Ett försök att historisera vår förståelse av det som vi idag benämner som depression

Paul George Johansson

Mellan den första utgåvan (1952) av den amerikanska diagnosmanualen DSM[1] (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och den femte och senaste (2013) har det passerat 61 år. Vilka avgörande förändringar i förståelsen av skilda psykopatologiska tillstånd i allmänhet och av depressionstillståndet i synnerhet har skett däremellan? Hur kan vi förstå dessa förändringar? Och om *framsteg* är rätt ord, vad består dessa i? Är det någonting viktigt som har utelämnats i dessa ansträngningar att förklara depressionstillståndet? Följande text är ett försök att närma sig en förståelse av något så komplext som depression genom att studera förändringen över tid i de successiva DSM-utgåvornas olika beskrivningar av tillståndet.

DSM från 1952 till 2013; exemplet depression

Aningen förenklat kan man säga att den första utgåvan av DSM betraktade depression som en reaktion på ångest, grupperad under paraplybegreppet neurotiska syndrom (DSM-I (1952), s. 12)[2]. Försök att isolera orsaker till depression gjordes, och att finna fler orsaker var dessutom en uttalad framtidsambition: ”[DSM] strävar efter att samla in data för framtida förtydliganden angående föreställningar om etiologi, patologi, prognos och behandling vid psykiska syndrom.”[3] Depression i första utgåvan av DSM går att tolka som en förlängd försvarsmekanism mot ångest: ”Ångesten i denna reaktion är stillad, och därmed delvis lättad, genom depressionen och ett nedvärderande av självet. Reaktionen är orsakad av en rådande situation, vanligen på grund av en förlust, och är ofta associerad till skuldkänslor för tidigare misslyckanden eller gärningar. Reaktionens grad och omfattning beror på intensiteten i patientens ambivalenta känslor i förhållande till förlusten (kärlek, ägodelar), liksom de verkliga omständigheterna kring förlusten.”[4] I DSM-II (1968) övergår beteckningen från depressiv reaktion till depressiv neuros, och beskrivs på följande vis: ”Detta syndrom manifesterar sig i form av depression på grund av en intern konflikt eller en identifierbar händelse, som exempelvis ett förlorat kärleksobjekt eller en älskad ägodel.”[5] DSM är under dessa år präglad av psykodynamiska teorier om inneboende konflikter, tankar om effekterna av förlusten av ett kärleksobjekt och en ambition att finna orsaker till depressionen. Likt de senare utgåvorna av diagnosmanualen upptäcker man också i de första utgåvorna beskrivningar av depression med bland annat maniska och psykotiska inslag, men genomgående i DSM:s historia har fokus vilat på de symtom som präglas av nedstämdhet.

I DSM-III (1980) finner man inte längre depression infört under begreppet neurotiska syndrom. Istället samlas depression och angränsande syndrom (exempelvis när depressionen utgör den grundläggande problematiken och samtidigt innefattar maniska inslag) under kategorin förstämningssyndrom.[6] I denna tredje utgåva frångår man alltså indelningen av de tidigare två psykiska huvudgrupperna neurotiska och psykotiska störningar, på grund av den delade uppfattningen om deras definitioner (DSM-III (1980), s. 9), där vissa kliniker begränsade begreppen till deskriptiva framställningar medan andra inkluderade etiologiska förklaringar, i större samklang med Freuds analys (Freud (1923), ”Neuros och psykos, Småskrifter” (1989), s. 137). I DSM-III begränsar sig begreppet neurotiskt syndrom till en deskriptiv kategori (DSM-III (1980), s. 10). Man skiljer dessutom depression från tillstånd vars grundproblematik präglas av ångest; ångestsyndrom får alltså utgöra en egen kategori. I 1980 års utgåva skriver man att eftersom 1968 års utgåvas etiologiska förklaringar av depressionen gav upphov till olikartade syndrom (andra syndrom än depression) har man därför valt att inte inkludera *orsaksfaktorer* i DSM-III (med förbehållet att om en identifierbar orsak skulle kunna fastställas, så skall denna noteras). Frånvaron av etiologiska förklaringar gäller inte endast depression, utan för de allra flesta syndrom i DSM-III. Ett av få undantag utgör posttraumatiskt stressyndrom. Samtidigt kvarstår fortfarande ett explicit hopp om att framtida forskning skall finna orsaksförklaringar till psykiskt lidande: ”Otvivelaktigt kommer med tidens gång, några av syndromen med okänd etiologi att identifieras med *specifika biologiska orsaker* [min kursivering], andra med *specifika psykologiska orsaker* [min kursivering], och ytterligare några som resultatet av *ett särskilt samspel* mellan *psykologiska, sociala och biologiska faktorer* [min kursivering].”[7] Författarna till DSM skriver att det huvudsakliga skälet till att man exkluderar orsaksfaktorer i den tredje utgåvan av DSM är att inkluderandet av orsaksfaktorer skulle vara ett praktiskt hinder för yrkesutövande: ”Det huvudsakliga skälet till ett icke-teoretiskt angreppssätt inom DSM-III vad gäller etiologin, är att inkluderandet av etiologiska teorier skulle utgöra ett praktiskt hinder för kliniker av skilda teoretiska orienteringar, eftersom det inte vore möjligt att presentera samtliga rimliga etiologiska teorier för varje syndrom.”[8] Det är däremot praktiskt möjligt att skapa ett klassifikationssystem som baseras på symtom. Slutligen finner man ytterligare en skillnad i förhållande till tidigare klassifikationssystem (DSM-I, DSM-II), nämligen upprättandet av specifika diagnoskriterier för att stärka den diagnostiska reliabiliteten: ”DSM-III erbjuder specifika diagnostiska kriterier som vägled-

ning till varje enskild diagnos, för att kunna höja den diagnostiska reliabiliteten."[9]

