

Vilken form av psykiatrisk diagnos vill vi ha?

Stephan Hau

Psykotericentrumets vårkonferens

Stockholm, 12 april 2024

Vad är psykisk hälsa?

WHO:s definition av psykisk hälsa

WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som hen lever i. Psykisk hälsa är alltså inte detsamma som frånvaron av psykisk sjukdom.

[Mental health \(who.int\)](https://www.who.int/mental-health)

[Start](#) - [Om Uppdrag Psykisk Hälsa](#) - Vad är psykisk ohälsa?

Vad är psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa är inte helt lätt att definiera. Uppdrag Psykisk Hälsa använder uttrycket som ett samlingsbegrepp för allt psykiskt illamående från lindriga psykiska tillstånd som lättare ångest och nedstämdhet till allvarliga tillstånd som schizofreni, bipolär sjukdom eller funktionsnedsättningar som autism och allvarlig ADHD.

Orsakerna till att en person drabbas av psykisk ohälsa kan vara svåra att ringa in och det saknas fortfarande mycket kunskap. Om vi tittar allmänt är det en mängd olika orsaker som spelar in. För det första hur vi är konstruerade som människor, vilket i sin tur styrs mycket av vårt genetiska arv, det är exempelvis vanligare med psykisk sjukdom hos en person som har det i slkten. För det andra påverkas vi genom vad vi är med om i livet – olika typer av trauma ökar risken – men den situation vi lever i spelar också roll.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)



Vad är psykisk ohälsa?



Psykiatriska diagnoser omfattar koderna F00–F99 i WHO:s klassifikation av sjukdomar (ICD-10). Med psykisk ohälsa menas oftast stressrelaterad psykisk ohälsa, olika ångestsyndrom och lättare depressioner.

På engelska kallas dessa diagnoser Common mental disorders och är vanliga sjukskrivningsdiagnoser. Psykiska sjukdomar som schizofreni, bipolära sjukdomar och svårare depressioner är mer ovanliga sjukskrivningsdiagnoser.

Psykisk ohälsa i siffror

Fram till millennieskiftet dominerade rörelseorganens sjukdomar de längre sjukskrivningarna.

Idag står psykisk ohälsa, främst stressrelaterad psykisk ohälsa för över hälften av alla längre sjukfall.

46,7 %

Andel pågående sjukfall med psykiatriska diagnoser (F00-F99), 2023-12

21,9 %

Andelen pågående sjukfall på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa (F43), 2023-12

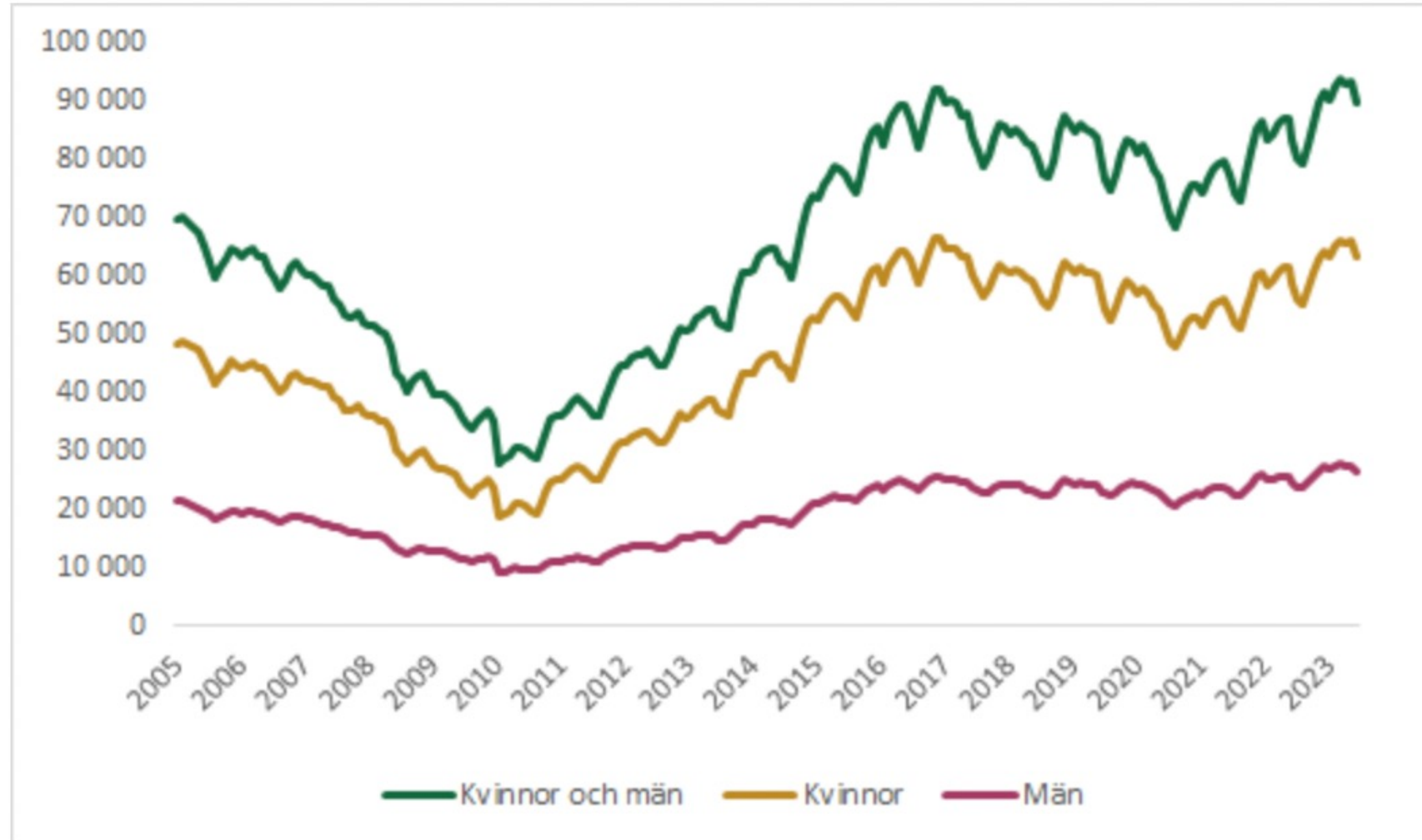
20 971

Antal startade sjukfall med utmattningssyndrom (F438A), 2022

22 156

Antal startade sjukfall med akut stressreaktion (F430), 2022

Utveckling av pågående sjukfall med psykiatriska diagnoser 2005–2023

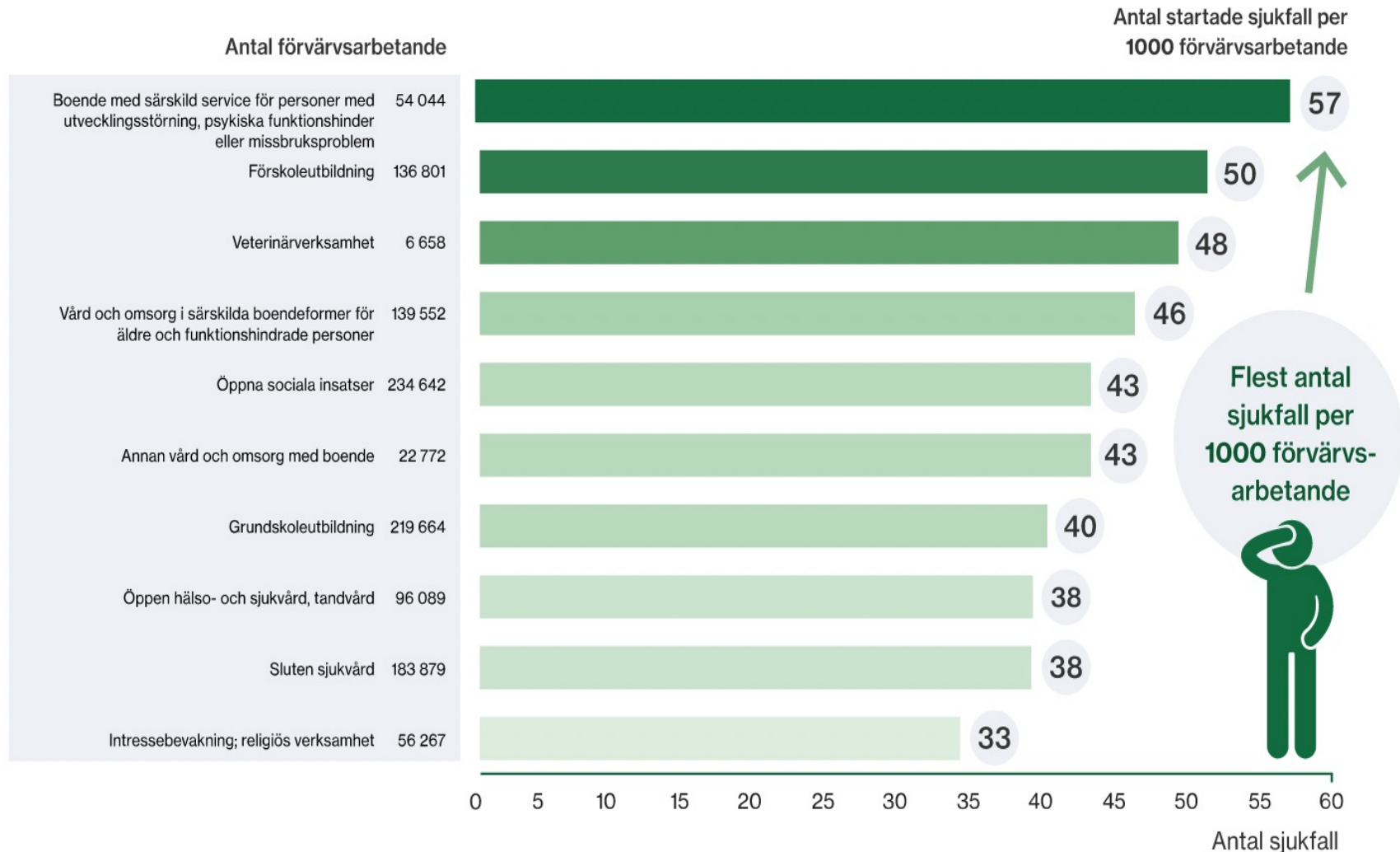


Antalet pågående sjukfall inom psykiatriska diagnoser ökade under åren 2010 till 2023 från 30 000 till 90 000.

