

Inledning

I BÖRJAN AV 1980-TALET hade ungefär 5 procent av den svenska befolkningen en psykiatrisk diagnos. Just nu har minst 15 procent av befolkningen en diagnos och åtminstone 50 procent av oss kommer att få en sådan någon gång under våra liv.¹ Ökningen kan delvis förklaras med att fler söker vård när skammen över att lida av psykiska besvär mildras. Den kan också förklaras med att vi krympt vårt fönster för vad som utgör ett psykiskt friskt människoliv i ett samhälle byggt på prestation. De som är lite annorlunda har fått allt svårare att passa in – i skolan, på arbetsplatsen och på den samhälleliga arenan överhuvudtaget.

Normal kan betyda vanligt förekommande (statistiskt normal) eller moraliskt korrekt (den som inte är normal är då moraliskt defekt). Men när jag använder termen normal i den här boken avser jag innebörden psykiskt frisk, alltså utan någon psykiatrisk diagnos.² Svaret på frågan »Vem är normal?« har då kommit att bli »högst hälften«, vilket är anmärkningsvärt på många sätt och vis. Utvecklingen kallas ofta för medikalisering: läkare och medicinska forskare går utöver sitt egentliga uppdrag – att studera, bota och lindra sjukdomar – och ägnar sig åt frågor som egentligen inte har med hälso- och sjukvård att göra. De gör inte så med några onda avsikter, de är tvärtom angelägna om att försöka hjälpa så många patienter som möjligt – inklusive de som ännu inte har förstått att de borde söka vård. Och patienterna är i allmänhet med på tåget. Människor idag vill

snarare ha psykiatriska diagnoser än att försöka undkomma dem, vilket var regel förr i tiden. Patienter söker upp läkare och psykologer för att få veta om att de lider av den ena eller andra diagnosen som de hört talas om och som skulle erbjuda svar på deras livsproblem.

I den här boken vill jag försöka förklara hur vi hamnade här. Vad ligger bakom den snabba ökning som psykiatriska diagnoser har genomgått sedan 1980-talet? Handlar det verkligen om att antalet sjuka människor har ökat så kraftigt? Eller använder vi psykiatriska diagnoser för att tillfredsställa andra typer av mänskliga behov? Hur kan vi i så fall uppfylla de behoven med andra metoder och åtgärder än att ställa diagnoser?

Jag kommer att peka ut tre olika förklaringsmodeller för ökningen av diagnoser. Den biologiska modellen hävdar att vi har blivit bättre på att förstå och söka vård för de funktionsbrister som våra hjärnor drabbas av under livet, eller redan lider av från den dag när vi föds. Den sociologiska modellen menar att diagnosökningen beror på ett hårdare samhällsklimat med ett krympande intervall för det som är socialt accepterat, där en diagnos blir en entrébiljett för att kunna få hjälp med sina livsproblem. Och, slutligen, mitt eget förslag, den existentiella förklaringsmodellen, som visar att vi försöker använda psykiatriska diagnoser för att uppfylla mänskliga behov som egentligen handlar om bristen på livsmening. Meningen med livet handlar i diagnosernas fall om att uppnå moralisk skuldbefrielse, etablera en personlig identitet och söka efter anledningar till livsmisslyckanden som lindrar det existentiella lidandet. Det diagnostiska språket används eftersom det idag råder brist på andra sätt att förstå och försonas med det oundvikliga lidande som kännetecknar människolivet. Existensfilosofin kan erbjuda ett alternativ till den diagnostiska utvecklingen på den här punkten om den tas tillvara, inte bara inom hälso- och sjuk-

värden, utan också i samhället i stort där människor plågas av otillräcklighetskänslor, ångest och leda.

Det ligger en hel del i såväl den biologiska som den sociologiska förklaringsmodellen men den existentiella är underskattad om vi vill förstå vad psykiatriska diagnoser har förvandlats till i vår samtid. Jag kommer i viss utsträckning att kroka arm med både biologin och sociologin när jag lägger till mitt existentiella perspektiv. Vi är visserligen inte hjärnor – utan meningssökande människor – men hjärnan är en del av kroppen och dess funktionsbrister kan drabba oss lika hårt som när det blir fel på hjärtat, lungorna eller njurarna. Och existentiella projekt där människor söker efter livsmening äger alltid rum på samhällets spelplan där kampen om resurser och politiska orättvisor är realiteter som inte går att undkomma.

Existensfilosofi i en bred bemärkelse – som också innefattar religion och politiska trossatser – söker svar på frågor som »Vad är meningen med livet?» och »Vem är jag?». Frågorna kompletterar varandra i övertagandet och upprättandet av en meningskontext där individen inte bara förstår utan också känner meningen med sin egen existens – en mening som alltid måste gå utöver vetenskapliga undersökningar eftersom sådana aldrig kan lämna några existentiella svar. Vad är egentligen meningen med livet bortom prestationer och lustkänslor? Vem är jag bortom de roller som jag spelar i sociala sammanhang?³ Det är de existentiella frågor som söker svar. Om man inte tror att det finns några djupare svar på frågorna om livsmening och personlig identitet så är det också en filosofisk position. Men det är inte många människor som kan leva enligt det receptet utan att må illa i längden.

