



GÖTEBORGS UNIVERSITET
LITTERATUR, IDÉHISTORIA OCH RELIGION

Homo Solitum vs utmattningsdepression - om diagnosernas makt att definiera den normala människan

Homo Solitum vs
utmattningsdepression
- about what the Diagnoses Refer to as Normality

© Lou Hedström Bokinge

Termin: ht 2016

Kurs: IL2501 Idé- och lärdoms-
historia, Magisterexamensarbete. 15 hp

Nivå: Magister

Handledare: Katarina Leppänen

Examinator: Gustav Holmberg

ABSTRACT

In this study the definition of normality and whether it has been changed during modern times has been investigated. The basis for the investigation has been the symptoms of the Swedish diagnosis *utmattningsdepression* (*fatigue depression*).

The study shows that these symptoms have been consistently documented during modern times, but with different labels and different definitions of normality or not normality. It has also been discovered that the responsibility for the symptoms have been move from the individual to a result of social structures, the economic market, the search for identity, the profit requirements in the pharmaceutical industry and finally the social need to create scapegoats – the sick *Homo Solitum* (the common man).

Keywords: homo solitum, utmattningsdepression, depression, identity, normality, diagnoses, symptoms, DSM, DSM-5, psykologiguiden.se, signs, melancholy, social construction, body, sleep, disease, medication, fatigue, loss, grief treatment, significant, characteristic, designation, FORTE, Forskningsrådet, Karin Johannisson, Ingemar Nilsson, Hans-Inge Peterson, Michel Foucault, Maria Björk, Gunilla Hallerstedt, Fredrik Svenaeus, market, social structure, search for identity, pharmaceutical, scapegoats, medical history, history of ideas, master's thesis, Lou Hedström Bokinge

SAMMANFATTNING

I denna studie har jag undersökt huruvida definitionen av normalitet förändrats under modern tid vad gäller de symtom som idag definierar den svenska diagnosen *utmattningsdepression*.

Studien visar att det under modern tid har existerat liknande symtom som för den svenska diagnosen *utmattningsdepression*, men med olika namn och med olika definitioner av normalitet eller icke normalitet. Det har också framkommit att ansvaret för symtomen inte längre ligger på individen utan är ett resultat av samhällsstrukturen, den ekonomiska marknaden, sökandet efter identitet, läkemedelsbolagens profit och slutligen ett behov av att skapa syndabockar – den sjuka *Homo Solitum* (den normala människan).

Nyckelord: homo solitum, utmattningsdepression, utbrändhet, identitet, normalitet, diagnoser, symtom, DSM, DSM-5, psykologiguiden.se, tecken, melankoli, social konstruktion, kropp, sömn, sjukdom, medicinering, trötthet, förlust, sorgbearbetning, betecknande, beteckning, FORTE, Forskningsrådet, Karin Johannisson, Ingemar Nilsson, Hans-Inge Peterson, Michel Foucault, Maria Björk, Gunilla Hallerstedt, Fredrik Svenaeus, marknadsekonomin, samhällsstrukturer, identitetssökande, läkemedelsindustrin, syndabockar, medicinhistoria, idéhistoria, magisteruppsats, Lou Hedström Bokinge

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT	ii
1. INLEDNING	
1.1. Introduktion	1
1.2. Syfte	2
1.3. Frågeställning	2
1.4. Metodbeskrivning	2
1.5. Disposition	3
1.6. Avgränsningar	3
2. MEDICINHISTORISK BAKGRUND	
2.1 Medicinhistorisk exposé	5
2.1.1. Talet om tecken	5
2.1.2. Talet om melankoli	6
2.1.3. Talet om känslor som en social konstruktion	7
2.1.4. Talet om kroppar	9
2.1.5. Talet om sömn	10
2.1.6. Talet om sjukdom	10
2.1.7. Talet om medicinering	11
2.1.8. Talet om trötthet	13
2.1.9. Talet om förlust	14
2.1.10 Talet om det betecknande	15
2.2 DSM-5 - Utmattningsdepression	15
2.3 FORTE - Forskningsrådet för hälsa och välfärd	16
3. DIAGNOS, NORMALITET OCH IDENTITET	18
4. HOMO SOLITUM	
4.1 Olika diskurser och olika namn för samma symtom	27
4.2 Likheter och olikheter mellan diagnoser	30
4.3 Individ och samhälle	35

5.	REFLEKTION	
5.1	Symtom vs Beteckning	38
5.2	Individ vs Samhälle	39
6.	SLUTSATS	
6.1	Marknadsekonomin som pådrivare	41
6.2	Samhällets strukturer	42
6.3	Identitetssökande	43
6.4	Läkemedelsindustrin	43
6.5	Egen reflektion – syndabocksfenomenet	44
7.	REFERENSER	45
8.	BILAGA	46

1 INLEDNING

1.1 INTRODUKTION

Under 2012 kände jag ett stort behov att förmedla mina tankar till andra människor efter att ha genomgått en stor sorg. Jag började blogga – dels på Wordpress och senare startade jag upp en sida på Facebook som jag kallade *Livslust.2012*. I samband med denna erfarenhet fick jag förmånen att också få många Facebook-kontakter, som jag kom att följa. Här fick jag för första gången stöta på ett stort antal människor, för mig helt okända som helt öppet berättade om sina olika diagnoser, såsom utbrändhet, elallergi etc. En del tycktes ha gjort en självdiagnos, men desto fler genomgick olika program för att läka det som de uppfattade som onormalt för att bli "friska" igen.

Med tanke på min egen livshistoria och hur jag har hanterat mitt liv trots många motgångar har jag alltid funderat över varför vi människor vill vara normala och vad detta begrepp i så fall innefattar. I den tid vi lever i nu talas det mycket om att vi aldrig har haft det så bra och ändå mår vi så dåligt. Mitt mål har varit att ta reda på om denna utsaga är idéhistoriskt korrekt och om det bara är just nu som vi blir överösta med diagnoser av diverse slag eller om detta är något som följt människan under alla tider.

Den diagnos som intresserar mig mest är utmattningsdepression och det är denna diagnos som är i fokus i denna studie.

Under senmedeltid och upplysning (1500–1600-talet) så sker en utveckling från leprasjuk till dåre enligt Michel Foucault. Han inleder kapitel 1 i sin bok *Vansinnets historia under den klassiska historien*: "Vid slutet av medeltiden försvann spetälskan från västerlandet. Dessa leprasjuka hade under medeltiden internerats långt utanför stadsmurarna, fråntagna all humanitet och mänsklig närhet av de som benämnde sig som friska". När dessa leprosaries försvann tillsammans med sjukdomen byggdes andra "renings- och uteslutningsriter" upp, fast i nya former. På historiens arena kom den leprasjuka att ersättas av *dåren* under senmedeltiden.¹

Under moderniteten (1700–1800-talet) fortsätter utvecklingen från dåre till att bli en vetenskaplig klassifikation, enligt Foucault. I kapitel 8 konstaterar Foucault att: "Det fanns inte en psykiatriker, inte en historiker, som inte i början av 1800-talet" ... instämde i följande: "Att de inte skäms som sätter de vansinniga i fängelse". Dessa "olyckliga är fastkedjade i hålorna vid sidan om brottslingar".²

Det är här i sekelskiftet 1800–1900-tal, som min studie tar sin början med ett antal idéhistoriska tillbakablickar för att närma sig dagsläget.

¹ Vansinnets historia under den klassiska historien – Michel Foucault, s. 35

² Vansinnets historia under den klassiska historien – Michel Foucault, s. 237

1.2 SYFTE

Syftet med denna studie är att med de symtom som ligger till grund för dagens svenska diagnos *utmattningsdepression* undersöka:

- *dels* om det funnits liknande symtom i den framväxande moderna världen i en västerländsk kontext,
- *dels* om diagnoser av liknande symtom oavsett beteckning, är ett resultat av vad som bedöms som normalt över tid, och hur detta i sin tur påverkar oss människor.

1.3 FRÅGESTÄLLNING

Har definitionen av normalitet förändrats under modern tid, vad gäller de symtom som idag definierar den svenska diagnosen *utmattningsdepression*.

För att kunna besvara denna överordnade fråga kommer jag att analysera följande delfrågor:

- Vilka olika diskurser finns det inom forskningsområdet och förekommer det olika namn för samma symtom över tid?
- Vilka likheter och olikheter finns det mellan dagens depressionsdiagnoser i vårt svenska samhälle och de diagnoser som ställts under det framväxande moderna västerländska samhället efter förra sekelskiftet?
- Finns det några tankar om orsaken till symtomen? Har den att göra med den enskilde individens konstitution eller är symtomen ett resultat av utsatthet från samhällets sida?

1.4 METODBESKRIVNING

Studien är en litteraturstudie och syftar till att analysera begreppen *diagnos* och *normalitet* ur ett idéhistoriskt perspektiv, med fokus på symtomen för dagens *utmattningsdepression*. Mitt syfte är att belysa hur idéerna om mänskliga symtom betecknats och definierats i modern tid genom en kritisk närläsning inom mitt valda problemområde med utgångspunkt i den forskning som bedrivits i ämnet från 1990-talet och framåt.

Källmaterialet utgörs av *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – DSMs³ och dess utveckling från utgåva 1-5; ICD-10 *The International Classification of Diseases* utgi-

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder är en manual som är utgiven av American Psychiatric Association

ven av WHO; *Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande* med bland annat psykolog Gunilla Hallerstedt och sociolog Efva Kärve; Maria Björks avhandling *Problemet utan namn* – och avslutas med Fortes rapport om hälsa, arbetsliv och välfärd från 2015.

Utvecklingen av dagens diagnoser ställs i relation till medicinhistorikern Karin Johannissons forskning om bland annat melankolin som utvecklats från att vara ett stämningssläge till en känsla och från förra sekelskiftet till att definieras som en sjukdom samt forskning i medicinens idéhistoria av professor i idé- och lärdomshistoria vid Göteborgs universitet Ingemar Nilsson och professor, med. dr., teologie kandidat samt f.d. överläkare i Göteborg Hans-Inge Peterson.⁴

1.5 DISPOSITION

För att besvara frågan om diagnosens olika diskurser, eller med andra ord hur man ser på diagnoser ur olika perspektiv, har följande disposition tillämpats:

- Olika diskurser och olika namn för samma symtom
- Likheter och olikheter mellan diagnoser
- Diagnos, normalitet och identitet

1.6 AVGRÄNSNINGAR

I den litteratur som jag gått igenom tycks innebörden av begreppen *normal* och *normalitet* skifta från tid till annan, därav uppsatsens huvudtitel: *Homo Solitum*, av latinets *solitus* som betyder något som definieras som *vanligt/normalt* relaterat till den kontext som ordet uttalas i, dvs. *Den normala människan* så som den definieras i den tidsepok man undersöker. Underrubriken – *om diagnosernas makt att definiera den normala människan* relateras till tidsperioderna som följer efter den moderna tidens intåg, med start under senmedeltidens 1500-tal fram till 1800-talets slut för att sedan fokusera på hur diagnosen *depression* utvecklats både namnmässigt och innehållsmässigt från sekelskiftet 1900 till dagens svenska diagnos *utmattningsdepression*.

Fokus i uppsatsen ligger alltså på diagnosernas utveckling – främst diagnosen *depression* och *utmattningsdepression*. Hur de namnges, vilka symtom som ingår och hur de påverkar definitionen av människans normalitet.

De slutsatser som jag kommer att redogöra för reflekteras genom den forskning som medicinhistorikern Karin Johannisson och professor i idéhistoria Ingemar Nilsson (et

⁴ http://lir.gu.se/kontakta-oss/emeriti/Ingemar_Nilsson och <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=17275> hämtade 2016-11-04

a) bedrivit, vilken omfattar tiden från upplysningen och fram till idag inom ämnena melankoli/depression samt medicinens idéhistoria.

I den forskning som bedrivits av psykolog Gunilla Hallerstedts (et al) fokuserar jag på de diagnoser som uppkommit under 1900-talet och framåt vad gäller de symptom som går och gått under beteckningen depression.

För att göra en jämförelse med ett annan utbredd diagnos av idag har jag också kort hänvisat till vetenskapssociologen Thomas Brantes studie där han analyserat psykiatriens diagnosmanual DSM vad gäller ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. American Psychiatric Association's, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5 är en omfattande manual där min studie endast omfattar den del som handlar om depression och dess underavdelningar utöver en kort presentation av Psykologiguiden om vad DSM står för – se bilaga.

Vidare redogörs för Fredrik Svenaeus', professor i den praktiska kunskapens teori vid Centrum för praktisk kunskap, bok om medicinska diagnoser i vår tid i denna studie. Anledningen är främst att Svenaeus själv drabbats av depressionssymtom och kan utifrån sin profession ge värdefull information i denna del.

För att konstatera att sjuktalet är en verklighet i dagens Sverige har jag kort redogjort för Fortes – *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd* – kunskapsöversikt om psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro från 2015. Rapporten är författad av akademiker från svenska högskolor och universitet och projektet har letts av Eva Vingård, professor i arbets- och miljömedicin på Uppsala Universitet.

2 MEDICINHISTORISK BAKGRUND

Efter en medicinhistorisk exposé med Karin Johannesson, Ingemar Nilsson och Hans-Inge Peterson, följt av ett konstaterande att diagnosen *utmattningsdepression* inte finns med i DSM-5, tillsammans med *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, FORTE:s* rapport om sjuktalen och dess eventuella orsaker i Sverige 2015, jämte en reflektion över begreppen *diagnos, normalitet* och *identitet* – får vi den bakgrund som behövs för att ge en bild av människans vilja att veta vad som kan betecknas som *normalt* eller *onormalt* sett ur ett idéhistoriskt perspektiv.

2.1 MEDICINHISTORISK EXPOSÉ

2.1.1 Talet om tecken

I *Tecknen* från 2004 behandlar medicinhistorikern Karin Johannisson "hur vi registrerar och tolkar den andre framför oss och hur vår blick styrs av bestämda bilder av relationen mellan ett yttre och ett inre jag".⁵ Med tecken avsågs vid 1800-talets början i samband med att klinikerna föddes: "puls, värme och andedräkt, blod och uttömningar, hosta, hicka och suckar, det lidande ansiktets mimik".⁶

Under 1900-talet händer något. Tecknen kopplas nu inte enbart till sjuka kroppar överlag utan nu kommer ytterligare en dimension in – den om att olika kroppar tillskrivs olika typer av tecken. Kroppar uppdelade efter kön, klass och typ. Anatomiska särdrag kom att utgöra tecken för människans psyke och personlighet. Genom de symtom som patienten berättar om, blir läkarens roll att söka efter objektiva tecken som gör det möjligt att klassificera sjukdomen. Detta gör läkaren på ett väldigt närgånget sätt. Den nakna kroppen som är tabubelagd ute i samhället kan nu undersökas i alla sina skrymslen och vrår utan några som helst betänkligheter, i relation till den annars så viktiga konvensansen. I detta klassificerande får tolkningen en stor betydelse. 1700-talsläkaren och 1800-talsläkaren såg helt olika sjukdomstillstånd trots att de tittade på samma kropp. Även den moderna rättsmedicinska obduktionen ger "olika resultat beroende på vilken tolkning man gör av dödsorsaken".⁷ Tolkningen, som sedan leder till sjukdomsklassificeringen, inleds redan vid läkarens allra första blick på patienten i samband med en läkarundersökning.⁸

Vid förra sekelskiftet tog laboratoriet och dess mätinstrument över mycket av läkarens kroppstolkning.⁹ Men det är ändå människan som i gestalt av läkaren, som ställer diagnosen. Läkaren tolkar de tecken hen fått fram, vare sig de kommer från iakttagelser

⁵ Tecknen s. 16

⁶ Tecknen s. 13

⁷ Tecknen s. 14

⁸ Tecknen s. 15

⁹ Tecknen s. 272

eller från laboratorietester. Johannisson sammanfattar det hela med orden: "Visa mig din kropp och jag ska berätta om dina styrkor och svagheter, din personlighet och ditt liv, din normalitet och anpassning eller din avvikelse".¹⁰

2.1.2 Talet om melankoli

Professorerna Ingemar Nilsson och Hans-Inge Peterson konstaterar i sin bok *Medicinens idéhistoria* att mani och melankoli är vanliga begrepp under medeltiden. Redan på 100-talet e.kr. skilde Galenos på fyra olika sjukdomsformer: vansinne, mani, melankoli och idioti.¹¹

Karin Johannesson inleder i sin bok *Melankoliska rum – om Ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid* med ett citat av Robert Burton: "Vem är inte galen? Vem är fri från melankoli?"¹² Melankolin som är "det psykiska lidandets urform"¹³ "kan i en tid uttryckas som vild förtvivlan, i en annan tid som leda och en tredje som trötthet eller depression", "den söker sig den form som samtiden erbjuder och bekräftar"¹⁴.

Det finns fem huvudstadier inom begreppet *melankoli*¹⁵:

- 1) *Antikens* sjukdomsliknande tillstånd mellan genialitet och galenskap.
- 2) *Medeltidens* tillstånd grundat på moralisk brist.
- 3) *Renässansens* och *Romantikens* tillstånd av existentiellt drama.
- 4) *Postmodernitetens* biologiserade synsätt och senare psykologiserande à la Freud.

Melankoli kan stå för olika saker – ett stämningläge; en känsla eller en sjukdom. Be-teckningar som nedstämdhet, svårmod, leda, tungsinne, modstulenhhet, maktstulenhhet och mjältsjuka är hänförliga till olika känslolägen som har sin grund i förlust, en förlust av handlingskraft.¹⁶

Under 1700-talet kunde de högre klasserna tillåta sig att "bryta sin socialiserade mask genom att göra sig 'vild', berusa sig... bedriva 'djurisk' sex" i melankolins namn.¹⁷ *Dr Jekyll och Mr Hyde* är ett exempel på mytiska figurer som uppenbarar dubbelheten i människan/melankolikern.