Efter en nedgång under pandemin har antalet pågående sjukfall med psykiatriska diagnoser åter ökat.

Stressrelaterad psykisk ohälsa har ökat mest.

Flest sjukfall med psykiatriska diagnoser finns inom vård, omsorg och sociala insatser



Kontaktyrken inom branscherna, vård, omsorg och sociala insatser är välkända riskyrken för sjukfrånvaro.

I synnerhet inom psykiatriska diagnoser och stressrelaterad psykisk ohälsa.

I Sverige omfattar vården vid psykisk problematik i huvudsak psykofarmaka samt i viss mån korta självhjälpsinsatser (kort-KBT, Internet-KBT). Andra, mer personcentrerade och kontextbaserade behandlingar, som olika typer av psykoterapier, erbjuds sällan eller inte alls (förutom för de som har egna ekonomiska resurser). Frågan är om detta är rätt vård, om det är det bästa och mest kostnadseffektiva sättet att hjälpa människor med psykiska svårigheter – eller om det finns andra och bättre alternativ?

Gunnar Bohman (2022)

- Den som är deprimerad kan få höra att nedstämdheten beror på serotoninbrist i hjärnan. Men få läkare tror i dag på en så enkel förklaring.

Anna Bratt, DN, 20/5/2023

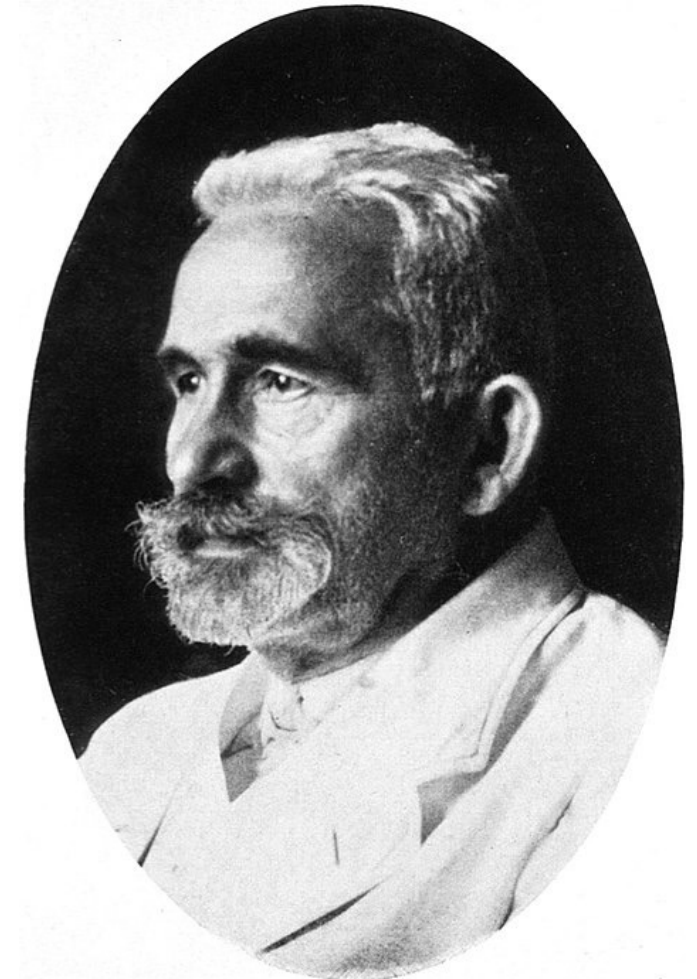
Antalet patienter som tar antidepressiv medicin i Sverige ökar för varje år. I dag tar var tionde svensk psykofarmaka, och i alla åldersgrupper är det fler kvinnor än män som tar medicinen.

Medikaliseringen bidrar till att människor tror att själva livet gör att man behöver äta psykofarmaka, säger allmänläkaren Katrin Engel.

Hans Arbman, Emma Arpstrand, DN, 15/5/2023

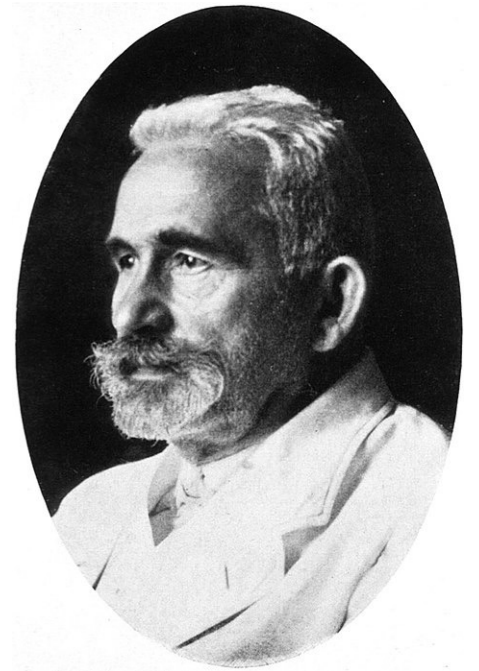
Emil Wilhelm Georg Magnus Kraepelin

- 15 February 1856 – 7 October 1926 var en tysk psykiater.
- H. J. Eysenck's Encyclopedia of Psychology identifiera honom som grundaren av modern vetenskaplig psykiatri, psykofarmakologi och psykiatrisk genetik.



Klassificering av Psykiatriska Sjukdomar

- Fråga i början av 1900-talet: **Är personlighetsavvikelse sjukdomsvarianter eller (extrema) normalvarianter?**
- Emil Kraepelin (1907): personlighetsavvikelse borde betraktas som mildare former av allvarliga sinnessjukdomar.
- => ICD, DSM



Utveckling av DSM-systemet och ICD-systemet

- Första klassifikation: 1889 i Paris: 11 olika mentala sjukdomar.
- WHO tog över (1948): ICD-6 med avsnitt om psykisk ohälsa och 7 olika kategorier av *disorders of character, behaviour and intelligence*.
- ICD10 (1992)
- ICD11 (2022)



A screenshot of the WHO website's "Classifications" page. The page has a blue header with a home icon, "Health Topics", "Countries", and "News" dropdown menus. The main content area is titled "Classifications" and features a list of links: "Family of International Classifications", "Family of International Classifications network", "Classification of Diseases (ICD)", "Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", "Classification of Health Interventions (CHI)", and "Frequently asked questions". To the right, there is a prominent announcement "ICD-11 is here!" with a blue box containing the cover of the ICD-11 manual, titled "ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision".

Utveckling av DSM-systemet och ICD-systemet

- I USA - försvarsdepartementet: vilken effekt har kriget på psykisk hälsa av soldater?
- Första amerikanska diagnossystemet: DSM-I (1952)
- Sedan 1952: ICD och DSM
- Sedan DSM-II (1968): "personality disorder"

DSM-II

- **DSM-II** präglades av en psykosocial tolkningsmodell (Menninger).
- Starkt psykosocial psykiatri.
- Problem med definition om vad är "sjuk" eller "frisk".
- Kritik från biologin => tydligare sjukdomsorientering
- Kritik från "antipsykiatri" => psykiatri seglar under falsk flagga och behandlar "störningar" som är egentligen symptom för dysfunktionella sociala system
- Alan Stone (1976): (social) psykiatri vill förändra världen => inte längre psykiatri

DSM-III

- **DSM-III** var häftigast omdebatterad, mest motstånd från psykodynamisk sidan
- Har blivit svar från amerikanska psykiatrin: Fokus på att skilja ur psykiatriska störningar bara genom objektiva bedömbara kriterier för olika symptom
- DSM-III införde begreppet "mental disorders"
- Kriteriebestämda kategorier, klara definitioner och avgränsningar
- Polytetiska kriteriegrupper
- Egen axel för personlighetspatologi
- Kritik att många kategoriseringar var hypotetiska
- => saknas forskningen

