hjärnan, kroppens mest komplexa organ bestående av c:a 100 miljarder nervceller och där varje cell kan ha upp till 1000 eller fler kopplingspunkter (synapser) till andra nervceller i ett komplext och förändringsbart nätverk.

Nobels pris i medicin/fysiologi 2000 tilldelades professor Erik Kandel som visat att förändringar i synapserna är centralt för inläring och minnen. Den förändring i neurala förbindelser som leder till inläring och minnen har förbättrat vår kunskap om sambandet och samspelet mellan biologiska processer och psykosociala upplevelser och erfarenheter från vårt ständiga samspel med omvärlden.

2. Medvetande, mentala processer och hjärnfunktioner

Hjärnans allt mer komplexa biologiska utveckling skapar en grund för de hjärnfunktioner som ligger bakom inte bara enkelt motoriskt beteende som att gå och äta utan också utveckling av allt mer komplexa kognitiva processer och beteenden som vi betraktar som mänskliga som tänkande, talande och konstnärligt kreativt arbete. Dagens uppfattning är att medvetande och mentala processer är ett resultat av **interaktionen** mellan många enheter i hjärnan (elementary processing units).

Detta möjliggörs genom både serie- och parallellkoppling mellan skilda hjärnregioner och genom förändringsbara nätverksprocesser av olika komplexitet (1). En rimlig konsekvens av detta är att våra hjärnprocesser omfattar inte bara medvetande, prägling, uppmärksamhet och perception, språk och kognitiva processer, värderingar, planering och beteenden utan även utveckling av nyfikenhet, känslor och kreativitet.

Till de kognitiva processerna hör även våra gradvis utvecklande förmågor till inläring/nyinläring, minnen/revidering av minnen, gradvisa utveckling av kognitiva processer på allt högre nivåer av komplexitet och abstraktion vilket, som följd av detta, är själva grunden för att både ta till sig och förändra sina kunskaper, färdigheter och förhållningssätt (attityder) när ny erfarenhet och nya kunskaper tillkommer.

3. Anknytning

Redan i samband med födelsen, eventuellt tidigare, startar den grundläggande, livslånga och livsviktiga anknytningsprocessen som i c:a 60-70% av barn- och föräldrarelationen garanterar det växande barnet trygghet och förutsägbarhet. C:a 15-25% av barn- och föräldrarelationen präglas av otrygg/undvikande anknytning, 5-15% av en otrygg/ambivalent anknytning och 15-18% av en desorganiserad anknytning till minst en omvårdnads person. I riskgrupper med mycket hög socioekonomisk problemlnivå, psykiatrisk sjukdom, pågående missbruk hos en förälder eller allvarlig omsorgssvikt (tex övergrepp eller vanvård) var förekomsten av desorganiserad anknytning betydligt högre - i genomsnitt närmare 50%. (2,3)

Barn uppväxta under *trygga och förutsägbara* förhållande får helt andra erfarenheter och syn på både sig själva, andra och omvärlden, det förflutna, nuet och framtiden än barn som växer upp under *otrygga och oförutsägbara* förhållanden.

Huruvida våra möten, upplevelser och erfarenheter av och med andra är genomsyrade av en hög grad av *gemenskap* eller *utanförskap* påverkar genom våra inlärnings- och minnesfunktioner våra kognitiva och känslomässiga processer och värderingar av oss själva i förhållande till andra.

Alltför många och omfattande negativa upplevelser och erfarenheter i våra relationer och möten med omvärlden kan väcka negativa tankar och känslor om oss själva vilket i sin tur påverkar våra beteenden och vårt förhållningssätt till omvärlden.

