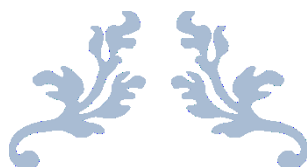


LUNDS UNIVERSITET, SOCIOLOGISKA INSTITUTIONEN



LUNDS
UNIVERSITET



Psykiatriska paradig och diagnosen depression: pengar, politik och piller



En kvalitativ litteraturstudie

Författare: Daniel Carlsson

Kandidatuppsats: SOCK04, 15 hp

Höstterminen 2014

Handledare: Eva Kärfve

Abstract

The purpose of this study is to examine depression in regard to the shifting paradigms of psychiatry, which could possibly be tied to the shifting economic policies in western society at large. The methodological approach in doing this has been one of studying literature regarding past and present psychiatric paradigms, as well as literature on the economic paradigms of recent history, and interpreting this literature hermeneutically. The study is of a qualitative nature. The two paradigms I refer to in the text are: 1) neuropsychiatry, which at present time is the scientifically dominant one; and 2) the psychodynamic paradigm (or psychoanalysis), which was the dominant psychiatric paradigm from approximately the latter half of the twentieth century, through towards the latter half of the nineteen-seventies, reaching a peak in the nineteen-sixties. My conclusion is that the desire on behalf of psychiatry to be taken seriously in the scientific community played a significant part in the changes made in the psychiatric “Bible”, DSM-III (1980). In tandem with the economic transition -- from social liberal economic policies to neoliberal ones -- the aforementioned events have resulted in a psychiatry which has unhealthy ties to “Big Pharma”, the pharmaceutical industry. The result is a psychiatry which largely disregards social factors as possible contributing factors to depression and other mild forms of mental illness.

Keywords: psychiatry, The DSM, depression, “normal sadness,” big pharma”, neoliberalism, the sociology of mental health, paradigm shift.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
2. Syfte och frågeställning.....	6
2.1. Avgränsning.....	7
3. Bakgrund och tidigare forskning.....	7
4. Metod.....	8
5. Teori.....	9
5.1 Sociologins klassiker.....	9
5.1.1 Marx och alienationen.....	9
5.1.2 Durkheims begrepp anomi.....	10
6. Resultat/Analys.....	10
6.1. De två psykiatriska paradigmen.....	10
6.1.1 Det neuropsykiatriska.....	10
6.1.2 Det psykodynamiska paradigmet.....	11
6.2. Neuropsykiatrin vädrar åter morgonluft.....	12
6.3. In kommer läkemedelsindustrin.....	12
6.4. DSM.....	14
6.4.1 Komorbiditet.....	14
6.5. Paradigmskiftet – exemplet Depression.....	15
6.5.1 Normal sorgsenhet och hotade nära relationer.....	15
6.5.2 DSM om depression.....	18
6.5.3 Freud om depression och sörjande.....	20
6.6. De sociologiska klassikerna om mänskligt lidande.....	20
6.7. Psykiatrin i det senkapitalistiska samhället.....	23
6.8. Det nyliberala paradigmet.....	25
6.9. New Public Management.....	26
6.9.1 New Public Management i vården.....	27
6.9.2 New Public management i vården – några reflektioner.....	28
7. Konklusion.....	28
8. Referenslista:.....	31
8.1. Litteratur.....	31
8.2. Elektroniska källor.....	32
9. Bilaga.....	34
9.1. Kriterierna för Major Depressive Disorder (eller egentlig depression).....	34

1. Inledning

Paradigmskiftet inom psykiatrin, som varit ett faktum sedan 1980 och framåt, handlar om en strävan att komma bort från det psykodynamiska perspektivet, som har sin grund i den freudianska idévärlden. Freud hävdade att människans medvetande kan indelas i tre olika delar: *det förmedvetna*, *det omedvetna*, (eller undermedvetna) samt *medvetandet* (Freud, 1995:168ff). Neuroser var Freuds begrepp för de skador som enligt honom uppstod till följd av människors omedvetna inre konflikter. Dagens starkt neurobiologiskt inriktade psykiatriska paradigm, föregicks av den s.k. antipsykiatriska rörelsen på 1960- och 70-talen. Denna rörelses mest kände företrädare var den skotske psykiatern R.D. Laing. Den antipsykiatriska rörelsen vände sig mot den biologiskt betonade psykiatrin och mot inställningen att psykiska störningar och avvikelser betraktas som sjukdomar (Laing, 1970: Laing & Esterson, 1971).

I dag är emellertid psykiatrin starkt neurobiologiskt inriktad, varför fallerande signalsubstanser i hjärnan kommit att anses orsaka tillstånd som exempelvis depression. Detta medför att individer som söker sig till psykiatrin för att få bukt med vad Horwitz och Wakefield i sin bok *The Loss of Sadness* (2007) benämner som ”normal sadness”, ofta får rådet att påbörja en behandling med antidepressiv medicin, vanligen med s.k. SSRI-preparat.¹

Detta hänger i sin tur samman med de förändringar som skett i den psykiatriska diagnosmanualen DSM, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), som ges ut av amerikanska psykiatrisällskapet (APA). Förändringarna har medfört att man alltmer övergivit det psykodynamiska perspektivet, som fortfarande tilläts ett relativt stort spelrum i DSM-I (1952) och DSM-II (1968), till förmån för ett biomedicinskt i DSM-III (Shorter: *A History of Psychiatry* 1997: 298ff). Leif Havnesköld skriver att den ”ideologiska” inriktning inom psykiatrin som verkade för förändringarna, och som i dag har börjat ifrågasättas, är den s.k. ”neokraepelianska” (efter psykiatrins pionjär Emil Kraepelin).² Neokraepelianerna kom att få ett avgörande inflytande på DSM-III (1980) och DSM-IV (1994). Enligt deras sätt att

¹ SSRI är en förhållandevis ny ämnesgrupp som har använts från början av 1980-talet. De kallas populärt lyckopiller. Medicinerna gör inte människan lyckligare men de hjälper genom att höja ett sjukligt sänkt stämningsläge till en mer normal nivå. [SSRI-preparat har långt färre biverkningar än de preparat som tidigare användes mot depression: de s.k. tricykliska.]

Verkningsmekanismer: SSRI verkar genom att hindra att serotonin återupptas i nervcellerna och medför således att en större mängd serotonin finns där signalerna i hjärnan överförs [...]

<http://www.netdoktor.se/depression/artiklar/medicinsk-behandling-vid-depression/>

² Psykoterapi. se. Nr 1: 2011

betrakta saken skulle psykoterapi spela en relativt ringa roll i behandlingen av psykiska störningar. Man ville höja subfältet psykiatrins status inom det större medicinska fältet genom att utveckla ett mer reliabelt diagnossystem och följa en medicinsk modell. För att uppnå detta ansåg neokraepelianerna att diagnossystemet borde bygga på tydligt avgränsade kategorier, vilka skulle vara baserade på en ”objektiv” symtombeskrivning. Diagnossystemet skulle dessutom vara ”ateoretiskt”: det skulle inte vara beroende av olika bedömares teoretiska utgångspunkter och inriktningar (ibid. tidskriftenpsykoterapi.se).

2. Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats är att med hjälp av litteratur jag bedömt vara relevant för frågeställningen; såväl nutida som historisk (eller mer exakt: litteratur som berör den närliggande historien), undersöka paradigmskiftet som ägt rum inom psykiatrin. Vad beror detta paradigmskifte på och vilka effekter har det fått? Vilka kopplingar till andra samhällsliga förändringar kan vi se? Som exempel kommer de olika kriterierna för ”depression” i DSM-IV (1994) att granskas. Jag kommer i anslutning till detta även beröra borttagandet av det så kallade ”sorgeundantaget” i förra årets DSM-5.³

³ Bytet till arabiska siffror motiveras av att senare uppdateringar ska kunna anges lättare: 5.1, 5.2 osv. (Hans Ågren: 2013 [...]: <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2013/06/DSM-IV-har-blivit-DSM-5/>

2.1. Avgränsning

Min initiala tanke var att genomföra en fenomenologisk studie av fenomenet depression, i vilken den tänkta empirin skulle utgöras av tre eller fyra kvalitativa intervjuer med depressionsdrabbade individer. Möjligheten att genomföra tre eller fyra kvalitativa intervjuer med depressionsdrabbade individer föreföll mig emellertid ganska snart övermäktig. En rad frågor dök upp: Var ska jag vända mig? Vill jag intervjua individer som befinner sig mitt uppe i en nattsvart depression (om nu en sådan intervju överhuvudtaget hade varit praktiskt möjlig att genomföra), eller vill jag intervjua individer vars depressioner ligger något år bakom dem? Dessa var bara några av de frågor som dök upp. En del invändningar av etisk karaktär började även dyka upp – sådana som Hennink et al. skriver (Qualitative Research Methods: 2007 s. 63ff). Jag kom till slut fram till att det kan vara förenat med fara för någon som saknar alla former av terapeutisk kompetens att genomföra en sådan studie, varför jag i stället beslutade mig för att genomföra en kvalitativ litteraturstudie med utgångspunkt i psykiatriens paradigmskifte och diagnosen depression.

3. Bakgrund och tidigare forskning

Paradigm är Thomas Kuhns benämning på mönster som styr vetenskapligt tänkande. I likhet med lingvistiska böjningsmönster för t.ex. verb, utgår även vetenskaperna från bestämda förebilder. Ett paradigm måste kunna attrahera nya utövare, samtidigt som det ska vara så pass öppet att det finns intressanta problem att arbeta med. Exempel på paradigm är bl.a. de paradigm som etablerades med Newtons "Principia Mathematica" (1687) och Daltons "New System of Chemical Philosophy" (1808), vilka låg till grund för den klassiska mekaniken respektive den nya kemin. Marx "Kapitalet" och Freuds "Drömtydning" har haft en likande betydelse med avseende på vissa samhällskunskaper och psykologin (Kuhn 2009).

Det paradigmatiska synsätt som "antipsykiatri" var en del av – det psykodynamiska – står i bjärt kontrast till det paradigm som är det förhärskande i dag. Synen på depression som antingen ett slags bristfällighet i individens kognition, eller som en produkt av rubbade signalsubstanser i hjärnan, lämnar inte särskilt mycket utrymme åt mer sociologiska eller socialpsykologiska sätt att närma sig en folksjukdom som depression. Det faktum att psykiatri (eller åtminstone stora delar av den) de senaste decennierna har sökt sig bort från sociologiska/socialpsykologiska förklaringsmodeller när det gäller psykisk sjukdom, gör det än mer angeläget att närma sig den här typen av frågor sociologiskt.