Symtom på det som vi idag kallar utmattningsdepression finns dokumenterat redan under 1600-talet. "Det är de intellektuella prestationskraven, pressen att stå inför publik, de ständiga förberedelserna, självtvivlet med inslag av ångestattacker"¹⁸ som

¹⁰ Tecken s. 279

¹¹ Medicinens idéhistoria s. 219

¹² Melankoliska rum. Citatet är hämtat från Robert Burtons bok *The Anatomy of Melancholy*, 1621

¹³ Melankoliska rum s. 23

¹⁴ Melankoliska rum s. 24

¹⁵ Melankoliska rum s. 257

¹⁶ Melankoliska rum s. 29

¹⁷ Melankoli rum s. 37

¹⁸ Melankoliska rum s. 42

knäcker Caspar Barlaeus (1584–1648), professor i filosofi i Amsterdam. Barlaeus drabbas av minst fyra melankoliska perioder i sitt liv. Johannisson drar slutsatsen att "som förkroppsligad erfarenhet blir melankolin till den form som samtiden erbjuder. Från antika vätsketeorier till modern kognitionsvetenskap färgar de tillgängliga förklaringsmodellerna jaget förnimmelser."¹⁹ "Hela bilden av det spända och trötta sekelskiftesjaget kan analyseras som en större identitetskris i ett sekulariserat, teknikförälskat och snabbt moderniserat samhälle. Under ytan växte civilisationskritik, främlingskap och rädsla för mörkret i människan".²⁰

Den yrkesrelaterade melankolin, den så kallade *lärdomssjukan*, uppmärksammas i universiteten under 1600-talet och framåt. Lärosätena lockade till sig de ambitiösa som i sin ensamhet uppe på sin kammare överkonsumerade sin hjärna, med symtom som rinnande ögon, hoptryckta organ och magproblem. Hon skriver: "Linné hävdade att matematiker, fysiker och läkare var särskilt drabbade; 'när andligt ljus koncentrerats till hjärnan måste allt annat ligga i mörker'".²¹

Vid sekelskiftet 1900 debatteras mental utmattning inom kultursfären – författarmelankoli, elitmelankoli och kreativitets problematik. De som drabbas drömmer om att slippa prestera och har en önskan om arbetsuppgifter med lägre ställda krav. Det som driver en människa att prestera handlar enligt medicinaren och senare nobelpristagaren Ragnar Granit ofta om en form av mindervärdeskänsla – 'den otillfredsställda ärelystnaden som sprider ett pinande gift'.²²

2.1.3 Talet om känslor som en social konstruktion

Det finns fyra former av *acedia*, vilket inte är en sjukdom utan en känsla av att vara fylld av tomhet. *Misslyckandets acedia* som handlar om att misslyckas med att uppnå sina prestationer. *Framgångens acedia* kan drabba de som når stora prestigefyllda framgångar och genom detta känner ännu större press att prestera. *Specialiseringens acedia* när fokus läggs på arbetet och man därigenom försakar familj, vänner och fritidsintressen. *Splittringens acedia* när man för att slippa misslyckas fokuserar på annat än sin dröm. Johannisson påpekar att dessa på "ett generellt plan tycks peka rakt in i nuets repertoar av utmattningsdiagnoser". Tomhetskänslor kan skapa både en apatiker och en arbetsnarkoman.²³

Under 1700-talet kom känslorna att bli ett sätt att kommunicera, bland annat visade de på klasstillhörighet. "En skugga över ansiktet, en tår eller svimning i rätt ögonblick

¹⁹ Melankoliska rum s. 43

²⁰ Melankoliska rum s. 61

²¹ Melankoliska rum s. 84

²² Melankoliska rum s. 86

²³ Melankoliska rum s. 91

skiljer en öm själ från en rå, förfining från plumphet...".²⁴ Här var beteckningen *nervositet* ett ord som tillmättes eliten och det var bara hos den som nervtrådarna ansågs vara av särskilt fint slag. *Sensibiliteten* som var avhängigt dessa finare nervtrådar ansågs därför vara ett utmärkande drag hos de högre ståndens män med egenskaper som smak, fantasi och snille. "I en sekulariserad värld var det högsta jaget inte det högst besjälade, utan det högst sensibiliserade"²⁵ och det gäller även i nutid. Ur denna begreppsvärld formas beteckningen *neuros* som "ett namn på en överdriven irritabilitet eller kroniska spänningar i nervsystemet".²⁶ Frågan är hur man ska se på "jagets förmåga att utveckla just det signalsystem som kulturen belönar".²⁷ Patienter under 1700-talet bekräftar *den traditionella vätskemodellen*, som handlade om de fyra kroppsvätskorna, en 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. Denna lära finns nedtecknad på 400-talet f.kr. i skriften *Människans natur*. Författaren är Polybos, som var svärson till Hippokrates. Hippokrates som var samtida med Platon var den förste kände av antikens läkare och grunddragen i den hippokratiska sjukdomsuppfattningen höll sig kvar inom medicinen ända fram till 1700-talet, dvs. i nästan 2 000 år.²⁸ Hippokrates brukar ges tillmälet: *läkekonstens fader* inom västerländsk medicin.

De uppvisade symtomen under 1700-talet innefattade rinnande, strömmande, ilande och vinande yttringar. Under 1800-talet låg fokus istället på den så kallade *nervomodellen*, med symtom som stumhet, nervvibrationer, ryckningar, darrningar, hopdragningar olika sorters avslappning.²⁹

Under 1800-talets slut när borgerskapet får en central plats i vår kultur blir hemmet den centrala platsen för borgarhustrun, vilket medförde att nya tristess-symtom uppkom som fyllde doktorernas mottagningar med svimmande kvinnor. Dessa förklaras av hustruns instängda roll helt i händerna på sin man där han kunde klaga på hustruns "kinkighet, ömtålighet och gråtmildhet". Dessa egenskaper som tränats in av den ogifta flickan för att locka till äktenskap. När den ekonomiska tillväxten skapar konsumtionssamhället får kvinnan utlopp för sitt begär i "en flortunn kopp i äkta Meissenporlin, ett violblått klänningstyg eller en handske i sidenmjuk marokäng."³⁰ Den mjuka sensibiliteten flyttar senare in i kvinnans domäner och mannen antar en ny utmaning i musklernas hårda värld. Härigenom påverkas det sociala spelet och tårarna i ett bortvänt ansikte kan nu tydas som förförelsekonst. "Tårvätska, skriver William Ian Miller, är den enda kroppsvätska som inte väcker äckel".³¹

²⁴ Melankoliska rum s. 95

²⁵ Melankoliska rum s. 100

²⁶ Melankoliska rum s. 97

²⁷ Melankoliska rum s. 99

²⁸ Medicinens idéhistoria s. 39–40

²⁹ Melankoliska rum s. 100

³⁰ Melankoliska rum s. 114

³¹ Melankoliska rum s. 115

Sensibiliteten lämnade inte helt den manliga sfären, utan fanns kvar i de intellektuella och konstnärliga sfärerna där den kopplades ihop med kreativitet. "Intellektuell status kunde markeras av pedantisk disciplinering av kroppen (Kant), självförbränning och drogmissbruk (Freud), utbrändhet (Max Weber) eller hypokondrisk sensibilitet (Nobel).³² Symtom på sensibilitet var huvudvärk, tryckkänsla, sömnlöshet, andnöd, nedstämd rastlöshet. Den smärta som uttrycks genom kroppen ansågs vara högre än dito genom själen och känslorna.³³ Här ser vi en förskjutning från känslor till psykosomatik³⁴.

Ett klassiskt exempel hämtat från Charles Darwins liv visar hur ett kroppssymtom kan brukas i ett syfte. Han hade en "eländig hälsa, en gåtfull blandning av fysiska åkommor och psykisk skörhet".³⁵ "En känslig mage befriar honom från trista middagsbjudningar" ... "Dödströtthet efter ett föredrag på 10 minuter befriar honom från att föreläsa" etc.³⁶

Överkänsligheten blir kring sekelskiftet 1900 "en legitim eller till och med förväntad dimension i en intellektuell identitet".³⁷

Frågan är om symtomen är "vad jag verkligen känner eller vad jag lärt mig att känna?".³⁸

2.1.4 Talet om kroppar

1600-talsfilosofen René Descartes skilde mellan kropp och själ. Han menade att galenskap kunde man endast hitta i hjärnan. Under upplysningstiden ansåg man att det var fjädrar och trådar som höll ihop nerverna, som hade skadats vid sinnessjukdom. Denna skada på nerverna kallades neuroser (nervskador).³⁹

Nervkonceptet liksom nutidens stress-språk, gestaltar den samtid de verkar i. Dåtidens "kamp om position, makt och status och tvånget för den ambitiöse att utveckla social identitet och kompetens" jämfört med nutidens strävan om att vara framgångsrik, efterfrågad och aktiv. Samhället tvingar på så sätt fram en ny kropp åt människan utifrån sin samtid – en *nerokropp* respektive en *stresskropp*. Den sårbara *nerokroppen* har varit ett klassmärke alltsedan 1700-talet och *stresskroppen* kan ses som dess nutida ef-

³² Melankoliska rum s. 115

³³ Melankoliska rum s. 116

³⁴ NE Nationalencyklopedin, **psykosomatik**, <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/psykosomatik>, hämtad 2015-04-15 psykosomatik (nylatin psychosoma' ticus, av psyke och grekiska sö' ma 'kropp'), synsättet att kropp och själ hänger ihop eller är ömsesidigt beroende av varandra.

³⁵ Melankoliska rum s. 116

³⁶ Melankoliska rum s. 117

³⁷ Melankoliska rum s. 119

³⁸ Melankoliska rum s. 95

³⁹ Medicinens idéhistoria s. 220

terföljare visserligen med nya konnotationer, men alltså en klassmarkör. En nedtonad nervkropp hänger med in i 1800-talet med nya sociala markörer. Känslorna feminiseras och den viktorianska prydheden vinner mark. De nya koderna är behärskning, återhållsamhet och värdighet. Moderniteten ses som skapare av sårbarhet. Moderniteten med sina höga prestationskrav på människan.⁴⁰

2.1.5 Talet om sömn

1898, trettiofyra år gammal "drabbas arbetsnarkomanen Max Weber av psykisk kollaps".⁴¹ Han genomlider många år av sömnlöshet. Johannisson framhåller att den "moderna sömnlösheten tycks annorlunda, inte fylld av spöksyner utan av det egna jagets tillkortakommanden – återupplevelser av misslyckanden, oförrätter och pinsamheter".⁴²

I det förindustriella samhället delades sömnen in i två faser baserat på tillgången på dagsljus. Många tillbringade de vakna timmarna runt midnatt för att "gå ut en sväng, röka en pipa, byta några ord med en granne, urinera".⁴³ Genom det artificiella ljusets inträde kom detta att förändras. "Det är moderniteten som påtvingar individen ett sömnmönster som definierar varje vakenhet som onaturlig (om jag inte sover nu kan jag inte prestera imorgon)".⁴⁴ Sömnmedel för att stävja den naturliga tvåfas-sömnen har blivit ett resultat av denna utveckling.

2.1.6 Talet om sjukdom

"Folktron skyllde galenskapen på månens inflytande, prästerna skyllde på djävulsk besatthet och andra på gudomlig inspiration". Gränsen mellan geni och dåre var vanligt förekommande under antiken och återvände under renässansen. I den religiösa världen sågs vansinne som en sjukdom som spreds av häxor, demoner eller kättare. 1600-talsfilosofen *John Locke* ansåg att häxerierna "inte var ett satans påfund utan ett gigantiskt mänskligt bedrägeri".⁴⁵

För Foucault är *viljan att veta* en överordnad önskan att tränga in i människans inre.⁴⁶ Tidigare hade detta skötts av prästerna i biktstolen, menade han. I en sekulariserad värld togs detta *offentliga* lyssnande istället över av läkarna. För att få tillträde till dessa privata sfärer där saker avhandlades som aldrig yppades i det offentliga rummet t.ex. om tarmfunktioner, nattliga sädesuttömning etc., fordrades det att människan var sjuk

⁴⁰ Melankoliska rum s. 120

⁴¹ Melankoliska rum s. 153

⁴² Melankoliska rum s. 155

⁴³ Melankoliska rum s. 157

⁴⁴ Melankoliska rum s. 158

⁴⁵ Medicinens idéhistoria s. 219-220

⁴⁶ Melankoliska rum s. 163

- hade en sjukdom. "Sjuktalandet kunde både fungera som substitut och som kodade budskap om det intima och hemliga" som skedde i sovrummet.⁴⁷

Under den institutionella sinnessjukvårdens utbyggnad under 1800-talet, av Foucault kallat *den stora inspärningen*, kunde man nu "dölja och spärra in avvikande anhöriga". Mentalsjukhusens behandlingar var ofta grymma och att bli betittad av allmänheten likt ett djur på zoo, vilket var vanligt vid denna tidpunkt, gjorde förmodligen inte tillvaron bättre för de inspärrade. Philippe Pinel (1725–1826) var en av förgrundsgestalterna för att humanisera vården. "Häftiga passioner och brist på disciplin" ansågs som nu som vanliga orsaker till sinnessjukdom, dvs. psykologiska orsaker och inte somatiska (kroppsliga).⁴⁸

Johannisson menar att sjukdomen i sig kunde bli till "en sjukdomsvinst, ett samtidigt diffust och effektivt symtom för att slippa" för den sjuke.⁴⁹ Vad var det då man ville slippa? Om vi tittar tillbaka på Max Weber så fanns det troligen en önskan om att öppna "ditintills stängda rum i hans själ", som exempelvis konst och poesi, och detta kunde endast ske genom att Weber fick slippa sina vanliga arbetsuppgifter.⁵⁰

Kollapsen ingick i självbilden hos förra sekelskiftets manliga intellektuella. Akademiker, matematiker, studenter som i sina karriärsträvanden bryter ihop i det höga arbetstempot, vilket karaktäriserar industrialismens tidevarv. Kollapsen inträffar i 30-årsåldern. Självmordet ses som den sista utvägen för att ta sig ur denna kroppsliga upplevelse.

Det fanns många olika nervkoncept. Eftersom det saknades klinisk precision var begreppet användbart: "Symtomen kunde variera från passivitet och förlamning till latent aggressivitet och impulsgenombrott, täcka depression, alkoholism, drogmisbruk eller syfilitisk sjukdom".⁵¹

2.1.7 Talet om medicinering

Varför fylldes sinnessjukhusen så snabbt under slutet av 1800-talet? Sociala förändringar sågs som grunden för psykisk sjukdom. Avvikande personers missanpassning i samhället, alkoholismens utbredning och syfilis var inte de enda anledningarna. Sinnessjukdomar ansågs bero på skador i hjärnan och började att klassificeras på ett nytt sätt. Man skilde på inifrån och utifrån skapade sjukdomar samt på psykosor och lättare psykiska störningar, så kallade neuroser. Sigmund Freud (1856–1939) ansåg bland annat att bortträngda övergrepp under barnåren var orsaken till neuroser.⁵²

⁴⁷ Melankoliska rum s. 164

⁴⁸ Medicinens idéhistoria s. 221

⁴⁹ Melankoliska rum s. 165

⁵⁰ Melankoliska rum s. 168

⁵¹ Melankoliska rum s. 169

⁵² Medicinens idéhistoria s. 223–224

På 1940-talet gjorde de psykoanalytiska idéerna entré och fokus lades på interpersonella orsaker som exempelvis anpassningssvårigheter. Under 1970-talet försvagades denna tradition på grund av de effektiva läkemedlens intåg.⁵³

Redan 1832 introducerades ett lugnande medel vid namn *kloralhydrat* följt av *bromider* som användes för sömnterapi. Man sövde ner patienten under flera dagar. Under 1940-talet började man använda *elektrokonvulsiv* behandling för att bota svår depression. En slags elektrisk chock som gav biverkningar i form av kotfrakturer på grund av de svåra kramperna som behandlingen åsamkade.⁵⁴

Som bot på många symtom kom också nya bedövningspreparat. *Brom* på 1850-talet följt av det första syntetiskt framställda sömnmedlet *kloral* och 1900-talets *barbiturater* exempelvis *veronal*. Vid 1800-talets slut rekommenderades opium och heroin av det tyska företaget Bayer som lugnade medel vid hosta, andnöd och smärta. Det ansågs dessutom som biverkningsfritt. "Virginia Wool somnar på brom, veronal och kloral. Hon kallas neurasteniker av sina läkare trots att manodepressiv sjukdom (för vilket man placerades på mentalsjukhus) möjligen vore mer korrekt."⁵⁵

Psykiatrin har under de senaste åren utgått från neurokemi och molekylärbiologi för att spåra genetiken bakom olika diagnoser. Det har forskats en hel del om neurotransmittorerna, exempelvis dopamin och serotonin. De så kallade lyckopillren ökar signalsubstanserna i hjärnan och påverkar människan stort. Som parentes kan nämnas att upptäckten av dopamin som en neurotransmittor gjorde av svenske Arvid Carlsson. Han fick nobelpriset för upptäckten år 2 000.⁵⁶

Nilsson och Peterson skriver:

De läkare som anbefallt stor restriktivitet i användning av bensodiazepiner [så kallade lyckopiller] har menat att beroendet av psykofarmaka leder till förslavande av människans autonoma jag och kränkning av människovärdet. Man har till och med hävdat att ångesten bör ses som en livskvalitet och inte bara som ett lidande.

... ångesten utgör en förutsättning för vår frihet och för vår insikt om att vi är kapabla att handla fritt.⁵⁷

Det finns så klart många delade meningar i denna fråga och det är naturligtvis viktigt att människor som inte kan leva utan medicinering på grund av svår sjukdom måste få hjälp att leva ett fullvärdigt liv. Vad denna studie vill belysa är hur diagnostiken går till och på vilket sätt diagnosen är ett tecken på sjukdom eller rentav ett tecken på

⁵³ Medicinens idéhistoria s. 225

⁵⁴ Medicinens idéhistoria s. 226

⁵⁵ Melankoliska rum s. 174

⁵⁶ Medicinens idéhistoria s. 227

⁵⁷ Medicinens idéhistoria s. 228

omänskliga krav på den enskilda människan, vilket är orsaken till symtom som borde betraktas som helt normala och därför inte dövas med hjälp av medicinering.

