

Sammanfattning av några fokus inom BOAIM2:

A: Ett av de grundläggande fokus för BOAIM2 – Bergvik Open Academy for Innovative Medicine Management – är att vidareutveckla en fortfarande ny klinisk metod = "Patient som en rimlig kompetent utbildad resurs och medarbetare i egen rehab", som jag, inspirerad av George Kelly (Personal Construct Theory, 1955 och hans "man as a scientist"- förhållningssätt särskilt byggde på i min doktorsavhandling, 1986, Uppsala universitet – sedan följt av vetenskapligt och kliniskt arbete under följande år vidareutvecklade ett system integrerar biopsykosocial medicin baserad på en psykofysiologisk beteendemedicin paradigmatplattform. Mer beskrivs på HELLA, not just to be considered in Medicine? | Cultural Medicine

Även om denna metod kanske verkar uppenbart självklar för många, är det mycket komplext att ändra traditionella regler/vanor/lagar/politik, (a) inte bara genom kunskap och konkret praktisk metodologisk utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, men (b) det är i grunden också en grundläggande förändring i/av attityder till där patienter "personligen" också i verkligheten utgör (vanligtvis grupputbildad och i den handledd) "nav" i sin egen rehab. Dessutom har patienten ofta internaliserat hjälplöshet och beroende, inte lätt märkbara "motstånd", eftersom "lärd" i princip förlita sig på externa "faktorer"/styrning/icke-medveten nudging, i deras handlingar/beteenden/roll som patient. Men en sådan förändring avser vi att möjliggöra så effektivt som möjligt på denna webbplats baserat på minst 40 års kliniska erfarenheter – som vi nu startar om baserat på vårt pedagogiska, biopsykosociala medicinska paradigmat som vi bygger vårt arbete på!

B: Vi adresserar också (a) problemen kring -> att det ofta inte är EN orsak till komplexa symptom (samtidigt som vi reduktionistiskt tittar ofta efter ett), vilket kräver ett multidisciplinärt arbetssätt/metod/paradigmat liksom också, (b) kunskaps- och praktikutvecklingen "exploderar", vilket betyder vi behöver ett nytt kliniskt yrke = bevaka utvecklingen och kunna integrera i aktuella kunskaps- och arbetsrutiner, t.ex. kan None-Tubercle Mykobakterien (NTB, finns c 170 varianter) vara ett vanligt orsakspå problem vi inte ens tänkt på ... förrän nu? På flera områden sker alltså nu en fullständig kunskaps-klinisk praktik explosion som å ena sidan kanske går för fort men också negligeras av de traditionella (paradigmatiska) kunskaperna, vilket kräver både kreativitet och kritiskt granskande! Flera exempel kommer men just nu (a) magnet terapi och (b) mitokondrie hälsan men också (c) Gut-Brain Axis (som dock många redan känner till!

C: Extern behandling och egenvård (som kan även bli vanemässiga beteendeförändringar som över tid ökar och/eller vidmakthåller ens hälsoutveckling. Vid speciellt livsstilsrelaterade sjukdomar/problem så är det ju både de direkta insatserna men också framtida hälsoutvecklingen som i princip alltid motiverar att externa interventioner inkluderar egenvård inte bara formellt utan också konkret via inlärning och träning ingår med hög prioritet. Det var ett av skälen till min doktorsavhandlingens biopsykosociala prototyp manual för utbildning och individuellt skraddarsyende av verktygen i verktygslådan.

D: Hur vi kan hantera fråvar av absolut kunskap även inom hälso- och sjukvården är centralt både för hälso- och sjukvårdspersonalen men också för patienter. Se t.ex. To SEE (vision) but not to SEE (understand) may not be an impossible problem sometimes: We may find out options in spite of not understanding? | Biopsychosocial Medicine + Challenges for future care: Here focusing only on "who decides – normative evidence vs clinical ideographic evidence" | Biopsychosocial Medicine + How to deal with not absolute knowledge – which no one of us have access to | Biopsychosocial Medicine + Summarized of the paradigm used by Bo von Schéele | Biopsychosocial Medicine

För oss som representerar kunskap, speciellt sådan som har med människors hälsa att göra, är det viktigt å ena sidan inse att vi inte besitter absolut kunskap när det gäller framförallt komplexa processer men samtidigt ha gott självförtroende, givet vi gör vårt bästa för varje patient att utifrån

de kunskaper vi har förvärvat förklarar vad vi anser baserat på aktuell kunskap och erfarenhet. Viktigt vi känner oss trygga utifrån det paradigm vi arbetar ifrån. För patienter gäller att de skall känna förtroende för oss, alltså att vi verkligen gör vårt bästa utifrån aktuella förutsättningar. Det inbegriper ett konstruktivt, välmenande bemötande liksom också förklara utredningar/diagnoser och åtgärder som vi föreslår!