Rachel Cooper disputerade vid universitetet i Cambridge 2002, på avhandlingen *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. I denna argumenterar hon för att bedömningen av om ett tillstånd ska klassificeras som en störning eller ej, delvis är avhängigt bedömarens värderingar [trots DSM:s målsättning att vara ”ateoretisk”]. Hon skriver att vissa av de tillstånd som generellt sett betraktas som [mentala] störningar kan vara naturliga. Hon avslutar med det följande:

[H]owever, while there may well be natural kinds of mental disorder we should not expect the D.S.M. to tell us what they are. Classification is theory-laden and thus the D.S.M. can only be as good as current psychiatric theory. In addition, I have shown that pressures stemming from medical insurance can affect the D.S.M., plausibly; the D.S.M. will also be affected by pressures that emerge from the ways in which it is used in other contexts. I conclude that the categories of the D.S.M. are unlikely to come to reflect the true structure of the domain of mental disorders in the foreseeable future.

(Cooper: History of Psychiatry, 2004).⁴

Cooper berör här en intressant aspekt av det hela, som även Horwitz och Wakefield tar upp: försäkringsaspekten. Det ligger till på så vis att man – för att bli berättigad exempelvis sjukersättning eller sjukpension – oftast behöver en diagnos av något slag. En parallell till detta är att det alltsomoftast krävs en diagnos (av typen ADHD/Autismspektrumstörning) för att barn som behöver hjälp i skolan ska erhålla denna hjälp.⁵

När man söker efter tidigare forskning finner man att mycket av det som publicerats i vetenskapliga publikationer och i andra sammanhang rörande paradigmskiftet inom psykiatri är skrivet av läkare. Däribland finner vi bl.a. Joanna Moncrieff som skrivit om ”äktenskapet” mellan neuropsykiatri och nyliberalismen i texten *Neoliberalism and Biopsychiatry – a Marriage of Convenience* (2008), och den danske läkaren Peter Götzsche som skrivit om läkemedelsföretagens vinstintresse och olika farmakologiska preparats negativa effekter i *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare* (2013). Dessa och andra medicinska företrädares bidrag till diskursen om neuropsykiatri och läkemedelsindustrin kommer det att refereras till i det följande.

4. Metod

Frågan om val av metod kom för min del handla om vad som var genomförbart inom en ganska snäv tidsram. Jag har därför valt att göra ett arbete som har karaktären av en kvalitativ

⁴ Detta är en kortare text som enligt Cooper kan ses som en sammanfattning av hennes avhandling.

⁵ <http://www.lararnasnyheter.se/lararnas-tidning/2012-05-16/diagnoser-kravs-fa-extra-stod>

litteraturstudie. Denna syftar bl.a. till att undersöka hur man har beskrivit och analyserat depression och sorgsenhet i modern tid. Frågor som är av intresse är: Vad berodde det psykiatriska paradigmskiftet på? Vad menar man i dag, och vad menade man tidigare: vad ansåg t.ex. Freud att depression beror på, och hur anser man att den deprimerade bör behandlas terapeutiskt i dag jämfört med tidigare? Den psykiatriska diagnosmanualen DSM utökas ständigt med nya diagnoser, vilket innebär att sådant som tidigare möjligen betraktats som milt avvikande, excentriska karaktärsdrag, eller individuella avvikelser från en tämligen snäv social norm, har fått status som psykiska störningar. I undersökningen av det nyss nämnda kommer en texttolkande, hermeneutisk ansats att vara *modus operandi*.

Jag kommer att undersöka neuropsykiatrin, en synonym för den biologiska psykiatrin, och kritiken mot denna. Det som undersöks i det följande är dels den kritik som direkt riktar sig mot det nya paradigmet, men jag kommer även att redogöra för socialmedicinska undersökningar som stöder ett mer socialt perspektiv. Eftersom samhällsförändringar spelar en betydande roll enligt mig, kommer även nyliberalism och New Public Management att diskuteras.

Teoretiskt har jag ett jämförande, kritiskt och realistiskt perspektiv med utgångspunkt hos sociologer som Marx och Durkheim. Deras teorier representerar en kollektivistisk syn på sådant som individuella konsekvenser av det industriella samhället, som känns oerhört avlägsen i dag när människors psykiska mående ofta analyseras individualpsykologiskt.

5. Teori

5.1 Sociologins klassiker

En genomgång av Marx begrepp *alienation* och Durkheims dito *anomi* kan vara relevant även när man studerar företeelser i den sena moderniteten. Inte minst eftersom samtida forskning visat att sociala faktorer är av stor vikt när det gäller fysisk såväl som *psykisk* ohälsa. Vi kan skönja en röd tråd som löper från Marx och Durkheim, via moderna folkhälsoforskare som epidemiologen Michael Marmot (sociologer har bidragit till dennes forskning), till Horwitz och Wakefield.

5.1.1 Marx och alienationen

Marx menade att det i det industriella (borgerliga) samhället uppstår förhållanden som förändrar människan och hennes arbete. Marx gjorde antagandet att människan har ett behov av att förverkliga sig själv via arbete, något hon inte får möjlighet till i det kapitalistiska samhället. Konsekvensen av detta blir att såväl arbetet i sig, som de verktyg, föremål och

maskiner som i detta ingår, framstår som något yttre och främmande för arbetaren. Arbetaren saknar kontroll över arbetsprocessen; kontrollen över denna ligger i stället i arbetsgivarens [kapitalistens] händer. Människans arbetskraft, hennes kreativitet, blir till en vara som köps och säljs på arbetsmarknaden (Marx [1867]1981:372–381). Upplevelser av alienation, [som tar sig lite andra uttryck i den senare moderniteten; vilket Hochschild skrivit om i *The Managed Heart* (1983)], kan troligen (ihop med andra mer individuella faktorer) resultera i sådant som depression och utbrändhet.

5.1.2 Durkheims begrepp anomi

Durkheim menade att det som en följd av skarpa sociala förändringar – ekonomisk depression men även ekonomisk tillväxt – kan uppstå något han benämnde som *anomi*. Då försvagas nämligen traditionella normer, utan att ersättas av nya, varför individernas relationer till varandra och till invanda beteenden blir otillfredsställande. Durkheim menade i sin klassiska skrift *Själv mordet* att förekomsten av anomi i ett samhälle leder till en ökad självmordsfrekvens (Durkheim [1897] (1983)).

6. Resultat/Analys

6.1. De två psykiatriska paradigmen

6.1.1 Det neuropsykiatriska

Det handlar om två paradigmen som står i kontrast till och befinner sig i konflikt med varandra. När det gäller den modernare psykiatris historia, menar historikern Edward Shorter (1997: 69ff.), att det centrala temat för psykiatrin under två århundraden har varit att nyttja neurovetenskapen för den egna disciplinens terapeutiska behandlingsändamål.

Psykiatrin var från första början biologiskt inriktad. Angående det paradigmen som tog fart efter år 1900, hävdar Shorter att den första biologiska psykiatrin intresserade sig för frågor som: På vilket sätt kan genetiska faktorer och hjärnkemi göra att människor blir sjuka? Samt även: Vilka slags terapeutiska metoder kan tänkas vara framgångsrika när det rör sig om att behandla dessa sjukdomar? Det som skilde den första biologiska psykiatrin från de tidigare humoralpatologiska teorierna⁶ var *inte* föreställningen att psykiatrisk sjukdom berodde på underliggande neurologiska faktorer; detta hade redan antikens läkare trott. Det som sedermera skedde var att det tidiga 1900-talets psykiatri kom att betona förhållandet mellan kropp och hjärna genom att bedriva en systematisk forskning på området. Denna forskning

⁶ [H]umoralpatologi: lära med ursprung i antiken, enligt vilken kroppens och själens sjukdomar orsakas av störningar i jämvikten mellan de fyra kroppsvätskorna blod, slem, gul galla och svart galla [...]: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/humoralpatologi>

innebar bl.a. experiment på människor och djur, testning av droger på försökspersoner och obduktioner i syfte att undersöka avlidna patienters hjärnor. Vi kan således konstatera att psykiatrin, alltsedan antiken, varit biologiskt inriktad, varför dagens neuropsykiatriska paradigmen knappast kan anses vara en nymodighet. Det nya består i den explosionsartade ökningen av preparat som är avsedda att behandla mildare psykiska åkommor, som t.ex. depression [och ADHD/ADD] (Shorter 1997:321ff).

6.1.2 Det psykodynamiska paradigmet

Världens mest kände psykiater torde vara Sigmund Freud. Freuds idéer om drömtydning och det undermedvetna (eller omedvetna), hans teori om den psykosexuella utvecklingen⁷ (om den anala och orala fasen etc. som alla enligt Freud, genomgår under uppväxtåren), hans idéer om barndomens betydelse för personlighetens utveckling etc. – är idag att betrakta som ett slags kulturellt allmängods. Detta trots att Freuds idéer numera i hög grad har förkastats av psykiatrin.

Enligt Shorter kom psykoanalys och psykodynamik att spela en roll under 1890-talet, då människor utanför psykiatrin först började intressera sig för freudianska idéer om terapi, fram till 1960-talet, då den psykoanalytiska rörelsen nådde sin klimax (Shorter 1997:154ff). Den freudianska idélärans landvinningar gav upphov till en väldig kamp inom psykiatrin, som tidigare alltid hade varit biologiskt inriktad.

Edward Shorter skriver att det finns en del företrädare, som när de skriver psykiatris historia, betraktar psykoanalysen som historiens slutpunkt (Shorter 1997: 145ff). Vi kan dock ett halvt sekel efter Freuds död [då boken gavs ut] se saken i ett annat perspektiv, i vilket den psykoanalytiska modellen [eller kanske hela det psykodynamiska paradigmet] endast framstår ett smärre avbrott [”hiatus”]. Shorter beskriver det som så att medelklasssamhället, under en kortare period kring det förra århundradets mitt, blev hänryckt av idén om att psykologiska problem emanerade från händelser som sedan länge tillhörde det förgångna; och i då synnerhet händelser av sexuell natur. Under 1970-talet blev det emellertid enligt författaren så att de vetenskapliga landvinningarna inom psykiatrin fick den freudianska teoribildningen att framstå som dubiös, vilket marginaliserade psykoanalysen inom det större psykiatriska fältet

⁷ Eng: psychosexual development:

Psykodynamisk teori om att den sexuella driften, libidon {uttal: libidon}, genomgår flera stadier genom att kopplas samman med partialdrifter (överlevnadsdrifter), vilka alla är steg på vägen mot att bli en självständig drift i form av den mogna sexualitetens gestaltning i förening med en älskad partner.