DSM-IV publiceras 1994, men kriterierna är inte avsevärt förändrade från den tredje utgåvan. Däremot adderas två faktorer.[10] För det första måste symtomen som tros ha uppkommit i samband med individens lidande ha en signifikant påverkan på dennes liv. För det andra förtydligas undantagsregeln vid förlusten av en närstående. Enligt undantagsregeln kan en individ under en tvåmånadersperiod uppfylla kriterierna för depression (fem av nio kriterier, varav ett av kriterierna måste vara nedstämdhet under större delen av dagen och så gott som dagligen, eller ett klart minskat intresse för, eller minskad glädje av alla, eller nästan alla aktiviteter) utan att bli diagnostiserad. Skulle en sörjande individ däremot visa sig vara suicidal skulle en diagnos ändå ställas, oavsett förlust av närstående. Ett suicidalt beteende är alltid ett absolut diagnoskriterium. De övriga sju kriterierna (som utöver en minskad sexualdrift, skiljer sig endast med några få ordval från DSM-III) kan sammanfattas i (1) betydande viktnedgång, viktuppgång eller minskad alternativt ökad aptit, (2) sömnstörning, (3) psykomotorisk agitation eller hämning, (4) svaghetskänsla eller brist på energi, (5) känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor, (6) minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet, samt (7) återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, utförda självmordsförsök eller planering av självmord (Mini-D 5, s. 82-83[11]).

DSM-5 skiljer sig på en punkt från sina föregångare vid bedömningen av depression. Den tidigare undantagsregeln om att inte diagnostisera en individ som deprimerad vid en förlust av en närstående är borttagen. Det är en förändring som förklaras ske på grund av att sorgearbetet vanligtvis bedöms vara mellan ett till två år, samtidigt som sorgeprocessen bedöms utgöra en riskfaktor för den sörjande att bli deprimerad. I en fotnot fördjupas förklaringen till varför undantagsregeln vid förlusten av en närstående har tagits bort. Där skriver man bland annat att efter nytillkomna studier har det gjorts en kvalitativ distinktion mellan sorg och depression, där sorgen präglas av en känsla av förlust och tomhet medan depressionen domineras av en ihållande nedstämdhet och en oförmåga att föreställa sig känslor av lycka eller glädje. Man skiljer det mer skiftande sorgetillståndet från den genomsyrande depressionen: "Smärtan vid en sorg kan avlösas av positiva känslor och humor, medan en egentlig depressionsepisod istället utmärks av en själslig plåga som är allomfattande" (Mini-D 5, 2014, s. 83). Hos den sörjande befinner sig tankarna hos den bortgångne medan den deprimerade i större utsträckning präglas av *ältande* pessimistiska tankar. Skulle den sörjande få tankar om sin egen död så innefattar de ofta tankar om att förenas med den bortgångne medan den deprimerades dödstankar beror på känslan av att individens eget liv är värdelöst, oförtjänt och förknippat med *en oförmåga att leva vidare* med det lidande som depressionen utgör. DSM:s distinktion mellan sorg och depression vilar på såväl innehållet i tanken som på huruvida lidandet genomsyrar individens vardag eller inte. Noterbart är att depression också verkar ha en återkommande och förlamande påverkan (se de senaste två kursiveringarna), till skillnad från sorgens mer dynamiska karaktär. Riskfaktorer beskrivs dessutom mer utförligt i DSM-5. Riskfaktorerna kategoriseras i temperament, miljö, genetik och fysiologi, samt i vad som kan sammanfattas som närvaron eller frånvaron av andra psykiatriska eller somatiska tillstånd.

Ovanstående ord är, som tidigare nämnts, en sammanfattning av DSM:s historiska syn på depressionstillståndet. Kan man se några tendenser eller någon röd tråd i DSM:s utveckling? Tre tendenser som går att finna från 1952 till 2013 är följande: I början av 1950-talet fanns det en övertygelse om att psykiatrin och psykologin som vetenskaper hade en förklaringsmodell för depressionens orsaker. Med tiden blev man alltmer förvissad om depressionens komplexitet och i den tredje utgåvan (1980) övergav man försöken att systematisera orsaker till en depression. I den senaste versionen av DSM (2013) har man för det första valt att inte heller nämna möjliga orsaker till depression, och istället beskriver man riskfaktorer och symtom. Definitionerna av de depressiva symtomen har för det andra, i linje med DSM:s senaste tre utgåvor, blivit mer konkreta och begränsade till nio faktorer, vilket delvis förklaras av att man vill stärka reliabiliteten i diagnosen och kunna bilda ett klassifikationssystem som underlättar kommunikationen mellan yrkesutövande och över nationsgränser. DSM har för det tredje gått från att vara präglad av psykodynamiska teorier till att idag utgå från ett så kallat mångfaktoriellt perspektiv, som inkluderar genetik, personlighetsdrag och miljörisker. Så, utifrån dessa tre tendenser, går det att säga någonting av värde om hur förståelsen av depressionstillståndet har förändrats?