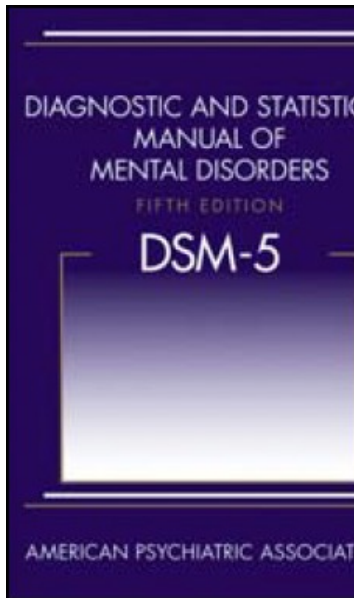
DSM-III

- **DSM-III**
- Kritik: Kapitulation inför den medicinska sjukdomsmodellen.
- (Ledande psykoterapiforskare kritisk mot RCT-paradigm: W. Stiles, C. Hill, R. Elliott, B. Wampold, A. Kazdin, F. Leichsenring, A. Abbass, J. Norcross, P. Luyten, etc.)
- DSM-III-R (1987): kategorisystem för personlighetsstörningar som bygger på "prototyper"

Utveckling av DSM-systemet och ICD-systemet

- DSM-III (1980): Neurosbegrepp försvinner. Egen axel (II) för personlighetsstörningar. Deskriptiva kategorier infördes.
- DSM-III-R (1987): Personality disorders. Polytetiska kriteriedefinitioner som beskriver ”prototyper”, t ex 5 av 9 kriterier. Exklusionskriterier avskaffades (Komorbiditetsproblem)
- DSM-IV (1994): Personality disorders. 10 specifika typer
- DSM-5 (2015): Personality disorders. Som DSM-IV + tillägg i kapitel 3

DSM-5

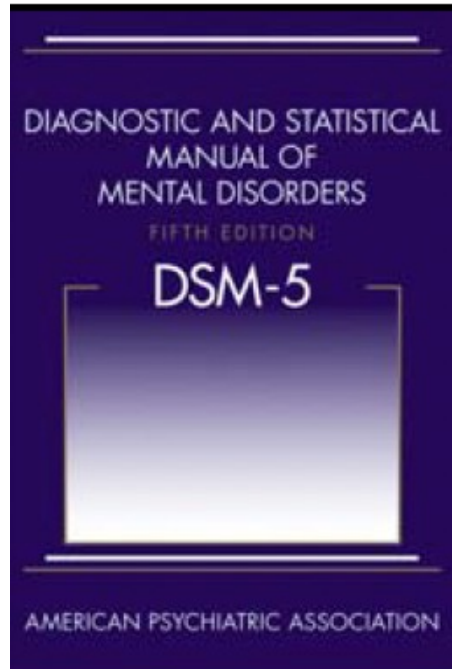


SECTION III Emerging Measures and Models

Assessment Measures	733
Cross-Cutting Symptom Measures	734
DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult	738
Parent/Guardian-Rated DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Child Age 6–17	740
Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity	742
World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)	745
Cultural Formulation	749
Cultural Formulation Interview (CFI)	750
Cultural Formulation Interview (CFI)—Informant Version	755
Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders	761
Conditions for Further Study	783
Attenuated Psychosis Syndrome	783
Depressive Episodes With Short-Duration Hypomania	786
Persistent Complex Bereavement Disorder	789
Caffeine Use Disorder	792
Internet Gaming Disorder	795
Neurobehavioral Disorder Associated With Prenatal Alcohol Exposure	798
Suicidal Behavior Disorder	801



DSM-5



Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders

The current approach to personality disorders appears in Section II of DSM-5, and an alternative model developed for DSM-5 is presented here in Section III. The inclusion of both models in DSM-5 reflects the decision of the APA Board of Trustees to preserve continuity with current clinical practice, while also introducing a new approach that aims to address numerous shortcomings of the current approach to personality disorders. For example, the typical patient meeting criteria for a specific personality disorder frequently also meets criteria for other personality disorders. Similarly, other specified or unspecified personality disorder is often the correct (but mostly uninformative) diagnosis, in the sense that patients do not tend to present with patterns of symptoms that correspond with one and only one personality disorder.

In the following alternative DSM-5 model, personality disorders are characterized by impairments in personality *functioning* and pathological personality *traits*. The specific personality disorder diagnoses that may be derived from this model include antisocial, avoidant, borderline, narcissistic, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders. This approach also includes a diagnosis of personality disorder—trait specified (PD-TS) that can be made when a personality disorder is considered present but the criteria for a specific disorder are not met.

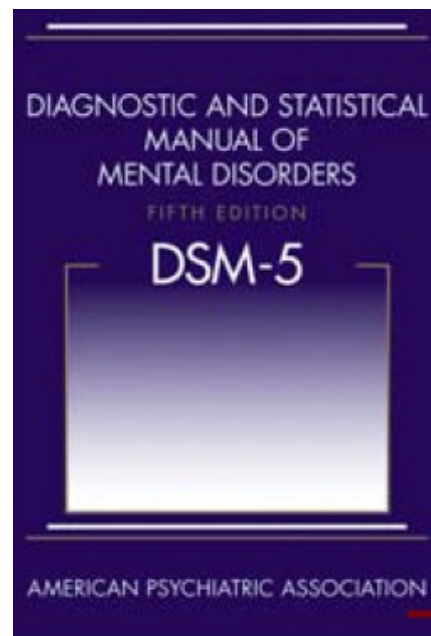
General Criteria for Personality Disorder

General Criteria for Personality Disorder

The essential features of a personality disorder are

- A. Moderate or greater impairment in personality (self/interpersonal) functioning.
- B. One or more pathological personality traits.
- C. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are relatively inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations.
- D. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are relatively stable across time, with onsets that can be traced back to at least adolescence or early adulthood.
- E. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are not better explained by another mental disorder.
- F. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are not solely attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition (e.g., severe head trauma).

DSM-5



Criterion A: Level of Personality Functioning

Disturbances in **self** and **interpersonal** functioning constitute the core of personality psychopathology and in this alternative diagnostic model they are evaluated on a continuum. Self functioning involves identity and self-direction; interpersonal functioning involves empathy and intimacy (see Table 1). The Level of Personality Functioning Scale (LPFS; see Table 2, pp. 775–778) uses each of these elements to differentiate five levels of impairment, ranging from little or no impairment (i.e., healthy, adaptive functioning; Level 0) to some (Level 1), moderate (Level 2), severe (Level 3), and extreme (Level 4) impairment.

TABLE 1 Elements of personality functioning

Self:

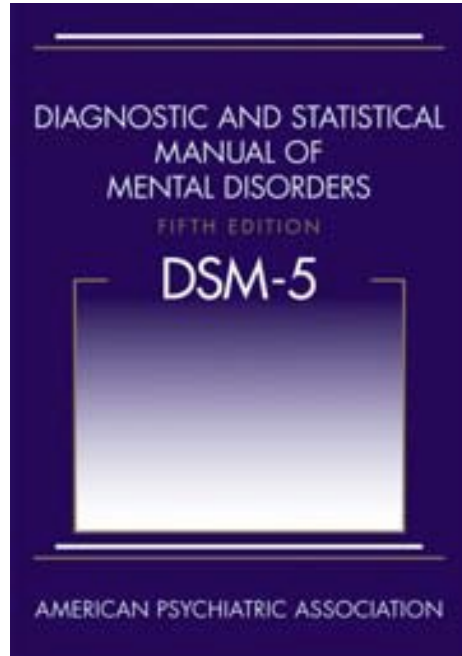
- 1. **Identity:** Experience of oneself as unique, with clear boundaries between self and others; stability of self-esteem and accuracy of self-appraisal; capacity for, and ability to regulate, a range of emotional experience.
- 2. **Self-direction:** Pursuit of coherent and meaningful short-term and life goals; utilization of constructive and prosocial internal standards of behavior; ability to self-reflect productively.

Interpersonal:

- 1. **Empathy:** Comprehension and appreciation of others' experiences and motivations; tolerance of differing perspectives; understanding the effects of one's own behavior on others.
- 2. **Intimacy:** Depth and duration of connection with others; desire and capacity for closeness; mutuality of regard reflected in interpersonal behavior.

Impairment in personality functioning predicts the presence of a personality disorder, and the severity of impairment predicts whether an individual has more than one personality disorder or one of the more typically severe personality disorders. A moderate level of impairment in personality functioning is required for the diagnosis of a personality disorder; this threshold is based on empirical evidence that the moderate level of impairment maximizes the ability of clinicians to accurately and efficiently identify personality disorder pathology.