Jag kommer att fördjupa det existentiella perspektivet i boken och koppla det till hur de psykiatriska diagnoser som genomgått kraftiga ökningar tillhandahåller vad som *verkar* vara

svar på existentiella frågor, men som egentligen är dimridåer. Redan här är det viktigt att påpeka att min analys *inte* går ut på att psykiatriska diagnoser som sådana skulle vara något påhitt. Psykiatriska diagnoser är lika verkliga som kroppsliga, så kallade *somatiska*, diagnoser på så sätt att de bygger på hypoteser om kroppsliga funktionsbrister, i detta fall kopplade till hjärnan. Men, som jag kommer att förklara, har vi i nuläget inte tillgång till några medicinska teknologier eller biologiska test med vars hjälp vi kan fastställa hjärnans dysfunktioner. All psykiatrisk diagnostik sker med utgångspunkt i patientens upplevelser och handlingar i den vardagsvärld som hen delar med oss andra, inklusive läkaren och psykologen.

Psykiatriska diagnoser som ställs på grundval av symptom och beteenden – plågsamma känslor och oförmågor – och inte genom några biologiska värden blir i hög grad tolkningsberoende och avhängiga av kulturella processer. Många diagnoser har kommit att leva ett eget liv i samhället som läkarna inte längre har någon makt över. Sådana diagnoser kan liknas vid kometer med mindre eller större svansar.⁴ De lyser upp natt-himlen – vår kultur – och syns tydligt för alla som tittar på. De drar till sig människor som identifierar sitt lidande med de symptom som gäller som typiska för tillståndet i fråga och som söker efter existentiell bekräftelse och hjälp med sina livsproblem. Diagnoser har precis som kometer stor lys- och dragningskraft.

När läkare ställer diagnoser på grundval av symptom och antaganden i stället för medicinskt fastställd orsak får vi alltid en stor spridning i gruppen av patienter som diagnostiseras. De som utgör kärnan av en komet har många och svåra symptom och oförmågor medan de som befinner sig längre ut i svansen har färre och lättare besvär. Det är själva spelreglerna för en symptombaserad diagnos. Men det är likväl olyckligt

när kometerna blir så lyskraftiga att de samlar på sig allsköns mänskligt lidande som inte har med sjukdom att göra. Dragningkraften är mycket stark eftersom den medicinska diagnosen blir verklighetsgörande. Om du får en diagnos fungerar det som ett intyg på att ditt lidande är *på riktigt*. Det är inte längre ett problem som handlar om personliga tillkortakommanden som du bär ansvar för eller som måste lösas med hjälp av psykosociala åtgärder.

I Sverige och andra västländer håller vetenskapen på att bli den enda instans i samhället som kan göra mänskligt lidande legitimt och skuldbefriat på det här sättet. Det innebär naturligtvis inte att andra former av mänskligt lidande än sjukdomslidande – vardagslidande och existentiellt lidande är de exempel som jag kommer att ta upp i boken – inte är på riktigt, det är de ju utan tvekan, men de *räknas* liksom inte i jämförelse med det lidande som medicinen har försett med sin verklighetsgörande stämpel. Här ryms också de återkommande larmen i medier om att den »psykiska ohälsan« har ökat, det är ytterligare ett sätt att tematisera mänskliga livsproblem med ett medicinskt språk. Termen är hopplöst vag, det vore mycket bättre att prata om vardagligt och existentiellt lidande i stället när vi avser något annat än sjukdomstillstånd.

Min analys av hur svansarna har blivit för stora på de psykiatriska diagnoser som jag undersöker förnekar alltså inte att de alla har en hyfsat stor kärna och alltid med nödvändighet åtminstone en liten svans. De måste ha en svans eftersom de ställs på symptombasis där någon exakt gräns mellan det sjuka och friska människolivets inte går att dra. Med hjälp av det existentiella perspektivet kan vi se hur en stor del av det lidande som sugs upp av kometerna egentligen inte handlar om psykiatriska tillstånd. Vi kan låtsas att det förhåller sig så och många olika aktörer – inklusive de människor som diagnostiseras – kan ha

ett starkt intresse av att vidmakthålla illusionen, åtminstone i det korta perspektivet. Men i längden har de flesta något att förlora på att nästan ingen längre är normal. Inte minst har vi alla som mänskliga individer, som strävar efter ett gott liv, och även den gemenskap som samhället borde vara, åtskilligt att förlora på att medikaliseringen av den existentiella nöden fortsätter.

Dispositionen av boken är som följer. I första kapitlet redogör jag för den kraftiga ökning av antalet psykiatriska diagnoser som har ägt rum sedan början av 1980-talet och utvecklar de tre förklaringsmodeller som jag namngav ovan: den biologiska, den sociologiska och den existentiella förklaringsmodellen. Jag utvecklar också en teori om mänskligt lidande som kroppsligt, vardagligt eller existentiellt till sin natur, och om hur gränsen för det normala bör fastställas i psykiatrins fall. I kapitel två gör jag sedan en historisk utveckling där jag kartlägger framväxten av den moderna diagnostiska psykiatrin och presenterar den viktigaste psykiatriska diagnosmanualen DSM, som ges ut av den amerikanska psykiatriska föreningen (American Psychiatric Association, APA). Jag tar sedan depression som ett exempel på hur diagnoskriterierna har tänjts ut sedan 1980 när DSM-III gavs ut. Tidpunkten sammanfaller med genomslaget för politiska rörelser som sätter individen i stället för traditionen eller kollektivet i centrum, vilket inte är oväsentligt från det existentiella perspektivet.

I kapitel tre diskuterar jag utvecklingen av neuropsykiatriska (NPF-) diagnoser och hur den är kopplad till sökandet efter personlig identitet och behovet av att undkomma skuld för livsmisslyckanden. Ökningen har möjliggjorts genom en omläggning av barn- och ungdomspsykiatrin till ett slags klassificeringsindustri som är problematisk på många sätt och vis. Den analysen fördjupas sedan i fjärde kapitlet där jag visar

att den kraftiga ökningen av ADHD och autism (även benämnt AST, som betyder autismspektrumtillstånd) sedan 25 år tillbaka i Sverige – och tidigare än så i USA – är relaterad till en minskning av en annan typ av diagnoser: personlighetsstörningar. Ökningen respektive minskningen är logisk så till vida att NPF-diagnoser lindrar den moraliska skuld som personlighetsstörningarna i stället bygger på.