En dialektisk syn på DSM:s historiska utveckling

Kanske går det att med hjälp av några tankegångar från den tyske filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel[12] tydliggöra vår förståelse av depressionsbegreppet i DSM. Hegels mest välkända filosofiska bidrag tar avstamp i hans tankar om dialektiken, som för honom innebär att vi följer historiens rörelsemönster för att förstå varför vi har de kunskapsföreställningar vi har. Det är däremot inte möjligt, enligt Hegel, att bruka dialektiken som en metod för att vidga vetandet om det vi ännu inte kan identifiera, eftersom det just skulle kräva att vi visste någonting, som vi ännu inte känner till (Taylor (1986), s. 167). Den hegelianska synen på det dialektiska rörelsemönstret beskriver istället tillkortakommanden i människans redan *befintliga* kunskapsföreställningar, som på så vis driver bildningen framåt, där framsteg görs genom att dessa kunskapsföreställningars inneboende motsättningar identifieras, negeras, överskrids, upphöjs och bevaras i mer komplexa former (ibid. s. 167). Nya komplexa former av vetande tar form vilka också innehåller motsägelser men som samtidigt upplevs vara mer överensstämmande med verkligheten än den tidigare kunskapsföreställningen (ibid. s. 171). Dessa former av vetande hos subjektet kan utvecklas genom språket (ibid. s. 182). Taylor skriver emellertid samtidigt att Hegel inte trodde att språket behöver ha funnit en exakt beskrivning av vetandet utan "[d]et viktiga är endast att det vi vet i tillräcklig mån skall vara ett medvetandeobjekt för att vi skall kunna förelägga oss uppgiften att *försöka* [undertecknads kursivering] beskriva det" (ibid. s. 182). Det kan tolkas som att det finns en gråzon i medvetandet, mellan det som inte lyckas uttryckas exakt och det som lyckas uttryckas i begrepp, men som båda innebär ett försök att förstå det som uppfattas. Däremot går det inte att tala om ett vetande gäl-

lande någonting som befinner sig under en medvetenhetströskel, i betydelsen av ”det just nu upplevda”. Medvetandet förutsätter alltså att vi koncentrerar oss på särskilt utvalda aspekter av ett objekt (ibid. s. 182-183) och kan med andra ord betraktas som det som vi för närvarande väljer att koncentrera oss på. En fråga som följer denna reflektionsgrund och som längre fram i texten skall problematiseras är: Vad är det för kunskapsföreställningar vi koncentrerar oss på när vi försöker att förstå och förklara depressionstillståndet?

Kunskapsföreställningar kommer delvis till uttryck genom individen, delvis indirekt genom institutioner i samhället, vars språkliga begrepp kan antas motsvara en rådande förståelse. Det är också med hjälp av begrepp som förståelsen av depressionstillståndet kan få fast form. Begreppet är nödvändigt för att det särskilda som beskrivs skall kunna existera på en allmän nivå, men är också begränsat i sin statiska beskrivning. Begreppet blir på så vis en statusmarkör för vår förståelse; både i betydelsen av hur långt vetenskapen har nått vid förståelsen av någonting särskilt, och i betydelsen av vad som bedöms vara viktigt i vår förståelse av det särskilda. *American Psychiatric Association* (förkortat ”APA” och utgivare av DSM) är en sådan begreppsdefinierande institution. Denna institution påverkar hur begreppet depression beskrivs och används i skilda sammanhang. En fråga som uppstår är hur mycket individen skall överta en institutions beskrivning av ett begrepp och i vilken utsträckning som individen skall förlita sig på sitt eget omdöme. I Hegels mening är det förvisso mer krävande att pröva sanningen i det särskilda genom eget tankearbete än att överlämna reflektionen till auktoriteter. Men för att ett framåtskridande skall ske kan människan varken förbli trogen kunskapsföreställningar som helt och hållet utgår från en rådande auktoritet, som i vårt fall APA, eller uteslutande förlita sig på individens omedelbara och egensinniga uppfattning. Varken den ena eller den andra renodlade hållningen tenderar att leda till förändring och ingendera innehåller en djuplodande prövning av begreppet.[13] Både individens subjektiva uppfattning och samhällets institutioner har viktiga roller i förståelsen av kunskapens framväxt och aktuella status, genom att den samlade individuella uppfattningen prövar motsättningarna i det begrepp som institutionerna har legitimerat och sanktionerat.

Att pröva det rådande begreppet (i det här fallet beskrivningen av depression) behöver inte betyda att det alltid går att ersätta begreppet med en mer komplex form, men det kan eventuellt belysa vilka begränsningar och svårigheter som psykiatrin och psykologin idag står inför. Att däremot endast välja mellan de givna alternativen inom en manual, är inte ett uttryck för en verklig strävan efter en ökad förståelse. Skillnaden mellan att å ena sidan identifiera begränsningarna och motsättningarna i de begrepp som existerar, och å andra sidan att okritiskt acceptera de givna valen, är avgörande. Genom att identifiera de rådande samhällsinstitutionernas begränsningar och acceptera deras påverkan på oss, öppnas möjligheten för att kunna överskrida samma begränsningar.

Det som exkluderas

Att någonting måste exkluderas tillhör uppbyggnaden av ett system med anspråk på att fungera praktiskt. Frågan är bara vad vi försakar, vid vilket historiskt skede det inträffar, vad som kännetecknar skedet och till syvende och sist varför. För varje exkluderande riskerar vi att nöja oss med den redovisade kunskapen om depressionen, alltså det som för stunden framträder för oss. Å ena sidan är det alltså eftersträvansvärt att exkludera så få aspekter av betydelse som möjligt, men å andra sidan av praktiska skäl näst intill en omöjlighet att inte exkludera någon eller några aspekter. Åtminstone skall det som är avgörande för en förståelse av depressionstillståndet inte exkluderas. Och dessutom bör en förklaring, eller åtminstone ett försök till förklaring, till det som exkluderas inkluderas i ett kvalificerat reflekterande.