DSM-5



Proposed Diagnostic Criteria

- A. Moderate or greater impairment in personality functioning, manifested by characteristic difficulties in two or more of the following four areas:
1. **Identity:** Excessive reference to others for self-definition and self-esteem regulation; exaggerated self-appraisal inflated or deflated, or vacillating between extremes; emotional regulation mirrors fluctuations in self-esteem.
 2. **Self-direction:** Goal setting based on gaining approval from others; personal standards unreasonably high in order to see oneself as exceptional, or too low based on a sense of entitlement; often unaware of own motivations.
 3. **Empathy:** Impaired ability to recognize or identify with the feelings and needs of others; excessively attuned to reactions of others, but only if perceived as relevant to self; over- or underestimate of own effect on others.
 4. **Intimacy:** Relationships largely superficial and exist to serve self-esteem regulation; mutuality constrained by little genuine interest in others' experiences and predominance of a need for personal gain.
- B. Both of the following pathological personality traits:
1. **Grandiosity** (an aspect of **Antagonism**): Feelings of entitlement, either overt or covert; self-centeredness; firmly holding to the belief that one is better than others; condescension toward others.
 2. **Attention seeking** (an aspect of **Antagonism**): Excessive attempts to attract and be the focus of the attention of others; admiration seeking.
-

International Classification of Diseases (ICD)

- ICD-10 (1999): "Personality disorders"
9 specifika typer

Codes ICD-10

[F60](#) Specific personality disorders

[F60.0](#) Paranoid personality disorder

[F60.1](#) Schizoid personality disorder

[F60.2](#) Antisocial personality disorder

[F60.3](#) Borderline personality disorder

[F60.4](#) Histrionic personality disorder

[F60.5](#) Obsessive-compulsive personality disorder

[F60.6](#) Avoidant personality disorder

[F60.7](#) Dependent personality disorder

[F60.8](#) Other specific personality disorders

[F60.81](#) Narcissistic personality disorder

[F60.89](#) Other specific personality disorders

[F60.9](#) Personality disorder, unspecified

International Classification of Diseases (ICD)

- ICD-10 (1999): Personality disorders. 9 specifika typer
- ICD-11 (2022): **mild** personality disorder
moderate personality disorder
severe personality disorder

- ICD-11 (2022) 6D10: Personality disorder

- Description

- Personality disorder is characterized by **problems in functioning of aspects of the self (e.g., identity, self-worth, accuracy of self-view, self-direction),**
- **and/or interpersonal dysfunction (e.g., ability to develop and maintain close and mutually satisfying relationships, ability to understand others' perspectives and to manage conflict in relationships)**
- **that have persisted over an extended period of time (e.g., 2 years or more).**

- ICD-11 (2022) 6D10: Personality disorder

- Description

- The disturbance is manifest in **patterns of cognition, emotional experience, emotional expression, and behaviour that are maladaptive** (e.g., inflexible or poorly regulated)
- and is **manifest across a range of personal and social situations** (i.e., is not limited to specific relationships or social roles).
- The **patterns of behaviour** characterizing the disturbance are **not developmentally appropriate** and cannot be explained primarily by social or cultural factors, including socio-political conflicts.
- The disturbance is associated with substantial distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

- ICD-11 (2022): 6D10.0: Mild personality disorder
- Description
- All general diagnostic requirements for Personality Disorder are met.
- Disturbances affect some areas of personality functioning but not others (e.g., problems with self-direction in the absence of problems with stability and coherence of identity or self-worth), and may not be apparent in some contexts.
- There are problems in many interpersonal relationships and/or in performance of expected occupational and social roles,
- but some relationships are maintained and/or some roles carried out.

- ICD-11 (2022): 6D10.1: Moderate personality disorder
- Description
- All general diagnostic requirements for Personality Disorder are met.
- Disturbances affect multiple areas of personality functioning (e.g., identity or sense of self, ability to form intimate relationships, ability to control impulses and modulate behaviour).
- However, some areas of personality functioning may be relatively less affected.
- There are marked problems in most interpersonal relationships and the performance of most expected social and occupational roles are compromised to some degree.

Psykiatri och personlighetspatologi

- ICD-11 (2022): 6D10.0: Mild personality disorder
- Description
- Specific manifestations of personality disturbances are generally of mild severity.
- Mild Personality Disorder is typically **not associated with substantial harm to self or others**, but may be associated with **substantial distress or with impairment in personal, family, social, educational, occupational** or other important areas of functioning that is either limited to circumscribed areas (e.g., romantic relationships; employment) or present in more areas but milder.

Psykiatri och personlighetspatologi

- ICD-11 (2022): 6D10.1: Moderate personality disorder
- Description
- Relationships are likely to be characterized by conflict, avoidance, withdrawal, or extreme dependency (e.g., few friendships maintained, persistent conflict in work relationships and consequent occupational problems, romantic relationships characterized by serious disruption or inappropriate submissiveness).
- Specific manifestations of personality disturbance are generally of moderate severity.
- Moderate Personality Disorder is **sometimes associated with harm to self or others, and is associated with marked impairment in personal, family, social, educational, occupational** or other important areas of functioning, although functioning in circumscribed areas may be maintained.

Psykiatri och personlighetspatologi

- ICD-11 (2022): 6D10.2: Severe personality disorder
- Description
- All general diagnostic requirements for Personality Disorder are met.
- There are severe disturbances in functioning of the self (e.g., sense of self may be so unstable that individuals report not having a sense of who they are or so rigid that they refuse to participate in any but an extremely narrow range of situations; self view may be characterized by self-contempt or be grandiose or highly eccentric).
- Problems in interpersonal functioning seriously affect virtually all relationships and the ability and willingness to perform expected social and occupational roles is absent or severely compromised.

Psykiatri och personlighetspatologi

- ICD-11 (2022): 6D10.2: Severe personality disorder
- Description
- Specific manifestations of personality disturbance are severe and affect most, if not all, areas of personality functioning.
- Severe Personality Disorder is often associated with harm to self or others, and is associated with severe impairment in all or nearly all areas of life, including personal, family, social, educational, occupational, and other important areas of function

OPD-2 (2003), Axcel IV - Struktur

OPD 2 Rating Sheet Axis IV: Structure **Patient** _____

Axis IV - Structure	high	1.5	moderate	2.5	low	3.5	disintegr ated	not rateable
1a Self-perception	①		②		③		④	⑤
1b Object perception	①		②		③		④	⑤
2a Self regulation	①		②		③		④	⑤
2b Regulation of object relationship	①		②		③		④	⑤
3a Internal communication	①		②		③		④	⑤
3b Communication with the external world	①		②		③		④	⑤
4a Attachment to internal objects	①		②		③		④	⑤
4b Attachment to external objects	①		②		③		④	⑤
5 Structure total	①		②		③		④	⑤

Psykiatri och personlighetspatologi

- ICD-11 (2022):
- 6D10.Z: Personality disorder, severity unspecified
- This category is an '**unspecified**' residual category.

Kritik mot ICD och DSM

- För komplex system med ungefär 80 kriterier, några av de överlappande.
- 10 separata kategorier som är inte baserat på en kohärent modell eller teori.
- Beskrivningar verkar ha utvecklats från historiska prejudikat, klinisk erfarenhet och kommittékonsensus
- Vissa kategorier har sitt ursprung i Hippokrates' temperamentsbeskrivningar för över 2 000 år sedan, medan andra, som Borderline Personality Disorder, dök upp under 1980-talet.
- Läkare/terapeuter svarade logiskt: de ignorerade i stort sett hela konceptet med personlighetsstörning.

Kritik mot ICD och DSM

- Antalet diagnoser var mindre än en fjärdedel av det som rapporterades i systematiska översiktsstudier.
- Läkare ställde i allmänhet två av de 10 officiella kategorierna: borderline och antisocial personlighetsstörning, samt fånga alla "personlighetsstörningar som inte anges på annat sätt" (PD NOS).
- Komplexiteten i personlighetsstörningsnosologi resulterade i att intresset begränsades till de få specialisterna.

Kritik mot ICD och DSM

- Klassificeringen var oförenlig med tillgängliga data, med de flesta bevis som tydde på att personlighetsavvikelser fördelades längs en dimension.
- Dessa dimensionella konstruktioner liknade personlighetsdimensioner som har rapporterats i den allmänna befolkningen.
- Förmodligen inte överraskande är normal och onormal personlighet, åtminstone till viss del, släkt med varandra.
- Sedan 1990-talet långa diskussioner om utveckling av en dimensionell modell av personlighet/personlighetsstörningar.

Kritik mot ICD och DSM

- Empiriskt stöd för en sådan dimensionell konceptualisering: Fyra metaanalyser med totalt 52 oberoende stickprov som involverade 13 640 individer drog slutsatsen att personlighetspatologi kan representeras adekvat som konstellationer av extrema poäng på normala personlighetsmodeller, framför allt femfaktormodellen.
- Dimensionellt tillvägagångssätt har blivit mycket långsamt accepteras av dem som är involverade i klassificeringen av personlighetspatologi.
- Men det fanns lite enighet om vilken riktning framsteg skulle ta.

Kritik mot ICD och DSM

- *Stor heterogenitet inom kategorier* (T.ex.: 9 kriterier för "Borderline" => teoretisk 256 olika sätt att vara "borderline")
- Utbredd samsjuklighet
- Oklara gränser till normalitet (slumpmässig bestämda)
- Oklara gränser till andra tillstånd
- Oklar etologi (saknas belegg för validiteten)
- Dålig överensstämmelse med personlighetsproblem i klinisk praktik
- Personlighetsstörning UNS fungerar som "slaskdiagnos"
- Litet kliniskt värde

Kritik mot ICD och DSM

- Evidens för att svårighetsgraden snarare än typen av personlighetspatologi är den huvudsakliga prediktor för individens lidande och dysfunktion.
- Det totala antalet diagnostiserade personlighetsstörningar eller antalet traits förklarar mer variation i funktion än specifika personlighetsstörningar enbart.
- De med allvarligare personlighetsstörning är mer benägna att skada sig själv,
- ha en högre grad av samsjuklighet och självmordsrisk
- och ha en högre risk för behandlingsavbrott.
- Argumentet kan också framföras att prioritering av svårighetsgrad hjälper till att åter fokusera på hanteringen kring själv- och interpersonella svårigheter snarare än att betona beteendebeskrivningar.