Kapitel fem tar sig an ansvaret för egna handlingar och diagnoser som artikulerar beroenden med tvångsmässiga beteenden. Beroendetillstånden har rört sig från kemiska beroenden – alkohol, narkotika, nikotin – till beteendeberoenden – spel om pengar, shopping, arbete, träning, sex, sociala medier och dataspel – och detta antyder en försvagning av ansvaret för egna handlingar. Är denna expansion rimlig eller bygger den i själva verket på ett existentiellt behov av att undkomma moraliskt ansvar som är typisk för vår samtid? Kapitel sex utvecklar sedan det existentiella behovet av befrielse från ansvar genom att ta upp två diagnoser som bygger på att skulden läggs på någon annan eller annat: posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och utmattningssyndrom. När det gäller PTSD förflyttas ansvaret till en annan person – förövaren – och med utmattningssyndrom får hela samhällsklimatet tjäna som syndabock. I bägge fallen kopplas diagnostiserandet och rehabiliteringen till livsmanus: kulturella narrativ för hur man drabbas av, lever med och förhoppningsvis återhämtar sig från PTSD respektive utmattningssyndrom.

I bokens sjunde kapitel fördjupar jag reflektionen kring existentiellt lidande för att se om det finns andra sätt att lida på och utvecklas som människa än att erhålla psykiatriska diagnoser. Svaret är positivt men det går inte via expansioner av hälsobegreppet i form av begrepp som psykisk eller existentiell (o)hälsa. I stället utvecklar jag andra begrepp och diskuterar

vad det innebär att etablera livsmening och vilka åtgärder som behövs för att människor ska kunna känna sig hemmastadda i livet utan psykiatriska diagnoser. Sist i boken finns det också ett appendix som listar olika utgåvor av psykiatriska diagnosmanualer med sammanfattande upplysningar som kan vara bra att ha till hands under läsningens gång.

Diagnoseexplosionen och tre olika förklaringsmodeller

DET ÄR SVÅRT att veta exakt hur många i Sverige som har en psykiatrisk diagnos. De flesta psykiatriska diagnoser ställs nämligen i primärvården som inte omfattas av statistiken på något enkelt avläsbart sätt. Baserat på Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och riktlinjer för olika diagnoser, Folkhälsomyndighetens undersökningar, samt statistik över sjukskrivningar från Försäkringskassan är en rimlig uppskattning att minst 15 procent av svenskarna i nuläget har en psykiatrisk diagnos och att åtminstone 50 procent någon gång i livet kommer att få en. Är det höga siffror? Det beror på hur man tänker kring vad psykiatriska diagnoser i grunden är för något. Ja, skulle nog många säga, det verkar ställas alldeles för många psykiatriska diagnoser idag. Det rör sig förmodligen inte om medicinska problem utan snarare om andra saker i livet som har gått fel. Inte alls, skulle andra invända, det är inte konstigare att få en psykiatrisk diagnos än att drabbas av högt blodtryck, kronisk smärta, cancer, migrän eller diabetes.

När forskare eller journalister skriver om prevalensen för (förekomsten av) psykiatriska diagnoser är det några saker som är viktiga att hålla isär. Prevalensen hänvisar som regel till hur många procent av befolkningen som har fått en viss diagnos

ställd på sig vid en viss tidpunkt, vilket kallas för *punktprevalens*. *Livstidsprevalens* hänvisar i stället till hur många som någon gång under sin livstid kommer att få diagnosen ställd på sig. Det är också vanligt att tala om *uppskattad* prevalens för en diagnos. Då handlar det om hur många procent av befolkningen som borde ha fått diagnosen men som kanske inte har fått den eftersom alla inte har sökt vård. Uppskattad prevalens bygger på forskningsstudier av statistiska urval. Om jag inte säger något annat är det punktprevalens som gäller för procenttalen som anges i den här boken, inte uppskattad prevalens.

Vi använder vanligtvis inte uttrycket »psyisk sjukdom« i Sverige för att inte i onödan stigmatisera den som får en diagnos. (Ordet *stigma* går tillbaka på det grekiska ordet för brännmärkning, en stämpel som kunde sättas på någon för att straffa och markera att personen hörde till en utstött grupp.) Ett viktigt undantag är psykosjukdomarna – som schizofreni – men de tillhör den grupp av diagnoser som inte har ökat nämnvärt i omfattning under senare tid. En annan typ av diagnoser som inte har ökat utan i stället har *minskat* i omfattning är personlighetsstörningarna, som numera kallas för personlighetssyndrom, även här i syfte att undvika stigma. Annars har nästan alla psykiatriska diagnoser växt till sig under senare år och flera av dem på ett lavinartat sätt.¹ De som jag kommer att ta upp särskilt i den här boken är depression, ADHD, autism, generaliserat ångestsyndrom (GAD), bipolaritet, beroendetillstånd, PTSD och utmattningssyndrom.

Vad är en diagnos?