Om depression har det skrivits tusentals och åter tusentals sidor. Alltså måste vi av praktiska skäl välja och därmed välja bort. Och vi har valt, och kommer i framtiden att fortsätta att välja. Att välja bort är också att välja. Till detta skall läggas att det är rimligt att anta att det ännu finns mycket vi inte känner till om depressionens väsen, vilket i än högre grad gäller dess orsaker. Vi famlar alltid till viss del i mörker. Men vi bör ringa in vad vi försöker att förstå och gränserna för vad vi tror oss förstå. När psykiatrin och psykologin föreställde sig vara på en annan plats än vad man idag tänker sig, inkluderades orsaker i diagnosmanualen. När man sedermera ansåg att förklaringarna till depressionen inte fullt ut räckte till, togs orsaksförklaringar bort och fokus ändrades till det som till synes verkade vara mindre komplicerat att identifiera: symtomen. Framsteget låg i att man insåg att man hade en begränsad förståelse av depressionen och i att man förstod svårigheterna i att konstruera ett allomfattande system för depressionstillståndets skilda aspekter. *Framsteget låg helt enkelt i ett erkännande av människans komplexitet*. Samtidigt som psykiatrin och psykologins vetenskapliga område insåg sin begränsade förståelse av depressionen, förstod man paradoxalt nog, ur en synpunkt, mer än vad man tidigare gjort. Man förstod att det man försökte förklara kunde man inte förklara. Man angav inga orsaker till depressionen och beskrev istället dess utmärkande drag. En fråga som relaterar till den första identifierade tendensen blir: Vad händer om det som inte inkluderas i en diagnosmanual, det vill säga det som vi inte har valt att koncentrera oss på, inte heller inkluderas i det kliniska rummet?

Depression och melankoli

Sigmund Freud, vars tankar om mänskligt lidande påverkade de två första utgåvorna av DSM i större utsträckning än de följande tre, skilde 1917 på sorg och melankoli (Freud (1917/2003)). För att undvika begreppsliga missförstånd är det väsentligt att känna till något om förhållandet mellan melankoli och depression. Melankoli är en term som historiskt har använts synonymt med endogen depression (Egidius (2008), s. 430), och härstammar från Hippokrates (460 - 370 f. Kr.) lära om ”kroppsvätskornas inre balans” (Freud (1917/2003), s. 211-212). Ordet kommer ursprungligen från grekiskans *melaina chole*, sedermera översatt till latinets *atra bilis*, med betydelsen *svart galla* (Jackson, *Melancholia and Depression* (1986), s. 6). Bruket av ordet depression fick ett större utrymme som ett begrepp för nedstämdhet inom medicinska kretsar först under 1700-talet (ibid. s. 5). Dess ordagranna ursprung härstammar från det latinska ordet *deprimere* (att trycka ner, engelska: to press down), *de* (down from) och *premere* (to press). I slutet av 1800-talet var det inte ovanligt att

depression och melankoli användes synonymt, vilket exempelvis visade sig i *Dictionary of Psychological Medicine* från 1892, där *mental depression* beskrevs som synonymt med *melancholia* (ibid. s. 6). Det går att betrakta 1904 års uppmaning av psykiatrikern Adolf Meyer (1866-1950), att uteslutande använda sig av begreppet depression, som ett uttryck för ett epistemologiskt brott. Vid detta skede rör sig de yrkesverksamma inom psykiatrin mot användandet av termen depression och bort från termen melankoli. Meyer baserade sin uppmaning på att beteckningen melankoli innefattade element som psykiatriker vid det historiska skedet inte kände till (ibid. s. 6). Även om det vid början av 1900-talet blev vanligare att använda sig av ordet depression, fanns det läkare som fortsatte att bruka beteckningen melankoli. En av dem var Sigmund Freud.

Freuds användning av ordet melankoli kan i vissa avseenden betraktas som identiskt med vårt nuvarande bruk av ordet depression[14], det vill säga en beskrivning av ett patologiskt nedstämt tillstånd, där både interna och externa faktorer påverkar individen. Freud skrev att det är genom medvetandegörandet av en förlust som ett sorgearbete kan äga rum. Sorg och melankoli påminner om varandra, men ett sorgearbete kräver ett identifierande av vad som har gått förlorat och en förståelse av förlustens innebörd. Melankolikern kan till skillnad från den sörjande inte medvetandegöra och bearbeta förlusten. Och framför allt kan inte melankolikern förstå innebörden av förlusten. En tomhet har installerat sig hos melankolikern. I sin idag över hundra år gamla text skriver Freud: ”… en objektförlust som undandragits medvetandet, till skillnad från vad som gäller för sorgen, där ingenting i förlusten är omedvetet” (Freud (1917/2003), s. 217). Sorgeprocessen är enligt Freud ett aktivt *arbete*, och inte förrän sorgearbetet är avslutat, kan jaget frigöras från de hämningar som sorgen genererar. Freud skriver: ”Men faktum är att jaget efter avslutat *sorgearbete* [undertecknads kursivering] åter blir fritt och ohämmat” (ibid. s. 217). Den sörjande är i en process av ett sorgearbete, medan melankolikern befinner sig i ett mer fastlåst tillstånd, vilket Freud hävdar att exempelvis den ihållande sömnlösheten hos melankolikern vittnar om.