- Grund hypotes: psykiatriska störningar kan till stor del särskiljas endast utifrån objektivt bedömbara symptomkriterier.
- största källan till missnöje med diagnostiska taxonomier: hög frekvens av komorbiditet (Kessler et al., 2005; Merikangas et al., 2010),
- upprepade gånger visat i storskaliga undersökningar i USA (Kessler et al., 2005, 2011) och Stor Britannien (Bebbington et al., 2009; Farrell et al., 2003).

- Största förändring: DSM-III-R (1997) (exklusionskriterier som användes för att implementera diagnostiska hierarkier avskaffades)
- => explosionsartat utökning av samsjuklighet
- PubMed: 1990: 171 artiklar som nämnde samsjuklighet;
- 2000: 2,040 artiklar, och
- 2010: 7,898 artiklar.

- Andra tillvägagångssätt än symtomorienterade diagnoser:
- i grunden utvecklingsorienterad och personcentrerad;
- fokus på utvecklingsvägar från spädbarn till vuxen ålder och på störningar i utvecklingsuppgifter
- komplexa interaktioner mellan biologiska och psykosociala faktorer uttrycks under hela livet (Lingiardi & McWilliams, 2017; Luyten & Blatt, 2011; Luyten et al., 2012; McWilliams, 2011).

- Fokusera på hur individer förhandlar om olika utvecklingsuppgifter och hur problem med att förhandla fram dessa uppgifter kan komma till uttryck på olika sätt över livslängden.
- Att tillhandahålla en "taxonomi av människor" (snarare än en "taxonomi av sjukdomar")
- Sikta på att beskriva "vad man *är* snarare än vad man *har*" (Lingiardi & McWilliams, 2017, s. 17).
- DSM och ICD: statisk och till stor del icke-utvecklingsmässigt tillvägagångssätt.

- Psykologiska "störningar": inte statiska sluttillstånd, utan funktionella, som försök till anpassning.
- Försök till anpassning kan bli mycket olämpliga för individen och hans eller hennes omgivning.
- Bästa möjliga balans för individen mellan hans eller hennes psykologiska begåvning, biologiska anlag och miljö.

- Transdiagnostiskt perspektiv:
- Disorder-centrerad ansats (DSM) => utveckling och empirisk utvärdering av ett brett utbud av behandlingar för specifika störningar.
- Ökad insikt om att psykiska störningar ofta delar gemensamma mekanismer => förnyat intresse för transdiagnostiska interventioner (Barlow et al., 2014; Weisz et al., 2012).

- två grundläggande antaganden:
- 1: En personcentrerad, utvecklingsfokuserad psykopatologisk ansats är väsentlig i psykiatrisk klassificering.
- 2: Funktionalitet: psykopatologi representerar vanligtvis ett försök till anpassning.

- Att anta ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv innebär att psykiatrisk klassificering bör vara förankrad i longitudinell utvecklingsforskning (Caspi et al., 2014).

Det verkar vara bättre att inte konceptualisera psykiska störningar som statiska sluttilstånd, utan som komplexa, multipla dynamiska konflikt-försvarskonstellationer.

Psykopatologi är funktionell.

Psykopatologi ska ses som misslyckade adaptationsförsök som speglar variationer i personlighetsutveckling.

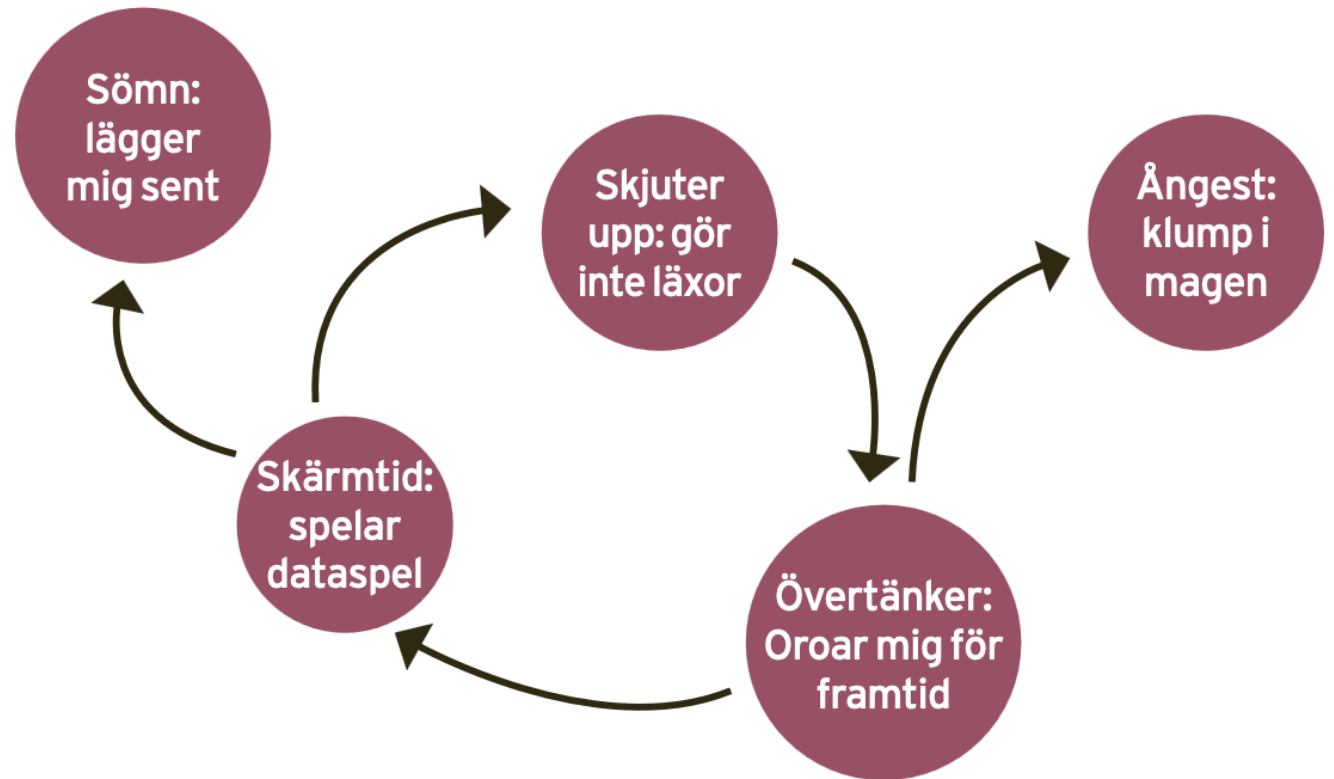
- **Transdiagnostisk forskning** rör sig bort från föreställningen att psykiatriska diagnoser är välavgränsade entiteter.
- Symptomskift
- Det primära argumentet är att den nuvarande diagnostiska manualen med ett par hundra diagnoser, som man har till 100 procent eller inte alls, är ett dåligt sätt att fånga verkligheten. Mer sannolikt är att psykiatriska problem är normalfördelade i befolkningen – alla har lite risk för allting.
- Roman Kotov (Stony Brook Neurosciences Institute) , Maria Åbonde Garke (Karolinska institutet).
- transdiagnostiska behandlingsmanualer: Unified protocols

- Symptomnätverk

”bygger på antagandet att psykiatriska symtom påverkar varandra mer än att någon underliggande hypotetisk sjukdom påverkar dem.”

Lars Klintvall (KI)

På SU: Frida Koernigs och Alexandra Lönnroos:
»Självskattade symptomnätverk: Utvärdering av en förbättrad metod med individualiserade respektive kontextuella problem« (2022).



SYMPTOMNÄTVERK

Symptomnätverk skapat av patient. Varje nod är ett problem patienten upplever, där storleken visar hur

smärtsamt problemet är. Pilarna anger hur patienten tänker sig orsakssambanden mellan problemen.

Finns psykiska sjukdomar och syndrom?

- Det finns en idé om att hjärnbaserade patologiska typer av psykiska störningar existerar.
- Vi utreder, diagnostiserar, behandlar, samlar in och rapporterar fall av psykisk ohälsa som om de vore exemplar av diskreta patologiska typer.
- Paradoxalt nog kunde decennier av intensiv forskning inte visa att så är fallet.
- Vi känner inte till en enda biologisk markör som tillförlitligt samvarierar med operationellt definierade kliniska syndrom för att kunna läggas till en giltig, hjärnbaserad definition av psykiska störningar (jfr DSM-5).
- Standardförklaringen av denna paradox pekar på den lite förstådda, självorganiserade och sammanhangskänsliga dynamiken i hjärnans funktion.

Finns psykiska sjukdomar och syndrom?

