Glímir geðlæknisfræðin við hugmyndafræðilega kreppu?

Um vísindi og hagsmuni

Steindór J. Erlingsson MSc, PhD
vísindasagnfræðingur

Útdráttur
Á undanförnum árum hefur sú mynd framfara, sem dregin hefur verið af geðlæknisfræðinni undanfarna þrjá áratugi, sætt vaxandi gagnrýni. Sumir geðlæknar ganga raunar svo langt að tala um að hugmyndafræðileg kreppa ríki innan greinarinnar. Er þetta m.a. rakið til ofuráherslu á líffræðilegar skýringar á orsökum geðraskana og mikillar notkunar geðlyfja. Flokkunarkerfi geðlæknisfræðinnar virðist einnig vera hluti af vandanum. Það virðist hafa valdið því að fjöldi þeirra einstaklinga, sem hægt er að greina með geðröskun, hefur aukist verulega og við það hefur markaður lyfjafyrirtækja vaxið mjög. Á undanförnum áratugum hefur lyfjaiðnaðurinn farið fram með slíkum þunga við markaðssetningu nýrra lyfja að vísindalegur heiðarleiki hefur alltof oft vikið fyrir markaðshagsmunum. Með þessu móti hefur heilbrigðisstarfsfólk verið afvegaleitt, að ekki sé talað um almenning og þá sem neyta lyfjanna. Í þessari umfjöllun verður litið nánar á þessa þróun og kannað hvað hæft er í kreppuhugmyndinni.

Lykilorð: Geðraskanir, flokkunarfræði, geðlæknisfræði, geðlyf, lyfjaiðnaður, afvegaleiðing, gagnrýni.

Abstract
In recent years the notion that psychiatry has experienced significant progress during the past thirty years has witnessed increasing criticism. Some psychiatrists even argue that an intellectual crisis exists within the field. This is tied e.g. to the dominance of biological explanations as the cause of mental disorders and over-prescription of psychotropic drugs. Psychiatry's nosological system also seems to be part of the problem. It seems to have contributed to a significant increase in the number of individuals that can be diagnosed and in the process opened up a big market for the pharmaceutical industry. In recent decades the marketing efforts of the industry have been so aggressive that too often scientific integrity has given way to commercial interests. As a result, health professionals have been deceived, not to mention consumers and the general public. This paper explores these issues and examines the worth of the crisis thesis.

Keyword: mental disorders, nosology, psychiatry, psychotropic drugs, pharmaceutical industry, deception, criticism.

Inngangur

Í nýrri bók sagnfræðingsins Geralds N. Grob og félagsfræðingsins Allans Horwitz benda þeir á að á undanförnum áratugum hafi það of oft gerst innan læknisfræðinnar að talsvert bil sé á milli staðhæfinga um orsakir sjúkdóma, greiningu þeirra og meðferð, og sönnunargagnanna sem eiga að styðja staðhæfingarnar (Grob og Horwitz, 2010). Einn kunnasti sérfræðingur samtímans í mati á áreiðanleika læknisfræðilegra rannsókna, gríski læknaprófessorinn John Ioannidis, tekur í sama streng í nýju tímaritsviðtali, en þar er haft eftir honum að allt að 90% þeirra rannsókna sem læknar styðjist við séu gallaðar (Freedman, 2010). Það þarf því ekki að koma á óvart að sú mynd framfara sem dregin hefur verið af geðlæknisfræðinni undanfarna þrjá áratugi hefur sætt harðri gagnrýni (Bentall, 2009; Shorter, 2009; Whitaker, 2010). Sumir geðlæknar ganga raunar svo langt að tala um að hugmyndafræðileg kreppa ríki innan greinarinnar (Carlat, 2010; Moncrieff, 2008a). Nýverið benti geðlæknirinn Giovanni A. Fava á að á undanförnum árum hafi kreppan fyrir alvöru orðið sýnileg. Fava rekur þessa þróun m.a. til ofuráherslu á líffræðilegar skýringar á orsökum geðraskana og mikillar notkunar á geðlyfjum sem virðist að mestu leyti afsprengi hinnar líffræðilegu áherslu (Fava, 2006). Kerfið sem geðlæknisfræðin hefur byggt upp til þess að flokka og greina geðraskanir, virðist einnig vera hluti af vandanum. Það virðist hafa valdið því að fjöldi þeirra einstaklinga, sem hægt er að greina með geðröskun, hefur aukist verulega og þar með opnað stóran markað fyrir lyfjafyrirtækin. Hér liggur hundurinn grafinn. Á undanförnum áratugum hefur lyfjaiðnaðurinn farið fram með slíkum þunga í markaðssetningu á nýjum lyfjum að vísindalegur heiðarleiki hefur vikið fyrir markaðshagsmunum. Með þessu móti hafa geðlæknar og annað geðheilbrigðisstarfsfólk, sem langflest er vel þenkjandi og lætur sér annt um skjólstæðinga sína, verið afvegaleitt, að ekki sé