Diskrepansen mellan det verkliga och det upplevda

Daniel Birnbaum och Anders Olsson (1992) skriver i sin essäbok *Den andra födan; en essäbok om melankoli och kannibalism* om den frågeställning som tas upp i denna text. Bokens titel används som en metafor för bearbetningen av sorg, som ofta sker genom att den sörjande försöker att sätta ord på en förlust. Genom att hänvisa till psykoanalytikern Julia Kristeva, lyfter de frågan om hur melankolins språk ser ut *innan* ett meningsfullt och lidande tal uttrycks. Ett sådant språk, hävdar Kristeva, präglas av en monotoni, upprepande formler och tallöshet. Den deprimerade personen är förstelnad och kan inte vare sig handla eller tala, och förlorar såväl tidsbegrepp som rumsbegrepp (Kristeva (1987), s. 45-46). Hon skriver om möjligheten att befria sig från ett förstelnat melankoliskt tillstånd, vars lidande förnekas, genom att försöka översätta detta ordlösa ”Ting” till ett meningsfullt symboliserande. En patient kan under en psykoanalytisk behandling återupprätta denna förmåga, menar Kristeva (ibid. s. 62-64). Hennes beskrivning av det melankoliska tillståndet skiljer sig delvis från Freuds, när hon betonar den ordlösa affekten hos melankolikern istället för det verbala självhatet (Freud (1917/2003), s. 219). Det utmärkande är ett tillstånd utan språklig förnyelse istället för den missriktade aggressiviteten gentemot sig själv. I Kristevas beskrivning saknas orden för det psykiska lidandet, i Freuds beskrivning är det psykiska lidandets orsak misskänd. I båda fallen är melankolin ett tillstånd vars språk inte adekvat lyckas symbolisera saknaden och förlusten. Birnbaum och Olsson (Birnbaum & Olsson (1992), s. 171) fortsätter i samma anda när de beskriver melankolikerns stil som ett ”bevarande genom nyskapelse”, om denne får just möjlighet att språksätta – att symbolisera – sitt lidande. Det då monotona och upprepande språket hos den deprimerade och/eller melankoliske omvandlas till en variation av det förlorade objektet, som på så vis varken glöms bort eller förnekas. Men det förlorade objektet låses inte heller fast i ett stillastående och upprepande språk som, enligt Kristeva, karaktäriserar melankolin och depressionen. Denna process skulle hos författaren kunna ske genom skrivandet, pekar Birnbaum och Olsson ut, men skulle också kunna tänkas ske hos patienten tillsammans med en lyhörd psykoanalytiker, psykiatriker, psykolog eller psykoterapeut.

Ett skrivande eller psykoterapeutiskt arbete som leder från ett deprimerat eller melankoliskt tillstånd till ett mer rörligt, dynamiskt och levande, innebär en förvandling. Frågan är om alla förvandlingar från det deprimerade eller melankoliska tillståndet är konstruktiva? Freud skriver (Freud (1917/2003), s. 225) om den illusoriska triumf över sorgen som manin utgör, där förvandlingen har skett men den patologiska kärnan icke desto mindre består. Här beskrivs manin som ett förnekande av sorgen utan bearbetning, och likställs med andra temporära tillstånd som exempelvis ett alkoholrus. Går det att finna likheter mellan denna illusoriska triumf som Freud påstår att manin utgör och en psykofarmakologisk behandling utan ett meningsfullt symboliserande av det psykiska lidandet? Det finns uppenbara skillnader men också likheter i försöket att förvandla ett lidande tillstånd utan att försöka sätta ord på tillståndet och på dess tänkbara orsaker. Manin, som bland annat karaktäriseras av en upphöjd aktivitet och ett förhöjt – agiterat – tal, men sällan av ett symboliskt sådant, har genom DSM:s historia betraktats som ett patologiskt tillstånd. En psykofarmakologisk behandling kan leda till en återgång till ett motoriskt fungerande, men inte nödvändigtvis, och kanske kan man till och med säga sällan, till ett meningsfullt symboliserande av det lidande och de konflikter som kan ha lett till det deprimerade och melankoliska tillståndet. *Bearbetningen* av övergången från det ena tillståndet till det andra överges i båda fall.

Behandlarens ansvar

Så, hur skulle man kunna tolka DSM-5:s syn på depression i förhållande till patientens och behandlarens *arbete*? Riskerar patienten att ledas bort från sitt sorgearbete med en behandlare som inte uppmuntrar till att söka efter att förstå och försöka att förklara? Finns det ett utrymme i DSM för sorg, om sorgearbetet kräver ett medvetandegörande av individens förlust och dess olika innebörder? Följande i DSM-5 tyder på att en omsorgsfull bedömning av patientens eventuella sorgetillstånd *bör* göras: ”Noggrann bedömning genomförs för att kunna skilja normal ledsnad och sorg från en depressiv episod.”[15] Finns det utrymme för patienten att pendla mellan ett aktivt sorgearbete och ett mer

fastlåst depressivt tillstånd – alltså en mer försonande inställning till sakernas tillstånd? Det finns ingenting i DSM-5 som tyder på att ett sådant pendlande inte är möjligt. Det är alltså upp till psykologen/psykiatrikern att göra återkommande bedömningar av individens tillstånd utan att fastna i en diagnos. En diagnosmanual varken kan eller bör försöka att en gång för alla bedöma enskilda individers tillstånd. Det är inte dess syfte. Det ansvaret ligger hos behandlaren. Ett ansvar som inte får glömmas bort. Ett ansvar som kräver mer arbete från psykologen/psykiatrikern och som också möjliggör för patienten att påbörja och fortsätta sitt sorgearbete. En behandlare som inte tar det ansvaret riskerar att passiviseras, och följaktligen blir risken betydande att även patienten görs passiv. Detta förhållningssätt riskerar att försvåra ett sorgearbete för en människa som söker hjälp att bearbeta en eller flera förluster. Det är väsentligt att en psykolog/psykiatriker ser bortom men inte för den skull bortser från det skrivna i DSM-5. Återigen blir frågan om hur behandlaren använder sig av en diagnosmanual det avgörande.