- „Ninety years have now elapsed since Kraepelin first provided the framework of a plausible classification of mental disorders. Why then, with so many potential validators available, have we made so little progress since that time? (...) One important possibility is that the discrete clusters of psychiatric symptoms we are trying to delineate do not actually exist.”

R.E. Kendell

Finns psykiska sjukdomar och syndrom?

- Mind- brain-behavior-conundrum fungerar helt enkelt inte som den medicinska modellen förutsätter.
- Om det vore så att de inblandade hjärndysfunktionerna inte motsvarar tillräckligt täta kopplingar mellan hjärnstrukturer och funktioner (respektive funktionsfel), så måste vi leta efter icke-linjära "computational" definitioner av psykiska störningar (Thagard, 2008).
- Men även försvagade versioner av den medicinska modellen för psykiska störningar kanske inte lyckas – helt enkelt för att det inte finns några sådana hjärnbaserade typer av störningar.
- Ur ett systemimmanent perspektiv finns det goda empiriska skäl att ifrågasätta giltigheten av den etablerade taxan och att utmana den ortodoxa forskningens "linjära" och "lokaliserings" antaganden.

Finns psykiska sjukdomar och syndrom?

- Ur ett mer systemkonfronterande perspektiv tycks den etablerade modellen av en fristående mind-brain-behavior-system allt mer tvivelaktigt.
- Hjärnan fungerar uppenbarligen inte som en körtel som "utsöndrar" beteende som ett hormon (eller som en dator genererar outputdata => beteende).
- Hjärnan fungerar snarare som ett individuellt förkroppsligat, mångfaldigt inbäddat och psyko-ekonomisk beroende redskap för kulturell praktik.
- Efter denna "kulturalistiska" tankegång verkar det osannolikt att implementeringar av psykiskt sjuka tillstånd visar sig vara kongruenta med specifika hjärntillstånd.

En mycket mer grundläggande men gammal fråga dyker upp:

1. **How relates the mind to the body?** (How relates the brain to the body?)
2. **The problem of other minds**

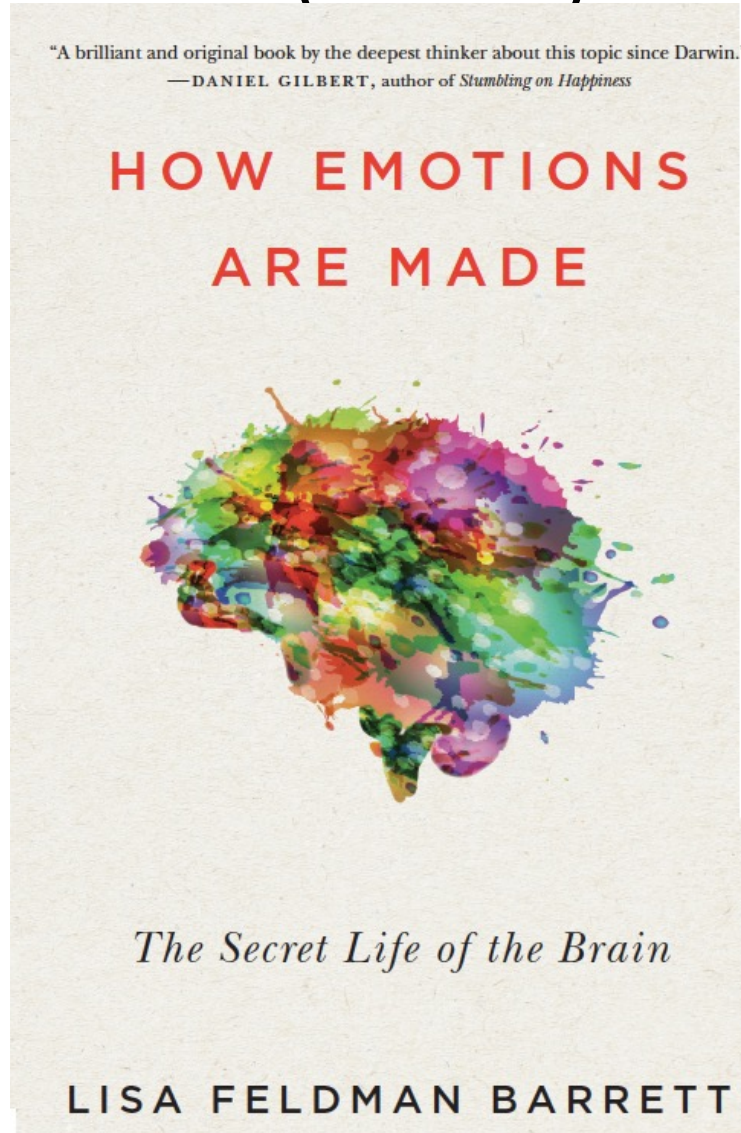
Vetenskapen beror på empiriska metoder (sensoriska bevis)

- Mind är inte tillgängligt för sensorisk observation
- Mind är ett subjekt, inte ett objekt
- Ett subjektivt mind är inte observerbart från utsidan, man kan bara observera det från insidan, d.v.s. sitt eget mind.
- Hur kan vi veta att andra människor, att djur eller maskiner har "mind"?
- Hur kan vi urskilja objektiva lagar som påverkar mind-processer?

Freud och Neuro-vetenskap

- Freud's perspektiv på psyke/soma
- Pragmatisk beslut att satsa på psykologi
- "Entwurf einer Psychologie"
- Förhoppning:
"We must recollect that our provisional ideas in psychology will presumably some day be based on an organic substructure. ... We are taking this probability into account in replacing the special chemical substances by special biological forces" (Freud 1914, 78-79)

Lisa Feldman Barrett (2017)



Lisa Feldman Barrett

“The human brain evolved, in the context of human cultures, to create more than one kind of mind. People in Western cultures, for example, experience thoughts and emotions as fundamentally different and sometimes in conflict. At the same time, Balinese and Ilongot cultures, and to a certain extent cultures guided by Buddhist philosophy, do not make hard distinctions between thinking and feeling.

How do different kinds of minds emerge from one kind of brain with the same set of networks?” (p. 280)

Lisa Feldman Barrett

Brains vary significantly from person to person:

- In placement of cortical grooves and ridges
 - In number of neurons within particular layers of the cortex
 - In subcortical regions
 - In micro-wiring between neurons
 - In strength of connectivity within brain networks.
- => No two brains from the same species are structured completely alike.

Lisa Feldman Barrett

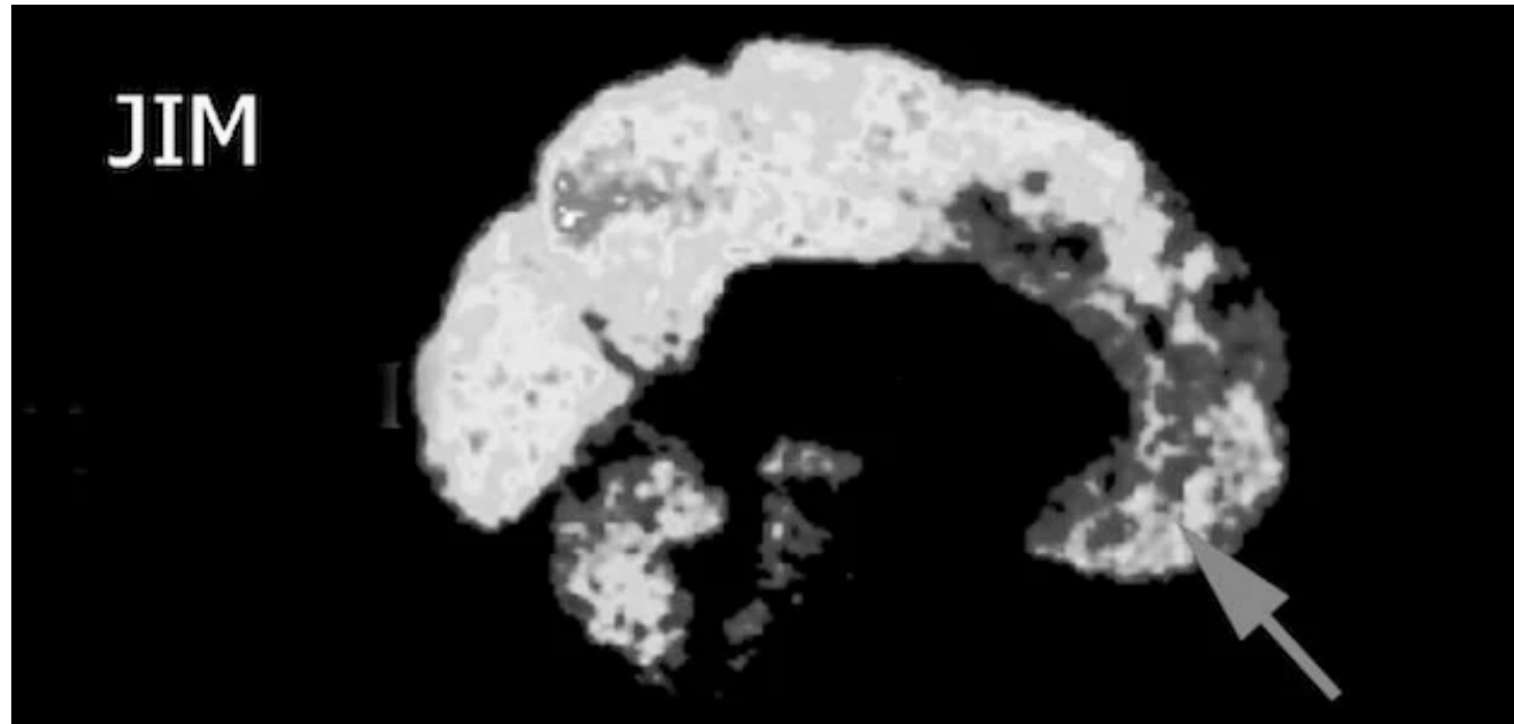
- Within a single brain the wiring is not static.
- Interconnections between axons and dendrites increase and decrease with age.
- New neurons may grow in certain brain regions.
- Anatomical changes: "plasticity" occurs with experience.
- Experiences become encoded in the brain's wiring and can eventually change the wiring.