Varje drift och varje partialdrift har a) en källa som (mun, anus etc. och b) ett mål som suga, kontrollera och liknande [...]: psykologiguiden.se:

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=psykosexuell%20utveckling>

som helhet. Trots att Shorter anser att freudianska genombrottet och genomslaget endast utgjorde ett uppehåll, var det detta ett uppehåll som fick enorma konsekvenser för psykiatri (ibid. s.145).

Det är troligtvis beroende på detta stora genomslag som de två paradigmen alltså strider med varandra på det psykiatriska fältet. Begreppet ”fält” har nu brukats några gånger: med detta menar jag begreppet i den betydelse Bourdieu ger det. Att fältet (i det här fallet det psykiatriska) har karaktären av ett slagfält på vilket man strider om problemformuleringsprivilegier och sätt att beskriva verkligheten och fenomen i samhället på.

6.2. Neuropsykiatri vädrar åter morgonluft

Shorter hävdar att den biologiskt inriktade psykiatri under 1970-talet med dunder och brak återtog sin plats på den psykiatriska scenen. Denna seger för det biologiska paradigmet syns på psykiska sjukdomar i stort – synen på psykiska störningar som varande något som är resultatet av en obalans i hjärnkemin hos drabbade individer, eller störningar vad gäller neurologisk utveckling – innebar en återgång till de teman som varit de viktigaste för psykiatri alltsedan 1800-talet, då den biologiskt inriktade psykiatri först började formera sig. Denna triumf medförde ett förkastande av det psykoanalytiska paradigmet; inom vilket man betraktade psykisk sjukdom som psykogent orsakad. Det sistnämnda innebar att man ansåg att den psykiska sjukdomen var något som uppstått i hjärnan som ett resultat av brister i barnuppfostran eller miljömässig stress – vilket i sin tur kunde botas medelst djupgående psykoanalys. Förvisso ansåg man att det skulle finnas utrymme för psykoterapi även inom det biologiska paradigmet, men den typ av terapi det då skulle röra sig om skulle ha den informella karaktär som alla samtal läkare och patient emellan tenderar att ha. Dessa samtal skulle inte ägna sig åt den detaljerade koreografi det innebär att ägna sig åt omedvetna konflikter, som en psykodynamisk ansats påbjuder (Shorter: s.223).

6.3. In kommer läkemedelsindustrin

Shorter diskuterar inte de samhällsliga ekonomiska förändringar som kan ha haft betydelse för neuropsykiatri totala dominans vad gäller samtidens psykiatri särskilt ingående. Enligt tidningen Forbes uppgick läkemedelsindustrins marknadsvärde förra året (2013) till 359 miljarder dollar. Det ligger till på så vis, att trots att patenten för flera stora läkemedel håller på att gå ut – vilket man menar kommer leda till förluster – räknar läkemedelsföretagen ändå med att öka sin omsättning med 33 procent: till 476 miljarder inom fem år, som en effekt av

Obamacare [hälsovårdsreformen som fått sitt namn efter den sittande amerikanske presidenten]. Obamacare innebär bl.a. att miljoner amerikanska medborgare som tidigare stått utan sjukförsäkring [någon motsvarighet till Sveriges allmänna sjukförsäkring har aldrig funnits i USA; *min anm.*] nu kan medicineras (forbes.com). Läkemedelsindustrin, i USA och Storbritannien, kallas ofta informellt ”Big Pharma”. Denna lade i USA mellan åren 1998-2013 ner närmare 2.7 miljarder dollar på lobbyverksamhet. Detta är mer än någon annan industri. Det är hela 43 procent mer än vad försäkringsindustrin, som kommer som nr. 2 på denna lista, spenderade på lobbyverksamhet under samma tid (drugwatch.com).

De nya SSRI-preparaten – som lanserades i slutet av 1980-talet – hade färre biverkningar än de tidigare, tricykliska preparaten. I december 1987 godkändes ”Prozac” för användning i USA av *The Food and Drug Administration* (Shorter: 323ff.). 1993 bestod nästan hälften av det totala antalet besök hos amerikanska psykiatrer av besök där de vård sökande uppgav humörstörningar som anledning till vårsökandet. På samma vis som Valium tidigare [delvis p.g.a. lättillgänglighet] hade mildrat ångestbesvär hos den amerikanska befolkningen, kunde nu Prozac göra detsamma för nedstämda individer. Tillgängligheten producerade ett mönster av störningar som kunde behandlas med Prozac (ibid. 323). 1994 var Prozac det näst bäst säljande läkemedlet i världen (s.324).

Som exempel på läkemedelsindustrins lobbyverksamhet gällande att sälja in SSRI-preparat kan det nämnas att Peter Götzsche (*Deadly Medicine*, 2013:224) skriver att det danska läkemedelsföretaget Lundbeck lanserade det antidepressiva läkemedlet citalopram (känt under namnen Cipramil eller Celexa) 1989. Detta läkemedel kom att bli ett av de mest använda mot depression. Under en period stod detta SSRI-preparat för hälften av Lundbecks samlade intäkter. Detta är en prekär situation för ett läkemedelsföretag att befinna sig i, men Lundbeck hade tur. Citalopram är ett stereoisomt läkemedel; vilket [kemiskt] innebär att det består av två halvor, som är som spegelbilder av varandra, men där bara en av dessa halvor är aktiv. Det Lundbeck gjorde var att ta patent på den aktiva halvan innan patentet gick ut, varpå de gav detta ”nya” preparat namnet escitalopram (Cipralext eller Lexapro), när de lanserade detsamma 2002. När patentet för citalopram gick ut, antradede generiska kopior [identisk verksam substans, endast namnen brukar skilja sig åt: jfr paracetamol: Alvedon och Panodil; *min anm.*] marknaden till mycket lägre priser än originalet, medan Cipralext var väldigt dyrt. 2009 kostade Cipralext 19 gånger så mycket som en daglig dos Cipramil. Götzsche menar att denna enorma prisskillnad borde ha avskräckt läkare från att förskriva det nya [i stort sett identiska] preparatet Cipralext, men så skedde inte. Han har räknat ut att om alla patienter

som stod på Cipralex, i stället hade blivit ordinerade Cipramil, så hade detta sparat 30 miljoner Euro per år åt de danska skattebetalarna, jämfört med vad de nu fick betala. Denna siffra motsvarar 87 procent av samtliga kostnader som Danmark lade ner på SSRI-preparat [år 2009]. Till historien hör – att när Lundbeck lanserade Cipralex 2002 – bjöds majoriteten av alla danska psykiatrer in till ett möte i Paris. Vistelsen i Paris verkar ha varit av det njutbara slaget, enligt vad en psykiater berättat för Götzsche: dyra föreläsningar – som Lundbecks stall givetvis stod för, samt lyxhotell och gourmetmiddagar. Götzsche benämner något vulgärt detta som en s.k. ”horresa”: [A] so-called Whore trip. Under influence? No of course not, a doctor doesn’t get influenced, right?” (ibid s. 224). Efter detta hänvisar han till en fotnot som förmodligen är avsedd att besvara hans retoriska fråga genom att peka på att läkare de facto visst påverkas av den här typen av mutliknande verksamhet.

6.4. DSM

Neuropsykiatrin har fått ytterligare ett stöd i *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), den handbok [diagnosbibel brukar den informellt kallas] som används av sjukvårdspersonal i USA och stora delar av världen som en auktoritativ guide vad gäller diagnostiseringen av mentala störningar. DSM innehåller beskrivningar, symtom och andra kriterier avseende diagnostiseringen av mentala störningar. DSM tillhandahåller det språk på vilket sjukvårdspersonal kommunicerar med varandra angående patienter, och den etablerar konsekventa [“consistent” i originaltexten] och reliabla diagnoser som kan användas i forskningen kring mentala störningar. Den tillhandahåller också det språk på vilket forskare ska studera kriterierna för eventuella framtida revisioner av materialet, vilket kan bistå dem i utvecklandet av medicin och andra interventioner (dsm5.org). Trots att den officiellt sett är ”ateoretisk”, följer den ett medicinskt, och därmed biologiskt, mönster vad gäller symptomlistning och diagnostisering.

6.4.1 Komorbiditet

I anslutning till DSM-avsnittet är det viktigt att ta upp termen “komorbiditet” – fenomenet att ha fler än en medicinsk diagnos samtidigt. I *The British Journal of Psychiatry* (2005, 186), skriver psykiatern Mario Maj det följande: *[T]he term “comorbidity” was introduced in medicine by Feinstein (1970) to denote those cases in which a “distinct additional clinical entity” occurred during the clinical course of a patient having an index disease. This term has recently become very fashionable in psychiatry to indicate not only those cases in which a patient receives both a psychiatric and a general medical diagnosis (e.g. major depression*

and hypertension), but also those cases in which a patient receives two or more psychiatric diagnoses (e.g. major depression and panic disorder)". Författaren menar att den ökade förekomsten av komorbiditet kan vara en artefakt, som blivit en bieffekt av förändringarna i den sentida DSM-manualen (s.182f).

6.5. Paradigmskiftet – exemplet Depression

6.5.1 Normal sorgsenhet och hotade nära relationer

Horwitz och Wakefield gör en viktig distinktion mellan "normal" respektive "disordered" sadness. "Normal" sorgsenhet anser de vara en universell, tvärkulturell aspekt av det mänskliga livet. De menar att sorgsenhet, traditionellt sett, har betraktats vara en för människan naturlig reaktion på sådant som en nära anhörigs död, förluster och nederlag i kärlekslivet, en lycka som övergår i olycka etc. (Horwitz & Wakefield 2007:27ff).

De menar vidare att den potentiella intensitet som stundom kan vara förenad med ett utslag av "normal" sorgsenhet kan orsaka svåra problem när det handlar om att ställa psykiatriska diagnoser. Hur är det, frågar de sig, möjligt att skilja mellan upplevelser av "normal" sorgsenhet och depressiv störning? Horwitz & Wakefield menar att "normal" sorgsenhet har tre essentiella komponenter som är av vikt för deras argumentation. Normal sorgsenhet är: 1) kontextspecifik, och 2) står i proportion till förlusten som orsakat den, samt 3) tenderar att upphöra ungefär samtidigt som förlustsituations smärta börjar avta. Om så inte blir fallet upphör sorgsenheten ändå med tiden; när individens anpassningsmekanismer ["*coping mechanisms*"] hjälper till att successivt anpassa den förlustdrabbade till de nya livsomständigheterna.