Freud och DSM-5

Intressant nog finns en väsentlig gemensam nämnare mellan Freuds distinktion mellan sorg och melankoli, och DSM-5:s fotnot om skillnaden mellan sorg och depression, när det kommer till patientens upplevelser. I DSM-5 kan man läsa följande: ”Hos den sörjande befinner sig tankarna hos den bortgångne medan den deprimerade i större utsträckning präglas av självkritik och sänkt självkänsla” (Mini-D 5, 2014, s. 83). Beskrivningen har likheter med Freuds formulering: ”Vid sorgen är det världen som blivit fattig och tom, vid melankolin är det jaget självt” (Freud (1917), ”Sorg och melankoli” (2003), s. 217). Sorgen fokuserar på den externa förlusten medan i depressionen och melankolin betonas de interna biologiska och psykologiska processerna. En avgörande skillnad ligger i, som tidigare nämnts, Freuds betoning av att medvetandegöra och förstå innebörden av det psykiska lidandet; att förstå den sörjandes förhållande till det förlorade objektet. Noterbart är även att essensen från Freuds beskrivning av melankolins symtom kvarstår i nära nog samtliga av DSM-5:s kriterier för depression: ”djupt smärtsam förstämning [DSM-5: nedstämdhet], förlust av intresse för yttervärlden [DSM-5: påtagligt minskat intresse av aktiviteter] och av förmågan att älska, hämning av all aktivitet [DSM-5: psykomotorisk hämning] och en nedsättning av självkänslan som yttrar sig i självförebråelser och bittert självklander och stegras till en ogrundad förväntan om straff [DSM-5: överdrivna skuldkänslor]” (Freud (1917/2003), s. 215-216). Ett sekel av olika psykologiska teorier verkar slutligen ha lett till att man, åtminstone delvis, har lyckats samlas kring en gemensam bedömning av depressionens yttringar. Något som kan vara värt att påminna om i tider av ofruktbar polemik mellan skilda teoretiska utgångspunkter, behandlingstraditioner och psykoterapeutiska skolor.

DSM och framtiden

DSM har sedan den första utgåvan redovisat ett ökat antal syndrom. Man har gått från 106 till 157 syndrom[16], och sidantalet har ökat från 130 till 992 sidor. Troligtvis finns det en gräns för manualens expanderande, i synnerhet om man får tro den tredje utgåvans klargörande att man av praktiska skäl måste avstå från att redovisa alla tänkbara orsaksförklaringar till de skilda syndromen (DSM-III (1980), s. 7). Man skulle hypotetiskt kunna tänka sig att varje människa får ett specifikt syndrom, vilket emellertid samtidigt skulle innebära att det inte längre är meningsfullt att tala om syndrom, eftersom det psykiatriska syndromet förutsätter att mer än en individ kan föras ihop med en annan med avseende på psykiskt lidande, psykiska symtom, psykopatologi och rekommenderad behandling. Å andra sidan, varje individ är unik och kräver ett specifikt bemötande och en individualiserad förståelse. Denna motsättning får oundvikligen konsekvenser. Konsekvenser som kanske inte fullt ut blir tydliga förrän vi befinner oss i den osäkra framtid som vi ibland alltför lättsinnigt siar om.

Så hur skall man betrakta DSM i dess nuvarande skepnad? Ett svar är att betrakta DSM som en praktisk förenkling av verkligheten, med möjligheter och begränsningar. Hegel talar om tabellförståndet som det synliga innehållet som inte fördjupar sig i saken. Risken med detta tabellförstånd är att den person som brukar det, inte alltid förstår att det endast är ett så kallat tabellförstånd. ”Detta [tabell]förstånd”, skriver Hegel, ”känner inte ens behov av en sådan insikt; annars skulle det upphöra med sitt schematiserande eller åtminstone inte ta det för mer än en innehållsförteckning” (Hegel (1807/2008), s. 89). Kanske kan man betrakta DSM som ett tabellförstånd i sig. Eventuellt nödvändigt för att identifiera psykologins aktuella tillstånd och fokus, men också nödvändigt av praktiska skäl (exempelvis för kommunikation mellan skilda yrkesutövare). Men vi får inte heller glömma att DSM kan bli begränsande och exkluderande. Av den anledningen är det också viktigt att varje yrkesutövare inom psykologins fält ägnar mer tid åt att reflektera över vad DSM väljer att inkludera, men även åt att förstå vad manualen exkluderar. Vilken typ av inkludering och vilken typ av exkludering det handlar om, blir en nyckelfråga. Ett sådant sätt att närma sig depressionen skulle innebära att yrkesutövare inom psykologins och psykiatrins fält tar DSM på allvar och inte använder manualen som en instruktionsbok, som skall följas till punkt och pricka.