En psykiatrisk diagnos pekar ut ett medicinskt tillstånd. Den term som används på engelska inom psykiatrin är vanligtvis inte *mental illness* utan *mental disorder*, som bäst översätts till »psykisk störning«. Inte heller det begreppet är som sagt oproblematiskt på svenska. I översättningen av de två största psykiatriska diagnosmanualerna i världen – DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, som ges ut av den amerikanska psykiatriska föreningen (APA)) och ICD (en förkortning av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, som ges ut av Världshälsoorganisationen (WHO)) – har svenska psykiatriker oftast valt termer som »syndrom« eller »funktionsnedsättning« med argumentet att »psykisk störning« just som »psykisk sjukdom« har en alltför negativ klang.² Men hänsynsfullheten spelar mindre roll för frågan om vad orden beskriver i verkligheten. Precis som i fallet med diabetes eller cancer borde väl en fastställd depression eller ADHD-diagnos betyda att det föreligger en biologisk *funktionsbrist* i kroppen? Närmare bestämt i hjärnan på patienten. Hur ska vi annars förstå diagnosen som en avvikelse från den friska normen? Psykiatriska tillstånd är ju lika verkliga som somatiska sjukdomar. Den överdrivna nedstämdheten och ångesten, respektive svårigheten att koncentrera och behärska sig, förutsätts ha en biokemisk grund även om vi inte använder etiketten sjukdom.³

Det är normalitet i medicinsk mening som jag intresserar mig för i den här boken. Normal betyder alltså frisk och onormal sjuk om ingenting annat anges. Begreppet normal kan också användas med statistisk eller moralisk betydelse och det sistnämnda är ofta fallet när man talar om *medikalisering* som en process som stigmatiserar människor. Typexemplet vore Michel

Foucaults och Erving Goffmans antaganden redan på 1960-talet om psykiatriska diagnoser som etiketter för maktutövning: de som diagnostiseras är då egentligen inte sjuka utan politiskt förtryckta. Idag har utvecklingen rört sig ifrån ett sådant »antipsykiatriskt« synsätt i takt med att personer söker efter och vill ha psykiatriska diagnoser snarare än att försöka undkomma dem.⁴

Diagnoseexplosionen

Antalet personer med diagnosen depression i Sverige och andra västländer har mångdubblats i jämförelse med slutet av 1970-talet. I dagsläget har runt 4 procent av befolkningen en depressionsdiagnos och ungefär lika många har en ångestdiagnos.⁵ Diagnoskriterierna för depression ändrades 1980 med den tredje utgåvan av diagnosmanualen DSM och i slutet av 1980-talet började nya mediciner för behandling av depression marknadsföras i USA och snart också i Sverige, så kallade SSRI-preparat (serotoninåterupptagshämmare). Läkarna hade nu något handfast att behandla inte bara svåra utan också lättare symptom med, och det gjorde dem mycket mer benägna att ställa diagnosen depression och även ångestdiagnoser.⁶ Läkemedelsindustrin har varit med och format den nya psykiatriska diagnostiken sedan DSM-III såg dagens ljus 1980, men framför allt har bolagen varit extremt skickliga på att anpassa sig till de ändringar och tillägg av diagnoskriterier som gjorts i de olika uppdateringarna av manualen. De psykiatriker och forskare som tagit fram DSM har ofta haft välbetalda uppdrag för läkemedelsbolag och varit positivt inställda till läkemedelsbehandling vilket utan tvekan drivit på diagnosinflationen. Men det är som vi ska se långt ifrån den enda förklaringen till utvecklingen.

Den mest omtalade ökningen av psykiatriska diagnoser rör

ADHD och autism (AST), främst bland barn och unga, som i sanning varit explosiv. ADHD och autism kallas för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF-diagnoser) just för att undvika stigmat som är kopplat till psykisk sjukdom. Med reservation för att statistiken är svår att sammanställa så hade minst 250 000 personer i Sverige en ADHD-diagnos 2023 och bland barn i grundskolan är det nu så många som 8 procent, vilket Socialstyrelsen tror kommer att öka till 13 procent innan utvecklingen planar ut.⁷ Fler än 200 000 av dessa tar ADHD-medicin för sina besvär, vilket är den högsta siffran per invånare i hela Europa. I Sverige förskrivs dubbelt så mycket ADHD-medicin per invånare som i Finland, fem gånger så mycket som i Tyskland och mer än 20 gånger så mycket som i Frankrike.⁸ Det är bara USA som har högre siffror än Sverige och som vi ska se var det också just där som utvecklingen inleddes på 1980-talet.

År 2023 hade 155 000 personer i Sverige fått en autismdiagnos som ett resultat av en ännu snabbare ökning än den som ägt rum med ADHD. ADHD-kurvan började peka brant uppåt redan kring sekelskiftet medan den stora ökningen av autismdiagnoser dröjde till 2010.⁹ I bägge fallen är det siffrorna för flickor och unga kvinnor som stått för de kraftigaste ökningarna, uppemot 200 procent ökning för ADHD och inte mindre än 600 procent för autism sedan 2010. Om vi lägger ihop siffrorna och tar höjd för lite samsjuklighet (det går att få bägge diagnoserna), samt lägger till att diagnoserna fortsatt att öka sedan 2023, så landar vi i att minst 400 000 personer i Sverige idag har en så kallad NPF-diagnos. Bland barn och unga i skolåldern är prevalensen runt 13 procent om man lägger ihop diagnoserna. Och det kommer att bli betydligt fler än så framöver om inte diagnoskriterierna skärps eller ADHD och autism blir mindre attraktiva som resursgenererande och identitetsskapande etiketter i vårt samhälle.