Horwitz & Wakefield menar även att så länge mänskliga känslor har observerats, har sorg eller sörjande varit centrala komponenter i den konstnärliga gestaltningen av den mänskliga naturen. De hänvisar till grekiska dramer och babyloniska poem för att stärka tesen om att sorg är en universell, fundamental och ofrånkomlig aspekt av vad det innebär att vara människa (*Den förlorade sorgsenheten*: sv. utg. 2007: 44ff). De skriver att DSM-IV:s definition av *Major Depressive Disorder* [som jag och psykologiguiden.se översätter med "egentlig depression"] av denna anledning exkluderar tillstånd som uppstår till följd av att man drabbats av förluster eller sorger: sörjande människor utvecklar inte sällan symtom – depressiv sinnesstämning, oförmåga att känna njutning, aptitförlust,

koncentrationssvårigheter, sömnlöshet etc. – som kan framstå som närmast identiska med depressiva symtom.

I DSM-IV (1994) fanns det som nämnts ett undantag som rörde kriterierna för *Major Depressive Episode* (MDE). Detta undantag stipulerade att depressiva symtom, som inte varade längre två månader efter en närståendes död, skulle exkluderas från kriterierna för MDE. I DSM-5 kan man läsa att detta undantag nu är borttaget.⁸

Professorn i medicinsk sociologi, Carol Aneshensel, menar att de forskare som stöder borttagandet av sorgeundantaget, gör detta med motiveringen att sörjande kan anses vara ett tecken på depression [*“a prototypical cue for depression”*]. Förespråkarna för borttagandet hävdar att om psykiatrin ska förstå diagnosen ”*egentlig depression*” – bör den skaffa sig en bättre förståelse av sorg – och möjligen också behandla sorgen. Bland dem som starkast förespråkar borttagandet finns genetiskt inriktade beteendeforskare som Kenneth Kendler, John Myers och Sidney Zisook. Allen Frances, varom mer nedan, invänder mot borttagandet genom att peka på att samtliga däggdjur – däribland människan – vid förluster ägnar sig åt att sörja. Han hävdar, i linje med H & W, att en patologisering av sorg, utöver att vara onödig, även medverkar till att misskreditera och underminera sorgens sociala funktion (Aneshensel 2013).

Horwitz & Wakefield försvarar sorgeundantaget som alltså alltjämt fanns i DSM-IV med motiveringen att normalt sörjande människor i den västerländska kulturen vanligtvis uppvisar tillräckligt många symtom för att uppfylla åtminstone *några* av de symtomkriterier som enligt DSM-IV gällde för ”*egentlig depression*”. Detta även i fall där de inte uppvisar några av de vanligaste symtomen förknippade med depressiv störning, som t.ex. lågt självförtroende.

På temat relationer och hot mot dessa, skriver Horwitz & Wakefield att trots att den sorg som beror på en förlust av en nära anhörig eller vän kan vara intensiv och långvarig; behöver den sorg som kan uppstå som en effekt av diverse problem i nära relationer inte

⁸ ”This exclusion is omitted in DSM-5 for several reasons, including the recognition that bereavement is a severe psychosocial stressor that can precipitate a major depressive episode in a vulnerable individual, generally beginning soon after the loss, and can add an additional risk for suffering, feelings of worthlessness, suicidal ideation, poorer medical health, and worse interpersonal and work functioning. It was critical to remove the implication that bereavement typically lasts only 2 months, when both physicians and grief counselors recognize that the duration is more commonly 1-2 years.” (DSM-5: 2013 s. 811).

nödvändigtvis vara mindre intensiv än sorgen som är förknippad med dödsfall. Exempel på denna "relationsorg" är bl.a. skilsmässa eller när en kärleksaffär tar slut, vetskapen om att ens kärlekspartner varit otrogen, misslyckande att uppnå de livsmål man föresatt sig, relationella förluster som drabbar ens ekonomi eller sociala stödnätverk, och slutligen, den kris det innebär om individen själv eller en närstående diagnostiseras med en allvarlig sjukdom. Horwitz & Wakefield menar vidare att DSM-IV:s egen generella definition av mentala störningar gjorde gällande att förväntade och kulturellt sanktionerade reaktioner på *en* specifik händelse – nämligen just en nära anhörigs död – skulle exkluderas från definitionen av mentala störningar. Dock, fortsätter författarna, är det så att emotionellt sett smärtsamma reaktioner på *andra* specifika förlustsituationer, även *dessa* kan anses vara hemmahörande i kategorin "förväntande och kulturellt sanktionerade reaktioner". Horwitz & Wakefield menar av denna anledning att reaktioner på förluster i relationer och nedstämdhet beroende på ekonomiska svårigheter [vilket dessutom ibland kan hänga samman] av denna anledning också bör exkluderas från DSM[IV]:s definition av egentlig depression (MDD). De menar dock att kriterierna för MDD inte följer denna logik; de innefattar inga undantag för förlustreaktioner jämförbara i intensitet med hur individer kan reagera vid en nära anhörigs bortgång. Författarna hävdar att upplösandet av ett äktenskap [jag antar att man till denna kategori kan hänföra *alla* kärleksrelationer som upphör], troligen är den vanligaste utlösande faktorn när det gäller "normal sorgsenhet". Här hänvisar de till att den intensiva sorgsenhet som sammanhänger med förlust av romantiska bindningar sedan länge har varit ett centralt litterärt tema. De nämner Shakespeares Romeo och Julia – de dubbla självmorden i detta verk är enligt författarna inte ett resultat av mentala störningar – utan i stället ett resultat av ett tragiskt missförstånd efter den förmenta förlusten av en kärlekspartner. Horwitz & Wakefield anser att såväl Flauberts Madame Bovary som Tolstojs Anna Kareninas självmord är konsekvenser av de romantiska komplikationer de hamnat i, och därmed i någon mån oundvikliga. (sv. utg. 49).

Nuvarande forskning stöder enligt författarna föreställningen om att allvarliga förluster av romantiska eller intima bindningar leder till upplevelser av och uttryck för sorgsenhet. Precis som epidemiologen Michael Marmot (varom mer nedan) påpekat, visade redan Durkheim att gifta individer hade lägre självmordsfrekvens än ogifta. I många studier är äktenskapsupplösning den variabel som mest konsekvent och kraftfullt kan associeras med depression (Marmot 2006:34.f).

6.5.2 DSM om depression

När man talar om DSM och depression är det viktigt att ha vissa distinktioner eller kategoriseringar som DSM gör i åtanke. Major Depressive Disorder (MDD), det som vi här kallar ”egentlig depression”, är detsamma som ”unipolär” depression (H & W 2007:104ff). En unipolär depression innebär att den drabbade enbart uppvisar depressiva symtom, till skillnad från det bipolära tillståndet, i vilket personen pendlar fram och tillbaka mellan depressiva och maniska tillstånd. Den egentliga depressionen MDD ska också särskiljas från vad som kallas ”dystymi” och från ”major depressive episode” – (för de diagnostiska kriterierna för MDD i DSM-IV; se bilaga).

Vad allt detta handlar om är hur man förklarar uppkomsten av *egentlig depression*. Inom neuropsykiatri finns en förklaring: den kemiska obalansen i hjärnan. Något har gått snett i en människas centrala nervsystem, och det är detta som visar sig som depression. Några förluster i det sociala livet behövs således inte. Detta är en allmänt omhuldad och vedertagen förklaringsmodell; trots att den från en del vetenskapliga håll har tillbakavisats. ”Ett halvt århundrades forskning har producerat data som indikerar att teorin om kemisk obalans är fel”, skriver psykologen Irving Kirsch (2010:83, min övers.) Det är här vi ser vilken inverkan läkemedelsbolagen har också på hur psykisk ohälsa *framställs*.

Michael Marmot menar [föga överraskande] att de forskningsresultat han fått fram vittnar om att en faktor som höggradigt bidrar till dålig hälsa är psykisk ohälsa (Statussyndromet: 2004: 166ff). Han skriver vidare att psykisk ohälsa grovt kan indelas i tyngre och lättare diagnoser, där de tyngre diagnoserna omfattar psykotiska störningar, schizofreni och bipolär sjukdom [maniska skov kan innefatta psykotiska inslag; *min anm.*]. Vidare menar författaren att dessa tyngre åkommor kan innebära en katastrof både för den som drabbas och dennes anhöriga; men dessa sjukdomar är dock, detta till trots, mycket ovanligare än de så kallade lättare diagnoserna, som t.ex. ångest och depression. Marmot menar att dessa ”lätta” diagnoser har en omfattande effekt på befolkningen. Han illustrerar detta på följande vis:

[...] Låt oss anta att vi kunde mäta livskvaliteten på en skala från 0, fasansfull, till 1, underbar. Låt oss anta att schizofreni minskade livskvaliteten från 1 till 0,2, mycket hemsk; och att neurotisk depression minskade livskvaliteten till 0,5. Om vi tänker oss att det i en befolkning finns 100 000 schizofrena och en miljon depressiva så skulle schizofrenin motsvara en förlust på 80 000 livskvalitetspoäng (100 000 X 0,8); depressionerna skulle motsvara en förlust på 500 000 (en miljon X 0,5) (s. 167).

Marmot tycks vara medveten om det ovanstående kan framstå som ett besynnerligt sätt att räkna ut välbefinnande på, och att man därför kan byta ut dessa hypotetiska livskvalitetspoäng mot antalet dagar under vilka en människa inte fungerar enligt sin totala kapacitet, ihop med antalet sjukskrivningsdagar samt belastningen på sjukvården eller kostnad för [psyko]farmaka; vilket skulle frambringa liknande siffror. Kontentan i det hela är enligt Marmot att de ”lättare” psykiatriska störningarna har en avsevärd effekt på befolkningens välbefinnande – ju lägre grad av kontroll man har över sin arbetssituation – desto större är risken att man drabbas av ”lättare” psykiska sjukdomar. (ibid. S 167).

Att sociala faktorer som trivsel på och kontroll över arbetet tycks ha en så pass stor betydelse för det psykiska välbefinnandet motsäger i någon mån tesen om att det psykiska måendet till största del är ett utslag av hur det är ställt med vår hjärnkemi.