En diagnosmanual kan vara av praktisk betydelse. Yrkesutövare måste i en specifik situation ha någonting greppbart att relatera till. Annars har den praktiska psykologin och psykiatrin ingen utgångspunkt utifrån vilken den kan göra gemensamma framsteg, det vill säga att fördjupa sin kunskap. I detta fall handlar det om fem (sju, om man inkluderar de reviderade upplagorna) publiceringar över en relativt kort tidsperiod (61 år). Och för att framsteg skall ske måste en verklig undersökning av vad som inte har inkluderats utföras, annars stagnerar kunskapen om depressionstillståndet. Den påminner då mer om det som Hegel beskriver som en ”utveckling [som] inte består i annat än en sådan upprepning av en och samma formel” (ibid. s. 65). Konsekvenserna av att inte försöka förstå de olika aspekterna är att utvecklingen fastnar, och då handlar det snarare om en skenbar utveckling.

Från orsaker till konkreta symtom

Även vid ett närmare betraktande av de konkretiserande kriterierna för depressionen går det att se olika för- och nackdelar. Å ena sidan kan nio olika kriterier upplevas vara en alltför varierande skara symtom för en och samma diagnos, men å andra

sidan begränsar DSM sig till just nio kriterier. Hegel skriver att en människa som inte finner sin plats inom ramen för det allmänt accepterade riskerar att göra sin upplevelse overklig: ”Den ensamma personen som träder emot alla; dessa alla utgör personens giltiga allmänhet, ty det enskilda som sådant är sant bara som allmän pluralitet av enskildhet; och avskilt från denna är det ensamma självet egentligen bara det overkliga, kraftlösa självet” (Hegel (1807/2008), s. 347-8). Risken blir att en individ endast kan bli deprimerad inom DSM:s upprättade gränser. Ett system som konkretiserar kriterier för symtom eller orsaker löper risken att utesluta individer som inte finner sin plats i samma system. Samtidigt kan det psykiatriska diagnossystemet inte heller inkludera minsta lilla symtom inom ramen för en depression. Ett system utan kategorier är inte längre ett system. Återigen ställs psykologin som ett praktiskt fungerande system mot förståelsen av den svårbegripliga människan. Det ena behöver inte nödvändigtvis utesluta det andra, men risken för förenkling är inte sällan överhängande.

En giltig gemensam diagnosmanual

En tredje tendens som identifierades vid genomgången av DSM:s historiska utveckling är hur dess tidiga prägling av psykodynamiska teorier övergick till ett perspektiv med ett utökat antal riskfaktorer. En av många frågor som måste ställas för att vi skall kunna fullfölja vårt försök att förstå depressionen är följande: Varför väljer psykologin en särskild lins framför en annan vid ett specifikt ögonblick i historien? Hegel skriver att ”[t]endensen är den blotta strävan som ännu saknar sin verklighet, och det nakna resultatet är det lik som tendensen lämnat bakom sig” (Hegel (1807/2008), s. 58). Kanske har psykologin och DSM vid skilda tidpunkter i historien funnit en verklighet som motsvarar tidens tendenser och vad man tänker sig vara vetenskapliga framsteg. Ibland har samtidens strävan ännu inte format sin verklighet. Att depressionens komplexitet är svår att förstå och utan vidare finner en plats i en diagnosmanual utesluter inte att man kan närma sig det psykiska lidandet och försöka förstå delar av en enskild individs orsaker till att utveckla ett depressionstillstånd. Detta gäller oavsett vilken teoretisk utgångspunkt den yrkesutövande än väljer. Biologiskt inriktade psykiatriker kan identifiera en tänkbar förklaring, KBT-orienterade psykologer en annan, psykodynamiskt tänkande behandlare en tredje, och företrädare för ytterligare andra teorigrunder en fjärde, femte och sjätte. Kanske ligger psykologins potentiella framtida framsteg i förmågan att inse varje aspekts förståelse av depressionstillståndet och samtidigt samlas kring en bred men giltig gemensam diagnosmanual. Frågan artikelförfattaren ställer sig är: Kommer detta att vara möjligt? Eller innehåller de skilda paradigmen inre olösliga och oförenliga motsättningar? Skulle svaret vara ja på den sistnämnda frågan, vore det än mer nödvändigt för yrkesutövare inom klinisk psykologi/psykiatri att reflektera över det som bedöms vara identifierbart men inte alltid möjligt att systematisera och/eller att förstå. Att reflektera över förhållandet mellan det enskilt signifikativa (det specifika) och den generaliserbara kunskapen (det allmänna), är avgörande inom klinisk psykologi. Denna frågeställning är relevant för alla teorier som tar sig an de så kallade psykopatologiska tillstånden.