2.1.8 Talet om trötthet

Psykiatrin "har haft svårare än andra medicinska specialiteter att bli accepterad som vetenskap". Det är först i mitten av 1800-talet som psykiatrierna började etablera sig som en vetenskaplig specialitet.⁵⁸ De flesta diagnoser hänfördes därför till kroppen.

Diagnosen *neurasteni*, så kallad nervtrötthet, som företrädesvis drabbade högpresterande, lanserades på 1880-talet av den amerikanske läkaren George Beard och delades upp i två delar. En del handlade om trötthet i hjärnan med "nedstämdhet, störningar i minnes- och koncentrationsförmåga och generell sensibilisering".⁵⁹ Den andra om trötthet i ryggmärgen, och kännetecknades av "muskelryckningar, köld- och värme-flashar, vandrande smärtor, brännande och krälande förnimmelser, andnöd och tryck-känsla över bröstet".⁶⁰ För den förstnämnda rekommenderades stimulans och omväxling, och för den sistnämnda, vila. För patienten var tröttheten "en möjlighet att bygga en roll, en identitet och en reträtt".⁶¹ Beard avsåg dock inte hela befolkningen när han talar om de drabbade: "Att nervtrötthet skulle kunna drabba 'vilden' betraktade Beard som uteslutet; 'hon läser icke, hon skrifer icke, hon räknar icke'".⁶²

I Lars Weiss självbiografiska bok *Framgångsfällan: Om osynlig utbrändhet* (1998), konstaterar han: "Ibland kan jag undra om inte alltihop var en enda stor, smärtsam mognadsprocess, som i mitt fall krävde utmattning till utbrändhetens gräns för att utlösas".⁶³ Utbrändhetstillståndet beskrivs som en "förlust av balans mellan krav och förmåga".⁶⁴ När prestation blir basen för människans självkänsla och förmågan sviker, "uppstår ett tomrum, något dött och bokstavligt stumt".⁶⁵ Ett tillstånd som inte kan beskrivas i ord.

⁵⁸ Medicinens idéhistoria s. 219

⁵⁹ Melankoliska rum s. 225

⁶⁰ Melankoliska rum s. 225–226

⁶¹ Melankoliska rum s. 228

⁶² Melankoliska rum s. 227

⁶³ Melankoliska rum s. 240

⁶⁴ Melankoliska rum s. 240

⁶⁵ Melankoliska rum s. 241

2.1.9 Talet om förlust

På temat förlust menar Johannisson att man kan se konsumtionsvärlden som en *anomi*⁶⁶. Ett samhälle med förvirring som huvudtema och med avsaknad av ett sammanhållande socialt och moraliskt normsystem.⁶⁷ Anomi uppstår i samhällen med snabb ekonomisk tillväxt. När förväntningarna är skyhöga och belöningarna uteblir, skapas ett emotionellt tomrum. Johannisson beskriver detta tomrum i två dimensioner utifrån Durkheims anomibegrepp: det *depressiva* där den alienerade människan utvecklar två olika strategier anpassning eller inkapsling (resignation) respektive det *socialt avvikande* som är kopplat till det sociala jaget i relation till det fysiska jaget. En konflikt som skapar ett tomrum hos den enskilde.

Karl Jasper menade att högt tempo och höga prestationer "översatte individen[s] egen oförmåga till mindervärdeskänsla och depressiv skuldbeläggning av sig själv".⁶⁸ ⁶⁹ Jaspers såg två typiska psykopatologiska syndrom. Dels rastlöshet och extrem trötthet (*neurasteni*), dels kraftlöshet, sårbarhet och mindervärdes känslor (*psykasteni*).⁷⁰ Johannisson menar att dessa begrepp tangerar Durkheims *anomi*-begrepp och framför att symtomen som utmärker sig av otillfredsställelse, passivitet, rastlöshet, instabilitet "spiller över på andra, också barnen".⁷¹

Johannisson ställer sig frågan huruvida vår egen samtid är *anomisk*. Med tanke på den "stigande depressionskurvan från 1990-talet mitt" och nyckelkänslan av "vag maktlöshet i kombination med högt ansvar för den egna lyckan" så är svaret ja. menar Johannisson.⁷² "Det anomiska tillståndet [är] inte... effekten av, utan villkoret för detta

⁶⁶ NE Nationalencyklopedin, **anomi**, <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/anomi>, hämtad 2015-05-06. Anomi (grekiska *anomi* 'a 'laglöshet', 'tygellöshet', av nekande a och no' mos 'lag'), samhälleligt tillstånd av regellöshet eller normlöshet. Anomi är ett centralt begrepp inom sociologin. Enligt Émile Durkheim uppstår anomi till följd av skarpa sociala förändringar, t.ex. ekonomisk depression men också ekonomisk tillväxt. Traditionella normer försvagas och ersätts inte av nya, vilket gör att individerna står i otillfredsställande relationer till varandra och till invanda beteenden. Anomi leder till ökad självmordsfrekvens.

⁶⁷ Melankoliska rum s. 244

⁶⁸ NE Nationalencyklopedin, **Karl Jaspers**, <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/karl-jaspers>, hämtad 2015-05-20 Jaspers [tyskt uttal ja' spe s], Karl, född 23 februari 1883, död 26 februari 1969, tysk psykolog och filosof, 1916–21 professor i psykologi och 1921–37 samt 1945–48 i filosofi i Heidelberg, 1948–61 professor i filosofi i Basel.

⁶⁹ Melankoliska rum s. 248

⁷⁰ NE Nationalencyklopedin, **neurasteni**, <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/neurasteni>, hämtad 2015-05-20 *neurasteni* (nylatin *neurastheni* 'a), term introducerad av den amerikanske psykiatern G.M. Beard (1839–83) år 1869 för ett tillstånd av trötthet tillsammans med en överkänslighet för sinnesintryck som ansågs bero på en uttröttnings av nervsystemet. *Neurasteni* liksom *psykasteni* används numera med samma betydelse som *asteni*.

NE Nationalencyklopedin, **asteni**,

<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/asteni>, hämtad 2015-05-20 *asteni* (nylatin *astheni* 'a, av grekiska *asthe* 'neia 'kraftlöshet', av nekande a och *sthe* 'nos 'kraft', 'styrka'), *neurasteni*, *psykasteni*, tillstånd som förekommer dels som ett psykopatologiskt syndrom, dels som en personlighetsstörning (*astenisk personlighet*, *asteniker*).

⁷¹ Melankoliska rum s. 249

⁷² Melankoliska rum s. 249

samhälles existens".⁷³ Hon lyfter fram frågan om det t.o.m. är så att det finns en avsikt att människan ska hållas kvar i sitt otillfredsställda tillstånd. Med de "legitima bedövningarna: ett par italienska skor, en dyr kashmirkofta, rusets eufori"⁷⁴ hindras vi för ett ögonblick att känna tomheten. Den tomhet vi avskyr, men även dess bedövning som vi helst velat slippa men som är vårt enda sätt att härda ut. Utvägen leder oss fram till utmattning och resignation över vår existens för att slippa.

Max Weber skriver i slutet av 1800-talet att "nerverna sviker mig".⁷⁵ Han diagnostice-ras för "neurasteni som en följd av flerårigt överarbete".⁷⁶ Weber tillbringar sin tid på nervanstalt och tar del av "terapierna på modet, som gymnastik och djupandning".⁷⁷

Genom medikalisering av melankolin och dess hänvisning till ett depressivt personlighetsdrag kan melankolins grundorsaker läggas på individen istället för på samhället. Genom företrädare som maffiabossen Tony i 2000-talets tv-serie *Sopranos* "är depressionen vår melankoliska form par excellence", menar Johannisson.⁷⁸

2.1.10 Talet om det betecknande

Johannisson summerar sin bok *Melankoliska rum* med ett citat av Samuel Becket: "Världens tårar är konstanta" ... "Så spelar det någon roll vad vi kallar dem?".⁷⁹ Som exempel nämner hon panikångest som hon menar är "ett modernt fenomen som namn och diagnos, men inte som upplevd erfarenhet".⁸⁰ Sammanfattningsvis visar Johannisson att "känslspråk, men också känslors innehåll, står i dialog med sitt kulturella sammanhang".⁸¹ Ett slags kulturellt inlärt känslspråk som skiftar över tid men som speglar det som vi benämner för äkta mänskliga känslor.

2.2 DSM-5 – UTMATTNINGSDEPRESSION

DSM som står för *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* är en manual som är utgiven av *American Psychiatric Association* och är nu inne på sin 5:e upplaga – (DSM-5).

Tittar man på diagnosen *utmattningsdepression* så framgår det av Psykologiguiden att denna diagnos inte finns med i DSM-5:

⁷³ Melankoliska rum s. 251

⁷⁴ Melankoliska rum s. 253

⁷⁵ Melankoliska rum s. 160

⁷⁶ Melankoliska rum s. 161

⁷⁷ Melankoliska rum s. 161

⁷⁸ Melankoliska rum s. 254

⁷⁹ Melankoliska rum s. 257

⁸⁰ Melankoliska rum s. 261

⁸¹ Melankoliska rum s. 266

Eng: depressive exhaustion [di'presiv ɪg'zɔ:stʃən], nervous exhaustion ['nɜ:vəs ɪg'zɔ:stʃən]

Psykisk och fysisk förlamande trötthet och överkänslighet, i de flesta fall troligen till följd av långvarig eller upprepad stress.

Vanliga symtom är

- fysisk trötthet med sömnproblem, hjärtklappning, störd tarmfunktion, värk i nacke, axlar och rygg
- yrsel, överkänslighet för ljud
- intellektuell trötthet med glömska och bristande koncentrationsförmåga, svårighet att utföra vanliga rutinhandlingar
- humörsvängningar
- social trötthet med irritation och avoghet i kontakterna.

Många upplever ångest som kan övergå i en total kollaps med blackout och känsla av att "gå i väggen". Diagnosen utmattningsdepression sätts när symtomen även uppfyller kriterierna för depression [se bilaga], annars används beteckningen utmattningssyndrom.

Det är en diagnos som inte finns i DSM-5 men som listas i ICD-10⁸² som nummer T73.3 med formuleringen "utmattning orsakad av mycket stark ansträngning" (eng: exhaustion due to excessive exertion), alternativt "överansträngning" (overexertion). Utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan emellertid uppkomma vid många andra typer av påfrestningar som oväntad friställning, långvarig arbetslöshet, närståendes dödsfall, egen sjukdom eller en separation i familjen.

Relaterade sökord: alarmreaktion, mental trötthet, stress, trötthetsyndrom, utbrändhet, utmattningssyndrom.⁸³

Det är oerhört märkligt att en sådan utbredd diagnos här i Sverige inte finns med i DSM-5 och jag frågar mig – hur kommer det sig? Är det beteckningen som saknas eller det betecknade?

2.3 FORTE – FORSKNINGSRÅDET FÖR HÄLSA, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

Forte är en myndighet under Socialdepartementet, där Eva Vingård, professor i arbets- och miljömedicin på Uppsala Universitet varit projektledare för skriften "En kun-

⁸²The International Classification of Diseases utgiven av WHO hämtad 2016-08-31

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁸³ Psykologiguiden, utmattningsdepression <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=utmattningsdepression>. Hämtad den 2014-11-03.

skapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro” publicerad 2015. Slutsatsen i rapporten är att ”det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning”. De riskfaktorer som nämns i samband med arbetslivet är ”psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter”. ”God kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa”, konstateras också.⁸⁴

Forte använder, precis som i övrig internationellt vetenskaplig litteratur, beteckningen *CMD* som står för *Common Mental Disorders*. I denna beteckning ingår diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, panikångest, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. De konstaterar att cirka 90 procent av de som sjukskrivs i Sverige för en psykisk sjukdom har någon av de diagnoser som ingår i *CMD*.⁸⁵

I Fortes skrift kan man läsa att diagnosen utmattningsdepression alternativ utmattningssyndrom accepterades av Socialstyrelsen år 2005 och att den bara finns i Sverige, vilket medför att kunskapsbasen är begränsad för denna diagnos.⁸⁶

Slutligen konstaterar Fortes att multivetenskapliga studier inom medicin, ekonomi, beteende- och samhällsvetenskap m.fl. efterfrågas för att skapa en större förståelse inom detta komplexa fält.⁸⁷ Här diskuteras även önskemål om forskning över chefens roll för att skapa en arbetsplats för friska medarbetare. Likaså arbetslivets strukturer och förutsättningar som ständigt förändras och vad det gör med oss människor.⁸⁸

⁸⁴ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 6 – www.forte.se beställningsex.

⁸⁵ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 7

⁸⁶ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 9

⁸⁷ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 16

⁸⁸ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 17

3 DIAGNOS, NORMALITET OCH IDENTITET

I detta kapitel redogörs för hur begreppen *normal* respektive *onormal* utvecklats genom de nya diagnoser som uppkommit och försvunnit i vårt västerländska postmoderna samhälle, främst den diagnos som vi idag benämner *utmattningsdepression*.

Diagnosen utmattningsdepression, är enligt mitt sätt att se, en utmärkt måttstock för att närma sig beteckningen *normalitet* i ett idéhistoriskt perspektiv. Symtomen för det som vi i Sverige idag kallar utmattningsdepression har beskrivits ända sedan antiken och benämndes fram till 1900-talet för bland annat melankoli då det bytte namn och fick den senare beteckningen depression, vilket redogjorts för tidigare i denna studie. Även den företeelsen att symtomen har genomgått en förskjutning från att ha varit en godtagbar känsla till att omvandlas till en sjukdom gör att valet av studieobjekt ter sig som ett bra val.

Medicinhistorikern Karin Johannisson visar hur en diagnos skapas i ett historiskt perspektiv. Hon skriver: "sjukdom [finns] först när vi är överens om det, genom att uppfatta, bekräfta och namnge den".⁸⁹ Johannisson reflekterar över om det finns någon diskrepans mellan vetenskapens biomedicinska modeller av sjukdom och den subjektiva sjukdomsupplevelsen som den *så kallade* sjuke har. Hon konstaterar att själva ordet diagnos härrör från grekiskans diagnosis, vilket betyder särskiljande kunskap, bedömning. Med dess exakta definition i uppslagsböckerna kommer hennes tankar in på "Michel Foucaults tes att namngivning skapar verklighet" och hennes slutsats blir därför att "diagnosen gör sjukdomen verklig".⁹⁰

Diagnosen har en egen makt. För patienten representerar den bekräftelse inför omvärlden, arbetsgivaren, försäkringskassan och det egna jaget. En diagnos kan ge avlastning från ångest, ansvar och skuld och fungera som tröst och vinst (men också som stigmatisering, förlust och utanförskap). För läkaren bekräftar diagnosen hans/hennes professionella kompetens och förmåga att spåra, tolka och klassificera. För både patient och läkare representerar diagnosen en orsaksförklaring. ... och styr prognos och behandling.⁹¹

Sociologen Eva Kärfve söker rötterna till diagnoserna inneboende definierande som ett sökande efter besvärliga kollektiv där man kan placera människor och ge dem kollektiva etiketter. Redan på medeltiden fanns dessa utgrupper, benämnda kättare, spetälska, häxor som kunde buntas ihop och framställas som grupper med brister ofta av moraliskt art. Ett slags människor avskilda från övriga "normala". Här nämns Foucaults analys av hur de spetälska ersattes av en annan grupp – de vansinniga. I de "besvärligas kollektiv" inordnades så småningom, under 1800- och 1900-tal, de så kallade lägre raserna, helt i enlighet med den socialdarwinistiska tanken om att de starka

⁸⁹ Diagnosens makt s. 29

⁹⁰ Diagnosens makt s. 30

⁹¹ Dianosens makt s. 30

är de som överlever och om så inte skulle vara fallet finns det möjligheter att ge lite hjälp på traven med exempelvis sterilisering.

Snart införlivas enligt Kärffe "den medfödda störningen *conduct disorder* – forna tiders 'vanart' – i sjukdomsbilden".⁹² Detta för att flytta över de problem, som tidigare ansetts bero på samhällets strukturer, till att vara avhängigt individens egna genetiska arv.

Johannisson berör diagnosens politiska konsekvenser och menar att när många blir diagnostiserade som exempelvis utbrända eller deprimerade "fixerar detta normerna för friskt och sjukt, normalt och avvikande".⁹³ När någon definieras som "onormal" blir det möjligt att mota bort personen ur den sociala gemenskapen och därigenom helt "lagligt" ta ifrån dem rättigheter som de "normala" har, tycks hon mena. "Sedd genom en diagnos har den krävande kvinnan kunnat förvandlas till hysteriska, den homosexuelle till pervers och det bråkiga barnet till patient."⁹⁴

Kärffe tar upp problematiken med de ofta förekommande dubbla och tredubbla diagnoserna som ställs ovanpå varandra och som hon menar kräver "ett visst mått av subjektiv bedömning".⁹⁵ Hon lyfter särskilt upp barnens utsatthet eftersom de "saknar alla möjligheter att distansera sig från vuxenvärldens dom" och risken för att "det improvisatoriska underlaget för diagnos i själva verket [blir] ett hot mot deras rättssäkerhet" är överhängande.⁹⁶ Kärffe lyfter också upp problematiken med de barn som bedömts som impulsstyrda och okoncentrerade och därför fått pedagogiska sÄrlösningar, vilket i sin tur medför att de kommer på efterkälken gentemot de så kallade normalbegåvade. Att korrigera en sådan diagnos i efterhand synes bli svårt menar Kärffe. Att söka "felet" i hjärnan med hjälp av olika teorier och diagnosmanualer förefelar syftet som från början var att hjälpa barnen till en dragligare tillvaro. Istället sätter man krokben för barnens utveckling, tycks Kärffe mena.