Våra tankar och känslor kommer då i allt för hög grad att domineras och påverkas av en negativ triad bestående av **tankefel** som "jag duger inte, det är ingen idé att jag försöker, ingen vill ha mig, det blir aldrig något av mig, allt är hopplöst, jag är dömd att misslyckas" osv vilket föder **negativa känslor** (tex rädsla, besvikelse, ilska, ledsenhet) och som leder till **dysfunktionella beteenden** (4,5). En tung minnesbörda av negativitet och otrygghet för barn som vuxit upp under olika typer av otrygga, oförutsägbara och destruktiva förhållande under barndoms-/uppväxtåren men ännu mycket tyngre om det började redan under spädbarnsåren.

4. Tidigare forskning om otrygg anknytning och konsekvenser.

Barnmisshandel i olika former är ett globalt problem och kopplat till varierande ogynnsamma konsekvenser (6). Översiktsstudier visar en mycket högre proportion av misshandel än vad som rapporteras av barnavårdsmyndigheter (child protection services, CPS), (7,8). Enligt en metaanalys 2015 av den globala prevalensen av barnmisshandel hade 7.6% av pojkarna och 18% av flickorna erfarenhet av sexuellt utnyttjande, 22.6% av barnen hade upplevt fysisk misshandel, 35.3% upplevt känslomässig misshandel, och 18% upplevt nonchalans (9)

5. Typer av barnmisshandel

Olika typer av vanvård eller misshandel av barn tar sig generella uttryck i påverkan (och är inte specifikt kopplade enbart till typ av misshandel/vanvård som man tidigare trott). Exempel på generella uttryck är *internalisering* som ångslan och depression eller *externalisering* som regelbrytande och aggressivitet och ligger bakom många typer av psykiska och beteendestörningar hos både pojkar och flickor av olika etnicitet. En konsekvens av detta är att varje åtgärd, oberoende av etiologin till besvären har ett värde (10)

6. Barnmisshandel och Konsekvenser

Försummelse, vanskötsel och vanvård av barn kan omfatta både fysisk, psykologisk, sexuell utsatthet, åsidosättande av behov och får signifikanta konsekvenser för barnens fungerande senare i livet. De är också associerade med mentala, emotionella och beteenderelaterade problem (11). Ofta rör det sig om en kombination av ett flertal negativa omständigheter. De vanligaste prediktiva riskfaktorerna är *socioekonomisk marginalisering* (tex fattigdom, arbetslöshet, bristfällig utbildning), *torftig familjeinteraktion* (tex våld mellan familjemedlemmar, allvarliga äktenskapsproblem, dysfunktionellt föräldraskap pga mentala problem, drogproblem, alkoholproblem, beteendeproblem och medicinska problem) och/eller *våld i grannskapet* (osäker lekmiljö utomhus, acceptans för att använda fysisk bestraffning och våld mot barnen).

Omkring hälften av familjerna med *barnmisshandel* hade en kombination av ovanstående riskfaktorer, (12) vilket ökade risken för att ett eller flera barn skulle bli omhändertagna av myndigheterna. Barn som varit utsatta för *mobbing/trakasserier* (victimization) under barndomen har återkommande uppvisat omfattande fysiska, sociala, kognitiva och hälsorelaterade besvär (13a,13b) och med risk för livslånga konsekvenser (14,15,16,17,18,19). Identifiering av förebud skulle underlätta tidiga fysiska och mentala målinriktade åtgärder. (20)

7. Utsatta populationer

Forskning i *utsatta populationer* som fångar pekar på att mer än 60% av dem varit utsatta för missbruk/försummelse och nonchalans i barndomen (21) och att detta fört med sig utveckling av allvarliga socio-emotionella problem som depression, PTSD, ångslan, aggressivitet, självskadande, självmord, underprestation i skolan, sexuellt riskbeteende och även förbrytelser som mord (22,23,24, 25,26, 27, 28). Vidare är utsatta ungdomar *mindre ambitiösa*, har *färre vänner* och *lägre självkänsla* i jämförelse med jämnåriga som inte varit utsatta (29,30, 31).