Den biologiska modellen

Vi kan urskilja åtminstone tre olika förklaringar till den ökning av antalet psykiatriska diagnoser som har ägt rum sedan 1980-talet, en ökning som motsvarar flera hundra procent inte bara i Sverige utan i de flesta västländer. Jag kommer att kalla dem för den biologiska, den sociologiska och den existentiella förklaringsmodellen. Den sistnämnda är mitt eget påfund medan de två andra är väletablerade kombattanter i samhällsdebatten om psykiatriska diagnoser.

Den biologiska förklaringsmodellen hävdar att diagnosökningen beror på att medicinska forskare i takt med att de har vunnit kunskap om hur hjärnan fungerar insett att det inte är konstigare att ha en psykiatrisk diagnos än en somatisk diagnos. Stigmat som varit kopplat till psykisk sjukdom har försvagats när nya ord som syndrom och funktionsnedsättning kommit att användas, vilket har gjort att fler personer söker vård för sina psykiska besvär. Och framtagandet av nya mediciner har lett till att läkarna kan lindra det lidande som de psykiatriska tillstånden förorsakar. Om läkare har något som de tror hjälper mot en medicinsk diagnos så kommer de att ställa den åtskilligt oftare, det närmast följer av själva läkarrollen: att vara den som vet och gör något åt patientens besvär.

Den biologiska modellen har fått stort inflytande och det verkar också helt rimligt att ställandet av psykiatriska diagnoser borde ha något med hjärnans (dys)funktioner att göra. Men det finns invändningar. Forskarna har trots att de nu känner till mycket mer om hur hjärnan fungerar inte lyckats hitta de funktionsbrister som skulle orsaka psykiatriska tillstånd. Mängder av gener som medför förhöjd risk för att insjukna i olika diagnoser har identifierats, men nästan alltid i termer av promille eller bråkdelar av promille snarare än procent.

Hjärnor från psykiatriska patienter granskas, inte bara efter döden utan också med hjälp av magnetkamera när patienterna fortfarande lever, i jakt på minskad eller ökad aktivitet i olika delar. Men eftersom det man letar efter förmodligen består av försvagade eller förstärkta förbindelser mellan delar av hjärnan och förändringar på synapsnivå så är resultatet så långt magert. (Synapsen är spalten mellan nervcellernas respektive utskott där den elektrokemiska signalen förmedlas av signalsubstanser och receptorer.) Det är också svårt att veta vad som från början har orsakat besvären och vilka förändringar som beror på själva sjukdomsförloppet och inte är effekter av psykofarmaka som patienterna har behandlats med.

Verkningseffekter av läkemedel är annars det starkaste stöd som den biologiska modellen har att anföra. De nya antidepressiva mediciner som lanserades i slutet av 1980-talet betraktades länge som ett indirekt bevis för att mängder av personer led av en depression eller ett ångestsyndrom som ingen tidigare hade uppmärksammat. Eftersom depression med denna förändring kom att bli ett så vanligt tillstånd kallade bolagen de nya läkemedlen – populärt kända under varumärken som Prozac, Cipramil eller Zoloft – för »antidepressiva« mediciner trots att de egentligen var bättre på att lindra ångest än klassisk djup depression.¹⁰ När det sedan kom ytterligare antidepressiva preparat med lite andra verkningsmekanismer under 1990- och 2000-talet verkade portarna öppna sig mot en framtid med miljontals nya patienter som kunde behandlas. Lägg till detta läkemedel för en snabbt ökande grupp av barn och ungdomar med ADHD-diagnos samt andra nya psykofarmaka och vi ser en av huvudanledningarna till den stora ökningen av antalet psykiatriska diagnoser.

Problemet är att den ökande förskrivningen inte innebär ett tillförlitligt belägg för att den biologiska modellen stämmer, av åtminstone två olika anledningar. För det första har stora

sammanställningar av studier av antidepressiva mediciner visat att de i genomsnitt har en svag effekt om man jämför med placebo.¹¹ Det kan bero på att hjärnan anpassar sig och reglerar upp återupptaget av serotonin och andra signalsubstanser, vilket leder till minskad effekt om inte dosen av medicinen ökas. Sådana förändringar av synapsernas kemi kan i sin tur leda till betydande abstinensbesvär om patienten försöker sluta med medicinen, särskilt om det sker abrupt. Att medicinerna har svaga effekter i genomsnitt hindrar inte att de kan ha väl så starka effekter för vissa patienter, särskilt de som lider av svårare depressionssymptom eller ångestsyndrom.

För det andra kan inte de goda effekterna av antidepressiva mediciner när de fungerar – minskad oro och nedstämdhet, bättre sömn, ett mer stabilt känsloliv, bättre självförtroende – i sig själva tolkas som att forskarna identifierat en eller flera funktionsbrister i hjärnan. Att det är möjligt att slipa av känslolivets toppar och dalar och få en lugnare personlighetsprofil med ett läkemedel är inte samma sak som att en sjukdom har behandlats. Våra personlighetsdrag och läggningar blir inte automatiskt sjukliga för att vi kan påverka dem på kemisk väg.¹² Om vi ska tolka effekten på det sättet behöver vi mer än så, nämligen en beskrivning av vad funktionsbristerna består i på en biologisk nivå. Och det har vi inte, åtminstone inte än så länge.

Depression eller ångestsyndrom beror inte bara på brist på serotonin eller någon annan signalsubstans i hjärnans synapser, det är forskarna idag eniga om. Dessutom har de antidepressiva medicinerna biverkningar för många patienter, som överkligetskänslor, ångest, huvudvärk, magproblem, sömnsvårigheter, minskad sexlust och oförmåga till orgasm. Det kan alltså variera väldigt mycket mellan olika deprimerade patienter dels om läkemedlet har en kännbar effekt eller inte, dels om denna effekt upplevs som positiv eller negativ.