Att de barnneuropsykiatriska åkommorna började ställas retroaktivt på vuxna under 2000-talet, anser Kärffe är problematiskt eftersom det finns vuxna som kan tjäna på att få en diagnos. Kärffe menar att den psykologiska vinsten är att få bli tillhörig ett större kollektiv, att från att ha varit ensam med sina tillkortakommanden i livet nu få ingå i en större gemenskap – att få en identitet i vårt individualistiska samhälle där det gäller att vara någon. Kanske är man mer benägen att svara ja på de självskattningsfrågor som används i diagnossyfte och därigenom få bli tillhörig detta kollektiv. Mår man dåligt och behöver vila kan en godtagbar diagnos hjälpa till i kontakten med arbetsgivare och försäkringskassan för att trygga ekonomin. Att människor blir sjuka i just dagsaktuella sjukdomar som utmattningsdepression och inte i melankoli som florerat som ett tillstånd under stor del av mänsklighetens historia, talar sitt tydliga språk.

⁹² Diagnosens makt s. 64

⁹³ Diagnosens makt s. 30

⁹⁴ Diagnosen makt s. 31

⁹⁵ Diagnosens makt s. 64

⁹⁶ Diagnosens makt s. 65

Frågan är väl möjligen huruvida tillståndet är detsamma medan namngivningen skiftar under tid.

En grupp som "har mycket att vinna på att få sitt beteende biologiserat är de kriminella.⁹⁷ Här menar Kärffe att detta är en återgång till gamla dagars syn att se på kriminalitet som något som finns i kroppen likt en sjukdom som saknar botemedel men hon beskriver inte närmare vad de kriminellas vinst består i. Om "vi", som ställer diagnosen "kriminalitetslatens" utifrån icke vetenskapliga biologiska grunder, är normala medför detta ett utanförskap för "de andra" som saknar denna så kallade normalitet. Detta är ett sätt att kategorisera människor som underlägsna i sin kroppsliga konstitution, närmare bestämt i hjärnan. När man ställer en sådan diagnos redan i tidig ålder, kommer många normalbegåvade barn att självuppfylla densamma efter att de frångått möjligheten att inhämta den kunskap som behövs i vårt vuxensamhälle för att kunna fungera "normalt". Det blir en självuppfyllande profetia, som Kärffe uttrycker det.⁹⁸ Hon fortsätter "Det socialdarwinistiska grundantagandet gäller fortfarande, nämligen axiomet att 'underlägsenhet' är en mätbar egenskap, som har sin främsta orsak i generna och inte i sociala relationer".⁹⁹

Svenaesus menar att människor erbjuds ett vetenskapligt namn på sitt lidande, vilket ger en ny legitimitet och mening till vem man är. En identitetsskapande funktion. Exempelvis diagnosen HSP (highly sensitive person) som karaktäriseras av många fina egenskaper kan som "diagnos" också vara av godo. Den förklarar varför denna typ av människor "inte klarar av det moderna arbetslivet med dess stökighet och sociala krav"¹⁰⁰

En fråga jag ställer mig och som jag inte lyckats fastställa i det material som jag studerat är huruvida det är de människor som om de varit barn idag skulle fått diagnoser som exempelvis ADHD är samma människor som reagerar *onormalt* kraftfullt på strukturerna på våra arbetsplatser. Människor som sätter sig på tvären och möter ett massivt motstånd och inte klarar av att hantera detta och istället "går i väggen" för att ingen stöttar dem.

Kärffe uppger 4 olika orsaker till varför en diagnos kan vara brukbar: 1) Ett sätt att lyfta bort ansvaret från politiska beslutsfattare och tröttkörda föräldrar. 2) Vid ekonomisk kris i välfärdsstaten kan politikerna "skylla på" den enskilda individen för att själva slippa ta på sig ett ansvar. 3) Profithunger hos läkemedelsindustrin som kan lösa problemen med medicinering. 4) Nya diagnoser ger nya arbetsuppgifter och nya

⁹⁷ Diagnosens makt s. 67

⁹⁸ Diagnosens makt s. 69

⁹⁹ Diagnosens makt s. 69

¹⁰⁰ Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 25

forskningsområden. Kärfe avslutar med att ifrågasätta det tabu som vuxit fram beträffande kritik och debatt i frågan om diagnosernas. Utan debatt i en sådan viktig fråga försummar de ansvariga sina plikter, menar hon.¹⁰¹

En annan aspekt är att namngivningen/diagnosen kan komma att fungera som en självständig makt som också drar till sig "frivilliga" bärare. Bärarna iscensätter på så sätt sitt eget lidande som genom samhällets namngivning blir ett accepterat tillstånd. Ett identitetsskapande för människan. Johannisson tar upp det faktum att olika diagnoser har olika status i samtiden likväl som över tid. Diagnosen i sig skiftar i mångfald, tillhörighet och var den lokaliseras i kroppen. Psykiatriska sjukdomar utan tydlig plats i kroppen, är de med lägst status i relation till de fysiska sjukdomarna menar hon.

Eftersom fysisk sjukdom kom att bli ett av de få accepterade sätten att exempelvis få ledigt från ett otillfredsställande arbete, under välfärdssystemet utveckling under 1900-talet, kom sjukdomsbegreppet att vidgas betydligt. Den svenska sjukfrånvaron fördubblades mellan 1997 och 2003 trots att folkhälsan i allmänhet ökade, exempelvis vad gäller ökad livslängd. I samband med detta ökar antalet diagnoser i snabb takt. exempelvis kvicksilverförgiftning, el- och bildskärmsallergi, fibromyalgi, kronisk trötthet, kronisk smärta, whiplash, käkledsspänning, panikångest, anorexi, bulimi, vestibulit, självska debeteende, DAMP, ADHD, Asperger etc. Jämför detta med tidigare diagnoser på modet som hysteri, neurasteni, hypokondri, nostalgi, melankoli. Johannisson benämner diagnoserna som kulturdiagnoser just för att de skiftar med tid, rum och de rådande värderingarna i samhället/kulturen. Diagnoserna tycks samspela med kulturellt relevanta teman. Hon nämner 80-talets allmänna miljötema, 90-talets mer specifika miljöteman som knöts till arbetet, dess stress och upphov till trötthet och utbrändhet. När vi går in i sekelskiftet tar nya hot vid såsom strålning från mobilen, fett och socker vilket ger upphov till en aldrig sinande uppsjö av nya diagnoser som trötthetssyndrom, utmattningsdepression, uppgivenhetssymtom och posttraumatisk stressyndrom. I DSM 4 har det t.o.m. tillkommit ett "hundratals faktorer formellt klassificerade som *risk* för sjukdom, de så kallade Z-koderna, exempelvis 'byte av arbete', 'oenighet med chef', 'vantrivsel på jobbet'..."¹⁰²

Hallerstedt påtalar att flera av det sena 1900-talets nya diagnoser endast kan härröras till specifika länder. Ett exempel som hon tar upp är *oral galvanism* som i princip inte nådde utanför Sveriges gränser. Vidare *elöverkänslighet*, *fibromyalgi* och föregångaren till *ADHD*, bokstavskombinationen *DAMP*, som inte heller de har internationell spridning.¹⁰³ Andra medicinska diagnoser som uppkommit vid senaste sekelskiftet är *utbrändhet*, eller *utmattningsdepression* som läkarna benämner det här i Sverige.

Hallerstedt citerar E. Hjörnes akademiska avhandling 2004, *Excluding for Inclusion? Negotiating School Careers and Identities in Pupil Welfare Settings in the Swedish School*,

¹⁰¹ Diagnosens makt s. 69-70

¹⁰² Diagnosens makt s. 36

¹⁰³ Diagnosens makt s. 18

som behandlar aspekten diagnos ur ett identitetskapande perspektiv. Vidare tar hon upp L. C. Hydéns *Berättelser och motberättelser om psykiskt lidande*, från 2005. Hydén menar att genom en diagnos blir man tillhörigt ett större kollektiv och därigenom en del i en social gemenskap.¹⁰⁴ Både Hjärne och Hydén tycks mena att diagnosen fyller en funktion utöver att just vara en diagnos av en biologisk sjukdom. Att få vara någon och att få tillhöra något, till varje pris, även om det innefattar en diagnos, synes vara målet.

Diagnoserna tycks vara ett slags mätare av vad som är accepterat som ett normalt sjukdomstillstånd i det samhälle där de "lever" alternativt hur människor utan diagnos skiljer sig från de som har en. Frågan jag ställer är: vad är det som är "normalt" och kan vi definiera normalt över tid samt om vi kan utgå från att diagnoserna i sig är meningsbärare för denna frågeställning och det är i dem vi kan söka svaret.

Johannisson lyfter fram en annan intressant aspekt, nämligen den om skillnaden mellan den upplevda sjukdomen och den mätbara och vilken av dessa som bäst beskriver det "sanna". Från läkarnas allomfattande auktoritet att vara de som definierade sjukdom har fokus numera skiftat till att det är den som upplever sig som sjuk som, per definition, är sjuk. Johannisson beskriver detta på följande sätt:

Sjukdomsdiagnoserna kan beskrivas som sociala förlopp med flera aktörer: patienter, läkare, arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, massmedia och de kulturella koder som ständigt omdefinierar vad som kallas sjuk. Konsensus om en sjukdom uppnås genom en "förhandling" mellan dessa aktörer.¹⁰⁵

Sjukdomsdiagnoser kan ses som *en social konstruktion*. En meningsbärande konstruktion som upp bärs av en biologisk dimension. Man kan aldrig urskilja en sjukdom enbart som en biologisk yttring. Ett exempel är AIDS som förutom den medicinska definitionen innehåller många konnotationer, mildt sagt. För att få en helhet måste man se sjukdom enligt en medicinskt vetenskapligt definition, som en organisk eller funktionell avvikelse, men också att sjukdom är "innesluten i en livsberättelse som formar kroppens upplevelse av sig själv"¹⁰⁶ Dessa definitioner delas inte av alla, vilket har lett till skilda läger och en hätsk debatt om vem som besitter sanningen i denna fråga. En sak är dock säker och det är att sjukdom omdefinierar en människas identitet och för detta krävs naturligtvis att det upplevda definieras av samhället för att det ska få några följder, i vart fall rent ekonomiskt.

Johannisson sammanfattar detta genom att se diagnosen som en aktör bland övriga, som samspelar med "läkaren som namnger sjukdomen, patienterna som bär den, sjuk-

¹⁰⁴ Diagnosens makt s. 21

¹⁰⁵ Diagnosens makt s. 37

¹⁰⁶ Diagnosens makt s. 38

försäkringssystemet som bekräftar den, media som iscensätter den, läkemedelsindustrin som profilerar på den..."¹⁰⁷ Hon avslutar med att konstatera att det som har ett namn – det finns.

När version tre av DSM¹⁰⁸ utkom 1980 fick den internationell spridning, där huvudsyftet att "kategorisera och diagnostisera avvikelser från en tänkt normalitet" och där fokus lades på biologin.¹⁰⁹ Hallerstedt citerar Magnus Tidemans avhandling *Normalisering och kategorisering* från år 2000, där han drar slutsatser om att: "... istället för att uppmärksamma skolans brister framhävs i den offentliga diskussionen individuella och biologiska förklaringar till barnens svårigheter och därmed förläggs orsaksprobatiken inte på samhällsnivå utan på den individuella nivån".¹¹⁰ Orsakerna synes snarare bero på samhällsresursbrist än barnnormalitetsbrist tycks han mena.

Om vi känner för att vi bör känna, kan vi fundera över om denna känsla per definition är det som vi ibland lite slarvigt benämner som en så kallad *äkta känsla*. Vi kanske till och med kan ställa oss frågan om denna känsla är *normal* eller bör betecknas som *onormal*. Vem i så fall är kvalificerad att avgöra det?

Kan en känsla uppkomma helt skild från sin sociala kontext? Johannisson menar att de flesta känslor uppkommer och lärs in på grund av att de utgör en social funktion. Hon poängterar också problematiken kring att kvinnor generellt definierats som mer känslomässiga än män, och att de som definierar är män. Kvinnors känslor har ansetts som en del av deras kön och mäns känslor som ett socialt redskap. Johannisson skriver: "Trots att melankoliska män tycks gestalta svaghet har de inte förlorat sin manlighet. Samtidigt har melankoliska kvinnor riskerat att förlora sin kvinnlighet, och ibland, som i hospitalens förlorade värld, också sin mänsklighet".¹¹¹ Ett "bestämt namn på ett känslotillstånd (hysteri, depression, utbrändhet) kan ha en formande kraft som påverkar jagets förnimmelser på egna sätt jämfört med andra begrepp".¹¹² Johannisson exemplifierar med Pierre Bourdieus benämning *det symboliska och kulturella kapitalet*, ett sätt att befästa eller erövra en social identitet.¹¹³ Vidare kunde sjukdomen i sig, exempelvis sömnlöshet, bli till "en sjukdomsvinst, ett samtidigt diffust och effektivt symptom för att slippa"¹¹⁴ för den sjuke.

¹⁰⁷ Diagnosens makt s. 40

¹⁰⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* utgiven av *American Psychiatric Association* Det amerikanska psykiatrikersförbundets diagnosmanual, förkortad DSM är sedan maj 2013 inne på sin femte version; DSM-5.

¹⁰⁹ Diagnosens makt s. 16

¹¹⁰ Diagnosens makt s. 17

¹¹¹ Melankoliska rum s. 15

¹¹² Melankoliska rum s. 18

¹¹³ Melankoliska rum s. 18

¹¹⁴ Melankoliska rum s. 165

Enligt Johannisson hävdade Freud att "barnets erfarenheter av stegrad föräldrakärlek när det var sjukt kunde transformera sjukdom till ett belöningsystem".¹¹⁵

När samhället saknar fast uppsatta normer där upplevelsekulturen står i centrum med sina ideal av perfekta kroppar, lyx och idolatri skapas individer som har lustprincipen som sitt motto och där allt tros vara möjligt. När alla dessa möjligheter inte infrias anländer tomheten, tycks Johannisson mena. Eller som Alain Ehrenberg uttrycker det: "Fatigue d'être soi" som betyder "trött på att vara sig själv", dvs. jakten på sig själv och sitt eget självförverkligande skapar utmattning.¹¹⁶

Svenaesus definition av en *diagnos* är: "ett kroppsligt och psykiskt tillstånd som en människa har hamnat i och som hon lider av" ... "En människa som har en diagnos är alltså sjuk".¹¹⁷ Han konstaterar också att det inte finns några laboratorieprover eller andra medicinska test som bekräftar eller avfärdar diagnosmisstanken. I Svenaesus bok behandlas frågor som hur människor idag söker lindring för sitt lidande genom medicinska förklaringsmodeller. Han behandlar högekänslighetspersoner/HSP (highly sensitive person), ångestsyndrom, depression, ADHD, fetma och datorspelsberoende samt sin egen ångest och DSM i allmänhet.¹¹⁸

Svenaesus konstaterar att många känner en stor lättnad och upprättelse när de får veta sin diagnos. De vet nu vilka de är och varför de är som de är, tycks han mena. När det gäller HSP påpekar han att vi känner igen denna typ av personlighet, fast under annat namn redan från renässansen i form av "den kreativa och högekänslige melankolikern", "1800-talspsykiatrins hysterika", "eventuellt också hypokondrikern och neurasteni-kern och definitivt Freuds neurotiker". Svenaesus anför när det gäller HSP-diagnosen att "man skulle kunna ifrågasätta underlaget för att avgränsa en femtedel av alla människor med hjälp av personlighetstest med ja- och nej-frågor" och den djupintervju som utförts av upphovskvinnan till denna diagnos – Elaine Aron. Att Aron framhåller att HSP är ett personlighetsdrag och inte en sjukdom är inget som Svenaesus anser förändrar saken.

Slutligen vill jag med vetenskapssociologen Thomas Brantes hjälp belysa en studie i vilket han har analyserat diagnosen ADHD i psykiatrins diagnosmanual DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, vilken utges av *American Psychiatric Association*. En manual som dominerar psykiatrins kliniska och teoretiska verksamhet i västvärlden. Han använder sig för detta ändamål av diagnosen ADHD *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* "som kännetecknas av bristande uppmärksamhet och koncentration, hyperaktivitet och/eller bristande impuls kontroll. ADHD finns främst hos

¹¹⁵ Melankoliska rum s. 168

¹¹⁶ Melankoliska rum s. 250

¹¹⁷ Homo Patologicus – Fredrik Svenaesus, s. 10

¹¹⁸ Homo Patologicus – Fredrik Svenaesus, s. 14

pojkar och diagnostiseras främst via DSM-manualen. Anledningen till valet är att denna diagnos är den snabbast växande diagnosen från 1990-talet och framåt.¹¹⁹

Den första DSM utkom år 1952, följd av nummer två år 1968 och skiljer sig från de påföljande utgåvorna genom att de inte diagnosticerar utifrån symtom. De två första DSM ser *normalt beteende* som en gradskillnad, medan de senare istället utgår från symtomen i klassificeringen av mentala sjukdomar och störningar och lägger "mindre eller ingen vikt vid orsaker" till symtomen. "Antalet mentala störningar ökar drastiskt, och tillväxten fortsätter i DSM III-R (1988), DSM IV (1994) och DSM IV-TR (2000)". I den senaste utgåvan anges närmare 400 olika diagnoser.¹²⁰

Ett problem i detta sammanhang som Brante lyfter fram, är att forskningen inte kommit fram till om orsakerna till vissa av de symtom som började poppa upp runt senaste sekelskiftet "är av biologisk, psykologisk eller social art, eller kombinationer av dessa".¹²¹ Exempelvis "elöverkänslighet, fibromyalgi, ätstörningar, amalgamförgiftning, kronisk trötthet, [och] vissa typer av depression".¹²²

Vidare frågar sig Brante hur utvecklingen av teorier påverkas av "sociala faktorer som maktförhållanden och allianser, politiska, ideologiska och ekonomiska faktorer". Utöver detta förekommer strider mellan forskarna om vilka som är de korrekta teorierna. I denna dans finns också andra aktörer som journalister, politiker, lekmän, patientgrupper med flera. Att många olika discipliner inom forskningen dessutom vill "roffa åt sig" vissa teoriområden och lägga dem under sin egen jurisdiktion gör situationen än mer komplicerad, menar Brante. Brante ställer också frågan om huruvida vetenskapen är autonom, med hänsyn till den alltmer omfattande forskningspolitiska styrningen och strävan mot högre avkastning.¹²³

Brante konstaterar att "DSM har expanderat till att definiera ett allt större område av mänskligt beteende som mentalt stört".¹²⁴ Brante nämner forskning av Timini et. al. från 2002 som påpekar att alternativa förklaringsmodeller lyser med sin frånvaro som säger (fritt översatt) att: forskning om möjliga miljömässiga orsaker till ADHD-beteende har ignorerats till stor del, trots att det finns bevis på att psykosociala faktorer som exponering av trauma och missbruk kan orsaka dessa.¹²⁵ En överhängande fara är att den som lyckas vinna jurisdiktionen, med andra ord den som lyckas få tolkningsföreträde över vilka teorier som i samhället ska anses som "sanna", medverkar också till att teorierna kommer att vara allt annat än objektiva och därmed vetenskapliga ur den allmänt vedertagna uppfattningen om vetenskap som falsifierbar och vederhäftig, tänker jag.