Den samlade negativa effekten av det som beskrivits ovan (punkt 1-7 ovan) leder till en omfattande biologisk påverkan som beskrivs nedan i punkterna 8-9 nedan.

8. Stress och HPA-axeln

HPA-axeln (hypothalamic – pituitary – adrenal axis) är ett livsviktigt system för stress men är också involverad i minne, inlärning och känslor (32) och tycks specifikt reagera på situationer med psykologisk stress som omfattar ngt nytt/okänt, negativa känslomässiga bindningar och upplevelser av brist på kontroll (33, 34) och dämpas av lyhört omhändertagande av barn (35). *Stress tidigt* i livet påverkar hjärnans komplexa biologi och är kopplat till en ökad risk för både den mentala och fysiska hälsan under hela livet. (36, 37, 38).

Den nyligen utvecklade *neuroimmuna nätverkshypotesen* pekar på att en av de bakomliggande mekanismerna till detta är att det sker en ömsesidig förstärkning *mellan stress tidigt i livet och immunsystemet* genom en feedback process som förenar dessa känslomässiga processer, låggradig inflammation och ohälsosamt beteende (39).

Vuxna som beskriver 4 eller fler **negativa barndomserfarenheter** (tex känslomässiga, fysiska, sexuellt utnyttjande eller dysfunktionella familjer) har 4.6 ggr högre risk att drabbas av depression och 12.2 ggr större risk för att göra **självordsförsök** i jämförelse med individer som inte varit utsatt för missförhållanden under barndomen. De löper även högre risk för att utveckla **hjärtkärlsjukdom** (2.2 ggr), hjärnblödning (2.4 ggr) samt **diabetes** (1.6 ggr); (40). Vid en *jämförelse* mellan patienter med psykiatriska resp. utan psykiska besvär fann man att de med psykiatriska besvär i högre grad hade upplevt **tidig föräldraförlust**. De hade enligt HASPA-skalan (Home Life and Personal Adaptation) sämre livskvalitet och sämre adaptiv förmåga hemma under uppväxtåren. Den totala poängen var den viktigaste prediktorn för både vuxen psykopatologi och signifikant förhöjda nivåer av cortisol och beta-endorphin Immunreaktivitet (41). C:a **40 %** av depressionspatienter svarar av oklara skäl sämre än förväntat på medicinering.

Hjärnan processar information i *neuronal nätverk* som formats av erfarenheter i tidig barndom. Ny forskning har visat att antidepressiva (AD) läkemedel reaktiverar en "barndoms plasticitet" i den vuxnes cortex som leder till ökad tillgänglighet för psykoteraeutisk behandling som i sin tur ökar den medicinska effekten. Förbättringen av depressionen sker således som ett gradvis ömsesidigt positivt samspel mellan AD och psykoteraeutisk (42).

9. Genetik och epigenetik Kandel pekar också på att utveckling, hormoner, stress och inlärning kan förändra genuttrycket (43) genom att modifiera bindningen av transkriptionsreglerande proteiner såväl till varandra som till olika reglerande regioner, att det är troligt att "neurotiska sjukdomar" eller komponenter i dem är en effekt av en genreglering som är reversibel och att psykoteraeutisk som leder till effektiv beteendeförändring gör det genom att skapa förändringar i genuttrycket.

Fyndet att epigenetiska förändringar har stor betydelse för inlärning, minne och beteendeförändringar ger en *ny dimension* till att förstå hur omvärlden och social

interaktion kan ge långvariga förändringar i nervsystemet. Han pekar också på att vi i dag vet att tidig prenatal eller postnatal miljöpåverkan, inklusive modersbeteende, kan ge bestående kromatin förändringar i form av direkt metylering av de gener som kodar för hormoner, tillväxtfaktorer och receptorer som är viktiga för inläring, minne och känslomässiga tillstånd. Och konstaterar vidare att ännu mer slående är att epigenetiska förändringar möjliggör att inflytande från moderns omvärld kan överföras till hennes avkomma (44), att upplevd vanvård under spädbarns- och småbarnsåren kan ge avkomma som ärver denna DNA metylering i åtminstone en generation och att inte bara våra egna utan även våra mödrars erfarenheter kan ha en direkt och bestående effekt på vårt genetiska landskap (44). I en litteratur översikt (45) angående metodologiska aspekter konstateras att riktningen av påverkan mellan genetik och omvärld (cGxE) effekterna kan skilja som resultat av bakomliggande positiva eller negativa miljöfaktorer i populationen.