Sammanfattningsvis är framlagda biologiska förklaringar av orsaker till psykiatriska diagnoser i termer av hjärnans funktioner intressanta, men problemet är att de i regel inte står på en solid grund när det gäller att identifiera dysfunktionerna i fråga. De ökade kunskaperna om hjärnan kan därför inte tas som intäkt för att diagnosökningen är berättigad.

Den sociologiska modellen

En helt annorlunda förklaring till ökningen av psykiatriska diagnoser erbjuder den sociologiska modellen. Det som ligger bakom ökningen är med sociologiska ögon inte funktionsbrister i hjärnan utan ett allt tuffare samhälle med ökad konkurrens och minskad tolerans för svaghet och avvikande beteenden.¹³ Det ligger en hel del i detta men frågan är vad vi i grunden menar med ett tuffare samhälle. Handlar det om fattigdom och social utsatthet eller om helt andra saker?

Även om det går att peka på ökad arbetslöshet och nedmontering av sociala skyddsnät i Sverige sedan början av 1990-talet har de genomsnittliga inkomsterna och tillgångarna under samma tidsrymd också ökat kraftigt. De som inte arbetar eller tjänar minst har inte fått det så värst mycket bättre ekonomiskt, som alla övriga svenskar har, men de har inte heller fått det sämre än tidigare. Inte heller har medicinsk vård och social omsorg försämrats nämnvärt under samma tid även om de för närvarande lider under ökad administration och dålig organisation. Vi är rikare och mer välförsedda än någonsin och ändå verkar vi må mycket sämre än tidigare.

Att livsvillkoren har blivit tuffare kan alltså inte betyda att vi har blivit mer ekonomiskt nödlidande, det är snarare *uppfattningarna* om vad som är ett tillräckligt gott liv som har

förändrats. Arbetslivet och privatlivet har också blivit stressigare genom digitaliseringen och en mer marknadsstyrd logik. Varje människa har blivit som ett litet företag som kontinuerligt måste arbeta på sin egen konkurrenskraft och ackumulera olika former av kapital – utbildning, arbete, fritid, utseende, boende, resor, vänkretsen, politiskt engagemang – allt ska visas upp i kraftmätningen med andra. Vi mäter vårt värde och vår lycka genom jämförelsen med andra människor och i den konkurrensen förlorar de flesta eftersom man snarare sneglar uppåt än nedåt i samhällspyramiden. Den yta som byggs upp i det digitala landskapet genom sociala medier har allt mindre med verkliga omständigheter att göra vilket plågar de som inte klarar av att leva upp till en sådan standard. Innan det digitala landskapet existerade jämförde vi oss främst med de som befann sig i vår fysiska närhet eller tillhörde vår egen samhällsklass vilket gav ett bättre utfall.

Om den sociologiska modellen tolkas i termer av värderingsförändringar snarare än materiella förändringar så ligger det en hel del i den. Men att samhället i form av förändrade sociala roller och förväntningar på livet skulle göra oss sjukare än förut verkar ändå konstigt. Visst kan stress leda till många olika typer av sjukdomstillstånd, däribland psykiatriska, men att vår tids stressfaktorer – det digitala livet i kombination med en mer hänsynslös konkurrensutsättning – skulle göra oss så mycket sjukare än gårdagens människor verkar ändå märkligt. Att de gör oss olyckligare på många sätt och vis verkar vara en helt rimlig analys men knappast sjukare.

Den sociologiska modellen kan användas antingen för att hävda att diagnosökningen innebär att fler människor blivit sjuka när samhället har ändrats – även om vi använder ord som syndrom eller funktionsnedsättning för att undvika stigmatisering. Eller för att hävda att diagnosökningen inneburit en

medikalisering i meningen att de som nu diagnostiseras inte är sjuka på riktigt utan egentligen är utsatta för ett slags politiskt förtryck. Exakt hur vi ska förstå förtryckets verkningsmekanismer är lite oklart men makt och orättvisa blir alltid nyckelbegrepp i uttolkningar av den sociologiska modellen. Här ingår också att olika aktörer kan ha ett direkt ekonomiskt intresse av att etablera nya psykiatriska diagnoser eller expandera de diagnoser som redan finns. De tydligaste exemplen är läkemedelsbolagen och företag som utreder och ställer psykiatriska diagnoser.

Den existentiella modellen

Vi får med jämna mellanrum höra i medierna att den »psykiska ohälsan« har ökat i Sverige. Det kan handla om sjukskrivningar för stress och utmattning, ungdomar med självskadebeteende, skolbarn med huvudvärk eller deprimerade gamlingar på äldreboenden. Påfallande ofta nämns unga kvinnor som en särskilt sårbar grupp i sammanhanget och livsomständigheter kopplade till sociala medier och det digitala arbetslivet lyfts fram som bovar i dramat.¹⁴ Psykisk ohälsa är ett luddigt begrepp, det kan betyda allt från en fastställd psykiatrisk diagnos till nedstämdhet, utmattning, huvudvärk, ont i magen eller känslor av oro och misslyckande i livet. En viktig förändring som har ägt rum under senare tid är att människor i allmänhet har blivit mer *uppmärksamma* på sitt mående. Att svenskarna blivit mer uppmärksamma på sitt psykiska mående och ibland själva misstänker att de har en psykiatrisk diagnos beror naturligtvis på att de läser, hör eller får frågor om hur de känner sig som kläs i medicinska termer. Psykiatriska diagnoser är ett hett tema i vår samtid och forskare och politiker talar ofta om hur viktigt det

är att upptäcka, behandla eller förebygga saker som depression, ADHD eller utmattningssyndrom. Presumptiva patienter och deras föräldrar lyssnar, känner efter och begrundar om inte de eller deras barn trots allt borde ha en diagnos för att kunna få bättre styr på sina liv.