Noter

1. 1918 trycks det första officiella amerikanska klassifikationssystemet, *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* av American Medico-Psychological Association (American Psychiatric Association sedan 1921), samma organisation som år 1952 skulle ge ut den första utgåvan av DSM. I den återfinns två förstämningssyndrom, ”Manic-depressive psychosis”(karaktäriseras av emotionell instabilitet med psykotiska inslag) och ”Involutional melancholia” (karaktäriseras av långsam utveckling av depressionen från medelåldern och framåt) (American Medico-Psychological Association *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* (1918), s. 23). Manualen var framför allt ämnad som vägledning för mentalsjukhusen i USA. (Jackson (1986), s. 217). I följande text avgränsas undersökningen av begreppet depression till DSM:s fem utgåvor mellan 1952 och 2013.
2. De två första utgåvorna beskriver även en depressionsform som inkluderar psykotiska symtom och som inordnas i en egen kategori under de psykotiska syndromen och benämns ”Affective reactions”.
3. DSM-I och DSM-II har inte översatts till svenska. DSM-III:s, DSM-IV:s samt DSM-5:s svenska översättningar är endast förkortade versioner av de engelska utgåvorna. Översättningar från engelska till svenska har därför gjorts av undertecknad med originalspråkscitat i fotnoter. Noterbart är dessutom att DSM valt att använda romerska siffror vid de första fyra utgåvorna, men för den femte och senaste, börjat använda sig av arabiska siffror, därav skrivs det DSM-5 i denna text och inte DSM-V. Från citat ur DSM-I: ”[DSM] attempts to make possible the gathering of data for future clarification of ideas concerning etiology, pathology, prognosis, and treatment in mental disorders.” (DSM-I, s. 9)
4. ”The anxiety in this reaction is allayed, and hence partially relieved, by depression and self-depreciation. The reaction is precipitated by a current situation, frequently by some loss sustained by the patient, and is often associated with a feeling of guilt for past failures or deeds. The degree of the reaction in such cases is dependent upon the intensity of the patient’s ambivalent feeling toward his loss (love, possession) as well as upon the realistic circumstances of the loss.” (DSM-I, s. 33)
5. ”This disorder is manifested by an excessive reaction of depression due to an internal conflict or to an identifiable event such as the loss of a love object or cherished possession.” (DSM-II, s. 40)
6. Affective Disorders har översatts till förstämningssyndrom i DSM-IV och rubriceras i DSM-5 med enbart depressiva syndrom.
7. ”Undoubtedly, with time, some of the disorders of unknown etiology will be found to have specific biological etiologies, others to have specific psychological causes, and still others to result mainly from a particular interplay of psychological, social and biological factors.” (DSM-III, s. 7)
8. ”The major justification for the generally atheoretical approach taken in DSM-III with regard to etiology is that the inclusion of etiological theories would be an obstacle to use of the manual by clinicians of varying theoretical orientations, since it would not be possible to present all reasonable etiological theories for each disorder.” (DSM-III, s. 7) Undertecknad använder ordet syndrom vid översättningen av det engelska begreppet “disorder”, en översättning som inte är självklar, men som är den översättning som den svenska utgåvan av DSM senare kommer att använda.
9. ”DSM-III provides specific diagnostic criteria as guides for making each diagnosis since such criteria enhance interjudge diagnostic reliability.” (DSM-III, s. 8)
10. Efter särskiljandet av begreppet neuros och syndromet depression i DSM-III, finner man dessutom i DSM-IV den anmärkningsvärda skillnaden att begreppet neuros inte längre nämns alls.

11. I DSM-IV (med svenska kortversionen Mini-D 4) och DSM-5 (Mini-D 5) är dessa nio kriterier identiska.
12. I denna text avgränsar sig undertecknad till Hegels *Andens fenomenologi* samt Charles Taylors *Hegel* som reflektionsgrund för hur en historisk utveckling kan ta form.
13. ”Att förbli inom menandet och fördomens system på grund av andras auktoritet eller av egen övertygelse skiljer sig endast åt genom den fåfänga som ligger i det senare.” Hegel (1807/2008), s. 106.
14. Viktigt att poängtera är att begreppet melankoli har fått en annan innebörd inom DSM och utgör en specifik form av depression, med distinkta kvalitativa skillnader i upplevelsen. Exempel på sådana kvalitativa skillnader är hur förmågan att känna glädje eller lust till stora delar eller helt har försvunnit, eller att ”nedstämdheten är genomgående värst på morgonen” (Mini-D 5, 2014, s. 94).
15. ”Careful consideration is given to the delineation of normal sadness and grief from a major depressive episode.” (DSM-5, s. 155)
16. Brev från APA till artikelförfattaren (2018-04-02): ”There are 157 specific mental disorders in DSM-5 (not including other specified and unspecified disorders)”. En ökning av antal syndrom med nästan 50 procent mellan åren 1952 och 2013.

Referenser

American Medico-Psychological Association, ”Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane” (1918), American Medico-Psychological Association, New York.

American Psychiatric Association, ”DSM-I” (1952), American Psychiatric Association, Washington.

American Psychiatric Association, ”DSM-II” (1968), American Psychiatric Association, Washington.

American Psychiatric Association, ”DSM-III” (1980), American Psychiatric Association, Washington.

American Psychiatric Association, ”DSM-IV” (1994), American Psychiatric Association, Washington.

American Psychiatric Association, ”DSM-5” (2013), American Psychiatric Association, Washington.

American Psychiatric Association, ”Mini-D 5” (2014), Pilgrim Press, Stockholm.

Birnbaum, Daniel & Olsson, Anders (1992), *Den andra födan*, Albert Bonniers Förlag, Uddevalla.

Egidius, Henry (2008), *Psykologilexikon*, Natur och Kultur, Stockholm.

Freud, Sigmund (1923), ”Neuros och psykos”, *Neuros och psykos. Småskrifter* (2001), Natur och Kultur, Stockholm.

Freud, Sigmund (1917), ”Sorg och melankoli”, *Metapsykologi* (2003), Natur och Kultur, Stockholm.

Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1807), *Andens fenomenologi* (2008), Thales, Stockholm.

Jackson, Stanley, W. (1986), *Melancholia and Depression*, Yale University Press, New Haven and London.

Kristeva, Julia (1987), *Soleil Noir: Dépression et mélancolie*, Gallimard, Paris.

Taylor, Charles (1986), *Hegel*, Symposion bokförlag, Stockholm.