Kopplingen mellan kognitioner, känslor och aggressivitet är välkänd och det serotonerga systemet har en nyckelroll i regleringen av aggressivt beteende (46). Aggressivt beteende har en omfattande samverkan med beteende störningar, antisocial personlighetsstörning, alkoholmissbruk, drogmissbruk, egentlig depression, ångest samt beteende störningar. Den första GxE studien av mänskligt aggressivt beteende visade att vanvård (maltreatment) i barndomen predicerade senare antisocialt beteende (ASB) hos manliga bärare av MAOA-L allelen (47) och har konfirmerats i två metaanalyser (48,49).

Psykosocial Pilotstudie

Mot bakgrund av upprepade iakttagelser och ovanstående kunskaper och erfarenheter om hjärnans förändringsbarhet och hur den under uppväxtåren kan fyllas med olika typer av negativa erfarenheter genomfördes och bearbetades på psykiatriska kliniken i Västerås 2014-15, i samarbete med CKF (Centrum för klinisk forskning), en explorativ studie av 73 konsekutiva patienter (48 kvinnor och 25 män, 18-65 år, Md 33,5 år). De hade remitterats från primärvården för psykiatrisk bedömning som gjordes av överläkare i enlighet med principerna för integrativt biopsykosocialt helhetstänkande (se nedan) med hjälp av den nybesöksbedömning som utvecklats av undertecknat (51,52,53).

En statistisk bearbetning visade att **77.1 %** av kvinnorna och **72.0%** av männen beskrev upplevelser av "känslomässig försummelse under barndomsåren" (diagnos Z 62.4) dvs "*Föräldrar som talar avfärdande och okänsligt till barnen. Brist på intresse för barnet, avsaknad av medkänsla för barnets svårigheter och brist på beröm och uppmuntran. Irritation över ängsligt beteende och avsaknad av tillräcklig fysisk tröst (innefattar avsaknad av värme)*"; "Social utslutning och utstötning i skolan" (diagnos Z 60.4) dvs mobbing tex olika typer av **fysisk mobbing** som knuffar, slag och förföljelse eller **social förgiftning** i form av skvaller, förtal, skitsnack, mfl som osynliggörande, förringande, ironiserande, raljering, nedvärdering mfl. bejakades av **46,1 %** (K 54,2, M 32,0); kombinationen "känslomässig försummelse" och "underprestation" förekom hos **75.3%** (K77,1 %, M 73,7%); "underpresterat i skolan" (Z 55.3), beskrevs hos **52,1%** (K 56%, M 44%); omfattande **sömnbesvär** (F 51,0) – huvudsakligen av "insomningskaraktär" framkom hos **93,0%** av kvinnorna och **95%** av männen. Det som höll dem vakna och gjorde dem trötta på dagarna med åtföljande sänkt funktionsförmåga var återkommande tankar och känslor kring negativa upplevelser och erfarenheter som ackumulerats under åren, och som ledde till växande negativa tankar både om sig själva, andra, omvärlden och framtiden (54). En viktig frågeställning är om dessa resultat kvarstår i en större och mer omfattande studie som omfattar de stora diagnosgrupperna depression, ångest eller kombinationer av dessa?

TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER:

Teorin om "den Integrativa biopsykosociala helhetssynen" avser en **utvecklingsprocess** som omfattar både *etiologi (orsak), ackumulering, konsekvenser* av detta samt en *dynamisk, integrativ och inlärningspsykologiskt baserad samspelseffekt* mellan positiva eller negativa erfarenheter, *minnes- och bearbetande processer* (tex kognition, känslor och värderingar) samt en **helhetssyn över tiden** och bör rimligen resultera i ett behandlingssätt av depressioner och/eller ångesttillstånd som kombinerar **medicinering med KBT och ACT** baserat arbetssätt för att därigenom uppnå en **högre funktions än högsta tidigare och mindre risk för återfall**.

Samspelseffekten syftar på det **Integrativa samspelet** mellan biologiska och psykosociala faktorer som möjliggörs genom hjärnans gradvis utvecklade biologiska **komplexitet** och **förmågor** till uppmärksamhet, medvetande, förändring genom inläring och nyinläring, förmåga till minneslagring och revision av denna som följd av nya erfarenheter-och kunskaper samt genom hjärnans förmågor till kognitivt och känslomässigt processande, bearbetande och värderande på olika abstraktionsnivåer.

Helhetsaspekten syftar på tidsaspekten/tidsförloppet dvs den tid det tar för att den växande summan av den ackumulerade psykosociala etiologin i form av erfarenheter, kunskaper och färdigheter skall **processas, utvecklas och integreras** (på "gott" eller "ont") och bli en del av hjärnans upplevelse och erfarenhetsbaserade innehåll, vårt medvetande, våra tankar och syn på oss själva, vår självkänsla, vår självuppfattning och vår funktionsnivå.

Anamnestiskt identifierad förekomst, typ och omfattning av **Z-diagnoser** med jobbigt/negativt medvetet och minnesetablerat livsinnehåll kan leda till ökad risk för negativ syn på sig själv, andra och omvärlden med åtföljande negativa, tankar, känslor och dysfunktionella beteenden och kan därför ses som ett uttryck för störningar/brister i anknytningsmönstret

Övervägande *positiva livserfarenheter* från den växande individens psykosociala samspel med andra och omvärlden, dvs trygga och förutsägbara uppväxtupplevelser och erfarenheter, ger rimligen ett helt annat **hjärninnehåll** av upplevelser och erfarenheter om oss själva, andra och omvärlden som lagras i minnen och bearbetas mha tankar, känslor och beteenden än man får som följd av olika grader och omfattning av *otrygga och oförutsägbara negativa* upplevelser och erfarenheter.

Anknytning och problemskapande *Z-diagnoser* (ICD 10) är olika livsmiljöaspekter som sannolikt kan vara mer eller mindre relaterade till varandra.

Tanken att psykosociala faktorer kan ha betydelse för vårt psykiska och fysiska mående är inte ny men har inte bearbetats med en systematiskt kombinerad medicinsk, KBT och ACT baserad behandling av depressions-och ångesttillstånd. Kunskapsnivån om hjärnans utveckling mot stigande komplexitet, struktur, organisation, förändringsbarhet samt funktioner och funktionsförmågor i kombination med dess ständiga samspel med ovan beskrivna olika typer av psykosocial miljöpåverkan befinner sig i dag på en mycket högre och mer integrativ nivå än på 1960 -1970 talet.

Teorin om "Den integrativa biopsykosociala helhetssynen" (53) baserad på en **multiaxial diagnostik** och som **inkluderar z-diagnoser i ICD 10** fångar och beskriver det komplexa samspel som beskrivs av ovanstående utvecklingsaspekter (rubrik 1-9) och antas påverka mående, mentala funktioner, hjärninnehåll och mentala processer samt skapa en växande stress genom följande **växande** och stegvisa **negativa spiral: 1**. Om en människas **livsmiljö** från tidig ålder domineras och präglas av otrygghet, oförutsägbarhet och olika typer av