Det har under senare år blivit allt vanligare att inte bara prata om psykisk (o)hälsa utan också om andlig, existentiell eller filosofisk hälsa.¹⁵ Jag ska återkomma till vad det kan betyda mer exakt men huvudtanken är att hälsa kräver betydligt mer än att vara fri från biologiska funktionsbrister. Att vara vid existentiell hälsa förutsätter att man känner mening med livet och detta tänks också göra en människa mer stabil på så sätt att hon kan klara av livsutmaningar utan att bli sjuk.

Min hypotes, som jag kommer att utveckla i den här boken, är att det som har ökat och blivit svårare att hantera inte är den psykiska eller existentiella ohälsan – vad de nu skulle bestå i – utan det *existentiella lidandet*.¹⁶ Låt oss kalla denna tredje förklaringsmodell till diagnosutvecklingen för den existentiella modellen. Vi har i Sverige och andra rika delar av världen successivt blivit bättre på att förebygga och behandla kroppsliga sjukdomar och även lyckats undvika den värsta materiella nöden för våra medborgare. Det som vi inte har lyckats få bukt med, och som gör sig påmint när vår uppmärksamhet inte längre vänds mot kroppens smärtor eller akuta problem i vardagen, är det existentiella lidandet. Det som har ökat är alltså vår oro och osäkerhet inför existentiella frågor som inte har några objektiva svar eller direkta lösningar.

Eftersom religion och filosofi inte längre har någon etablerad plats i svenskarnas liv försöker vi i stället besvara de existentiella frågorna i form av psykiatriska diagnoser: »Jag är en sådan som lider av ADHD« (eller någon annan diagnos).¹⁷ Begrepp som inte är diagnostiska i sträng mening hämtas från psykologiska

teorier, till exempel »utbränd«, »introvert« eller »högkänslig«, och blandas upp med den diagnostiska vokabulären i sökandet efter identitet. Vi använder diagnostiska begrepp och teorier för att bättre kunna hantera den existentiella ångest som egentligen kräver andra svar. Psykiatriska diagnoser har alltså blivit ett sätt att ta sig an frågor som handlar om vem jag är – min identitet – och varför det är så svårt för mig att få styr på tillvaron. Varför misslyckas jag gång på gång med mina livsprojekt och relationer? Varför hinner jag inte med det jag ska göra på jobbet och hemma? Varför är jag så osäker på mig själv? Varför tycker jag inte att livet är roligt längre? Kan det bero på att jag har en diagnos?

Med en diagnos får många av de existentiella frågorna som jag brottats med ett svar, eller i alla fall verkar det så. Genom diagnosen blir problemen *verkliga, på riktigt*, inte bara något diffust livsrelaterat som jag själv har skuld för. Det är inte längre mitt fel, utan diagnosens, att jag inte lyckas få ihop livet. Min hjärna fungerar nämligen inte som den ska. Kanske är det också samhällets fel att jag mår dåligt eftersom det inte är byggt för sådana med min diagnos. Och mediciner kan erbjuda lindring av lidandet när det är svårt eller omöjligt för mig eller min läkare att förändra arbetslivets eller privatlivets villkor. Den utveckling som drivs av ett sådant problemlösningsmönster har lett till en kraftig ökning av psykiatriska diagnoser som depression, utmattningssyndrom, PTSD, sociala medier- och dataspelberoende, ångestsyndrom, bipolär sjukdom, autism och ADHD i Sverige.

Olika former av mänskligt lidande

Mänskligt lidande kan vara av olika sorter och slag: sjukdomsbaserat, vardagligt eller existentiellt. Det vore möjligt att göra ännu fler distinktioner – framför allt i den zon som rör vardagslidandet – men jag nöjer mig med att urskilja dessa tre typer av lidande i den här boken.¹⁸

Sjukdomslidandet känns i kroppen i form av smärta eller andra negativa kroppsliga erfarenheter, som illamående, yrsel, feberkänslor, svårigheter att röra sig eller kontrollera kroppsliga funktioner. I psykiatrins fall handlar sjukdomslidandet om plågsamma känslor och svårigheter att bete sig på det sätt som man önskar eller som förväntas av omgivningen. Psykiatriska tillstånd är kopplade till upplevelser som ger sig till känna på en kroppslig nivå även om de har en större betydelse än så. De plågsamma känslorna har ett psykologiskt innehåll och svårigheterna att bete sig som förväntat är inbäddade i en social kontext.

Vardagslidandet är det lidande som berör vardagslivet, negativa känslor som handlar om saker som har hänt i den drabbade personens liv: skilsmässor, arbetslöshet, vänner som insjuknar eller dör, naturkatastrofer, krig, och så vidare. Det är framför allt händelser som inte lämnar oss ifred för att vi ständigt påminns om dem som försätter oss i ett mer påtagligt och långvarigt vardagligt lidande. Och de händelserna har vanligen inträffat i vår mer eller mindre privata sfär även om starka bilder eller texter om olyckor och orättvisor på större avstånd också kan ha en sådan effekt. Vardagslidandet innebär att det sätt på vilket jag är i världen tillsammans med andra är plågsamt för mig, eftersom jag upplever min situation som dystert och mina möjligheter som begränsade till följd av händelseutvecklingen.¹⁹

Detta resonemang för oss till den tredje formen av lidande som jag nämnde ovan: det existentiella lidandet. Skillnaden

mellan det existentiella lidandet, vardagslidandet och sjukdomslidandet är att det förstnämnda alltid involverar någon form av självbetraktelse. Jag vet inte vad *jag* ska ta mig till, vad som är viktigt för mig och *vem* jag egentligen är. Det handlar alltså inte längre bara om att något dåligt har hänt i världen eller i den egna kroppen, det handlar om att jag inte längre känner igen mig själv och inte vet vad jag ska ta mig till. Vad är egentligen meningen med alltihop och hur ska just jag finna den? På vilket sätt spelar jag någon roll och har en betydelse för andra människor och i ett livslångt eller kanske rentav evigt perspektiv? Eller är alltihop helt meningslöst?