Lisa Feldman Barrett

- Billions of neurons continually reconfigure themselves from one pattern into another.
- Neurotransmitters make these reconfigurations possible.
- Dialling up or dialling down of neural connections in a split second.
- Information flows along different paths.
- Neurotransmitters empower a single brain with a single set of networks to construct diverse mental events.
- The result: something greater than the sum of the parts.

www.lisafeldmanbarrett.com

James Fallon (2013): Brains of serial killers



Compared to a control brain (top), neuroscientist James Fallon's brain (bottom) shows significantly decreased activity in areas of the frontal lobe linked to empathy and morality—anatomical patterns that have been linked with psychopathic behavior. Image via James Fallon

SCIENCE

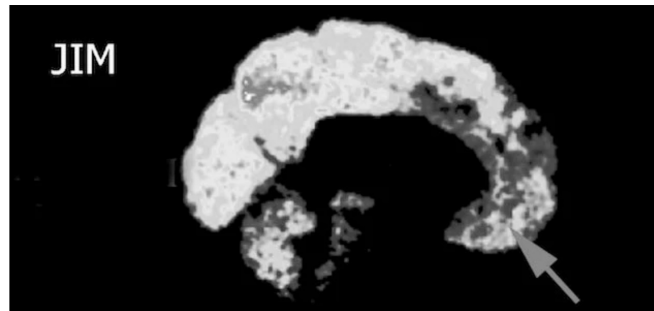
The Neuroscientist Who Discovered He Was a Psychopath

While studying brain scans to search for patterns that correlated with psychopathic behavior, James Fallon found that his own brain fit the profile

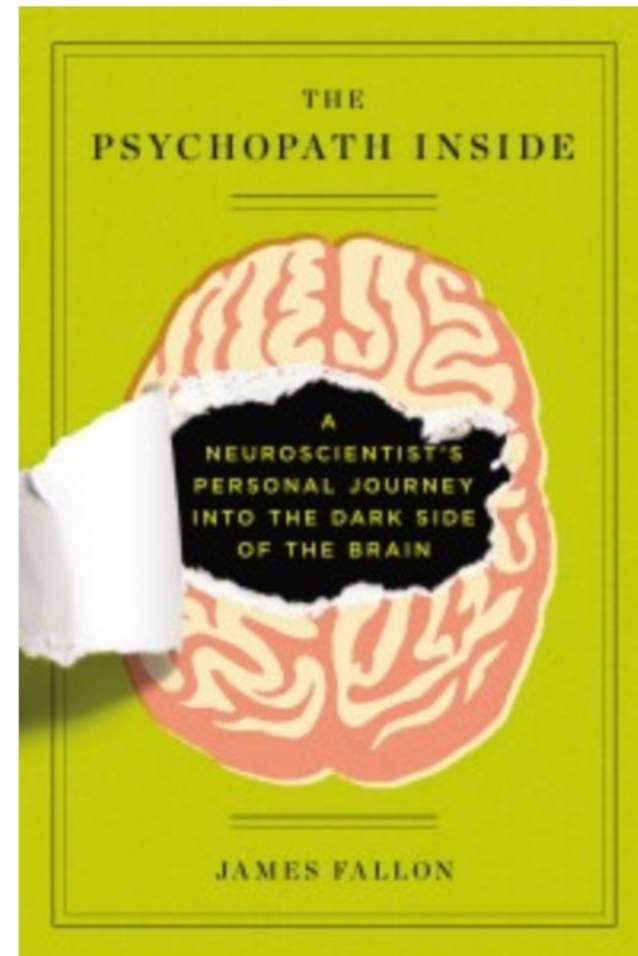


Joseph Stromberg

November 22, 2013



Compared to a control brain (top), neuroscientist James Fallon's brain (bottom) shows significantly decreased activity in areas of the frontal lobe linked to empathy and morality—anatomical patterns that have been linked with psychopathic behavior. Image via James Fallon



Neuro-Psychoanalysis

- Mark Solms
- Vi kan inte observera direkt psykologiska processer (mind)
- Bara indirekta och ofullständiga slutsatser kan dras om hur psyke fungera (representations of the mental apparatus and its workings)
- "Mind" är aldrig direkt observerbar.
- Vi har bara indirekta representationer tillgänglig
- Kant

Neuro-Psychoanalysis

- Man kan "observera" mentala funktioner på två olika sätt
- 1. via en extern perceptionsytan (hjärnan).
- 2. via en intern perceptionsytan (introspektion)
- Naturvetenskapliga teorier har en stark tendens a exkludera perspektiv 2

The problem of consciousness

- The search for neural correlates of consciousness is the "easy" problem (Chalmers, 1995).
- That is what most neuroscience studies are looking for.
- However, there is a much harder problem to solve

The problem of consciousness

- The 'hard problem' of consciousness asks: 'How can we explain why there is something it is like to entertain a mental image or experience an emotion? It is widely agreed that experience arises from a physical basis, but we have no good explanation of how and why it so arises'

(Chalmers, 1995).

The problem of consciousness

Thomas Nagel:

What Is It Like to Be a Bat?

The Philosophical Review, Vol. 83, No. 4, pp. 435-450

<http://www.jstor.org/stable/2183914> .



The problem of consciousness

- In other words:
- Why and how does the subjective quality of experience arise from objective neurophysiological events?

The problem of consciousness

- Chalmers' hard problem rests upon Nagel's earlier claim that consciousness has an essential 'something-it-is-like-ness': 'an organism has conscious mental states if and only if there is something that it is like to be that organism — something it is like for the organism' (Nagel, 1974).

The problem of consciousness

- Nagel states that 'if we acknowledge that a physical theory of mind must account for the subjective character of experience, we must admit that no presently available conception gives us a clue about how this could be done' (Nagel, 1974).

Example: Memory

- Memory is the (subjective) re-experiencing of an event
- And
- The (objective) behaviour of the neuronal constellation encoding that event.
- Memory itself is not subjective (mental) or objective (physical);
- *It is both!*

The problem of consciousness

- Solms and Friston (2018) wanted to explain both the mental and the physical manifestations of consciousness, by discerning the underlying functional laws that explain them both.
- It is in this (**dual-aspect monist**) **sense** that they aimed to provide a physical theory of what Nagel calls the 'subjective character' of experience.

- Det finns ett tredje aspekt:
- Interaktioner, relationer, affekter i en psykosocial mötes-sammanhang med andra människor.
- Vi kan bara generera ny kunskap om oss genom omväg via en annan person, dvs. i en relation.

Embodied Cognitive Science

- Holistic approach for psychological and biological systems: mind and body as a single entity,
- General principles of intelligent behaviour.
- Experiments with robotic agents.

Embodied Cognitive Science

- Gerald Edelman: *Neurological Darwinism* in the brain
- Rolf Pfeifer & Christian Schreier: *How the body shapes the way we think*

- Man kan ställa frågan om det är meningsfullt att leta efter fysiologiska markörer för psykiska processer.
- Användning av samma hjärnstrukturer för olika psykiska processer.
- Förändring i morfologin av hjärnan efter presentation av hög-affektiva stimuli




ORIGINAL ARTICLE

Viewing Pictures Triggers Rapid Morphological Enlargement in the Human Visual Cortex

Kristoffer N. T. Månsson^{1,2,3,*}, Diana S. Cortes¹, Amir Manzouri¹, Tie-Qiang Li^{4,5}, Stephan Hau¹ and Håkan Fischer¹

¹Department of Psychology, Stockholm University, SE-10691 Stockholm, Sweden ²Centre for Psychiatry Research, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet & Stockholm Health Care Services, Stockholm County Council, SE-17177 Stockholm, Sweden ³Department of Psychology, Uppsala University, SE-75142 Uppsala, Sweden ⁴Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Division of Functional Imaging and Technology, Karolinska Institutet, SE-141 86 Stockholm, Sweden, and ⁵Department of Medical Radiation and Nuclear Medicine, C2-76, Karolinska University Hospital, S-141 86 Stockholm, Sweden

Address correspondence to Kristoffer N T Månsson, Stockholm University, Department of Psychology, SE-10691 Stockholm, Sweden.