Vi bör framför allt inte uppträda som Besserwissrar men väl lugna, trygga att vi representerar vårt yrkesområde på ett kunnigt representativt sätt. Mer kan inte patienten begära! Samtidigt inse våra egna begränsningar och då remittera vidare. Osäkerhetsfaktorn kan ses positivt i den meningen att vi är lugnt bereda att granska och överväga modifieringar även av kunskaper/erfarenheter som vi anser oss ha en hög grad av säkerhetsgrad!

E: Symptom av olika komplexitetsgrad – svårigheter att finna dysfunktionella orsaker till liksom också att hantera/leva med – är centralt för alla, patienter som vårdnadshavare!

(a) Liksom med symptomspårning (avser inte här smittspårning, men väl vilka dysfunktioner som åstadkommer/sprider symptomen – sprider eftersom en del symptom kan vara "långt ifrån dysfunktionen"), där vi försöker finna dels vad som skulle kunna kallas för differential (inte diagnoser, men väl) olika dysfunktionens möjliga orsaks alternativ, för att utesluta steg för steg vad som prioriterat (lista) kan utgöra huvudsakliga (ofta flera) dysfunktionell(a) orsak(er) som symptomen baseras på. Ett problem här är förstås att ofta psykologiska pålagringar på fysiologiska processer liksom det omvända sker. Här har vi en fördel med psykofysiologiska mätmetoder att, till viss del, kunna utesluta vissa "delar" i symptomspårningsprocessen.

Nödändigt med symptomspårning? Ja, eftersom (a) en hel del komplexa dysfunktioner är svåra eller ej möjliga utifrån dagens kunskap/erfarenhet och (b) symptomen kan vara ytterst biopsykosocialt medicinsk komplexa och detta i sig motiverar mer ingående spårningar. Jag har åtskilliga exempel på detta där också helt enkelt att patienten inte kopplat ihop vissa symptom med aktuella besvär. Ibland kan det vara så många, "otydliga" och synbarligen icke-relaterade att man inte vill verka alltför "symptombenägen".

(b) Att leva drägligast möjliga med symptom är centralt av flera skäl, (i) dels påverkar det i sig själva dysfunktionerna (i princip varesig de är biologiska eller psykosociala på destruktivt sätt (förstärkande "ond cirkel"), (ii) dels påverkar det allmäntillståndet som i sig även påverkar en individs beteenden, även vanebeteenden negativt och (iii) framförallt för många "att det inte finns någonstans att ta vägen" för att få lindringen eller en tillfällig symptomfri zon, vilken överhuvudtaget kan vara svårt att överleva med. Här, liksom egentligen i alla komplexa symptomtillstånd, kan det vara avgörande att ha en rimlig hypotesdiagnos där man själv som patienten kan medverka med egenvårdinsatser! För sannolikt inte få utgör detta något ytterst viktigt att hantera dessa svårigheter! Viktigt här att (när så är rimligt), läkemedel används som "simdyna", medan patienten "tränar" sitt egenvårdsprogram (möjliggörande även psykofysiologisk placebo, även om vi har mycekt begränsad kunskap om placebo, där nocebo är motsatsen, som tyvärr sannolikt utgör en framförallt limbisk destruktiv process (där placebo utgör en limbisk konstruktiv process). Se nästa punkt!

F: Begreppen psykofysiologisk placebo (OBS, jag anser placebo begreppet är vanligen "läkemedelsintresse implementerat", se Hälsovetenskaper vilar på olika grad av bristfällig grund – hur hanteras detta framöver? | Cultural Medicine + Placebo R&D | Biopsychosocial Medicine men också <https://sitn.hms.harvard.edu/flash/2016/just-sugar-pill-placebo-effect-real/> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653635/>) och noncebo (<https://en.wikipedia.org/wiki/Nocebo>) – eftersom ovan är ytterst viktigt att förstå utifrån ett icke-läkemedels baserat paradigm, jag refererar till flikar som kommer på denna hemsida – MEN också gärna seriösa synpunkter via mail!