talað um almenning og þá sem neyta lyfjanna. Í þessari umfjöllun verður litið nánar á þessa þróun og kannað hvað sé hæft í kreppuhugmyndinni.

Liggur geðið í líffræðinni?

Undanfarna áratugi hafa líffræðilegar tilgátur um orsakir geðraskana smátt og smátt orðið ráðandi í rannsóknum innan geðlæknisfræðinnar og þannig ýtt til hliðar hugmyndum um að þættir í umhverfi einstaklingins ráði mestu um tilurð geðraskana. Þessar rannsóknir hafa ekki skilað tilætluðum árangri (Dean, 2011). Það þarf því ekki að koma á óvart að geðlæknisfræðin virðist standa á mun veikari þekkingargrunni en aðrar greinar læknisfræðinnar. Þar ber helst að nefna að greiningar geðlækna eru nánast alfarið huglægar, þar sem þeir styðjast fyrst og fremst við athuganir á hegðun skjólstæðinga sinna, lýsingar þeirra á einkennunum sem þeir upplifa (Hyman, 2010; Whooley, 2010) auk upplýsinga frá ættingjum og úr fleiri áttum. Ástæða þessa er að ekkert er fast í hendi varðandi orsakir þeirra geðraskana sem hrjá mannkyn. „Við höfum leitað að stórum, einföldum taugameinafræðilegum útskýringum fyrir geðraskanir“, en eins og hinn kunni bandaríski geðlæknir, Kenneth S. Kendler, benti nýlega á „höfum við ekki fundið þær“ (Kendler, 2005, bls. 52). Í þessu felst m.a. að sú útbreidda hugmynd, að þunglyndi, kvíði og fleiri geðraskanir stafi af ójafnvægi í taugaboðefnum heilans, sé enn tilgáta sem ekki hafi verið staðfest (Krishnan og Nestler, 2010; Moncrieff, 2008a). Þá hugmynd mætti kalla efnaójafnvægistilgátuna og hefur lyfjaiðnaðurinn varið gríðarlegu fjármagni í að festa hana í sessi síðustu tvo áratugi (Whitaker, 2010).

Þegar horft er til Bandaríkjanna hafa bæði opinberir aðilar og ýmis hagsmunasamtök „fjárfest“ ríkulega í efnaójafnvægistilgátunni í þeirri trú að ef hægt væri að sannfæra almenning um að geðraskanir væru ekki frábrugðnar öðrum sjúkdómum yrði það til að draga úr fordómum gegn einstaklingum með slíkar raskanir. Hér á landi hefur tilgátunni verið haldið að almenningi eins og sjá mátti í bæklingi um þunglyndi sem umboðsaðili GlaxoSmithKline dreifði hér á landi á árunum 1999–2009 (Steindór J. Erlingsson, 2009) og í bæklingnum Þjóð gegn þunglyndi sem gefinn er út á vegum Landlæknisembættisins. Það er því viss kaldhæðni falin í því að ný bandarísk rannsókn hefur leitt í ljós að taugameinafræðilega áherslan virðist frekar hafa aukið fordóma gegn einstaklingum með geðraskanir (Pescosolido, Martin, Long, Medina, Phelan og Link, 2010).