¹¹⁹ Diagnosens makt s. 78

¹²⁰ Diagnosens makt s. 74

¹²¹ Diagnosens makt s 76-77

¹²² Diagnosens makt s. 77

¹²³ Diagnosens makt s. 77

¹²⁴ Diagnosens makt s. 87

¹²⁵ Diagnosens makt s. 98

Ett bra exempel i denna fråga, menar Brante, är ADHD som det råder stor oenighet om. Det gäller frågor som huruvida ADHD är en diagnosticerbar sjukdom eller om den rent av inte existerar alls. Vidare om orsakerna till ADHD är medfödda eller uppkommer pga. sociala förhållanden.

Det har framförts en del kritik av psykiatrin och kanske är Foucault en av de ivrigaste kritikerna. Han menade att mental sjukdom under "1700-talet var en social och kulturella uppfinning".¹²⁶ Foucault dog 1984 och vad han skulle kalla dagens ökade sjuktal kan vi bara sia om.

¹²⁶ Medicinens idéhistoria s. 227

4 HOMO SOLITUM

Homo Solitum kommer från latinets *solitus* som betyder något som definieras som *vanligt/normalt* relaterat till den kontext som ordet uttalas i, dvs. *Den normala människan* så som den definieras i den tidsepok man undersöker. Målet med detta kapitel är att besvara följande frågor: Vilka olika diskurser finns det inom forskningsområdet, dvs. hur ser man på diagnoser ur olika perspektiv, och förekommer samma symptom fast under olika namn/beteckningar över tid. Vidare vilka likheter och olikheter som finns mellan dagens depressionsdiagnoser i vårt svenska samhälle och de diagnoser som ställts under det framväxande moderna västerländska samhället efter förra sekelskiftet? Kapitlet avslutas med några tankar om symptomens orsaker som tillhöriga den enskilde individens konstitution eller som ett resultat av utsatthet från samhällets sida.

4.1 OLIKA DISKURSER OCH OLIKA NAMN FÖR SAMMA SYMPTOM

En central fråga är hur man ser på diagnoser ur olika perspektiv. Ett av perspektiven som jag vill lyfta fram är huruvida människan alltid drabbats av liknande symptom av liknande orsaker, men med den skillnaden att symptomen haft olika namn och innebörd över tid.

Enligt medicinhistorikern Karin Johannisson ansågs länge depression, sömnlöshet och t.o.m. drömmande som något som inte existerade hos andra än överklassen. Det var först i början av 1900-talet som detta blev allmänmänskliga känslor. Genom denna förskjutning kunde man nu ana ett samband mellan jagets känslor och samhällsutvecklingen. Känslouttryck som exempelvis melankoli och trötthet kunde kopplas till kriser i samhället. I den industriella revolutionen uppkom nya ångest- och alienationskänslor och nya fobier, exempelvis agorafobi (torgskräck), pga. de svårigheter som följde i dess spår vad gäller mänskligt liv.

Fredrik Svenaeus är professor i den praktiska kunskapens teori vid Centrum för praktisk kunskap sedan den 1 mars 2006. Svenaeus är också filosof och har huvudsakligen ägnat sig åt kunskapsteoretiska och etiska frågor inom medicinen och vården utifrån fenomenologiska och hermeneutiska perspektiv.¹²⁷ Han menar att lidandet alltid är detsamma medan lidandets *former* förändras över tid.¹²⁸

Svenaeus nämner Martin Heidegger som i sin föreläsning *Vad är metafysik* från 1929, konstaterat att "ångesten [är] ... en väg till filosofiska insikter om sakernas egentliga

¹²⁷ https://www.sh.se/p3/ext/content.nsf/aget?openagent&key=sh_personal_profil_sv_577355 hämtad 2015-12-02

¹²⁸ *Homo Patologicus* – Fredrik Svenaeus, s. 31

tillstånd".¹²⁹ Likaså Freuds begrepp ångestneuros som är ett tillstånd som utlöser bortträngda känslor av hot, skräck och förlust.¹³⁰ För det som Svenaeus själv drabbades av, fast nu hade ett nytt namn depression, ordinerades han antidepressiv medicin. När biverkningarna gett vika och han drabbats av än värre känslor släppte ångesten.¹³¹ Ändå konstaterar Svenaeus att ångestsymtomen kommer tillbaka och han ifrågasätter att medicinen i sig definierar honom som frisk genom att hans ångest uteblir.¹³²

Svenaeus sätter fingret på en viktig sak. Är det symtomen eller orsakerna till symtomen som är det viktiga. Är en människa frisk endast av den anledningen att en medicin blockerar det "sjuka".

Idag kan vi se känslorna flöda på våra gator och torg i form av blomhav i samband med exempelvis tragiska dödsfall och olyckor. Johannisson illustrerar sitt resonemang på detta sätt: "En gråtande minister kan alltså plötsligt vara rätt. Varför, kan man fråga sig, grät inte en minister förr? För att han inte kände sorg? För att han var mer känslomässigt disciplinerad?" "Först när känslokoden säger att han ska gråta, gråter han. Och han gör det uppriktigt".¹³³ Johannisson gör här en viktig iakttagelse beträffande *jaget* och ställer frågan huruvida vi känner saker för att vi *bör* det eller för att vi verkligen gör det.

Alla de nya diagnoser som uppkommit och försvunnit i vårt västerländska moderna samhälle, från upplysningen och fram till idag, har fått konsekvenser för oss människor i dagens svenska samhälle. Vem avgör vad som är *normalt/onormalt*?

DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* en manual som är utgiven av *American Psychiatric Association* är nu inne på sin 5:e upplaga. Klassificeringen av störningar bygger på beskrivningar av sjukdomsbilder och tar inte ställning till olika teorier som finns om orsakerna till de olika störningarna (utom på det sättet att flertalet störningar förutsätts ha sin grund i förändringar i nervsystemet och ett fåtal i påverkan från omvärlden). Vid varje ny upplaga tillkommer och omdefinieras de olika diagnoserna och några försvinner till och med ur manualen.

Vad är det som gör att man reviderar sjukdomstillstånd och sjukdomskategoriseringar? Är det nya företeelser eller byter man bara namn på redan kända symtom? Hur går det med de människor som redan är diagnosticerade med en diagnos när denna byter skepnad?

Psykolog Gunilla Hallerstedt som är redaktör för *Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande* från 2006, inleder i förordet med att citera en rapport från Statens Institutionsstyrelse från år 2002, vilken visar hur synen på diagnosen som redskap

¹²⁹ Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 38

¹³⁰ Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 40 – 41

¹³¹ Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 45

¹³² Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 47 – 48

¹³³ Melankoliska rum s. 20

idag präglas av en annan människosyn än tidigare: "Vissa hävdar att vi bör diagnostisera barn som visar störningar av olika slag och fastställa vad de har för typ av störningar för att kunna ge dem rätt behandling. Andra menar att vi ska undvika att diagnostisera då det leder till en ökad stigmatisering av barn och unga. Åter andra menar att även om vi diagnosticerar blir vi inte klokare i frågan om vilken behandling som ska ges".¹³⁴

Utmattningssyndrom är en diagnos som inte finns i DSM-5, men som listas i ICD-10 som nummer T73.3 med formuleringen "utmattning orsakad av mycket stark ansträngning" (eng: exhaustion due to excessive exertion), alternativt "överansträngning" (overexertion). Utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan emellertid uppkomma vid många andra typer av påfrestningar som oväntad friställning, långvarig arbetslöshet, närståendes dödsfall, egen sjukdom eller en separation i familjen.

När det gäller depression är det många som upplever ångest, vilken kan övergå i en total kollaps med blackout och känsla av att "gå i väggen". Diagnosen utmattningsdepression sätts när symtomen även uppfyller kriterierna för depression [se Bilaga], annars används beteckningen utmattningssyndrom.

Johannisson ställer sig bland annat frågan om dagens diagnoser som panikångest, torgskräck eller utbrändhet/utmattning har uppkommit nu eller om de alltid har funnits fast under andra namn. Om uttrycken för de känslor som förknippas med de olika diagnoserna ändrar namn, medan innehållet är detsamma.¹³⁵

Hallerstedt menar att under 1990-talet har fokus lagts på individens ansvar. När det gäller barn talar hon om störande och antisocialt beteende och när det gäller vuxna avser hon den höga sjukfrånvaron med diagnoser som fibromyalgi, utbrändhet och utmattningsdepression. Ett biomedicinskt synsätt på människan utifrån psykologiska och sociala problem.¹³⁶

FORTE är en myndighet under Socialdepartementet som kom ut med sin "En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro" publicerad 2015. I sin slutsats konstaterar de att "det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning". De riskfaktorer som de nämner i samband med arbetslivet är "psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter". "God kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa", konstateras också.¹³⁷

Forte använder, precis som i övrig internationellt vetenskaplig litteratur, beteckningen CMD som står för *Common Mental Disorders*. I denna beteckning ingår diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, panikångest, specifika fobier, tvångssyndrom

¹³⁴ Diagnosens makt s. 8

¹³⁵ Melankoliska rum s. 13

¹³⁶ Diagnosens makt s. 8

¹³⁷ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro, sid 6 – www.forte.se beställningsex.

och posttraumatiskt stressyndrom. De konstaterar att cirka 90 procent av de som sjukskrivs i Sverige för en psykisk sjukdom har någon av de diagnoser som ingår i *CMD*.¹³⁸

I Fortes skrift kan man läsa att diagnosen utmattningsdepression alternativ utmattningssyndrom accepterades av Socialstyrelsen år 2005 och att den bara finns i Sverige, vilket medför att kunskapsbasen är begränsad för denna diagnos.¹³⁹ Hur är det möjligt att en sådan utbredd diagnos som *utmattningsdepression* bara finns i Sverige? Tittar man på diagnosen *utmattningsdepression* så framgår det av Psykologiguiden att denna diagnos inte finns med i DSM-5.¹⁴⁰ Utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan uppkomma vid många andra typer av påfrestningar som oväntad friställning, långvarig arbetslöshet, närståendes dödsfall, egen sjukdom eller en separation i familjen. *Relaterade sökord*: alarmreaktion, mental trötthet, stress, trötthetssyndrom, utbrändhet, utmattningssyndrom.¹⁴¹ Jämför detta med definitionen av *depression* enligt DSM-5: *Feelings of being intensely sad, miserable, and/or hopeless*, (se Bilaga).

Kan det vara så att om vi låter bli att titta på de olika beteckningar som finns av mänskligt beteende och endast fokuserar på symtomen, så kommer vi närmare svaret om vad grundorsaken är till det som framkallar det vi diagnostiserar?

4.2 LIKHETER OCH OLIKHETER MELLAN DIAGNOSER

Medicinhistorikern Karin Johannisson visar att symtom på det som vi idag kallar utmattningsdepression finns dokumenterat redan under 1600-talet.¹⁴²

1900-talets respektive 2000-talets tröttheter: *nervositet, stress och kollaps* respektive *att gå i väggen* samt *överansträngning* respektive *utbrändhet*, har stora likheter enligt Johannisson. Samtliga symtom relateras till mentala prestationskrav och inte till fysisk påfrestning.¹⁴³

Detta bekräftas av ICD-10 definition av *utmattningssyndrom*¹⁴⁴ med följande symtombeskrivning: psykisk och fysisk förlamande trötthet och överkänslighet, i de flesta fall troligen till följd av långvarig eller upprepad stress. Många upplever ångest som kan övergå i en total kollaps med blackout och känsla av att "gå i väggen". Det tycks alltså

¹³⁸ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 7

¹³⁹ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro , sid 9

¹⁴⁰ DSM är en förkortning av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* och är utgiven av *American Psychiatric Association* Det amerikanska psykiatrikersförbundets diagnosmanual är sedan maj 2013 inne på sin femte version; DSM-5.

¹⁴¹ Psykologiguiden, utmattningsdepression <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=utmattningsdepression>. Hämtad den 2014-11-03.

¹⁴² Melankoliska rum s. 42

¹⁴³ Melankoliska rum s. 237

¹⁴⁴ Psykologiguiden, utmattningsdepression <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=utmattningsdepression>. Hämtad den 2014-11-03.

som att det inte är vad man fysiskt gör utan hur man upplever situationen som avgör om man får symtomen.

Skolverket, noterar psykolog Gunilla Hallerstedt, påvisar att barn med mycket speciella problem, både beteendeproblem och inlärningsproblem, ökat markant under 90-talet.¹⁴⁵ Orsaken till dessa beteendestörningar var under 70-talet "samhällets fel", på 80-talets "föräldrarnas (främst mammans) fel" medan man under 90-talet biologiserade problemen och hänförde dem till hjärnskador och genuppsättningar.¹⁴⁶ Eller med andra ord: neurofysiologin och genetiken. Återigen ser vi här en vilja att lägga skulden på något utanför oss själva. Varför kan vi människor inte inse att vi har begränsningar?

Johannisson lyfter fram dagens avsaknad av de stora berättelsernas tid då tron på Gud, världsfreden, framstegen och folkhemmet förlorat sin kraft, och vi utlämnas istället till en värld med upptrappade konflikter och större klyftor mellan rika och fattiga, mellan kulturer och andra grupperingar.¹⁴⁷ Är detta något som också gällde vid förra sekelskiftet där världen på samma sätt stod inför stora förändringar och krav på människan?

Melankolin som setts som ett känslomässigt accepterat uttryck för det existentiella tomrummet i en människa ersätts under tidigt 1900-tal med ett annat begrepp - *depressionen*. Johannisson påpekar att medan melankolin handlar om känslor så handlar depressionen om sjukdom, en sjukdom som vittnar om något negativt som ju sjukdomar alltid gör. Det ligger ju i själva ordets betydelse. Det som är sjukt är per definition inte normalt. Hon nämner Nietzsche som beskrev sin melankoli som en förutsättning för hälsa. Lidandet som en förutsättning för skapandet. Starka känslor hos melankolikern ersattes av nedtryckta känslor hos den depressive. Trots detta finns det många symptom hos melankolin som överensstämmer med det som idag benämns som depression, panikångest, trötthetssyndrom och t.o.m. Tourettes syndrom. Fokus har lagts om från känslor till beteenden, som exempelvis sömn-, ät- och koncentrationsstörningar, motorisk hämning, trötthet som karaktäriserar de sjukdomar som idag visar upp många av melankolins symptom.¹⁴⁸

En ytterligare aspekt som Johannisson behandlar är genusaspekten - när manlig melankoli blir kvinnlig depression. Olika epitet för den utvalde melankoliske mannen respektive den namnlösa deprimerade kvinnan. Johannisson konstaterar att "när en diagnos byter kön (från manligt till kvinnligt) eller klass (från högre till lägre) degraderas den och tappar status."¹⁴⁹

Sociologen Eva Kärfve granskar diagnosen som ett instrument för social kategorisering och diskuterar bland annat den eviga frågan huruvida människan kan härleda sitt

¹⁴⁵ Diagnosens makt s. 13

¹⁴⁶ Diagnosens makt s. 14

¹⁴⁷ Melankoliska rum s. 62

¹⁴⁸ Melankoliska rum 2. 64-67

¹⁴⁹ Melankoliska rum s. 67-68

varande som ett resultat av arvet eller miljön eller en blandning av dem båda. Som ett exempel tar hon upp den psykiatriska sjukdomen autism hos barn. Från att tidigare ansetts ha berott på miljön, närmare bestämt i relationen mellan mor och barn, har den biologiska förklaringen det genetiska arvet tagit över. Ingen av förklaringarna har enligt Kärfve någon starkare bevisning. Kärfve påpekar att övergången från barnpsykiatri till barnneuropsykiatri pekar på denna biologisering av förklaringsmodellerna – från psyke till hjärna.¹⁵⁰

”Idag [Melankoliska rum är utgiven 2009 – min anm.] får kvinnor diagnosen depression dubbelt så ofta som män”. ”För kvinnan blir depressionen en anpassningsstrategi. Hon underkastar sig vad hon tränats in i: att tränga bort sitt ’vilda’ jag”.¹⁵¹ Johannisson drar slutsatsen att ”den kvinna som inte är följsam, inte ’glättig och oskuldsfull’, utan nedstämd, otillfredsställd och ’galen’ riskerar att dömas, inte bara av mannen och av vetenskapen utan också av sig själv” – som sjuk.¹⁵² Är detta något som fortfarande gäller idag?