Flertalet som problematiserat den sentida psykiatrins framväxt är läkare, som t ex Joanna Moncrieff. Moncrieff menar att läkemedelsindustrin har varit fenomenalt framgångsrik under den nyliberala eran. Sedan det tidiga åttiotalet har dess lönsamhetsnivå ökat avsevärt i jämförelse med andra kommersiella aktörer på marknaden (Moncrieff, 2008: 245). Enligt henne har den institutionella psykiatrins karaktär förändrats sedan 1970-talet (s. 235ff). Hon skriver att neurovetenskaplig forskning – vilken syftar till att blottlägga de biologiska orsakerna till psykisk sjukdom – i vår tid har blomstrat och erhållit en hög grad av trovärdighet, både inom psykiatrin och utanför. Moncrieff skriver om företeelsen att ett stort antal människor övertalats [av psykiatrin och läkemedelsindustrin] att “koda om” sina problem, vilka kan ha sociala orsaker, till termer som rör hjärnkemin. Hon menar att samhället i stort alltmer slutat lyssna på kritik av det sociala och politiska slaget. I stället för att erkänna de destruktiva effekter som arbetslöshet och låglönearbete kan bringa med sig, diagnostiseras människor som mår dåligt på grund av detta som deprimerade. I och med detta avfärdas dessa individer som “sjuka” och deras smärta blir en medicinsk fråga. I sin konklusion skriver hon att den sociala katastrof som nyliberala reformer inneburit har tvättats bort från vårt språkbruk, och ersatts av ett språkbruk bestående av sådant som rör individuell smärta. Hon menar slutligen att neuropsykiatrin i detta avseende agerar ett slags stöd till det nyliberala projektet. Det sistnämnda genom att omdirigera potentiellt missnöje och opposition [i riktning mot sådant som handlar om individuella spörsmål rörande det psykiska måendet,

antar jag], varför psykiatrins intressen och ekonomiska [kommersiella] sådana är mer intrasslade i varandra än någonsin tidigare (s.252).

6.5.3 Freud om depression och sörjande

Freud skriver i sin essä *Mourning and Melancholia* (1917:243ff) att sorg eller sörjande vanligen är den reaktion som uppkommer hos individer vid förlusten av en närstående. Sorgen kan också vara av det mer abstrakta slaget: en reaktion på en upplevd abstrakt förlust gällande t.ex. ens hemland, ens frihet, förlust av ens ideal etc. Freud hävdar vidare att för somliga människor framkallar de ovanstående händelserna melankoli⁹ i stället för sorg, varför han misstänker att dessa människor kan antas ha en patologisk disposition med avseende på sorg [alltså en större sårbarhet för att bli drabbade av depression]. Freud menade – i motsats det sentida neuropsykiatriska paradigmet – att trots att sörjande inbegriper stora avvikelser från de attityder som kan anses vara normala livsattityder, skulle han aldrig komma på tanken att betrakta sörjande som ett patologiskt tillstånd och av denna anledning ordinera farmakologisk behandling av sörjande individer. Viktigt är att Freud menade att man kan förvänta sig att sorgen är av det övergående slaget, varför han menade att det är meningslöst, eller t.o.m. potentiellt skadligt att störa sorgprocessens förlopp. Freud skriver att de mentala drag som utmärker melankoli är en smärtsam förstämning eller nedstämdhet, minskat eller totalt upphörande intresse för vad som sker i världen utanför, förlust av förmågan att älska, hämning vad gäller samtliga aktiviteter och slutligen: en sänkt självskattning som tar sig uttryck i självförebåelser och självförakt. Dessa drag kulminerar enligt Freud i en vanföreställning om ett nära förestående straff hos melankoliska individer. Freud säger att vi med undantag för störning avseende den egna självbilden kan finna samtliga dessa drag hos sörjande individer.

6.6. De sociologiska klassikerna om mänskligt lidande

Durkheim menade, som nämndes i teoriavsnittet, att det som en följd av sociala förändringar – däribland ekonomisk depression, men även ekonomisk tillväxt – kan uppstå något han benämnde som ”anomi.” Durkheim talade om en anomisk arbetsdelning, vilken bl.a. innebär avsaknad av kontroll i ett samhälle som sjunger det individuellas lov, samtidigt som det undviker att berätta för människor vad de ska göra. Durkheim skriver själv i *Själv mordet* att [d]et är ett känt faktum, att ekonomiska kriser ofta leder till ökad självmordsfrekvens

⁹ Vilket här ska läsas som depression.

[...].(1993:197ff.) Han styrker detta påstående genom att hänvisa till att det i Wien år 1873 inträffade en ekonomisk kris som nådde sin kulmen året därefter, 1874. Han menar att antalet självmord, som en effekt av detta, tämligen omgående ökade från 141 självmordsfall år 1872 till 153 fall år 1873, för att landa i en ökning till 216 fall år 1874. Detta innebar en ökning med 53 procent mellan åren 1872 och 1874. Durkheim menar att det faktum att den ekonomiska krisen var den enda orsaken till denna plötsliga ökning, låter sig bevisas av att den största ökningen ägde rum under de månader då den ekonomiska krisen befann sig i sin mest akuta fas – d.v.s. under de första fyra månaderna 1874.

Arbete, ekonomisk trygghet och kärlek skulle troligtvis enligt merparten av alla människor i ett givet samhälle hamna högt upp på en lista över vad som tillhör det viktigaste i tillvaron. Det är inte alldeles orimligt att anta att en individ som t.ex. vantrivs på sitt arbete och därtill även i sin kärleksrelation, löper en högre risk att drabbas av depression; varpå vederbörande som en följd av detta kanske begår självmord, eller åtminstone hemsöks av suicidala tankar. Att reda ut trassliga kärleksrelationer eller att finna kärlekspartners åt ensamma människor kan näppeligen falla på psykiatris lott. Inte heller att se till att människor hamnar i trygga anställningar med meningsfulla arbetsuppgifter, eller att se till att arbetslösa får anställning. Om det dock förhåller sig så – att det de facto *är* ett misslyckat arbetsliv eller ett havererat kärleksliv som orsakar depressionen eller ångesten hos en viss individ – uppstår då frågan vad antidepressiv eller ångestdämpande medicin kan göra åt detta? Möjligen kan SSRI-preparat medverka till att den förtvivlade individen åtminstone maktar med att ta sig upp ur sängen på morgonen: men de kan inte ändra på den modstulnes livsvillkor. Detta kan – enligt en i våra tider vida spridd och ofta upprepad föreställning – endast individen själv göra. Det är väl lite av detta som hela föreläsnings- och självhjälpsindustrin går ut på. Denna ”insikt” – att mitt öde vilar *i mina egna händer* – kan kanske enligt somliga framstå som hoppfull, medan den troligen, för en fullkomligt desperat och förtvivlad människa, kan vara det som får bägaren att till slut rinna över: ”Jag har försökt tusen gånger att förändra mitt liv – men lyckas aldrig, *allt* är fortfarande likadant”. Sådant kan leda till en negativ spiral av självförebåelser och självhat. Känslor av att inte vara en del av eller tillhöra omgivningen, och av att inte veta vad man ska ta sig till – detta måste ses som en modernare variant av anomi. Men detta tar man inte någon hänsyn alls till i DSM-manualen, vilket ter sig smått egendomligt.

Marx såg i grunden kapitalismen som en struktur – eller snarare en serie av strukturer – vilka upprättar gränsen mellan individen och produktionsprocessen. Kapitalismen upprättar

således gränsen mellan de produkter som skapas under produktionsprocessen och människorna som producerar dem. Denna gräns resulterar till slut i att individen blir avskild från sig själv: detta är det grundläggande i begreppet alienation – splittringen mellan människan och det hon med sina egna händer frambringar. I Marx analyser uppstod alienationen p.g.a. att samhället under kapitalismen utvecklats till ett system med två klasser: i vilket en av klasserna, bestående av ett litet antal kapitalister, äger produktionsprocessen, produkterna och den arbetstid de anställda [proletärerna] lägger ner – och där de senare bildar den andra, egendomslösa klassen. Den egendomslösa människans lott blir i ett sådant samhälle, enligt Marx, att i stället för att producera för sig själv, vilket han ansåg vara naturligt för henne, att ägna sig åt en onaturlig form av produktion för en litet antal kapitalisters räkning. Detta leder till ett förfrämmande; ett avstånd mellan människan och det hon med sina egna händer producerar. (Marx 1932: 29). Alienationen är således i en dylik situation enligt Marx ett faktum. Somliga hävdar dock att Marx alienationsbegrepp stämmer dåligt överens med villkoren som gäller för människor i det postindustriella, senkapitalistiska samhället.

Hochschild har med anledning av detta i *The Managed Heart* [1983] (2012:7f) vidareutvecklat, eller uppdaterat, Marx alienationsbegrepp för vårt moderna tjänste- och servicesamhälle. Många fall av utbrändhet eller nedstämdhet skulle antagligen kunna tillskrivas denna modernare form av alienation. Hochschild skriver, angående skillnaden mellan fysiskt och emotionellt arbete: ”*I use the term emotional labor to mean the management of feeling to create a public observable facial and bodily display; emotional labor is sold for a wage and therefore has exchange value. I use the synonymous terms emotion work or emotion management to refer to these same acts done in a private context where they have use value.*” De marxistiska termerna *bytesvärde* [”exchange value”] och *bruksvärde* [”use value”] återkommer således här. I det moderna tjänstesamhället är det ofta just uppvisandet eller gestaltandet av emotioner som en arbetsgivare efterfrågar. Trots skillnaderna som finns mellan fysiskt och emotionellt arbete, finns det även vissa likheter. En av dessa likheter är den möjliga kostnad som kan vara förenad med utförandet av arbetet. Arbetaren kan komma att bli fjärrad eller alienerad från en aspekt av självet – den aspekt som används i själva arbetets utförande. Fabriksarbetarens arm kan fungera som ett slags maskindel, som används i syfte att producera tapeter. Detta då arbetsgivaren betraktar fabriksarbetarens arm som ett instrument vars hastighet och rörelser han själv [arbetsgivaren] kontrollerar. Vilken blir – frågar sig Hochschild – i den situation som då uppstår, relationen

mellan arbetarens arm och hans hjärna [eller i brist på bättre ord: själ]? Är arbetarens arm i arbetssituation på något som helst meningsfullt vis att betrakta som hans egen? (ibid. s.7)

Det Hochschild vill komma fram till är det följande: om det förhåller sig på så vis att vi kan bli alienerade från de ting vi producerar i en industrisamhällelig kontext – kan vi också bli alienerade från tjänsterna vi utför i ett servicesamhälle (ibid.s.7). Denna alienation – diskrepansen mellan de emotioner en anställd förväntas projicera utåt på ett arbete, och hur vederbörande de facto egentligen känner inombords – kan förmodligen ge upphov till depressions- och/eller utmattningssymtom. Vederbörande får kanske diagnosen Major Depressive Episode, efter det att den läkare vederbörande sökt sig till konsulterat DSM, varpå SSRI-preparat förskrivs. Det är möjligt att dessa hjälper på kortare sikt, men om den depressionsdrabbade/utbrände ska börja må bättre på längre sikt, krävs det förmodligen att vederbörande antingen byter arbete, eller att arbetsuppgifterna ändras. Att byta arbete eller att omskola sig är dock något som inte alla upplever att de har möjlighet till. Detta ofta av ekonomiska skäl.