Þegar hinn veiki grunnur tilgátunnar er hafður í huga þarf ekki að koma á óvart þegar Kendler gengur svo langt að halda því fram að of oft liggi hugmyndafræði frekar en vísindaleg rök til grundvallar rannsóknum á geðheilsu manna (Kendler, 2005; Kendler og Zachar, 2008). Nýlega tók þáverandi forseti Bandarísku geðlæknasamtakanna (APA), Steven S. Sharfstein, undir þessa staðhæfingu þegar hann minnti félagsmenn sína á að þeir verði „að gaumgæfa þá staðreynd að við sem stétt höfum leyft líf-, sál- og félagsfræðilíkaninu (*biopsychosocial model*) að umbreytast í líf-, líf- og líffræðilíkan (*bio-bio-bio model*)“. Ein afleiðing þessa er að lyf yfirgnæfa önnur meðferðarform geðraskana. Sharfstein hugnast þetta ekki og segir geðlækna verða að „vinna hörðum höndum að því að binda endi á þessa þróun og taka þátt í baráttunni fyrir endurbótum“ (Sharfstein, 2005). Thomas R. Insel, forstjóri bandarísku geðheilbrigðisstofnunarinnar (NIMH), tekur einnig í sama streng. Hann telur áhersluna á lyfjagjafir „alvarlegt vandamál“ og til þess að vinda ofan af þessari þróun verði geðlæknar og gjörvallt samfélagið að auka veg sálfræðilegra og félagslegra úrræða við meðferð geðrænna vandamála (Insel, 2010).

Til að bæta gráu ofan á svart virðist innri þversögn vera falin í lyfjaáherslu líffræðilegu geðlæknisfræðinnar. Hin líffræðilega nálgun gefur sér þá forsendu að hinar ýmsu geðraskanir sem hrjá mannkyn séu skýrt afmarkaðir sjúkdómar með einstakt orsakamynstur, en eins og geðlæknirinn Charles E. Dean (2011) bendir á í nýrri grein virðast ávísanir ýmissa geðlyfja stangast á við þetta líkan. Dean spyr til dæmis hvernig standi á því að hægt sé að nota „þunglyndislyfið“ Zoloft til þess að meðhöndla fjölda geðraskana svo sem þunglyndi, ofsakvíða og þráhyggju. Hann veltir einnig vöngum yfir því af hverju hægt er að nota geðrofslyf jöfnum höndum til þess að meðhöndla geðklofa, geðhvörf, þunglyndi og einhverfu. Dean spyr einnig hvernig standi á því að hægt sé að nota fjölda óskyldra meðferðarforma til þess að meðhöndla skýrt afmarkaðar og skilgreindar geðraskanir eins og þunglyndi (*major depression*), geðhvarfaþunglyndi (*bipolar depression*) og maníu. Hann telur þessa „haglabyssulausn“ vera á skjön við hugmyndafræði líffræðilegu geðlæknisfræðinnar sem hann segir að sé annaðhvort úr sér gengin eða alvarlega löskuð. Þó að hér sé á ferðinni grafalvarlegt mál segir Dean hvorki geðlæknisfræðina né lyfjaiðnaðinn vilja horfast í augu við það, þótt ítrasta afleiðing þess geti verið sú að hverfa þurfi frá núverandi skilningi á geðröskunum.

Af því sem hér er rakið má ljóst vera að innan geðlæknisfræðinnar ríkir hvorki einhugur um mögulega virkni geðlyfja né hversu mikið beri að nota þau til að meðhöndla geðraskanir. Hvernig stendur þá á því að ekkert lát virðist á ávísun geðlyfja? Líklega væri hægt að nefna ýmsar skýringar á þessari þróun. Hér verður einblínt á tvær mögulegar skýringar og snýr sú fyrri almennt að læknisfræðinni en sú síðari sérstaklega að geðlæknisfræðinni. Eins og önnur framleiðslufyrirtæki þarf lyfjaiðnaðurinn að koma vörum sínum á markað. Í flestum löndum beinist markaðssetning lyfja einungis að læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki. Lyfsölufulltrúar eru mikilvægasti hlekkurinn í markaðskeðju lyfjaiðnaðarins. Rannsóknir hafa t.d. leitt í ljós að fyrir lyf sem voru markaðssett í Bandaríkjunum eftir 1997 og skiluðu tekjum sem námu meir en 200 milljónum dollara, skilaði hver dollari, sem eytt var í starf lyfsölufulltrúanna, rúmlega 10 dollurum til fyrirtækisins. Hér er um að ræða tvisvar sinnum meiri ávinning en fæst með lyfjaauglýsingum í læknablöðum. (Elliott, 2010).