vanskötsel är risken mycket stor att dessa upplevelser och erfarenheter, med hjälp av de ovan beskrivna hjärnfunktionerna kommer att vara negativt socialt etiologiska genom att **läras in, minnas** och **påverka** både tankar, känslor och beteenden gentemot oss själv, andra och omvärlden samt **2.** ackumuleras och följa med upp i tonåren och vuxen ålder och **3.** I mycket hög grad utveckla, befästa och öka riskerna för olika typer av negativa tankar, känslor och beteenden om oss själva, andra och omvärlden, **4.** öka risken för skolk, mobbing och brist på medveten närvaro i nuet samt **5.** ge/gradvis utveckla stresskapande negativa tankar, känslor och beteenden samt bidra till ett **livsinnehåll** präglad av växande psykiska besvär som konstant påverkar kroppens stresssystem via HPA-axeln och **6.** fortsatt negativt påverka **livsstilen** (t.ex. sömnbesvär och störd dygnsrytm, bristfälligt kosthåll, brist på motion, ev missbruk) vilket ytterligare kan öka stressen och **7.** ge försvagade **funktionsförmågor** (tex koncentrationsbesvär, stress, rädsla och osäkerhet, bristande uthållighet och fokuseringsförmåga, sämre presterande än vad patientens resurser egentligen skulle kunna erbjuda, samt bristande motivation och energiresurser pga ökande inre stress samt **8.** utveckla olika symtom/symtomkonstellationer pga ofta mångårig konstant /ackumulerad **negativ stress** och därmed allt mer omfattande biologisk påverkan. **Motsatsen** gäller för en positiv utvecklingspiral i en trygg och förutsägbar miljö.

Metodmål och förväntade behandlingskonsekvenser

1-4 Metodmål:	
5-16 Rimliga och förväntade behandlingskonsekvenser	
1	Helhetsperspektiv - ett brett och djupt anamnesunderlag som utforskar och beskriver patientens upplevelser och erfarenheter av olika <i>livsmiljöer</i> (då-nu-framtiden), <i>livsstil</i> och <i>funktionsförmågor</i>
2	Strukturerat arbetssätt – för att identifiera viktiga upplevelser (pusselbitar) och minimera risken för "missar". (jmf fördelar med checklista – inga missar)
3	Faktabaserat informationshämtande om patientens minne av negativa/positiva upplevelser i det förflutna och nuet
4	Problemorienterat förhållningssätt – för att aktivera och göra patienten medveten, medansvarig och målinriktad i utrednings- och behandlingsprocessen
5	Behandlingseffekt redan under samtalet genom att t.ex. lyfta fram och bekräfta tidigare visade styrkor och positiva sidor samt sätta ord på svårigheter . Att bli Tidigt sedd skapar hopp samt ger ökad motivation för behandling vilket Stärker förmågor att hanterade svårigheter, se samband och sammanhang,
6	Kvalitetsökning - bättre utredning ger bättre underlag för diagnostik , vb. fortsatt medicinskutredning samt utredning mha olika teammedlemmar, bättre behandlingsplanering, kontinuitet och behandlingseffekt samt en återvunnen eller Högre funktionsnivå i jämförelse med före insjuknandet