6.7. Psykiatrin i det senkapitalistiska samhället

På senare tid har det utkommit en rad böcker som opponerar sig mot hur de senare utgåvorna av DSM har utformats. Förordet till den ovannämnda *The Loss of Sadness* är författat av psykiatriprofessorn Robert L. Spitzer. Som han själv skriver i bokens förord var han chef för den arbetsgrupp som sattes samman av the *American Psychiatric Association* i syfte att utforma DSM-III år 1980 (H & W 2007: vii). Spitzer menar att 1980 års upplaga av DSM var den första som erbjöd explicita symtomatiska kriterier vad gäller diagnostiseringen av *alla* mentala störningar. Spitzer skriver dessutom att DSM – på ett generellt sätt – anses ha revolutionerat psykiatriprofessionen, emedan den definierar hur forskare [inom fältet] samlar in sina resultat, vilka slags psykiska åkommor som berättigar ersättning från försäkringsbolag, vilka typer av åkommor som av domstolar ska bedömas som varande sjukdomar, samt hur individen själv tolkar sina känsloupplevelser.

I DSM-manualen ägnas inte särskilt mycket utrymme åt att beskriva de olika neurobiologiska processer som kan antas ligga till grund för t.ex. depression eller ADHD/ADD. Detta till trots är symtombeskrivningarna i DSM av sådan art att de med enkelhet kan fogas in i en neurobiologisk förklaringsram. Av denna och andra anledningar känns det intressant och befogat att studera vad olika sociologiska företrädare har skrivit i ämnet. Det är dessutom

oerhört intressant att människor som *själv* har spelat en avgörande roll vad gäller paradigmskiftet inom psykiatrin – som Robert Spitzer, och även den kanske mer tongivande och högröstade Allen Frances (mer om honom nedan), som senare spelade en roll liknande Spitzers – numera anser att pendeln slagit om alldeles för långt åt det neurobiologiska hållet. Frances och Spitzer har av denna anledning nu kommit ut som av kritiker av DSM. De har med andra ord kommit att bli ett slags ”visselblåsare”. Allen Frances ledde det team som ritade om riktlinjerna för psykiatriska diagnoser i 1994 års DSM- IV.¹⁰ Frances har alltså i eftertankens kranka blekhet kommit att förhålla sig kritisk till det egna arbetet med DSM- IV. Han är väldigt bekymrad över att 2013 års DSM-5 går ännu längre än DSM-III- och IV vad gäller att kategorisera [eller diagnostisera] en lång rad av, vad han benämner som ”olyckliga” mänskliga beteenden, som psykiska sjukdomar. I boken *Saving Normal - An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* (2014), skriver Frances att det numera – från psykiatrins håll – finns en alltmer tilltagande tendens att bedöma ”livssvårigheter” som mentala sjukdomar. Frances får i artikeln jag refererar till ovan en fråga om vilka misstag han i efterhand anser att han och kollegorna gjorde i arbetet med DSM-IV. Han svarar att han och kollegorna var tämligen oroade över den diagnostiska inflationen inom psykiatrin, och den överdrivna farmakologiska behandlingen av dessa diagnoser. Frances menar vidare att han och kollegorna med anledning av detta var tämligen konservativt återhållsamma i arbetet med DSM-IV – de accepterade bara två av nittiofyra föreslagna förändringar. Detta till trots blev de i sin konservativa hållning fullkomligt överväldigade av läkemedelsindustrins marknadsföringskampanjer. Frances menar vidare att vi, trots att han och kollegorna gjorde sitt bästa i sin enträgna strävan att hålla tillbaka diagnosinflationen, fått se tre diagnostiska ”epidemier” breda ut sig: ADD, [och, antar jag, ADHD; *min anm.*], autism och bipolär störning. Frances menar att han och kollegorna – om de hade fått möjligheten att göra om arbetet i dag – då skulle ha varit än mer konservativa och restriktiva, och han menar att de då hade höjt ett varningens finger för att överdriva diagnoser. Intervjuaren ställer en fråga till Frances om hur pass stort inflytande läkemedelsindustrin har rörande utformandet av de sentida DSM-manualerna. Frances svarar att den inte har något som helst inflytande över det arbete som handlade om själva utformandet av DSM-IV. Dock menar han att läkemedelsindustrin mycket angeläget inväntar den nya manualen; den väntar vid sidlinjerna under den som tid arbetet med manualen pågår, eftersom de nya diagnoserna för läkemedelsindustrin innebär nya

¹⁰ abc.net. <http://www.abc.net.au/lateline/content/2013/s3763502.htm>

marknadsföringsmöjligheter, vilka har potentialen att generera miljarder dollar i nya intäkter (ibid. abc.net).

H. Russell Searight, en annan inflytelserik psykiater, anser att borttagandet av sorgeundantaget, som nämndes ovan, var en del av en ekonomiskt motiverad rörelse som syftade till att utöka marknaden för läkemedelsbehandling. Han anser också att patologiseringen av tillstånd som tidigare ansetts normala, i regel är knuten till [läkemedels]industriella intressen (Searight, 2014).

6.8. Det nyliberala paradigmet

Samtidigt som övergången från socialpsykologiska och psykodynamiska perspektiv till biologiska, skedde en annan övergång: från socialliberalism till nyliberalism. En del socialpsykologiskt inriktade debattörer – däribland läkaren Maria Sundvall i *Socialmedicinsk Tidskrift* (2011:6) – menar att nyliberala teorier de senaste decennierna har förändrat hela vårdlandskapet och lett till privatiseringar såväl som New Public Management¹¹-förändringar inom den offentliga vården. Många som växte upp under 70- eller 80-talet kan förmodligen vara eniga med Sundvall om att den offentligt bedrivna vården i Sverige tycks ha genomgått omfattande förändringar. I boken *Masters of the Universe – Hayek, Friedman, and the Birth of Neoliberal Politics* (2012:215ff), menar historikern Daniel Steadman Jones att det var ekonomiska kriser som ledde fram till genombrottet för en transatlantisk nyliberal ekonomisk politik under 1970-talet. Steadman Jones menar att medan Storbritannien och USA genomlevde stagflation – kombinationen av hög arbetslöshet, hög inflation och ringa eller ingen ekonomisk tillväxt – blev det så att politiska ledare, för första gången sedan Andra världskrigets slut, på allvar började söka efter alternativ till keynesiansk ”efterfrågestyrning” (”demand management”). Slutet på det internationella monetära Bretton Woods-systemet – det internationella valutasystemet som byggde på fasta växelkurser – blev ett faktum 1973. Medlemsländerna i Internationella valutafonden hade i detta förbundet sig att hålla valutakurserna inom små intervaller runt fasta kurser gentemot dollarn. Detta åstadkoms på så vis att centralbankerna sålde valutor vid importöverskott, respektive köpte vid

¹¹ NPM kan sägas innehålla ett kluster av idéer som är lånade från näringslivet och de privata företagens metoder att styra sina organisationer. NPM-rörelsen har sitt ursprung i en kritik mot det ”traditionella” sättet att utöva styrning och förvaltning inom offentliga organisationer. Ledord i NPM:s världsomfattande reformrörelse är ’bättre effektivitet’, ’mer värde för (skatte)pengarna’ och ’bättre styrning och uppföljning’. Metoder som förespråkas för att nå dessa idealtillstånd är bl. a. konkurrensutsättning, privatisering, målstyrning och decentralisering [...].

<http://www.sbs.su.se/sv/IKE-start/New-Public-Management/>

exportöverskott. Denna praxis upphörde alltså i och med att Bretton Woods-systemet gick i graven, varpå nyliberala avregleringar kunde sättas i verket.

Nyliberalismen är enligt David Harvey (2005:2) först och främst en teori avseende politisk-ekonomiska praktiker. Dessa praktiker föreslår att det mänskliga välbefinnandet på bästa sätt kan uppnås genom en liberalisering, eller frisläppande av mänskliga entreprenöriella fri- och färdigheter, inom ett institutionaliserat ramverk som karakteriseras av starka rättigheter avseende privat ägande, fria marknader och frihandel. Statens roll, i ett samhälle där de ovanstående villkoren har blivit de rådande, blir att skapa och upprätthålla det institutionella ramverk som behövs för dessa praktiker.

6.9. New Public Management

Connell et al kopplar samman det nyliberala paradigmskiftet med en ökad vurm för New Public Management-lösningar inom sjukvård och annan offentlig verksamhet (*Journal of Sociology*, 2009:12:331ff). Skribenterna menar att New Public Management-idéer om organisation och kontroll överförs från den privata sektorn till den offentliga när dessa NPM-idéer börjar få fäste i ett samhälle.

De förändringar som äger rum i dagens samhälle, har i många avseenden sin grund i världsomfattande konceptuella idéer som växer fram på det globala planet. Det rör sig om idéer om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll. Enligt Roland Almqvist gestaltar sig dessa idéer som olika program, vilka syftar till att reformera samhället (Almqvist 2006:14ff). De kan, när de tillämpas i praktiken, anta karaktären av reformrörelser. En av dessa världsomfattande reformrörelser handlar om det optimala ledarskapet. Idén som ligger till grund för denna reformrörelse kan kortfattat förklaras med devisen ”ju mer management desto bättre”. Idén om det optimala ledarskapet har tagit sig uttryck i paraplybegrepp som TQM (Total Quality Management) och NPM (New Public Management), vilka i dag sprids med en löpelds hastighet på det globala planet. Det går, skriver författaren, att skönja två tämligen tydliga spår i denna reformrörelse: 1) en tendens till spridning av standardiserade organisationsmodeller och 2) en tro på management som en framgångsfaktor för all typ av organisering. New Public Management-filosofin, med dess tankegångar kring standardiseringar och effektiviseringar rörande sättet på vilket man bäst organiserar verksamheter, har även kommit att omfatta den offentliga sektorn. Lejonparten av den psykiatriska vården i västvärlden bedrivs i offentlig regi och denna del av vårdapparaten tycks ha hört sammat råden från New Public-Management-håll.