G: På samma sätt, som ovan "symptomspårning, kan vi arbeta med "safe-place" spårning, där också positivt individuellt relaterad lukt (Clinical Cultural-Sociology | Biopsychosocial Medicine) spelar en viktig roll (utarbetas i mer detaljer nedan). Varför? Jo, genom att ytterligare bygga upp

känslomässigt positiva limbiska minneskonstruktion kluster genom så kallad rekonsolidering (<http://skillsbeforepills.com/clinical-thoughts/reciprocal-inhibition-reconsolidation-and-meditation/>) där en individs favoritlukter (associerad med limbiska minneskonstruktioner) kan delta i spårningsprocessen. Eftersom vi kan mäta några viktiga parametrar i vårt psykofysiologiska laboratorium kan vi se påverkan på allmänna centrala system och därmed dra slutsatser om åtminstone påverkan på individens allmänna tillstånd, vilket har relevans direkt och/indirekt på biopsykosociala system. Mer djupgående kunskap och praktisk användning av begreppet "safe place" diskuteras mer under andra flikar på denna webbplats, men just nu se t.ex. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4445935/>

OBS att begreppet rekonsolidering oftast refererar till PTSD med inriktning att påverka destruktiva minnen, men här avser vi i stället att använda till att förstärka befintliga positiva minnen för inflytande i positiva allmäntillstånd generellt men också reciprok bygga in vanemässigt positiv påverkan vid negativ stress. Alltså, automatiskt inbyggt, något som jag använde på detta sätt i arbete med tortyroffer. Kan Safe place effektivt egenstränas med utbildning och även dess utveckling mätas?

Först, med "Safe place" refereras här till en individs spatiala minneskonstruktions-kluster (i Limbiska system i vår hjärna), som vi kan även söka efter genom "Safe place tracking" (se Välkommen | BOAIM2: Bergvik Open Academy for Innovative Medicine Management), om inte redan ett effektivt "safe place" minne identifieras av individen. Dessutom kan vi också använda "Safe behaviors", som här refererar till "att göra /utföra beteenden som vanligtvis orsakar säkra känsla/känslor". Något som vanligen gör att vi själva kan påverka när negativa emotioner automatiskt (också Limbiska systemet) "slår på", t.o.m. kan detta ske utan att vi inser vad som trigger dem! Nu till frågan: Ja, är svaret. Hur kommer det sig? I grund och botten är detta tack vare vår ökade förståelse för Limbic memory construct cluster reconsolidation (Nader et.al., rekonstruktion, Kelly 1955). Inte så lätt att göra, men det bygger faktiskt på gamla kunskaper/färdigheter i ett nytt ljus! Jag har beskrivit detta mer på [Toward development of a guide facilitating knowledge and practice-based use of human Limbic systems information processing in general and health care services in particular | Cultural Medicine](#)

Kan vi medvetet ("mänsklig delen av vår hjärna") med biobeteendestrategier påverka inte medvetna ("gamla hjärnan") system? Ja, det kan vi! | [Biopsykosocial medicin](#)

H: Eftersom vi anser att västerländsk medicin har mycket att lära från österländsk och vårt psykofysiologiska beteendemedicinska paradigmen underlättar integrering, har vi genom åren i kliniskt arbete integrerat på ett flertal sätt. Framförallt från kinesisk traditionell medicin, t.ex. vid psykofysiologiska mätningar guidat patienter att finna sin egen skraddarsydda andningsträningsslag (vi mäter inte bara autonoma nervsystemets funktionalitet inklusive dess oscillation utläst i respiratoriska sinusarytmi (RSA) mönsterbeteenden utan också delar av cellmetabolism/respirationen), där vi integrerar individuellt anpassade rörelsebeteenden tillsammans med t.ex. hypnos strategier. Se t.ex. [Eastern and western medicine – can they both meet in win-win using an integrating psychophysiological platform? | Cultural Medicine](#) Komplicerat? Javisst, men vi jobbar alltid utifrån icke-absolut kunskap men väl olika paradigmen. Men detta kan öka sannolikheten för att "hypotetiskt hitta rätt alternativt och/eller rätt väg att gå vidare", vilket valideras kontinuerligt i IBED, Individuell biologisk bevisdokumentation, se t.ex. [HELLA, not just to be considered in Medicine? | Cultural Medicine](#)

Projekt under planering:

A: Ta tempen på ditt blodtryck, och åtgärda vid behov det själv via utbildade skraddarsydda egeninsatser med handledning vid behov.

B: Egen hypotesdiagnos tester och egenvårdsprogram för olika former av PTSD, bl.a. även metoder att påverka mardrömmar ...

C: Nya kliniska kunskaper om hur mikroorganismer kan komplicera (utan vi tidigare insett detta) vanliga kroniska sjukdomar/problem/symptom ...
(texter kommer)

D: Magnetterapi. Vad är det, vilka kan vi ha nytta av det och hur är vetenskaps- och kliniska kunskaps- och praktkläget?

Innehåll nedan på den här sidan:

1. Kort översikt för intresserad av att få en lättläst introduktion
2. Möjligheter när det gäller vad du kan "tjänar på" att gå med i konkreta termer
3. Fokuserat projekt kommer vi att starta ett huvud ... förhandsvisning
4. Mer detaljerade definitioner och mer ...
5. Sammanfattning och vad som kommer på undersidor ...

Text som mer detaljerat beskriver punkterna ovan kommer