De symtom som Johannisson lyfter fram i patientjournaler från sekelskiftet 1900 påminner starkt om dagens symtom vid utmattningsdepression – se bilaga: ”Paniksymtom som darrningar, svettningar, hjärtklappning och häftiga rodnader. Spänningshuvudvärk. Bristande koncentrationsförmåga och svårighet att läsa eller lyssna till musik”.¹⁵³ Skrivkramp, hyperaktivitet, hypersensibilitet, fobier och tvångstankar är också symtom som nämns.

Ett annat symtom som Johannisson tar upp är *tröttheten* som hon beskriver som en ”Undermedveten protest mot... kravet att hålla sig upprätt, rak i ryggen, räta på sig, aldrig kräla på golvet”.¹⁵⁴ Vidare ser hon slående likheter mellan det som benämndes som *nervositet* år 1900 med vår så kallade *stress* år 2000 och hänför dessa till ”känslomässiga reaktioner på hög samhällelig förändringstakt och med just trötthet som nyckelsymtom”¹⁵⁵. När vi lämnar 1800-talet kom *nervositet* att bytas ut mot begreppet *utbrändhet*. Nerverna beskrivs nu som slappa och trötta, mot tidigare spända och retade. Johannisson finner att den omvälvande förändringen av livsrytmen med den allt snabbare kommunikationen mellan människor och av människor och gods i telegrafens, telefonens och tågens tidevarv skapar en allt större hets och förändringstakt i människornas liv. Utmattningen visar sig som sömnlöshet, ångest och hjärtklappning, koncentrationssvårigheter, yrsel, tryck över huvudet, svettningar, darrningar och till sist ”en tom, förlamande trötthet”¹⁵⁶. Många av de patienter som Johannisson tar upp innehar yrken med högt prestationsbaserad självkänsla. ”Överansträngning uppstår

¹⁵⁰ Diagnosens makt s. 60

¹⁵¹ Melankoliska rum s. 69

¹⁵² Melankoliska rum s. 71

¹⁵³ Melankoliska rum s. 204

¹⁵⁴ Melankoliska rum s. 219

¹⁵⁵ Melankoliska rum s. 219

¹⁵⁶ Melankoliska rum s. 222

ur överförbrukning av mental energi, men också ur bristande förmåga att vila".¹⁵⁷ Redan på 1880-talet var detta tillämpligt.

I samband med att begreppet infördes i Medicinalstyrelsens sjukdomsklassifikation 1890 ökade diagnosen lavinartat, vilket påminner om kurvan för *utbrändhet* hundra år senare. Johannisson menar att detta fenomen pekar på "en sjukdomsbilds institutionalisering: väl etablerad – som namn och som föreställning – medicinskt legitimerad och medialt exponerad drar den till sig bärare av just den typiska symtombilden. Det betyder inte att symtomen är illusoriska, bara att en tolkningsram och ett språk har skapats för upplevda trötthetskänslor".¹⁵⁸

Diagnosen *neurasteni*, så kallad nervtrötthet byter redan 1910 skepnad och hänförs nu inte längre till kroppens nerver. Det nya namnet *psykasteni* hänför nu tröttheten till människans otillräckliga psyke och är inte längre ett symptom på ett krävande samhälle, utan ett symptom som krävde arbetsträning och självhjälp. Marknaden reagerar snabbt på det nya budskapet och fylls med självhjälplitteratur. Det observeras att arbetarens trötthet var en annan än de övre medelklassernas. För arbetarna hänfördes symtomet till "kroppens friska signal för behov av vila och återhämtning".¹⁵⁹

Efter första världskriget tappar trötthetsdiagnosen mark och tas inte upp igen förrän i slutet av 1900-talet men nu i en ny skepnad. Stressen som karaktäriserar de två senaste sekelskiftena, med en allt större förändringshastighet och skyhöga prestationskrav, påverkar individens mentala, psykiska och känslomässiga välbefinnande. Industrialismens tidevarv satte andra krav på människorna än kommunikationssamhället, men resultaten liknade varandra, tycks hon mena. Den gemensamma nämnaren är vantrivseln i kulturen.¹⁶⁰

Professorn i den praktiska kunskapens teori Fredrik Svenaeus, påpekar att kanske det ändå är så att de diagnoser som ställts och ställs har att göra med att förändringen av våra livsbetingelser har gått så ofattbart snabbt de senaste 200 åren och att vi inte hänger med eftersom vi är "evolutionärt framtagna för en annan miljö än den vi lever i".¹⁶¹ Utöver detta påpekar Svenaeus att innan den moderna psykiatrin växte fram från 1800-talet och framåt, "uppfattades inte ångest som sjuklig".¹⁶²

"Mellan 1880 och första världskriget kom vetenskap, kulturkritik, konst, press, reklam och en explosiv hälsomarknad att lyfta fram samma bild av nervositet som ett civilisationssyndrom, en kultursjuka".¹⁶³ Johannisson hävdar att detta upprepas under 2000-talet i den stresskultur som projiceras på enskilda kroppar – den stressade kroppen. Kroppen stressades redan då av "det hektiska stadsrummet där moderniteten

¹⁵⁷ Melankoliska rum s. 225

¹⁵⁸ Melankoliska rum s. 226

¹⁵⁹ Melankoliska rum s. 230–232

¹⁶⁰ Melankoliska rum s. 233–234

¹⁶¹ Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 51

¹⁶² Homo Patologicus – Fredrik Svenaeus, s. 51

¹⁶³ Melankoliska rum s. 193

materialiseras i en larmande ljudnivå, klaustrofobisk trängsel och utsatthet för främlingars knuffande och stirrande”¹⁶⁴ – *brådskan* som Johannisson sammanfattar detta med. Hon citerar Marx: ”Att vara modern är att befinna sig i en miljö som utlovar äventyr, makt, glädje, växt... och samtidigt hotar att förstöra allt vi har, allt vi känner till, allt som är vi”.¹⁶⁵ För att klara oss i vårt moderna samhälle krävs att vi är ultraflexibla, som Johannisson uttrycker det.

Utöver detta konstaterar hon att många tjänade på det som då kallades nervositeten – läkare, hälsoapostlar, vårdproducenter och den nya läkemedelsindustrin. ”Som känslöstruktur var nervositeten kultur-, marknads- och mediestyrd”¹⁶⁶, fortsätter hon. Frågan som följer blir: Är det samhället som kräver för mycket eller individen som klarar för lite, när denne blir ”sjuk”?

Kollapsen som fenomen ändrar status. Från att ha setts som ett sensibelt ”vittne” som möttes med respekt av omgivningen under sekelskiftet 1900, kom det att mötas med ”bestörtning och ett eget diagnostiskt namn... ’depressiv reaktion’”¹⁶⁷ på 2000-talet när Norges statsminister Kjell Magne Bondevik kollapsar. Parallellt med detta utvecklas en sluten kropp under moderniteten där sorg och ångest förväntas trängas bort.¹⁶⁸

Med 1980-talets *yuppiesjuka* som senare kom att ändra namn till *kroniskt trötthetsyndrom*, med sina sömnproblem, diffusa smärtor, yrsel, ljud- och ljuskänslighet, minnes- och koncentrationsstörningar med livsstilsfaktorer som utlösande faktor – är vi snuddande nära det sena 1800-talets trötthetsfenomen. Det som skilde åt var att symtomen hade bytt värdar – från de privilegierade till ett breddare kvinnodominerat patientskick.¹⁶⁹ Vem ska vi skylla på när kroppen och psyket inte orkar med? En egen fundering är alla de rapporter som florerat om mobilstrålningens verkan på oss människor. Kan detta vara ett sätt att ignorera de verkliga orsakerna som mer handlar om strukturerna i samhället och en omänsklig värld?

Senare under 80-talet kom diagnosen att ändra namn igen till *utbrändhet* och kopplingen till samhället är stark. Den karaktäriseras av ”tre huvudtecken: emotionell utmattning, förfrämligande och förlorad förmåga till empati”¹⁷⁰ och drabbade främst kvinnor i professionellt människovårdande yrken. *Utbrändhet* som diagnos blev framgångsrik först när samhällets eliter började drabbas och kom att förknippas med ”heta branscher som IT, media och reklam”.¹⁷¹ Höga krav och dito förväntningar på självförverkligande med flytande gränser mellan fritid och arbete skapade romantiserade

¹⁶⁴ Melankoliska rum s. 194

¹⁶⁵ Melankoliska rum s. 195

¹⁶⁶ Melankoliska rum s. 198

¹⁶⁷ Melankoliska rum s. 211

¹⁶⁸ Melankoliska rum s. 214

¹⁶⁹ Melankoliska rum s. 234

¹⁷⁰ Melankoliska rum s. 235

¹⁷¹ Melankoliska rum s. 136

ord som *utmaning, risk, kick, gränser, spurt, gå i mål, belöning* vilket ledde till den stora tröttheten med en malande nedstämdhet och tomhetskänsla.

1900-talets respektive 2000-talets tröttheter: *nervositet, stress och kollaps* respektive *att gå i väggen* samt *överansträngning* respektive *utbrändhet*, har stora likheter anser Johannisson. Samtliga symtom relateras till mentala prestationskrav och inte till fysisk påfrestning. Hon menar att *utbränd* blev en identitet på samma sätt som *överansträngd* 100 år tidigare, en slags "moderna melankoliformer utlösta av snabb samhällsförändring" och en "förlorad anknytning till en samhällskropp".¹⁷² Socialpsykologen Johan Asplund använder begreppet *utbränning* för att markera att det inte avser en tillfällig företeelse och menar att symtomen kommer av alienation – inte trötthet.

Kan man dra några slutsatser av att så många benämningar/diagnoser på olika sorters mänskliga reaktioner ändrar både namn och innebörd under olika tidsepoker?

Den närmaste förklaringen jag tycker mig se är att det som vi människor benämner som *onormalt* är synnerligen biologiskt normala reaktioner på stressande företeelser i vårt samhälle. Precis som när man överanvänder en maskin så blir den överhettad och går sönder. Vissa vill då hävda att det var dålig kvalitet på maskinen och kanske det är så vi också ser på de människor som inte orkar upprätthålla den normalitet som samhället definierat.

4.3 INDIVID OCH SAMHÄLLE

Maria Björk som disputerade 2011 på Uppsala universitet, med sin avhandling *Problemet utan namn. Neuros, stress och kön i Sverige 1950 till 1980*, påvisar att "diskursen kring neuroser och nervösa besvär övergår i en diskurs kring stress".¹⁷³

Björk påvisar att talet om neuroser till skillnad från stressdiskursen, lägger ansvaret på den "sjuka" individen, medan talet om stress hänförs till samhället. Björk gör därmed samma tolkning av skedet som Johannisson – som anser att 1900-talets respektive 2000-talets tröttheter: *nervositet, stress och kollaps* respektive *att gå i väggen* samt *överansträngning* respektive *utbrändhet*, relateras till mentala prestationskrav och inte till fysisk påfrestning.¹⁷⁴ Prestationskrav som ställs av samhället.

I sin avhandling beskriver Björk utvecklingen från 1950-talets syn på neuroser som hänförliga till de som hade en disposition för denna sjukdom. Sjukdomen hänfördes således inte till den omgivande miljön utan människor med denna läggning var redan definierade som sjuka. Med tanke på att de flesta kvinnor på denna tid var hemmafruar finns det ingen statistik över antalet kvinnor som drabbades av denna avvikelse från den normala människan.

¹⁷² Melankoliska rum s. 237

¹⁷³ Maria Björk, *Problemet utan namn. Neuros, stress och kön i Sverige 1950 till 1980*, 2011 Uppsala universitet, s. 271

¹⁷⁴ Melankoliska rum s. 237

Som Björk konstaterar upprätthålls därvid synen på det starka samhället med fokus på de starka "normala" människorna i kontrast till de labila. Vid denna tid fanns det hjälp att få för att återbördas till normalitet. Björk menar att för det krävdes att dessa *nervösa människor* erkände sin konstitution.¹⁷⁵

Under 1960-talet ifrågasätts neuros-begreppet och ersätts av beteckningen stress. Enligt Björk kommer begreppet från den "ungersk-kanadensiska forskaren Hans Selye, vars teori gick ut på att stress kan kopplas till en generell fysiologisk reaktion, lika för alla människor som utsätts för påfrestningar."¹⁷⁶ Symtomen är desamma som tidigare: hjärtklappning, matsmältningsbesvär, muskelvärk, oro, sömnsvårigheter och darrningar. Anledningen är stress, jäkt, press och inte som tidigare en onormal konstitution. En stress som framkallas av samhället, dvs faktorer som ligger utanför individen.

1971 visar undersökningar att "fem av sex låglönetagare är kvinnor över 25 år, bosatta på landsbygden." Att tillhöra *socialgrupp III* och vara kvinna var "den mest symptom- och sjukdomsframkallande kombinationen."¹⁷⁷

Enligt Björk fjärmar sig stressforskarna från Selyes stressbegrepp och går från att se stress som något som framkallar symptom till att se stress som en sjukdom i sig som är kopplad till varje unik individ och som beror av "alienation i arbetet, understimulans och vantrivsel". Stressforskarnas varningar om konsekvenserna av samhällets och arbetslivets snabba omvandling börjar nu bli verklighet. Under slutet av 1970-talet tar självhjälplitteraturen upp individens ansvar att förändra sig själv för att slippa bli stressad. Avslappningsövningar, meditation ska medverka till detta.¹⁷⁸

Enligt Björk kan vi se en utveckling från 1950 till 1980 där den stressade människan stegvis transformeras från att ses som avvikande från det normala till att ses som ett resultat av utsatthet. Från interna till externa anledningar.¹⁷⁹ Denna förskjutning får också konsekvenser för definitionen av vad som betraktas som normalt eller inte normalt. 1950-talets ideala medborgare vs den medfött sjuke neurotikern till dagens syn på människan som en unik individ fullt kapabel att förändra sig och anpassa sig till samhällets utveckling.

Björks springande punkt tycks vara att neurotikern/individens blir det kärnl där samhället kan fräntas sin skuld över en tillvaro där människan far illa.

På liknande sätt menar Hallerstedt som citerar Magnus Tidemans avhandling *Normalisering och kategorisering* från år 2000, där han drar slutsatser om att: "... istället för att uppmärksamma skolans brister framhävs i den offentliga diskussionen individuella

¹⁷⁵ Maria Björk, *Problemet utan namn*, s. 272

¹⁷⁶ Maria Björk, *Problemet utan namn*, s. 273

¹⁷⁷ Maria Björk, *Problemet utan namn*, s. 275

¹⁷⁸ Maria Björk, *Problemet utan namn*, s. 276

¹⁷⁹ Maria Björk, *Problemet utan namn*, s. 279

och biologiska förklaringar till barnens svårigheter och därmed förläggs orsaksproblematiken inte på samhällsnivå utan på den individuella nivån".¹⁸⁰ Orsakerna synes snarare bero på samhällsresursbrist än barnnormalitetsbrist tycks han mena.

Om det är samhällets fel att individen blir sjuk MEN det samtidigt är individens ansvar att förändra sig själv för att anpassa sig till rådande samhällskrav måste väl detta bero på något? Kan det vara så att diverse samhällsföreteelser tjänar på att människor mår dåligt, och därför är obenägna att ta sitt ansvar för att förändra livsbetingelserna?

¹⁸⁰ Diagnosens makt s. 17

5 REFLEKTION

I föregående kapitel har jag besvarat de frågeställningar som min studie gett för handen utifrån det undersökta materialet. Jag kan konstatera att definitionen av normalitet har förändrats under modern tid, vad gäller de symtom som idag definierar den svenska diagnosen *utmattningsdepression*.

I detta kapitel kommer jag att reflektera över mina svar under rubrikerna *Symtom vs Beteckning* och *Individ vs Samhälle*

5.1 SYMTOM VS BETECKNING

Studien har visat att det förekommer olika namn för samma symtom över tid och att det finns både likheter och olikheter mellan dagens svenska utmattningsdepressionsdiagnos och de diagnoser som ställts under det framväxande moderna västerländska samhället efter förra sekelskiftet.

Medicinhistorikern Karin Johannisson visar att symtom på det som vi idag kallar utmattningsdepression finns dokumenterat redan under 1600-talet.¹⁸¹ Det är i sig inget särskilt märkligt. Människan har trots sin ökande intelligens och teknikutveckling i stort sett samma kropp som hon haft sedan urminnes tider. Vad som har förändrats är hur en ser på kroppen; hur en definierar kroppens yttringar och hur en namnger det en ser. Ett bra exempel på detta yttrar sig i föregående meningar. Där vi idag skriver *hen* skrev jag på min skoltid *hon* om människan i tredje person singularis om det avsåg en kvinna. Där vi igår skrev *man* skriver många idag *en*. Orden *hen* och *en* får här symbolisera det faktum att vi människor de facto byter namn på samma företeelse över tid, om än innebörden förändras något. På samma sätt gäller det namn på alla de olika symtom som vi visar upp i vår egenskap av en levande varelse.

Diagnosen *utmattningsdepression* finns inte med i DSM-5, men listas i ICD-10¹⁸² som nummer T73.3 med formuleringen: "utmattning orsakad av mycket stark ansträngning". Den kännetecknas av en psykisk och fysisk förlamande trötthet och överkänslighet, i de flesta fall troligen till följd av långvarig eller upprepad stress.

Vanliga symtom är fysisk trötthet med sömnproblem, hjärtklappning, störd tarmfunktion, värk i nacke, axlar och rygg, yrsel, överkänslighet för ljud, intellektuell trötthet med glömska och bristande koncentrationsförmåga, svårighet att utföra vanliga rutinhandlingar, humörsvängningar, social trötthet med irritation och avoghet i kontakterna. Många upplever ångest som kan övergå i en total kollaps med blackout och känsla av att "gå i väggen". Diagnosen utmattningsdepression sätts när symtomen även uppfyller kriterierna för depression [se bilaga], annars används beteckningen utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom och utmattningsdepression kan emellertid

¹⁸¹ Melankoliska rum s. 42

¹⁸²The International Classification of Diseases utgiven av WHO hämtad 2016-08-31
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

uppkomma vid många andra typer av påfrestningar som oväntad friställning, långvarig arbetslöshet, närståendes dödsfall, egen sjukdom eller en separation i familjen.