Í nýrri bók lífsiðfræðingsins Carls Elliott gerir hann starf lyfsölufulltrúanna m.a. að umtalsefni. Hann segir læknasamfélagið hafa deilt áratugum saman um það hvort gjafir, námsferðir eða önnur hlunnindi, sem lyfsölufulltrúarnir láta læknum í té, hafi áhrif á lyfjaávísanir þeirra (Elliott, 2010). Hér er um grundvallarspurningu að ræða því að bandarísk rannsókn leiddi nýlega í ljós að 94% læknа þar í landi eiga í einhvers konar samskiptum við lyfjaiðnaðinn (Campbell, Gruen, Mountford, Miller, Cleary og Blumenthal, 2007). Skýr svör við spurningunni birtast í nýrri rannsókn þar sem í fyrsta sinn var gerð kerfisbundin úttekt á rannsóknum sem fjallað hafa um áhrif þessara samskipta á læknа. Höfundar rannsóknarinnar segja að með sjaldgæfum undantekningum hafi þessar rannsóknir leitt í ljós að upplýsingar frá lyfjaiðnaðinum hafi annaðhvort engin áhrif á læknа eða leiði til hærri tíðni lyfjaávísana, lægri gæði slíkra ávísana og hærri útgjalda. Af þessum sökum er mælt með því að læknar forðist samskipti við fulltrúa lyfjaiðnaðarins og upplýsingar sem þeir láta í té (Spurling, Mansfield, Montgomery, Lexchin, Doust, Othman o.fl., 2010).

Meðal þess sem gerir samskipti læknа við lyfsölufulltrúa varhugaverð er það að rannsóknir hafa ítrekað leitt í ljós að ekki er sjálfgefið að hægt sé að treysta þeim upplýsingum sem þeir láta læknum í té. Skiptir þá ekki máli hvort um er að ræða augljóst auglýsingaefni eða vísindagreinar (Fischer, Keough, Baril, Saccoccio, Mazor, Ladd o.fl., 2009). Hér virðist geðlæknisfræðin standa sérstaklega höllum fæti því eins og sagnfræðingurinn Eward Shorter hefur bent á eru geðlæknar „líklegri til að stjórnast af hjarðhegðun en læknar í öðrum greinum læknisfræðinnar, þar sem raunveruleg þekking á orsökum sjúkdóma auðveldar mönnum að halda meðferðartískubólum í skefjum“ (Shorter, 2009, bls. 5). Gott dæmi um þetta er sú staðreynd að með því að hagræða sannleikanum tókst lyfjaiðnaðinum og talsmönnum hans í nær tvo áratugi að sannfæra geðlækna um að önnur kynslóð geðrofslyfja, lyf eins og Zyprexa, Seroquel og Risperdal, stæði framar þeirri fyrstu (Tyrer og Kendell, 2009). Nú hafa birst nokkrar fræðigreinar þar sem flett er ofan af afvegaleiðingunni með vísan til innanhússkjala frá hlutaðeigandi lyfjafyrirtækjum (Appelbaum, 2009; Spielmans, 2009; Spielmans og Parry, 2010). Afleiðingin er sú að ávísanir geðrofslyfja hafa margfaldast á þessum árum og byggist stór hluti þeirra á veikum vísindalegum grunni (Alexander, Gallagher, Mascola, Moloney, Stafford, 2011). Sama má segja um hin svokölluðu SSRI-þunglyndislyf og skyld lyf. Á undanförnum árum hefur smám saman komið í ljós að lyfjafyrirtækin hafa vísvitandi ýkt lækningamátt lyfjanna, t.d. með því að birta ekki niðurstöður neikvæðra lyfjaprófa, í viðleitni sinni til að koma þeim á markað og auka markaðshlutdeild þeirra. Nú virðist nokkuð vel skjalfest að hjá stórum hópi neytenda er virkni þessara lyfja sambærileg við lækningamátt lyfleysu (Barbui, Cipriani, Patel, Ayuso-Mateos og van Ommeren, 2011; Fournier, DeRubeis, Hollon, Dimidjian, Amsterdam, Shelton o.fl., 2010; Ioannidis, 2008).