Sådana frågor dyker upp i alla människors liv – för vissa oftare än för andra – och typiskt i perioder när vi går in i nya livsfaser: tonår, kärleksrelationer, föräldraskap, medelålder, ålderdom. Frågorna behöver inte ge upphov till lidande om vi känner att vi kan leva med ovissheten de väcker, men ofta gör de det, i alla fall under en tid, innan vi funnit oss till rätta i livet igen. Det existentiella lidandet kan också drabba oss utan någon egentlig anledning – när allting verkar gå bra men meningen med det hela undflyr oss. Vi stannar upp, plågas och söker efter vägledning om hur vi ska gå vidare med våra liv. Existentiellt lidande är inte alltid lindrigare i jämförelse med sjukdomslidande och vardagslidande. Att tvivla över sitt eget värde och tillvarons mening kan tvärt om vara det tyngsta och plågsammaste tillstånd som en människa kan uppleva. Men det handlar i grunden inte om hjärnkemi eller politiska orättvisor, det handlar helt enkelt om vad det innebär att vara människa.

Vem är normal?

Hur skiljer vi mellan sjukdomslidande, vardagslidande och existentiellt lidande? Hur vet man vad som är vad i det individuella fallet? När det gäller somatiska sjukdomar är det inte så svårt: smärtan, illamåendet och den kroppsliga svagheten skiljer sig från det lidande som utlösts av livsmisslyckanden eller existentiella funderingar på ett relativt tydligt sätt. Allvarliga och kroniska kroppsliga sjukdomar kan visserligen leda till vardagslidande och existentiellt lidande i stora portioner, men i de fallen är det sjukdomen som kommer först och sedan orsakar de andra besvärerna. I de psykiatriska tillståndens fall är det svårare att avgöra vilken form av lidande som är primärt – sjukdomslidandet är alltid uppblandat med vardagslidande och existentiellt lidande på ett sätt som gör det svårt att skilja de tre åt. Psykiatriska diagnoser handlar om själens (självet, jagets, personens) umbäranden och inte bara om kroppens (i dessa fall främst hjärnans) funktionsnedsättningar. Det kommer därför i psykiatrins fall aldrig att kunna ges något vetenskapligt exakt svar på var gränsen ska dras mellan ett lidande som handlar om sjukdom och ett lidande som i stället handlar om vardagliga och existentiella kval.

Kometmetaforen med en hård kärna och en gradvis mer upplöst svans fungerar bra för att illustrera detta förhållande. I kärnan av kometen har vi sjukdomslidande: symptom som är så smärtfyllda och personlighetsdrag som är så livsförstörande att det är rimligt att anta en kroppslig bas i form av nedsättningar av hjärnans funktioner.²⁰ Men hur många gener vi än finner och hur många biologiska avvikelser på olika nivåer vi än hittar så kommer inga gränsvärden att framträda som gör oss i stånd att i alla situationer säga att den här individen lider av en sjukdom medan den här individen bara har vardagliga och existentiella problem. Kanske kommer vi att hitta mer specifika

hjärnfunktioner där ett mycket högt eller lågt värde är tydligt kopplat till en psykiatrisk diagnos, men det kommer att vara mycket svårare att avgöra vad som är friskt och vad som är sjukt när vi rör oss mot mitten av kurvan.

Verkliga psykiatriska sjukdomstillstånd – som alltså inte är feldiagnostiserade – rymmer alltid lidande i alla tre registren: sjukdomslidande, vardagligt lidande och existentiellt lidande.²¹ Det är en skillnad jämfört med somatiska sjukdomar där lidandet kan vara mer begränsat till den kroppsliga dimensionen och i de allra flesta fall även den vardagliga sfären. Psykiatriskt sjukdomslidande innefattar alltid existentiella dimensioner eftersom det som drabbats inte bara är kroppen utan också det som vi förut kallade för själen och nu talar om som självet, jaget eller personen. Kroppsliga sjukdomar kan också leda till existentiellt lidande men bara om de är livshotande eller kräver omfattande livsförändringar.

Det som är iögonfallande med den kraftiga ökningen av antalet psykiatriska diagnoser är att man kan ställa sig frågan om de i alla, eller ens de flesta, fall handlar om sjukdomslidande. Lidandet har kanske andra orsaker när vi rör oss längre ut i komaternas svansar. Den existentiella modellen tar fasta på den möjligheten genom att förklara hur bristen på livsmening kan ta sig uttryck genom att det ställs olika psykiatriska diagnoser i stället för att leda till existentiell reflektion. I nästa kapitel kommer jag att tydliggöra det med hjälp av exemplet depression och i samband med det även skildra framväxten av den moderna psykiatrin med dess olika manualer, vilka spelat en avgörande roll för den utveckling där hälften av befolkningen inte längre är normal. Tillsammans med nya läkemedel, samhällsförändringar och existentiella kval kan de ändringar av diagnoskriterier som stadfästs med hjälp av manualerna betraktas som den utlösande faktorn bakom diagnoseexplosionen.