7	Underlag för psykoedukativa åtgärder (undervisning/information) och fortsatt bekräftelse av friska sidor. Patienter som känner sig <i>sedda, respekterade och bekräftade</i> får hopp (nya tankar om framtiden) och egenmakt (hur göra i framtiden) och löper mindre risk för inläggning eller återinläggning på avdelning
8	Vid behov funktionell uppdelning av arbetstidens utnyttjande mellan olika yrkesroller
9	Ökad möjlighet till ett Integrerat perspektiv utifrån biologiska och psykosociala aspekter som kommer till uttryck i att patienten börjar se sitt förflutna samt förstå och reflektera kring etiologi (sammanhang och samband, orsak och verkan)
10	Underlag för multiaxial bedömning och, utifrån detta, målinriktad differentierad behandlingsplanering i aktivt samarbete med patienten
11	Kvantitetsminskning: en noggrann och omfattande bedömning tidigt minskar både långsiktigt många onödiga återbesök och behandlingstiden eftersom man utifrån ett bättre utredningsunderlag gör en bättre diagnostisk bedömning som underlag för att planera för, genomföra/följa samt avsluta en mer adekvat, problem och målinriktad behandling som har en början, en process och i tillämpliga fall, ett slut (patienten kommer ur systemet)
12	Optimera och integrera behandlingsinsatser genom att vid behov kombinera en eller flera olika behandlingsinsatser t.ex. medicinering, psykoterapi, stödkontakt, sjukgymnastik, mindfulness-, avslappningsträning, förskrivning av hjälpmedel mfl
13	Bättre underlag för uppföljning, utvärdering och forskning samt revidering av behandlingsplaneringen
14	Anpassning till datorisering och de givna sökorden
15	Minskade väntetider genom avslutande av behandlingsinsatser
16	Betydande vinster såväl personligt som ekonomiskt genom bättre och mer långvarig behandlingseffekt, minskat lidande för patienter och anhöriga, kortare arbetsfrånvaro, återvunnen eller högre funktionsnivå, kortare och mindre omfattande sjukskrivningstid och mindre arbetsgivarproblem,

Björn-Erik Thalén

Överläkare, spec. allmänpsykiatri; legitimerad psykoterapeut och handledare i KBT

REFERENSER

1. Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ: Principles of Neural Science 2013.
2. Broberg A. et al. (2020), Anknytningsteori, N&K .
3. J.Cassidy, Philip R Shaver, Handbook of Attachment 2018.
4. Beck J.S. (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford Press.
5. Brad A. Alford, Aaron T. Beck (1997), The Integrative Power of Cognitive Therapy, Guilford Press.

6. Shaw, M., & De Jong, M. (2012). Child abuse and neglect: A major public health issue and the role of child and adolescent mental health services. *The Psychiatrist Online*, 36(9), 321-325.
7. Gilbert, R., et al., (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167-180.
8. Jütte, S. et al. (2015) How safe are our children? The most comprehensive overview of child protection in the UK.
9. Stoltenborgh, M., et al. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analysis. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.
10. Vacon, D.D., et al. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135-1142.
11. Gilbert R., et al. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167-180.
12. Casanueva et al. (2011). NSCAW II baseline report: maltreatment OPRE report# 2011-27c.
- 13a. Gilbert, R., et al. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81
- 13b. Cicchetti D, Tucker D, Neural plasticity, sensitive periods, and psychopathology (Special Issue). *Development and Psychopathology*. 1994;6:531-814.
14. Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-398.
15. Nusslock, R., & Miller, G. E. (2016). Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: A neuroimmune network hypothesis. *Biological Psychiatry*, 80(1), 23-32.
16. Currie J, Wibom CS. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic wellbeing. *Child Maltreatment*. 15(2):111-120.
17. Moffitt TE, the Klaus Grawe Think Tank. (2013). Childhood exposure to violence and lifelong health: Clinical intervention science and stress-biology research join forces. 1001349. (PubMed 23209385)
19. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L (2014). Adults health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *American Journal of Psychiatry*. 171(7):777-784. (Pub Med:11771916)
20. Wibom CS, et al. (2012) A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*. 102(6):1135-1144. (Pub Med:22515854)
21. Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211.
22. Williams, K, Papadopoulou, V., & Booth, N (2012). Prisoners' childhood and family backgrounds: Results from the surveying prisoner crime reduction (SPCR) longitudinal cohort study of prisoners. Ministry of Justice (Retrieved from: <http://www.justice.gov.uk/publications/research-and-analysis/moj>)
23. Boduszek, D., Hyland, P., Bourke, A. (2012). An investigation of the role of personality, familial and peer-related characteristics in homicidal offending using retrospective data. *Journal of Criminal Psychology*, 2(2), 96-106
24. Dhingra, K., Boduszek, D., Sharratt, K. (2015). Victimization profiles, non-suicidal self-injury, suicide attempt, and post-traumatic stress disorder symptomatology application of latent class analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(14), 2412-2429.