Varför finns inte diagnosen *utmattningsdepression* med i DSM? Är det beteckningen som saknas eller *det betecknade*? Definitionen av *depression* är enligt DSM-5 känslor av intensiv nedstämdhet, olycklighet och/eller hopplöshet. Vissa patienter beskriver det som en avsaknad av känslor och/eller olustkänslor; svårighet att frigöra sig från denna sinnesstämning; pessimism inför framtiden; en genomträngande skam eller skuld; känslor av underlägsenhet; självmordstankar och självskadebeteenden. [min översättning].¹⁸³

Att "ha" *utmattningsdepression* leder till de symtom som DSM beskriver som *depression*, i sin förlängning. Det synes vara olika sätt att se på människan som definierar dessa två synsätt. Det synes vara olika angreppssätt att beskriva samma sak.

I sin rapport 2015 lyfter FORTE fram att sjuktalen skenar i Sverige och att "det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning". De riskfaktorer som de nämner i samband med arbetslivet är "psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, samt rollkonflikter". "God kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa", konstateras också.¹⁸⁴

Det är djupt mänskligt att vi människor vill ingå i en grupp. Det är också djupt mänskligt att vi vill ha hjälp när vi blir sjuka. Om det kräver att vi ska ha en diagnos för att få hjälp så kommer människor också definiera sig med de kriterier som definierar denna diagnos. Det betyder inte att människor mår bra. Det betyder bara att vi är sociala varelser. Att rättvisa är en av de värderingar som människan sätter högst är inte heller särskilt överraskande.

Forte tar med *rollkonflikter* som en riskfaktor. Denna ingång är något som jag menar saknas i mitt övriga material. Den psykologiska frågan om varför människor hamnar i rollkonflikter. Beror det på en beståndsdel av samhället – föräldrarna – och i sin förlängning det sociala arvet? Vem bär skulden för psykiskt lidande och finns det något syfte som rättfärdigar diagnoserna?

Bör vi skylla på individen eller samhället?

5.2 INDIVID VS SAMHÄLLE

Studien har visat att utvecklingen har gått *från* att anse att det är den enskilde individens konstitution som skapat symtom som påminner om dagens svenska diagnos *utmattningsdepression* – *till* att symptomen är ett resultat av utsatthet från samhällets sida,

¹⁸³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Fifth Edition DSM-5™ s. 820

¹⁸⁴ En kunskapsöversikt – Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro, sid 6 – www.forte.se beställningsex.

men ändå avhängigt individens personlighet. Detta ambivalenta förhållningssätt leder till frågan : Hur kan vi skilja på individ och samhälle i detta avseende? Samhället existerar ju inte utan individer och en ensam individ kan inte leva utan andra individer som tillsammans formar det som vi kallar samhället. Denna motsägelse liknar paradoxen i frågan om vad som kommer först – hönan eller ägget. Är det ens meningsfullt att skylla symtom på individen respektive samhället? Är det inte ändå så att orsaken är mänsklig och därigenom samhällelig? Är det rent av ett sätt att slippa ta ansvar? Men någon måste väl ändå bära ansvaret för dagens ohälsa?

Ett bra exempel på denna paradox är det som Johannisson tar upp: ”att det är moderniteten som påtvingar individen ett sömnmönster som definierar varje vakenhet som onaturlig (om jag inte sover nu kan jag inte prestera imorgon)”.¹⁸⁵ Sömnmedel för att stävja den, enligt forskningen, naturliga tvåfas-sömnen har blivit ett resultat av denna utveckling.

Kan *marknaden* vara en ekvivalent benämning i detta avseende på det som vi kallar samhället? Vad är då marknaden? Kan vi skylla på marknaden? Nej självklart är det precis som när det gäller en kedja, där varje länk som ingår bär ansvar för om kedjan, eller i detta fall samhället, hålls ihop och att alla dess delar medverkar till en bra miljö för alla de människor som ingår.

När det gäller marknaden är den beroende av både elektricitet och mänsklig arbetskraft. Elektriciteten i sig omkullkastar den naturliga dygnsrytmen, vilket gjorde det möjligt för människor att arbeta dygnet runt i de fönsterlösa fabriker vid sekelskiftet eller de likaledes fönsterlösa stormarknaderna i nutid. Således hänger allt samman. Det går med andra ord inte att hävda att det är individen ELLER samhället som bär ansvaret för vare sig ohälsa eller definitionen av vad som är normalt eller inte. Det gör människan allenast.

¹⁸⁵ Melankoliska rum s. 158

6 SLUTSATS

Min huvudfråga under denna studie är huruvida definitionen av normalitet förändrats under modern tid, vad gäller de symtom som idag definierar den svenska diagnosen *utmattningsdepression*.

För att besvara denna överordnade fråga har jag redogjort för vilka olika diskurser som finns inom forskningsområdet och konstaterat att det förekommer olika namn för samma symtom över tid och att definitionen av vad som är normalt eller ickenormalt fluktuerar under den undersökta tiden. Vidare har jag visat att likheter och olikheter finns mellan dagens svenska utmattningsdepressionsdiagnos och de diagnoser som ställts under det framväxande moderna västerländska samhället efter förra sekelskiftet. Och slutligen har jag funnit att utvecklingen har gått *från* att anse att det är den enskilde individens konstitution som skapat symtom som påminner om dagens svenska diagnos *utmattningsdepression* – *till* att symtomen är ett resultat av utsatthet från samhällets sida, men ändå avhängigt individens personlighet.

Vilken är då de bakomliggande orsakerna till varför vi människor vill hålla fast vid en definition av vad som är normalt. Kan det vara som Foucault hävdar att det ligger i den mänskliga naturen att vi behöver ett B-lag som inte räcker till och ett A-lag som sätter agendan. Att det hela handlar om makt? Finns det något som mänskligheten skulle tjäna på genom denna konstruktion? Jag har i mitt material funnit några huvudspår för att besvara denna fråga. De är följande: marknadsekonomi; samhällets strukturer; identitetssökande; läkemedelsindustrin och avslutningsvis en egen personlig reflektion.

6.1 MARKNADSEKONOMIN SOM PÅDRIVARE

Marknadsekonomi ställer krav på att människan aldrig ska känna hundraprocentig behovstillfredsställelse. Om alla vore nöjda med tillvaron – underförstått kände sig normala – så skulle vi ju inte ha behov av att ägna oss åt det som *Programmet för Sorgbearbetning*¹⁸⁶ benämner som *tillfälligt energifrigörande beteenden* – exempelvis droger, inbegripet socker, shopping, arbetsnarkomani, spel samt känsloutbrott som aggressivitet. Psykosomati räknas även in i denna definition.

Johannisson menar att "det anomiska tillståndet inte är effekten av, utan villkoret för detta samhälles existens".¹⁸⁷ Hon lyfter fram frågan om det t.o.m. är så att det finns en avsikt att människan ska hållas kvar i sitt otillfredsställda tillstånd. Med de "legitima bedövningarna: ett par italienska skor, en dyr kashmirkofta, rusets eufori"¹⁸⁸ hindras

¹⁸⁶ Programmet för Sorgbearbetning – ett handlingsprogram för känslomässig läkning vid sorg efter dödsfall, separationer och andra förluster av John W. James, Russell Friedman 2003 – översättning Anders Magnusson, Svenska Institutet för Sorgbearbetning

¹⁸⁷ Melankoliska rum s. 251

¹⁸⁸ Melankoliska rum s. 253

vi för ett ögonblick att känna tomheten. Den tomhet vi avskyr, men även dess bedövning som vi helst velat slippa men som är vårt enda sätt att härda ut. Utvägen leder oss fram till utmattning och resignation över vår existens för att slippa.

6.2 SAMHÄLLETS STRUKTURER

Huruvida vi ser sjukdom som en avvikelse från det normala, vilken är avhängig individen alternativt samhället får naturligtvis konsekvenser för definitionen av vad som betraktas som normalt eller inte normalt. 1950-talets ideala medborgare vs den medfött sjuke neurotikern till dagens syn på människan som en unik individ fullt kapabel att förändra sig och anpassa sig till samhällets utveckling.

Enligt Björk kan vi se en utveckling från 1950 till 1980 där den stressade människan stegvis transformeras från att ses som avvikande från det normala till att ses som ett resultat av utsatthet. Från interna till externa anledningar.¹⁸⁹

Kärve framhåller till skillnad från Björk att "Det socialdarwinistiska grundantagandet gäller fortfarande, nämligen axiomet att 'underlägsenhet' är en mätbar egenskap, som har sin främsta orsak i generna och inte i sociala relationer".¹⁹⁰

Som exempel tar Kärve "den medfödda störningen *conduct disorder* – forna tiders 'vanart' – i sjukdomsbilden".¹⁹¹ Detta för att flytta över de problem som tidigare ansetts bero på samhällets strukturer, till att vara avhängigt individens egna genetiska arv.

Brunte berör utvecklingen av vad som anses vara friskt eller sjukt, normalt eller onormalt och framhåller att teorierna om detta påverkas av såväl "sociala faktorer som maktförhållanden och allianser, politiska, ideologiska och ekonomiska faktorer". I denna dans finns också andra aktörer som journalister, politiker, lekmän, patientgrupper med flera som genom sitt agerande påverkar den allmänna opinionen. Frågan är om vetenskapen kan anses som autonom, med hänsyn till den alltmer omfattande forskningspolitiska styrningen och strävan mot högre avkastning.¹⁹²

Brunte konstaterar att DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) "har expanderat till att definiera ett allt större område av mänskligt beteende som mentalt stört".

¹⁹³

I det skedet när individen görs ansvarig för sin sjukdom på grund av sin mindre starka konstitution behöver inte samhället förändra sig. Det är den stora massan som är normal och de som avviker är de onormala.

¹⁸⁹ Maria Björk, *Problemet utan namn*, s. 279

¹⁹⁰ *Diagnosens makt* s. 69

¹⁹¹ *Diagnosens makt* s. 64

¹⁹² *Diagnosens makt* s. 77

¹⁹³ *Diagnosens makt* s. 87

6.3 IDENTITETSSÖKANDE

Att ha en diagnos betyder att man som människa är tillhörigt ett kollektiv och därigenom får en identitet. Att frånsäga sig sin diagnos blir då att frånsäga sig sin identitet.

Johannisson lyfter fram att nervkonceptet liksom nutidens stress-språk, gestaltar den samtid de verkar i. Dåtidens "kamp om position, makt och status och tvånget för den ambitiöse att utveckla social identitet och kompetens"¹⁹⁴ jämfört med nutidens strävan om att vara framgångsrik, efterfrågad och aktiv. För patienten är tröttheten "en möjlighet att bygga en roll, en identitet och en reträtt".¹⁹⁵

Kärfve menar att den psykologiska vinsten är att få bli tillhörig ett större kollektiv, att från att ha varit ensam med sina tillkortakommanden i livet nu få ingå i en större gemenskap – att få en identitet i vårt individualistiska samhälle där det gäller att vara någon. När man ställer en diagnos redan i tidig ålder, kommer många normalbegåvade barn att självuppfylla densamma efter att de fräntagits möjligheten att inhämta den kunskap som behövs i vårt vuxensamhälle för att kunna fungera "normalt". Det blir en självuppfyllande profetia, som Kärfve uttrycker det.¹⁹⁶

6.4 LÄKEMEDELSINDUSTRIN

För att få tillgång till hjälp behövs en diagnos. När en individ fått en diagnos finns det läkemedel som kan döva det *onormala* tillståndet.

Johannisson konstaterar att många tjänade på det som då kallades *nervositeten* – läkare, hälsoapostlar, vårdproducenter och den nya läkemedelsindustrin. "Som känslstruktur var nervositeten kultur-, marknads- och mediestyrd"¹⁹⁷.

Kärfve uppger 4 olika orsaker till varför en diagnos kan vara brukbar: 1) Ett sätt att lyfta bort ansvaret från politiska beslutsfattare och tröttkörda föräldrar. 2) Vid ekonomisk kris i välfärdsstaten kan politikerna "skylla på" den enskilda individen för att själva slippa ta på sig ett ansvar. 3) Profithunger hos läkemedelsindustrin som kan lösa problemen med medicinering. 4) Nya diagnoser ger nya arbetsuppgifter och nya forskningsområden. Kärfve avslutar med att ifrågasätta det tabu som vuxit fram beträffande kritik och debatt i frågan om diagnosernas. Utan debatt i en sådan viktig fråga försummar de ansvariga sina plikter, menar hon.¹⁹⁸

Johannisson sammanfattar detta genom att se diagnosen som en aktör bland övriga, som samspelar med "läkaren som namnger sjukdomen, patienterna som bär den, sjuk-

¹⁹⁴ Melankoliska rum s. 120

¹⁹⁵ Melankoliska rum s. 228

¹⁹⁶ Diagnosens makt s. 69

¹⁹⁷ Melankoliska rum s. 198

¹⁹⁸ Diagnosens makt s. 69-70

försäkringssystemet som bekräftar den, media som iscensätter den, läkemedelsindustrin som profilerar på den..."¹⁹⁹ Hon avslutar med att konstatera att det som har ett namn – det finns.

6.5 EGEN REFLEKTION - SYNDABOCKSFENOMENET

Antropologen René Girard framhåller att människan rent historiskt har ett behov av att dela upp människor i grupper för att stärka sin egen grupptillhörighet.²⁰⁰ Han menar att det är ett evolutionsbiologiskt överlevnadsbeteende som selekterats fram för att skydda gruppen, precis som i nutida "vi- och dom-tänkande". Från judarnas tro att de kunde lägga sina synder på en bock som fick självdö i naturen till de kristnas syn på Jesus som syndernas förlåtelse – som ju också var tvungen att dö för att vi skulle bli fria.

Huruvida vi någonsin komma vidare i denna fråga och får ett svar på om det är bra eller dåligt för mänskligheten att gruppera sig i stereotypa uppfattningar som syftar att definiera människan som bra eller dålig är inte denna studies syfte. Men kanske kan dess innehåll ändå bidra med nya tankar kring denna företeelse... Vad vet jag.

Vi kan väl bara konstatera att trots medias åtaganden om att vara objektiva, så skådar vi syndabocker varje dag på kvällstidningarnas löp. Syndabocker som fälls utan att ens ha satt foten på domstolens tröskel. Tidningarna lever på lösnummerförsäljning och gulliga solskenshistorier säljer inte.

Det är som om att vi människor behöver något att projicera våra egna brustna drömmar på. Om vårt beteende inte anses vara normalt, så får vi i alla fall en diagnos och kan med den ändå slippa att vara en ickeperson. Att sucka tungt över stökiga ungar som skriker ut sin frustration över att ingen längre ser dem, är enligt mitt sätt att se det, inte normalt. Normalitet enligt min definition är att lyssna på det mänskliga. Och att lyssna på min egen kropp. Det tog många år innan jag lärde mig det, och det tycks som om att jag inte är särskild ensam om det.

Mina tankar går till alla de unga människor, främst kvinnor, som fastnat i nutidens grottekvarn – karriären – som aldrig tillåter någon vila. Likt jättekvinnorna Fenja och Menja som tvingades att mala guld till sin girige härskare. Så småningom värjer sig människan från ett sådant förtryck och inser att det inte finns någon mening i detta Sisyfosarbete. På vägen dit ropar kroppen förtvivlat på hjälp. Några lyssnar och andra fortsätter tills väggen stannar upp dem och gör så att de äntligen får vila.

Det är undantagen som bekräftar regeln om *Homo Solitum* (den normala människan), där sjukdomen/diagnosen sätts i relation till det som anses friskt och normalt – vilket i sig varierar över tid trots att symtomen är väldigt lika.

¹⁹⁹ Diagnosens makt s. 40

²⁰⁰ *Syndabocken – en antologi* av René Girard (2007).

7 REFERENSER

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Association.

Björk, Maria (2011). Avhandling *Problemet utan namn. Neuros, stress och kön i Sverige 1950 till 1980*. Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala universitet. <http://uu.diva.portal.org> hämtad 2016-08-09.

Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (2015). *En kunskapsöversikt, Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Rapporten är författad av akademiker från svenska högskolor och universitet, och projektet har letts av Eva Vingård, professor i arbets- och miljömedicin på Uppsala Universitet. <http://www.forte.se/sv/Publicerat/Publikationer/Arbetsliv/psykisk-ohalsa-arbetsliv-och-sjukfranvaro/> hämtad 2015-05-20 samt häfte i pappersformat utan datum.

Hallerstedt, Gunilla (red) (2006). *Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

Johannisson, Karin (1997). *Kroppens tunna skal – sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Johannisson, Karin (2001). *Nostalgia – en känslas historia*. Smedjebacken: Fälth & Hässler.

Johannisson, Karin (2004). *Tecknen – läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Johannisson, Karin (2009). *Melankoliska rum – om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Falun: Scandbok AB.

Magnusson, Anders (2003). *Sorgbearbetning: ett handlingsprogram för känslomässig läkning vid sorg efter dödsfall, separationer och andra förluster* av John W. James, Russell Friedman – översättning Anders Magnusson. Stockholm: Svenska Institutet för Sorgbearbetning.

Nilsson, Ingemar och Peterson Hans-Inge (2000). *Medicinens idéhistoria*. Borås: Centraltryckeriet AB.

NE Nationalencyklopedin – ”uppslagsord” se noter.

Svenaesus, Fredrik (2013). *Homo Patologius – medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: TankeKraft förlag.