6.9.1 New Public Management i vården

I boken *Bortom New Public Management* (2008: 137ff) skriver Hans Hasselbladh att det efter en längre tids kritik i media och politisk debatt rörande sjukvårdens bristande produktivitet och kvalitet i början av 1990-talet företogs en mängd initiativ vars syfte var att utreda vårdens organisation. Hasselblad menar vidare att en rad utredningar, framtidsbilder, och forskningsatsningar bekräftade bilden av en vårdsektor med stora bekymmer¹². En visionär utredning betitlad ”Vägval”, företogs 1991 av Landstingsförbundet. Till denna utredning förde Landstingsförbundet samman ett tjugotal representanter för stat- och landsting med forskare från Storbritannien och USA, och dessa gavs i uppgift att tillsammans utreda framtidens sjukvård. Problemets kärna ansåg man utgöras av vårdens brist på helhetssyn och tydligt ledningsansvar – vilket man ansåg skulle kunna undergräva den offentligt finansierade vården i det längre perspektivet. De bryderier man hade uttrycktes på följande vis:

”De stora förväntningarna kan inte infrias med dagens struktur och de resurser som i dag står till vårdens förfogande. (...) Om inte samhället kan organiseras och finansiera en vård som motsvarar förväntningarna kommer medborgarna själva finna former för detta” (s.38)

Ett tema som var centralt i Vägvalsutredningens förslag var det som handlade om att en ”strukturerad konkurrens” borde introduceras i vården. Detta, tänkte man sig, skulle genomföras genom att man skilde beställare och utförare åt. Dock manade man här till försiktighet, forskarna varnade för idén om att genomföra en total reformering av hälso- och sjukvården vid ett enda tillfälle. Man uppmanade i stället till utnyttjande av landstingens experimentvilja och till att vårdens företrädare skulle ta tillfället i akt att lära av olika försök som genomförs i olika delar av landet.

Utredningen lyfte bl.a. de problem som ansågs föreligga gällande vårdpersonalens attityd. Det hävdades att sättet på vilket dåtidens sjukvård betraktade patienten var nedsättande: ”I andra sammanhang får man en vara eller tjänst på det sätt som man har beställt” [*sic!*] (ibid. s. 138). I och med detta – att man ifrågasatte vårdgivarnas vilja att bemöta patienten respektfullt – diskvalificerades de förras talan vad gällde förändringar i organisations- och styrningssätt.

Richard B. Saltman – amerikansk professor i statsvetenskap – var en av de experter som bjöds in till Vägvalsutredningen. Denne hade, tillsammans med den svenske arbetslivsforskaren Casten von Otter, under en tid ett betydande inflytande på debatten om den svenska sjukvården och dess styrning, skriver Hasselbladh (s.139). En central tankegång i dessa båda forskares arbeten gick ut på att stärka patientmakten över vården

¹² Däribland Spri, 1987; 1991; 1992; 1995) (ibid: 137ff).

genom att sammanföra valfrihet för patienten med ett offentligt finansierat sjukvårdssystem - något man följaktligen gav namnet ”offentlig konkurrens”.

6.9.2 New Public management i vården – några reflektioner

Det mesta som framförs i det jag referat till ovan framstår som sympatiskt och rimligt. ”Patienten i centrum” är en devis som de flesta människor förmodligen skulle skriva under på. Intentionen tycks här ha varit att stärka det man kallar ”patientmakten” över vården. Detta reformarbete avseende sjukvården ligger i linje med många av de privatiseringar och hybridiseringar som genomfördes i Sverige i slutet av åttio- och början av nittiotalen. När det gäller psykiatrin verkar man ha bestämt sig att det som fungerar mot depression är behandling med SSRI-preparat. Ibland föreslår man även KBT-terapi, men merparten av alla depressionspatienter i landet behandlas primärt farmakologiskt (*Depression - En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster*: Sveriges psykologförbund: 2009:5).

7. Avslutande diskussion och konklusioner

Det tycks, av mycket av det material (bl.a. Marmot) som det refererats till i det föregående att döma, finnas vetenskapligt underlag för att hävda att sådant som ligger utanför människan och hennes neurobiologiska processer, på ett betydande vis påverkar hennes psykiska hälsa. Det psykiatriska paradigmskifte som på allvar påbörjades i och med utgivningen av 1980 års DSM-III, har alltsedan dess fortlöpt i enlighet med det neurobiologiska paradigmet analysmodell för mentala störningar. Rekordmånga människor äter i dag antidepressiv medicin – ofta SSRI-preparat – och/eller har någon form av diagnos av typen dystymi eller ångest/panikångest. En annan sida av samma mynt är de miljoner barn (och vuxna) världen över som fått diagnoser som ADHD/ADD, eller någon autismspektrumdiagnos¹³. I många fall som rör depression, eller någon bokstavsdiagnos och/eller autismspektrum-dito, finns det dessutom en aspekt som handlar om komorbiditet – d.v.s. att man har fler än en psykiatrisk diagnos samtidigt. Det kan t.ex. vara så att en individ som är diagnostiserad med ADHD, samtidigt kan vara diagnostiserad med autismspektrumstörning; någon med en

¹³ Aspergers syndrom är i DSM-5 avskaffat och ingår numera i autismspektrumstörning: <http://www.nhs.uk/news/2012/12December/Pages/Aspergers-dropped-from-mental-health-manual-DSM-5.aspx>.

depressionsdiagnos kan samtidigt vara diagnostiserad med ”generaliserat ångestsyndrom” etc. Om en individ sedan tidigare har en depressionsdiagnos, och utöver detta också visar sig uppfylla kriterierna för ADHD – blir dennes liv förmodligen, i vissa hänseenden, enklare. Då har vederbörande ett klart kausalt narrativ att förhålla sig till. En tankegång som kan se ut på följande vis kan ta fart: jag har misslyckats med så mycket i livet för att jag har ADHD, och jag är deprimerad *för* att jag misslyckats med så mycket av det jag tagit sig för i livet: vilket i *sin* tur beror på min ADHD-diagnos. Ett cirkelresonemang som förmodligen kan skänka såväl tröst som mening.

Man kan emellertid fråga sig huruvida det verkligen kan förhålla sig på så vis att befolkningen, under några få generationers tid, blivit alltmer psykiskt sjuka och sköra i en så pass stor omfattning som det verkar? Om det nu förhåller sig på det viset; vilka samhällsliga förändringar har skett som kan tänkas bidra till att förklara den tilltagande psykiska skörheten (som bl.a. inbegriper den ökade förekomsten av depression och ångest) vad gäller (mer eller mindre) hela västvärldens befolkning? Några avsevärda genetiska förändringar som skulle kunna göra oss mer sjuka, fysiskt såväl som psykiskt, kan knappast ha skett de senaste 30-40 åren.

När man föresätter sig att undersöka orsakerna till psykiatriens paradigmskifte finner man en del underligheter. Man finner att människor som tidigare *arbetat* med att sammanställa DSM-manualen – Allen Frances och Robert Spitzer – i efterhand har kommit att inta en starkt kritisk (i synnerhet i Frances fall) hållning gentemot samma manual. Detta måste anses vara tämligen anmärkningsvärt. I viss mån kan detta jämföras med hur människor som varit högt uppsatta inom tobaksindustrin i USA, sedermera har blivit visselblåsare och avslöjat branschens skuggsidor och juridiska trixande. Läkemedelsbranschens iver avseende att få till stånd nya psykiatriska diagnoser, som Frances berättar om, borde ge upphov till viss oro och skepsis.

I Götzsches bok får man som läsare bilden av om en bortom kontroll vinsthungrig läkemedelsindustri. Den ständiga expansionsviljan och penninghungern som aldrig tycks kunna mättas är egentligen ingenting man kan lasta läkemedelsindustrin för. Ty aktörerna agerar bara utifrån de omständigheter som är givna – kapitalismens inneboende lagar sig ter sig som yttre tvångslagar för kapitalisten – för att tala med Marx. Paradoxalt nog kan diagnosinflationen möjligen leda till att en del anomiska känslor kan lindras, för att tala med Durkheim. Detta eftersom man har något gemensamt med människorna man delar diagnos med – egentligen alldeles oavsett vilken mildare psykiatrisk diagnos det gäller. Det finns ett

sammanhang; en historia man kan bli en del av och integreras i. Jag tänker då bl.a. på stödforum på nätet, men också i verkliga livet. Ett kamratsystem liknande det som finns hos Anonyma Alkoholister kan, åtminstone potentiellt, även utgöras av t.ex. anorektiker (aktiva eller tillfrisknande) eller människor med ångest- och depressionsdiagnos (Svenska Ångestsyndromsällskapet finns t.ex. redan). Sammanfattningsvis: Psykiatrins vilja att skapa ett mer reliabelt diagnossystem (DSM-III,1980) berodde på en önskan att bli accepterad av resten av det medicinska fältet och öka sin vetenskapliga trovärdighet. Detta sammanföll med att det några år senare utvecklades en antidepressiv medicin (SSRI), som hade färre biverkningar än de tidigare tricykliska preparaten. Allt fler mänskliga beteenden eller företeelser som varit kända sedan urminnes tider (den mjältsjuke, kolerikern, ostyriga barn, den tröstlösa änkan etc.) patologiserades av ett fält – psykiatrin, varpå bot och lindring mot dessa nya patologier erbjöds av ett annat subfält till det större medicinska fältet: läkemedelsindustrin, som tjänar astronomiska summor på allt detta. Förändringarna som började ta fart i samband med att DSM-III kom ut 1980, kan möjligen – utöver den uttalade ambitionen att höja psykiatrins status och skapa ett mer reliabelt diagnossystem – delvis även förstås i termer av de politiska, samhällsekonomiska förändringar och omstruktureringar som blev en följd av det nyliberala paradigmskiftet, som bl.a. Moncrieff hävdar.

Det västerländska samhället har de senaste decennierna genomgått omfattande ekonomiska förändringar. Detta har bl.a. resulterat i allt osäkrare anställningsformer, en nedslimmad och ”effektiviserad” offentlig sektor, som gärna söker sig till New Public Management-lösningar för att på bästa sätt bedriva ”effektiv” sjukvård etc. Dessa förändringar – tillsammans med just den ökade sociala osäkerheten i samhället i stort, vilken kan ses som en konsekvens av de senaste decenniernas förda ekonomiska politik – kan utgöra en alternativ förklaringsmodell vad gäller den ökande frekvensen av psykisk ohälsa av det mildare slaget (däribland depression). Patologiseringen och medikaliseringen av sorg (och andra mänskliga företeelser som tidigare ansetts vara ”normala”), vilka har medfört att sorg som inte är snabbt övergående numera kan anses vara ett utslag av depression, är som vi sett, en effekt av förändringarna som skett i de sentida DSM-manualerna. Jag föreslår *inte* att läkemedelsindustrin och den neurologiskt inriktade psykiatrin gemensamt konspirerat gällande detta. Det kan i stället vara så enkelt som att dessa båda fälts intressen (den neurologiskt inriktade psykiatrin och läkemedelsindustrins) vid ungefär samma tidpunkt sammanföll.

8. Referenslista:

8.1. Litteratur

Almqvist, Roland (2006) 1: a uppl. *New Public Management - om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Stockholm: Liber.

American Psychiatric Association (2013) 5:e uppl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aneshensel, Carol S, Phelan Jo C & Bierman, Alex (2013) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Kluwer.

Durkheim, Émile: *Själv mordet* [1897]. Lund: Argos/Palmkrons förlag.

Frances, Allan. (2014). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-control Psychiatric Diagnosis, Dsm-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. 1: a uppl. New York. William and Morrow. William Morrow & Company.