25. Jones, D.A., Trudinger, P., & Crawford, M. (2004). Intelligence and achievement of children referred following sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40(8), 455-460.
26. Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
27. Lundberg-Love, P.K., et al. (1992). The long-term consequences of childhood incestuous victimization upon adult woman's psychological symptomatology. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1(1), 81-102.
28. Mills, R., et al., (2016). Child maltreatment and cannabis use in young adulthood: A birth cohort study. *Addiction*, 112(3), 494-501.
29. Al-Fayez, G.A., Ohaeri, J.U. & Gado, O.M. (2012). Prevalence of physical, and sexual abuse among a nationwide sample of Arab high school students: Association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 53-66.
30. Oates, R.K., Forrest, D., & Peacock, A. (1985). Self-esteem of abused children. *Child Abuse & Neglect*, 9(2), 159-163.
31. Tong, L. Oates, K., & McDowel, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11(3), 371-383.
32. Stansbury, K., & Gunnar, M. (1994). Adrenocortical activity and emotion regulation. In N.A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*, Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2-3, Serial No. 240), 108-134.
33. Biondi M. & Picardi, A. (1999); Psychological stress and neuroendocrine function in humans: The last two decades of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 114-150.
34. Lovallo, W.R., & Mc Cann, B.S., & Wilkinson, C.W. (1995, March). Cortisol: Its measurements and uses in behavioral medicine research. Paper presented at the 16th Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Diego, CA:
35. Gunnar, M. (1993, March). Psychoendocrine studies of temperament and stress in early childhood: Expanding current models. Paper presented at the 60th Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.
36. Danese, A., & McEwen, B.S. (2012) Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39.
37. Ehlert, U. (2013) Enduring psychobiological effects of childhood adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1850-1857.
38. Miller, G.E. Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959-997.
39. Nusslock, R., & Miller, G.E. (2016). Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: A neuroimmune network hypothesis. *Biological Psychiatry*, 80(1), 23-32.
40. Felitti, V.J., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
41. Breyer A. et al. (1988) Early Parental Loss and Development of Adult Psychopathology; *Arch Gen Psychiatry*; vol 45.
42. Castrén, Eero. (2013). Neuronal Network Plasticity and recovery from Depression. *JAMA Psychiatry*; 70(9): 983-989.

43. Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ: Principles of Neural Science 2013 page 1517
44. Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ: Principles of Neural Science 2013 page 1519
45. Kent W. Nilsson et al. (2018). Gene-environment interaction of monoamine oxidase in relation to antisocial behavior: current and future directions.
46. Reif et al. (2007). Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology* 32(11):2375-2383.
47. Casper et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 297(5582):851-854.
48. Kim-Cohen et al. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 11(10):903-913
49. Byrd AL, Manuck SB (2014) MAOA, childhood maltreatment and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 75(1):9-17.
50. *Läkartidningen.se* 2016-11-03; A Lundbäck, Riksrevisionen ska granska läkares bedömningar vid sjukskrivning.
51. Thalén B.E, Den förändringsbara hjärnan; Finns framtidens psykiatri redan nu? *Tidskrift för svensk Psykiatri* #4, Dec-2013
52. Thalén B.E. Den förändringsbara hjärnan del II; Finns framtidens psykiatri redan nu? *Psykofarmaka, psykoterapi eller integrerad behandling. Tidskrift för svensk Psykiatri* #1, mars 2014
53. Thalén B.E. Finns framtidens psykiatri redan nu; del III: Nybesöksbedömning#2, juni 2014
54. Thalén B.E. Hjärnfunktioner och psykiatrisk diagnostik; *Tidskrift för Svensk Psykiatri* # 1, mars-2018