Wiktionary (2014). *Solitus*. Hämtad 19/8 2014 från <http://en.wiktionary.org/wiki/solitus> och <http://en.wiktionary.org/wiki/accustomed>.
<http://www.stat-inst.se/publikationer/allmanna-rapporter/>

8 BILAGA

Psykologiguiden sökordet DSM:

I USA publicerades den första officiella klassificeringen år 1933, kallad *The Standard Classified Nomenclature of Disease*. År 1952 kom den första DSM, 1968 utgavs DSM-II och 1980 kom DSM-III. Redan 1983 tillsattes en arbetsgrupp för att utforma DSM-IV, som dock inte blev färdig för publicering förrän 1994. Under åren 1987-1994 användes en reviderad form av DSM-III med titeln DSM-III-R. Från år 1994 användes fjärde upplagan av DSM-IV och från 2000 en övergångsversion, som kallas DSM-IV-TR (TR = text revision) och som 2013 ersattes av DSM-5.

DSM-III och DSM-IV skilde sig från tidigare indelningar och beskrivningar av psykiska störningar i flera avseenden. Termen "psykosomatisk" fanns i DSM-II men saknas i DSM-III och DSM-IV beroende på att det funnits så många olika teorier om vad sambandet mellan psykiskt och kroppsligt består i och hur det fungerar. Därför valde man i stället att föra de psykosomatiska sjukdomarna till en grupp med följande rubrik: *Psychological factors affecting medical condition* (psykologiska faktorer som inverkar på det fysiska hälsotillståndet). Indelningen av psykiska störningar i två huvudgrupper, neuroser och psykoser, övergavs från och med DSM-III och begreppet *neurosis* togs helt bort.

Klassificeringen av störningar bygger på beskrivningar av sjukdomsbilder och tar inte ställning till olika teorier som finns om orsakerna till de olika störningarna (utom på det sättet att flertalet störningar förutsätts ha sin grund i förändringar i nervsystemet och ett fåtal i påverkan från omvärlden).²⁰¹

Psykologiguidens definition av DSM-5:

Eng: uttal: [di:esem 'farv]. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, American Psychiatric Association, 2013, DSM-5™*. Skrivsätten DSM V, DSM5, DSM-V och DSM 5 är mindre vanliga och inte i enlighet med den officiella beteckningen. Uttal på svenska: {de es em fem}.

DSM-5 skiljer sig från tidigare versioner bland annat genom att man övergett den multiaxiala modellen med fem olika aspekter vid bedömningen av personer med psykisk störning. Se under sökordet DSM. Gradering av vissa störningars svårighetsgrad förekommer vid fler typer av störningar än tidigare: i två skalsteg: mild, major, i tre skalsteg: mild, moderate, severe, i fyra skalsteg: mild, moderate, severe, profound; mild, moderate, moderate-severe, severe eller mild, moderate, severe, extreme (beroende på vilken typ av störning det gäller) samt i fem skalsteg: 0-4. Man skiljer också på om en preliminär diagnos (eng: *provisional diagnosis*) är sannolik (eng: *probable*) eller tänkbar (eng: *possible*).

²⁰¹ <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=DSM>. Hämtad 2014-10-07.

Psykotiska reaktioner har samlats under rubriken schizofrenispektrum och ordnats på ett annat sätt än i tidigare versioner. Utvecklingsstörningar av alla slag har samlats i ett inledande kapitel under rubriken Neurodevelopmental disorders. Autismspektrumstörning omfattar nu även Aspergers syndrom. Istället för diagnosen "demens" görs en uppdelning av neurokognitiva störningar på två svårighetsgrader, mild neurocognitive disorder och major neurocognitive disorder (båda med graderingen lindrig, måttlig, svår, eng: mild, moderate, severe). Detta är enligt företrädare för American Psychiatric Association den största förändringen i den nya versionen.

Ett stort antal tidigare självständiga diagnoser, till exempel Alzheimers sjukdom, vaskulär sjukdom, frontallobsdemens, Parkinsons sjukdom, inordnas under övergripande kategorier av spektrumtyp. Förändringen har dock inte kunnat genomföras helt konsekvent eftersom ersättningar till läkare och sjukvårdsinrättningar från bland annat försäkringsbolag baseras på diagnoser enligt amerikansk modifiering av ICD-9 och ICD-10: ICD-9-CM respektive ICD-10-CM, där CM är akronym (kortord) för clinical modification.

Jämsides med diagnoser som anger typ av störning, finns det tabeller över olika aspekter av till exempel neurokognitiva störningar, sådana som lärande och minne, uppmärksamhet och koncentration, exekutiv funktion, perception och rörelser, språklig förmåga, social kognition osv. Detta är en dimensionell modell för diagnostik som komplement till kategoriindelning. Ytterligare ett antal förändringar behandlas under respektive sökord.²⁰²

I DSM-5 har vissa ändringar genomförts jämfört med den tidigare upplagan DSM-IV. De övergripande förändringarna rör områdena Neurodevelopment Disorders där man bland annat infört ett nytt begrepp Autism spectrum disorder som ersätter begreppen autism och Aspergers m.fl. Även ADHD har genomgått flera förändringar vad gäller diagnoskriterierna. Andra områden som tas upp där förändringar har vidtagits gentemot tidigare utgåva är inom schizofreni, bipolaritet, depression, ångslan, trauman, ätstörningar, demens – för att nämna några. Det har också kommit in nya sjukdomar som exempelvis Obsessive-Compulsive and Related Disorders där excoriation (skin picking) disorder är en av dessa.²⁰³

Definitionen av depression är enligt DSM-5: *Feelings of being intensely sad, miserable, and/or hopeless. Some patients describe an absence of feelings and/or dysphoria [olustkänsla]; difficulty recovering from such moods; pessimism about future; pervasive [genomträngande] shame and/or guilt; feelings of inferior [underlägsen] self-worth; and thoughts of suicide and suicidal behavior. Depressivity is a facet of the broad personality trait domain DETACHMENT [likgiltighet]. Detachment definieras i sin tur som: Avoidance of socioemotional experience, including WITHDRAWAL from interpersonal interactions (ranging from casual, daily interactions to friendships and intimate relationships [i.e. INTIMACY AVOIDANCE] and RESTRICTED AFFECTIVITY, particularly limited hedonic capacity... [brist på lustkänslor]).*²⁰⁴ Varje definition inbegriper således nya definitioner (se versaler) och knyts på

²⁰² <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=DSM-5>. Hämtad 2014-10-07.

²⁰³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Fifth Edition DSM-5™ s. 809-816

²⁰⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Fifth Edition DSM-5™ s. 820

så sätt samman i en sammanhängande sjukdomsbild. Frågan jag ställer är: vad är det som gör att man reviderar sjukdomstillstånd och sjukdomskategoriseringar? Är det nya företeelser eller byter man bara namn på redan kända symtom? Hur går det med de människor som redan är diagnosticerade med en diagnos när denna byter skepnad?

Psykologiguidens definition av depression²⁰⁵:

Eng: depression [dɪˈpreʃən], depressive disorder [dɪˈpresɪv dɪsˈɔːdə], pluralis: depressions, depressive disorders.

Latin: depressus {uttal: depress´uss} sänkt, lågt belägen, dämpad: av deprimere {uttal: deprimm´ere} 'trycka ner', 'förtrycka'; de- 'ned' + premere {uttal: pre´mere} 'pressa', 'trycka'.

1. Sänkt grundstämning, tungsinne, håglöshet. Depressivitet, deppighet. Sorg är en typ av normal sänkt grundstämning med ångestkänslor.

2. Depression i psykiatrisk mening är ett relativt varaktigt tillstånd av svaghets- och tomhetskänsla, värdelöshetskänsla, skuld-känslor, självmordstankar med mera, på ett sätt som ger upphov till avsevärda svårigheter personligt, socialt och yrkesmässigt, i en del fall med psykotiska drag som hörselhallucinationer och vanföreställningar om förföljelse och hänsyftning utan emotionell reaktion, i hälften av fallen med aggressivitet i form av grinighet, grälsjuka och häftiga känsloutbrott.

Depression är alltså inte en normal grundstämning sänkt i botten som vid sorg och stora besvikelser utan en personlighetsförändring av ett annat slag.

Terminologi

Depression hör till gruppen affektiv störning (affektivt syndrom, affektiv sjukdom) eller förstämningssyndrom (eng: mood disorders), en klassificering som dock inte finns i DSM-5 (2013), där depressioner (eng: depressive disorders) och bipolära syndrom (eng: bipolar and related disorders) utgör två skilda diagnostiska grupper, som behandlas i var sitt kapitel.

En depressiv störning kan liksom sorg, besvikelse, håglöshet osv uppkomma som reaktion på yttre händelser och kallas då reaktiv depression (eng: reactive depression) eller på grund av till exempel det som kallas förörängt tänkande: psykogen depression (eng: psychogenic depression). Som motsats till reaktiv depression använde man förr termen endogen depression (eng: endogenous depression), en beteckning som inte längre används (i denna, men i annan, mer specifiell betydelse).

Man skiljer ibland mellan primära och sekundära depressioner. Med primär depression menas en psykisk störning där en depressiv sinnesstämning redan från början dominerar bilden. Med sekundär depression menas en depression som uppkommer till följd av en annan sjukdom eller

²⁰⁵ <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=depression>. Hämtad den 2014-11-03

psykisk störning, till exempel stroke. Termerna primär och sekundär förekommer inte om depressioner i ICD och DSM. I stället markerar man den sistnämnda typen med formuleringen "depression orsakad av..." (due to...).

Episoder av depression som omväxlar med maniska tillstånd betecknas som bipolär sjukdom eller bipolärt syndrom, tidigare kallad manodepressiv sjukdom. Se under bipolär sjukdom.

Termen melankoli (melankoliska drag, eng: melancholy, melancholic features) används som specifikation (eng: specifier) om total förlust av förmågan att känna lust och glädje (anhedoni) och om särskilt djup och varaktig depression.

Ytterligare en diagnostisk beteckning som använts tidigare är "neurotisk depression" eller "depressiv neuros". Den har ersatts av beteckningarna reaktiv depression, depressiv reaktion och psykogen depression.

Förekomst

Depression i lättare eller svårare form beräknas uppkomma hos mer än var fjärde man och hälften av alla kvinnor någon gång under livet. Vid varje givet tillfälle kan man konstatera att 5 % av befolkningen befinner sig i ett tillstånd av depression.

Typer och grader av depression

Man brukar enligt principen om kategorisk klassifikation urskilja flera olika typer av depression, främst följande:

- egentlig depression (eng: major depression): oro, sömnbesvär, dålig aptit, rastlöshet, koncentrationssvårigheter, självskaðebeteende eller självmordsbeteende
- dystymi (eng: dysthymia): frekvent eller konstant nedstämdhet, försvagad intresse att göra saker, svårigheter att klara jobbet eller att komma överens med andra
- atypisk depression (eng: depression with atypical features): förmåga till normala emotionella reaktioner men betydande aptit- eller viktökning, förlängt sovande, blytyngdkänsla i armar och ben samt långvarigt mönster av känslighet för att bli avvisad av andra vilket leder till social funktionsnedsättning
- utmattningsdepression (depressive exhaustion, nervous exhaustion, fatigue exhaustion): flera månader lång upplevelse av trötthet och uttrötthet, koncentrationssvårigheter och uthållighet
- årstidsrelaterad depression, säsongbunden depression (eng: seasonal affective disorder, SAD): depressiva episoder som kommer påhösten och slutar på våren under en följd av år, så kallad vinermörkersdepression, alternativt vår- och höstdepression; den kommer när dagen längs respektive kortas som mest (kring vår- och höstdagjämningen)
- postpartumdepression (eng: postpartum depression, postnatal depression): hos nyblivna mödrar en enstaka episod av egentlig depression.
- premenstruell dysfori (premenstrual dysphoric disorder): depressivitet, oro, irritation, håglöshet osv i anslutning till menstruation
- depression relaterad till hjärnskada (eng: depression following head injury)
- depression relaterad till kroppslig sjukdom (eng: depression due to a medical condition)
- depression relaterad till läkemedelsbehandling (eng: drug-induced depressive disorder)
- bipolär sjukdom (eng: bipolar disorder) med depressiv episod.

I DSM-5 finns inte den övergripande kategorin förstämningssyndrom (mood disorders), där såväl depressioner som bipolära störningar ingick (som i DSM-IV och ICD-10). Flertalet av ovanstående störningar anges som specifikationer (specifiers), om så är motiverat, till någon av följande diagnostiska kategorier av depressive disorders, upptagna i DSM-5:

Disruptive mood dysregulation disorder, DMDD (ständigt dåligt humör med okontrollerade raseriutbrott).

Major depressive disorder (egentlig depression).

Persistent depressive disorder (Dysthymia), (dystymi).

Premenstrual dysphoric disorder (premenstruell dysfori, premenstruellt dysforiskt syndrom).

Substance/education-induced depressive disorder (substansbetingad depression).

Depressive disorder due to another medical condition (depression orsakad av kroppslig sjukdom eller skada).

Other specified depressive disorder (annan specificerad depression): recurrent brief depression, short-duration depressive episode, depressive episode with insufficient symptoms.

Unspecified depressive disorder (ospecificerad depression oklassificerad).

Depressiva sjukdomsepisoder graderas i 1. lindriga, 2. medelsvåra, 3. svåra utan psykotiska inslag och 4. svåra med psykotiska inslag. (eng: mild, moderate, severe without psychotic features, severe with psychotic features).

Som speciella tillägg till en depression nämns i DSM-5 följande specifikationer (eng: specifiers for depressive disorders):

- *with anxious distress (med ångestkänslor),*
- *with mixed features (med blandade inslag, depressiva, maniska och hypomana),*
- *with melancholic features (med drag av melankoli, at the most severe stage of the episode, under det djupaste stadiet av den depressiva episoden),*
- *with atypical features (med atypiska drag, t ex tyngdkänsla i armar och ben, hypersomni, glädjekänslor vid positiva händelser),*
- *with psychotic features (med psykotiska inslag som kan vara mood-congruent, sinnesstämningskongruenta, eller mood-incongruent, sinnesstämningsinkongruenta, alltså överensstämmande med nedstämmhet respektive upprymdhet).*
- *with catatonia (med katatoni).*
- *with peripartum onset (med debut i samband med förlossning).*
- *with seasonal pattern (med årstidsrelaterat mönster).*

Orsaker till depression

Det finns flera olika teorier om varför somliga människor och inte andra får en depressiv störning, även om de åtminstone till synes utsätts för likartade påfrestningar, biologiska såväl som psykologiska (the biopsychosocial model). Mycket tyder på att det i flertalet fall är fråga om ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer, i en del fall enbart om psykiska och i en del fall enbart om biologiska och medicinska.

I neurovetenskaplig forskning har man koncentrerat sig på att finna samband mellan hur signalsubstanser, speciellt serotonin, kortisol och dopamin, reglerar nerprocesserna och benägenhet för depressioner.

Genforskning i början av 2000-talet tycktes visa att alla människor bär på anlag för depression men att flertalet också har en gen som motverkar depressiva reaktioner. Det gav upphov till en hypotes om gen-miljö-samspel (eng: gene-environment interaction). Av dem som saknar skyddsgenen och i stället har två gener för depression reagerar 40 % depressivt när de drabbas av svåra händelser som dödsfall i familjen, skilsmässa eller kris i yrkeslivet. Riskgenen styr om-sättningen av serotonin i hjärnan, vilket förklarar de sedan tidigare kända sambanden mellan depression och låg serotoninhalt. Det finns alltså människor som är mer sårbara än andra på det sättet att de lättare reagerar med depression på svåra yttre omständigheter, vilka andra personer klarar utan att reagera depressivt enligt den så kallade diates-stressmodellen.

Det finns också studier som kan tyda på att det finns störningar i utvecklingen av olika områden i hjärnan som skulle kunna leda till depressiva episoder.

Depressiva tillstånd kan orsakas av kroppsliga sjukdomar, vissa mediciner och droger. Man skiljer därför som framgår av ovanstående lista mellan depression relaterad till hjärnskada eller hjärnsjukdom (bland annat inflammationer i hjärnan), depression relaterad till kroppslig sjukdom, depression relaterad till läkemedelsbehandling, depression relaterad till missbruk, depression relaterad till ADHD, till Tourettes syndrom och till autismspektrumtillstånd osv.

På 1960-talet lanserade Aaron Beck sin teori om att det är människors tankemönster som framkallar depressiva känslor och tillstånd. Denna teori fick stort genomslag som alternativ eller komplement till de biologiska förklaringarna och kom att ligga till grund för behandling av inte bara av depressioner utan också av andra psykiska störningar med kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi.

Diagnostik

Bedömning görs vid samtal med patienterna och deras närstående i anslutning till de kriterier som finns listade i ICD och DSM. Dessutom används depressionsskattningsskalor av typen Becks depressionsinventorium, MADRS och CPRS-S-A.

Behandling

Den vanligaste formen av behandling vid depression är sådana psykofarmaka som ökar förekomsten av serotonin och noradrenalin, främst läkemedel som tillhör grupperna SSRI och SNRI.

Psykoterapi i form av kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi har visat sig ha effekt på en del patienter med lindrig eller måttlig depression, i en del fall också på personer med egentlig depression. Det finns visst stöd för att enpsykodynamisk korttidsterapi kan vara effektiv för en del patienter med lindrig och måttlig depression.

Vid årstidsrelaterad depression, SAD (dvs depression som kommer under den mörka årstiden), har ljusbehandling inte visat sig mer effektiv än placebo.

En behandlingsmetod som används vid svårare depressioner är ECT (elektrokonvulsiv terapi) som består i att patienten i nedsövt tillstånd ges en serie elchocker. Sannolikheten att återinsjukna efter sådan behandling är dock stor.

Vid behandling av lindriga och måttliga depressioner är effekten av såväl läkemedel som psykoterapi starkt beroende av relationen mellan terapeut och patient samt av stöd från personer i familjen och på arbetsplatsen.

Relaterade sökord: *affektiv sjukdom, anaklitisk depression, asteni, demens, depressivitet, depressiv position, DSM, sorg, störande humördysregleringssyndrom, utmattningssyndrom.*