Við stöndum frammi fyrir þeirri sorglegu staðreynd að vegna starfshátta lyfjaiðnaðarins og akademískra samstarfsmanna hans er sá vísindalegi þekkingargrunnur, sem geðlæknisfræðin og aðrar greinar læknisfræðinnar byggjast á, ekki eins hlutlægur og ýmsir halda (Godlee og Loder, 2010; McGauran, Wieseler, Kreis, Shuler, Kölsch og Kaiser, 2010). Í áðurnefndri grein forstjóra NIMH gerir hann þessi óæskilegu áhrif lyfjaiðnaðarins á geðlæknisfræðina að umtalsefni. Insel bendir réttilega á að það sé mjög slæmt fyrir geðlæknisfræðina að á sama tíma og traust almennings á lyfjaiðnaðinum hefur snarminnkað komi í ljós að hópur áhrifamikilla geðlækna í Bandaríkjunum og víðar hafi haft óeðlileg fjárhagsleg tengsl við iðnaðinn. Hér er hann að vísa í rannsókn bandaríska öldungardeildarþingmannsins Charles Grassley frá árinu 2008 á hópi þekktra bandarískra

geðlækna. Rannsóknin leiddi í ljós að læknarnir þáðu mikla fjármuni frá lyfjaiðnaðinum án þess að upplýsa hagsmunatengslin fyllilega (Whitaker, 2010). Ein afleiðing þessa er sú að verulega hefur dregið úr trausti Bandaríkjamanna á geðlæknisfræðina, og stóð hún þó höllum fæti fyrir. Insel bendir einnig á að stóraukin ávísun geðlyfja virðist nátengd þessum óeðlilegu hagsmunatengslum (Insel, 2010).

Á undanförnum tveimur áratugum hefur markaðssetning lyfja meðal stærstu lyfjafyrirtækja heims verið svo sigursæl að það virðist skipta fyrirtækin litlu máli þótt þau hafi á undanförnum misserum þurft að borga gríðarlega háar sektir í Bandaríkjunum fyrir ólöglega markaðsetningu, m.a. á geðlyfjum (Wilson, 2010). Framferði lyfjafyrirtækjanna og geðlæknanna, sem hafa talað máli þeirra, skipta almenning hins vegar miklu máli. Ástæða þessa er sú að hugmyndafræðin sem þessi öfl hafa selt sérfræðingum og almenningi, þ.e. að geðraskanir orsakist af efnaójafnvægi í heila og að lyfin leiðrétti þetta ójafnvægi, er í rauninni mjög pólitísk. Eins og geðlæknirinn Bradley Lewis hefur bent á felur hún í sér að „ef við setjum mannlega þjáningu, eymd og sorg inn í lífvísindareiknilíkan, þá er engin ástæða til að breyta samfélagsgerðinni, því að okkur nægir að koma reglu á taugaboðefnin“ (vísun fengin hjá Moncrieff, 2008b, bls. 249). Ábyrgðin á velferð borgaranna er þá ekki lengur samfélagsins heldur einstaklingsins. Það þarf því ekki að koma á óvart að annar geðlæknir, Joanna Moncrieff, hefur tengt uppgang lyfjaiðnaðarins og efnaójafnvægistilgátunnar á undanförnum áratugum við framrás nýfrjálshyggjunnar (Moncrieff, 2008b). Það skemmir heldur ekki fyrir þessari tengingu að markaðsvæðing lyfjarannsókna hófst fyrir alvöru upp úr 1980 (Light, 2010), en á því ári var Ronald Reagan kjörinn forseti Bandaríkjanna og út kom þriðja útgáfan af *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM*-III) sem átti eftir að umbylta geðlæknisfræðinni. Hvað sem segja má um pólitíska tengingu Lewis og Moncrieffs þá liggur ljóst fyrir að við þurfum að snúa af þeirri leið lyfja og efnaójafnvægis sem við erum nú á. Thomas Insel (2010) leggur til sameinað átak akademískra leiðtoga, fagfélaga geðheilbrigðisstétta og notendafélaga. En betur má ef duga skal. Koma þarf böndum á þá miklu sjúkdómsvæðingu mannlegra tilfinninga sem falin er í *DSM*-kerfinu og loka um leið þeim „viðskiptatækifærum“ sem kerfið hefur fært lyfjaiðnaðinum. Ef eitthvað er hins vegar að marka fyrstu drögin að *DSM*-5 (APA er hætt að nota rómverska tölustafi), sem mun koma út árið 2013, er ekki ástæða til mikillar bjartsýni (Wykes og Callard, 2010). Með þetta í huga er rétt að líta nánar á *DSM*-ritið.