Tel: +46 (0)705803267; Email: kristoffer.mansson@psychology.su.se; kristoffer.mansson@ki.se  <http://orcid.org/0000-0002-7796-8445>

Abstract

Measuring brain morphology with non-invasive structural magnetic resonance imaging is common practice, and can be used to investigate neuroplasticity. Brain morphology changes have been reported over the course of weeks, days, and hours in both animals and humans. If such short-term changes occur even faster, rapid morphological changes while being scanned could have important implications. In a randomized within-subject study on 47 healthy individuals, two high-resolution T1-weighted anatomical images were acquired (à 263 s) per individual. The images were acquired during passive viewing of pictures or a fixation cross. Two common pipelines for analyzing brain images were used: voxel-based morphometry on gray matter (GM) volume and surface-based cortical thickness. We found that the measures of both GM

Tankeexperiment

- Låt oss föreställa oss att vi skulle kunna skilja det "organistiska" (objektiva, biologiska) från det "personalistiska" (intersubjektiv, social) dimension av att vara en mänsklig individ.
- Följaktligen skulle vi kunna närma oss en patient på två olika sätt, både teoretiskt och praktiskt fundamentalt:
- Som om patienten - som ett mynt - hade två tydligt urskiljbara sidor.

Tankeexperiment

- Först förstår vi patienten som en organism,
- vars funktionsfel måste identifieras och åtgärdas.
- Vårt intresse är riktat mot de biologiska mekanismer som utgör denna organism, särskilt de neuronala mekanismer som är ansvariga för att generera problembeteendet.
- Om vi hade kontroll om alla neuronala processer utifrån ett biologisk perspektiv - vad skulle vi kunna säga om den här personens psykologiska tillstånd om bara hans nervceller "talar"?

Tankeexperiment

- Nu byter vi till den interpersonella sida:
- Som kliniker börja vi prata med patienten, om patientens besvär, symptom, utveckling, möjliga sammanhang mellan inre och yttre förutsättningar.
- Vi har en gemensam kulturell bakgrund och interpersonell kompetens.
- Klinikern kommer att uppfatta var skon nyper och kanske även varför, kan dra slutsatser till livshistorisk sammanhang, bearbetar inte bara explicit information men även implicit information.

- Utan hänvisning till den specifika situationen och utan att förstå den meningsfull social praktik är de aktivitetsmönster som upptäcks i patientens nervsystem - ur ett livsvärldsperspektiv – meningslöst.
- Den interpersonella tillgången till patienten har två oöverträffade fördelar:
- (1) Det relationella, dialogiska förhållningssättet till patienten främjar en "terapeutisk relation" och därmed patientens självöppnande samt vilja att lära och förändra.
- (2) en individuell fallkonception. Symptomen och problemen uttrycks på ett sätt som patienten kan förstå.
- Bara det interpersonella perspektivet gör det möjligt att "träffa patienten där hen psykologiskt är".

- Dessutom visar forskningsfronten idag att ett individperspektiv är otillräcklig och tar inte hänsyn till den sociala sammanhang en människa befinner sig i.
- Därför: nutidens forskning måste välja ett dyadiskt perspektiv.

The Emerging Science of Interacting Minds

**Thalia Wheatley^{1,2}, Mark A. Thornton¹, Arjen Stolk¹,
and Luke J. Chang¹**

¹Consortium for Interacting Minds, Department of Psychological and Brain Sciences,
Dartmouth College, and ²Santa Fe Institute, Santa Fe, New Mexico

Perspectives on Psychological Science
2024, Vol. 19(2) 355–373

© The Author(s) 2023

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/17456916231200177

www.psychologicalscience.org/PPS

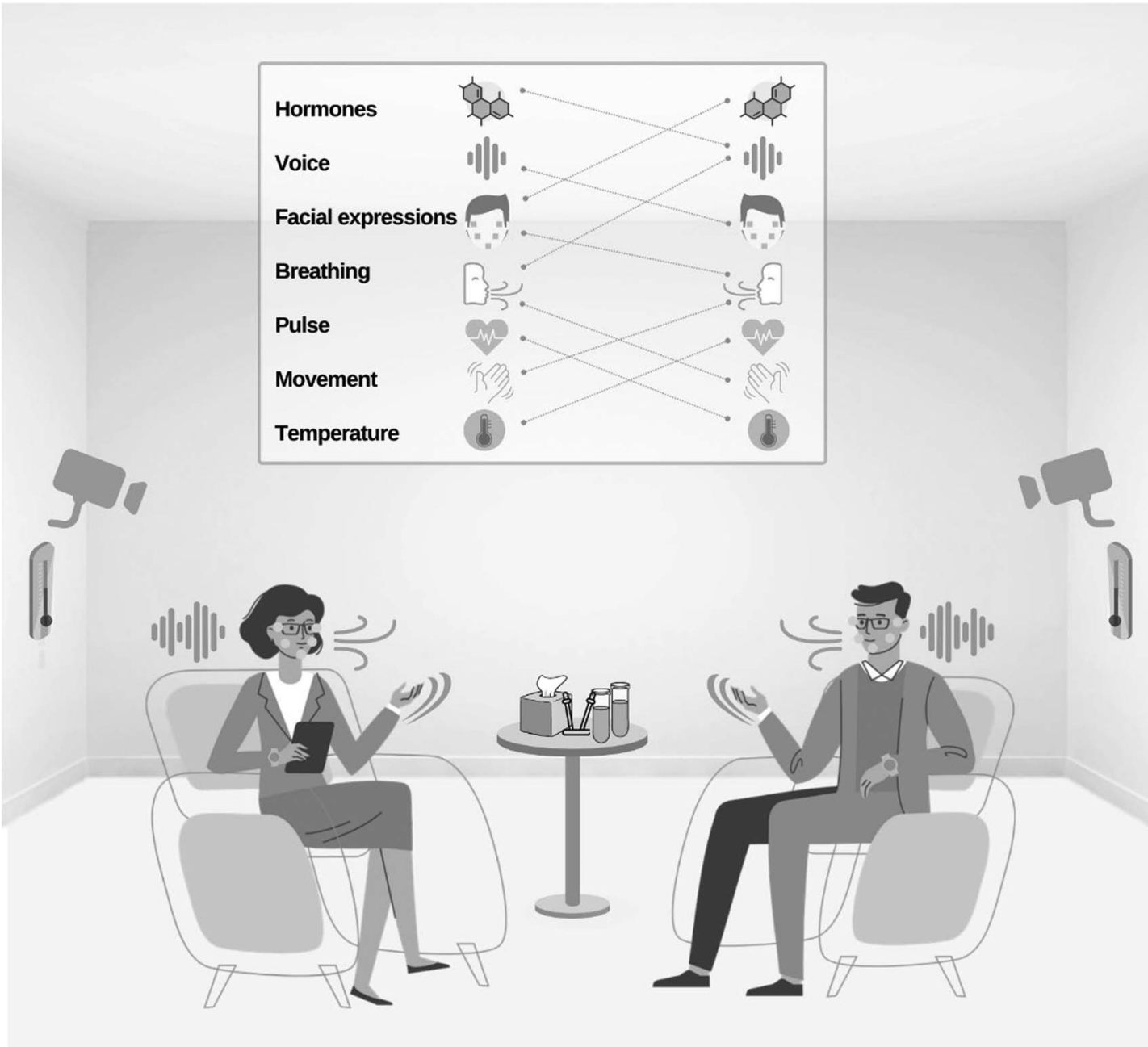
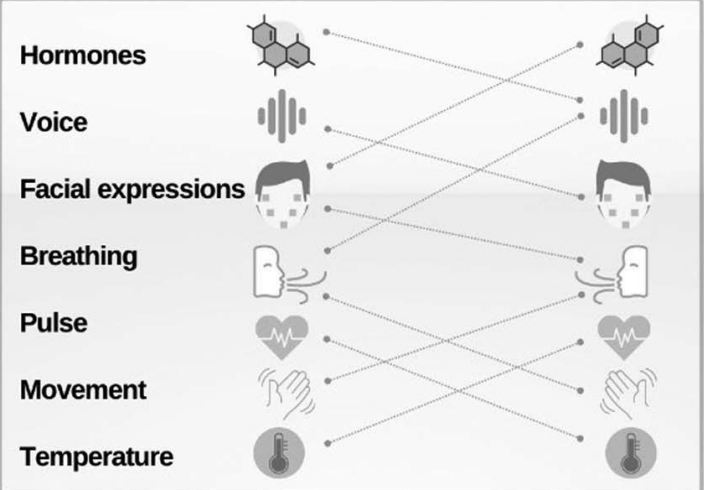


Abstract

For over a century, psychology has focused on uncovering mental processes of a single individual. However, humans rarely navigate the world in isolation. The most important determinants of successful development, mental health, and our individual traits and preferences arise from interacting with other individuals. Social interaction underpins who we are, how we think, and how we behave. Here we discuss the key methodological challenges that have limited progress in establishing a robust science of how minds interact and the new tools that are beginning to overcome these challenges. A deep understanding of the human mind requires studying the context within which it originates and exists: social interaction.

Keywords

social interaction, conversation, collective psychology



Jag hoppas ni förstår att här är precis övergången för att befatta sig med ett system som tar det interpersonella perspektiv samt utforskningen av intrapsykiska meningsfulla sammanhang på allvar:

Operationaliserade Psykodynamisk Diagnostik

O P D