Freud, Sigmund. (1995) [1940] *Bortom lustprincipen*. 2:a uppl. Övers. Ola Andersson. Stockholm. Natur & Kultur.

Göttsche, Peter C (2013). *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*. 1: a uppl. Milton Keynes, Storbritannien. Radcliffe Publishing Ltd.

Harvey, David (2007) *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford. New ed. Oxford University Press.

Hochschild, Arlie Russell. (2012 [1983]) *The Managed Heart*. London. University of California Press Ltd.

Hennink, Monique, Hutter, Inge, Bailey Ajay (2011). *Qualitative Research Methods*. London. Sage Publications Ltd.

Horwitz Allan V. & Wakefield, Jerome C (2007). *The Loss of Sadness – how Psychiatry transformed Normal Sadness into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Horwitz Allan V. & Wakefield, Jerome C. (2007) *Den förlorade sorgsenheten*. Övers. Ingrid Raattamaa. Ludvika. Dualis Förlag AB.

Kirsch, Irving (2010). *The Emperor's New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth*. New York: Basic Books.

Kuhn, Thomas (2009). *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. 2:a uppl. Stockholm: Thales.

Laing, R.D (1970). *Det kluvna jaget* [1959/60]. Övers James Rössel. 6:e uppl. Stockholm: Aldus.

Laing, R D & Esterson, A (1971). *Mentalsjukdom och miljö* [1963]. Övers. Margareta Edgardh. Stockholm: Aldus.

Marmot, Michael (2006). *Statussyndromet*. 1:a uppl. Övers. Göran Grip. Stockholm: Natur & Kultur.

Marx, Karl (1981) [1867] *Kapitalet: Kritik av den politiska ekonomin. Första boken, Kapitalets produktionsprocess*. Lund. Arkiv/Zenit förlag

Moncrieff, Joanna (2008) *Liberatory Psychiatry*, (Kapitlet *Neoliberalism and Biopsychiatry – a Marriage of Convenience*.) Cambridge: Cambridge University Press

Shorter, Edward (1997) *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. 1 uppl. Hoboken, N. J. Wiley.

8.2. Elektroniska källor

Conell, Raewyn, Fawcett, Barbara, Meagher, Gabrielle (2009). Neoliberalism, new public management and the human service professions: Introduction to the special issue. *Journal of Sociology* 331-338. : <http://jos.sagepub.com/content/45/4/331.refs> 2014-12-2

Cooper, Rachel (2004:5; 15) What is Wrong with the DSM? History of psychiatry: <http://www.sagepub.com/jungstudy/articles/03/Cooper.pdf> 2014-12-12

Freud, Sigmund (1917). *Mourning and Melancholia. The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, ed. James Strachey, vol XIV*: http://www.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_MourningAndMelancholia.pdf 2014-10-20

Havnesköld, Leif (2011:1) En kritisk granskning av dagens psykiatri. Psykoterapi, tidskrift utg. av Riksförbundet Terapicentrum. :

<http://www.tidskriftenpsykoterapi.se/artiklar/dagenspsykiatri.htm> 2014-10-18

21/12 Maj, Mario (2005) "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?" 186: 182-184, *New Journal of British Psychiatry*:

<http://bjp.rcpsych.org/content/186/3/182> 2014-12-14

Marx, Karl (1932) *Economic-Political Manuscripts ("Estranged Labour")* [First Published: Progress Publishing Moscow, 1959]. PDF:

<https://www.marxists.org/archive/marx/works/download/pdf/Economic-Philosophic-Manuscripts-1844> 2014-11-16

Searight, Russell H (2014). *Expanding the Boundaries of Major Depressive Disorder in DSM-5: The Removal of the Bereavement Exclusion*. *Open Journal of Depression*. Vol.3 No.1. Pub. Date: January 28.

<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=42593#.VKLzYABM> 2014-11-17

Sundvall, Maria (2011:6) Psykiatrin i samhällets förändringsvindar:

<http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/viewFile/838/659> 15/10 2014-10-19

Psykologiguiden.se. "Egentlig Depression":

<http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=depression> 2014-10-20

Rapport: Sveriges psykologförbund (2009:5) *Depression - En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster*. PDF:

http://www.psykologiguiden.se/www/doc/PSG_Depression_EnRapportOmManskligaOchEkonomiskaVinster.pdf 2014-10-19

<http://www.tidskriftenpsykoterapi.se/artiklar/dagenspsykiatri.htm> 2014-10-31

Tidningen Forbes om Obamacare:

<http://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2013/05/25/obamacare-will-bring-drug-industry-35-billion-in-profits/> 2014-12-22

TV-bloaget ABC (20/5: 2013): intervju med Allen Frances:

<http://www.abc.net.au/lateline/content/2013/s3763502.htm> 29/10 2014-11-25

Drugwatch: läkemedelskritisk amerikansk organisation:

<http://www.drugwatch.com/manufacturers/> 2014-12-22

DSM-5: FAQ <http://www.dsm5.org/about/pages/faq.aspx> 2014-11-24

9. Bilaga

9.1. Kriterierna för Major Depressive Disorder (eller egentlig depression)¹⁴

För att en individ ska uppfylla kriterierna för MDD (egentlig depression) krävs enligt DSM det följande: 1) Förekomst av en Major Depressive Episode. 2) Denna episod kan inte tillskrivas en schizoaffektivt störning¹⁵ och är inte en effekt av en schizofreni, schizofreniformt¹⁶ syndrom vanföreställningssyndrom eller någon annan psykotisk störning. 3) Det ska dessutom aldrig ha förekommit någon manisk episod, någon blandad episod eller hypomanisk dito. Det krävs – hävdar författarna – med andra ord att patienten upplever åtminstone en Major Depressive Episode och att nämnda episod inte är en del av någon annan psykotisk störning (psykotiska symptom kan inkluderas som varande en del av depression så länge de inte på bättre vis kan förklaras som varande indikatorer på någon annan psykotisk störning). Som utöver detta dessutom inte kan sägas vara en humörstörning som innefattar maniska aspekter. Detta till trots förhåller det sig så att alla depressiva episoder indikerar förekomsten av MDD, och de räknas inte som del av någon annan störning. Därför ligger det till som så, att gällande den stora majoriteten av fall, blir kriterierna för MDD desamma som kriterierna för Major Depressive Episode, varför det enligt författarna är intressant att

¹⁴ Det följande är en rekapitulation av DSM-IV-kriterierna som återfinns i *The Loss of Sadness* (2007: eng. uppl.). Texten består inte av direktcitater men innebörden är densamma som i boken.

¹⁵ Svårt att svara på vad som skiljer dessa liknade begrepp åt, men gemensamt för dem tycks vara att de inbegriper psykosliknande symptom. Psykos: Om man får en psykos får man förändrad verklighetsuppfattning och vanföreställningar, till exempel att man känner sig styrd eller övervakad utan att vara det. Det är också vanligt att man hör röster som inte finns. Att verkligheten känns förändrad kan göra att man får ångest, blir deprimerad eller får ett avvikande beteende [...] : <http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Psykoser/?ar=True>

undersöka de mer informativa (jämfört med kriterierna för MDD) symtomkriterierna avseende MDD mer ingående. DSM:s kriterier för MDD (egentlig depressiv episod) lyder som följer: A) Åtminstone fem av de nedan följande symtomen ska ha förekommit under samma tvåveckorsperiod, och de ska dessutom ha inneburit en förändring av individens tillstånd. Minst ett av symtomen 1) nedstämdhet eller 2) minskat intresse eller brist på intresse eller lust/glädje ska under denna tidsperiod ha förekommit.

i) Nedstämdhet under merparten av dagen – och detta så gott som dagligen; detta ska ha bekräftats av den person det gäller (vederbörande känner sig antingen ledsen eller tom) alternativt av andra (vederbörande ser enligt dem ut att vilja gråta). Det bör dock noteras att hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.

ii) Påtagligt minskat intresse för eller minskning av glädje förknippad med alla eller nästan alla dagliga aktiviteter; nästan varje dag (detta ska bekräftas antingen av den nedstämde eller av andra).

iii) En betydande viktnedgång (utan att individen avsiktligt försökt gå ner i vikt), eller viktuppgång – i de båda fallen ska det då vara fråga om en mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad, eller även att individen upplever minskad eller ökad aptit på mer eller mindre daglig basis. Den bedömande psykiatrikern ska också ta med i beräkningen om en förväntad viktökning hos barn har uteblivit.

iv) Sömnstörning; antingen för lite eller för mycket sömn, så gott som varje natt.

v) Psykomotorisk agitation eller hämning på mer eller mindre daglig basis; (denna ska vara observerbar för individens omgivning; alltså inte enbart vara en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller indolens).

vi) Svaghetskänsla eller energibrist som erfars så gott som dagligen.

vii) Upplevda känslor av värdelöshet eller överdrivna och obefogade skuldkänslor – (vilka kan ha karaktären av vanföreställningar) – på mer eller mindre daglig basis (dessa känslor ska enligt kriterierna inte enbart utgöras av självföreläelser eller skuldkänslor över att vara sjuk).

viii) Minskad kapacitet med avseende på tanke- och koncentrationsförmåga (som ska bekräftas av antingen personen själv eller andra).

ix) Återkommande tankar på döden – och då inte endast rädsla för att dö. Själv mordstankar av återkommande karaktär, utan någon särskild till dessa tillhörande planer, samt självmordsförsök eller självmord.

Vissa förbehåll medföljer till dessa kriterier: B) Symtomen ska vid diagnostisering av en depressiv episod inte uppfylla kriterierna för en blandad episod (mani/depression). C) Dessa symtom ska för att uppfylla kriterierna, orsaka kliniskt signifikant lidande eller en försämrad arbetsfunktion, social funktion eller funktioner i andra hänseenden. D) De symtom det gäller ska inte bero på direkta fysiologiska effekter av någon substans; t.ex. en missbruksdrog eller receptbelagd medicin eller av somatisk sjukdom/skada. E) Symtomen är inte av sådan art att de bättre kan förklaras som varande en sorgereaktion – vilket innebär att den depressiva symtomatologin har haft en duration på längre än två månader efter en närståendes död. De ska dessutom inte karaktäriseras av en påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

Det viktiga när det gäller dessa symtomkriterier är det att alla individer som uppvisar åtminstone fem av de nio symtomen för kriterium A – det gäller då antingen nedstämdhet, eller brist på intresse och/eller glädje under en tvåveckorsperiod – enligt DSM:s rådande riktlinjer anses vara drabbade av en ”Egentlig depressiv episod”; varför de i allmänhet också anses vara drabbade av MDD (H & W. 132ff – sv. uppl.)