Geðraskanir og greiningar

Fyrsta skipulega tilraunin til þess að setja fram alþjóðlegan staðal fyrir flokkun og greiningu geðraskana var gerð í sérstökum kafla í 6. útgáfu *International Classification of Diseases* (*ICD*-6), sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) gaf út árið 1948. Evrópskir geðlæknar réðu mestu um hugmyndirnar sem þar komu fram. Fjórum árum síðar gaf APA út fyrstu útgáfuna af *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM*). Hafa þessi tvö flokkunar- og greiningarkerfi síðan verið endurútgefin með jöfnu millibili. Framan af var talsverður munur á *DSM*- og *ICD*-greiningarkerfunum (Regier, First, Marshall, og Narrow, 2002). Bandarískir geðlæknar umbyltu flokkunarkerfi sínu árið 1980, vegna mikillar kreppu sem greinin stóð frammi fyrir á áttunda áratugnum (Mayes og Horwitz, 2005) þegar *DSM*-III kom út. Byltingin fól í sér að nú var höfuðáhersla lögð á að auka áreiðanleika greiningar geðraskana, sem var í andstöðu við þau óljósu mörk sem áður höfðu verið á milli heilbrigðis og sjúkleika. Greiningin byggðist á flokkun ákveðinna einkenna í skýrt afmarkaðar raskanir, en ekki á hugsanlegum orsökum raskananna þó að ljóst væri að líffræðilegar skýringar lægju þar að baki (Whooley, 2010).

Miklar vinsældir *DSM*-III í Bandaríkjunum (Mayes og Horwitz, 2005) urðu þess valdandi að í upphafi tíunda áratugarins tókst bandarískum geðlæknum að alþjóðavæða *DSM*-hugmyndafræðina og þá lyfjaáherslu sem henni fylgdi. Ástæða þess er sú að WHO tók upp bandarísku nálgunina á flokkun og greiningu geðraskana í *ICD*-10 sem út kom árið 1992 (Üstüm, Chatterji og Andrews, 2002). Var þessi róttæka breyting á *ICD*-flokkuninni gerð í nánu samstarfi við bandaríska geðlækninn Allan J. Frances og félaga hans sem þá voru að vinna við *DSM*-IV sem út kom tveimur árum síðar. Samstarfið leiddi því til þess að mjög mikið samræmi er með hugmyndunum sem fram koma í nýjustu útgáfum þessara tveggja flokkunarkerfa. *DSM*-IV hefur hins vegar mun meiri áhrif á heimsvísu, enda er erfitt að fá birta rannsókn á geðröskunum í virtum vísindatímaritum ef ekki er tekið mið af *DSM*-skilgreiningunni á röskuninni (Wykes og Callard, 2010). Talsmenn kerfanna telja þau hafa leitt til þess að hægt hafi verið að „byggja upp mikið magn þekkingar sem hefur fleygt fram rannsóknum

á sálfræðilegum og lyfjafræðilegum meðferðum við geðröskunum“ (Regier o.fl., 2002, bls. 56).

DSM-byltingin hefur haft gríðarleg áhrif á það hvaða augum læknar, vísindamenn og samfélagið allt líta geðraskanir. Það breytir þó ekki þeirri staðreynd að ekki er sjálfgefið, eins og ný rannsókn leiðir í ljós (Whooley, 2010), að geðlæknar telji sig bundna í daglegum störfum af *DSM*-flokkuninni og þeim líffræðilegu áherslum sem henni fylgja. Þegar þetta er haft í huga þarf ekki að kom á óvart að fljótlega eftir *DSM*-byltinguna fór að bera á gagnrýnisröddum. Í fyrstu bárust þær háværustu oftast frá sérfræðingum utan geðlæknisfræðinnar (sjá t.d. Kirk og Kutchins, 1992; Kutchins og Kirk, 1997). Staðreyndin er hins vegar sú að ýmsir geðlæknar virðast frá upphafi hafa verið sér meðvitaðir um takmarkanir *DSM*-flokkunarkerfisins. Til marks um þetta hafa ekki ómerkari menn en Allen J. Frances (vísun fengin hjá Kendell og Jablensky, 2003), ritstjóri *DSM*-IV, og Steven E. Hyman (Hyman, 2010), ritstjóri geðraskanakafla *ICD*-11 og einn ritstjórnarmanna *DSM*-V (bæði þessi rit eru væntanleg á næstu árum), líkt stöðu þess við ástand líffræðilegrar flokkunarfræði áður en Darwin setti fram þróunarkenninguna árið 1859. Mikilvægt er að hafa í huga að *DSM*-flokkunarfræðin hefur auðvitað sitt notagildi rétt eins og flokkunarfræðin fyrir daga Darwins, en líkja má sumum þeirra vandamála sem hún stendur frammi fyrir við þá staðreynd að fyrir daga Darwins var hægt að flokka höfrunga með fiskum og leðurblökur með fuglum því að oftast var horft á yfirborðseinkenni eins og geðlæknar gera í greiningum sínum, en ekki undirliggjandi skyldleika.

Meðal þess sem liggur til grundvallar þessari gagnrýni er að við getum ekki verið viss um að þær skilgreiningar á geðröskunum sem birtast í *DSM* endurspegli fyrirbæri sem séu raunverulega til í náttúrunni, þ.e. hvort þær eru náttúrulegar tegundir á sama hátt og frumefni efnafræðinnar eða líffræðilegar tegundir. Greiningarkerfið er hannað til þess að hámarka eftir megni áreiðanleika greininga á einstökum röskunum. Áherslan er því öll á það hvort Jón eða Gunna eru með almenna kvíðaröskun, félagsfælni eða þunglyndi en ekki hvort greiningarnar séu raunveruleg fyrirbæri, eins og t.d. náttúrulegu tegundirnar „járn“ og „hestur“.

Ef við höldum okkur við „járn“ og „hest“ þá ætti hvorki menningarlegur bakgrunnur né mismunandi tímaskeið mannkynssögunnar að hafa áhrif á möguleika einstaklings til þess að greina tegundirnar tvær. Hið sama virðist ekki eiga við um geðraskanir. Í þessu sambandi er mikilvægt að hafa í huga að gildismat þeirra einstaklinga sem búa til, vinna með og fjalla um skilgreiningar á geðröskunum, getur haft áhrif á það hvaða hegðana- og hugsanamynstur teljast vera röskun (Hawthorne, 2010a; Hawthorne, 2010b; Kutchins og Kirk, 1997). Samfélagsgerðin á hverjum tíma er ekki síður mikilvæg því hún virðist hafa talsverð áhrif á birtingarmyndir sumra geðraskana. Hér ber helst að nefna að tengsl virðast vera milli einstaklingshyggjunnar, sem einkennir vestræna menningu, og birtingarmyndar sumra geðraskana í vestrænum samfélögum. Einstaklingshyggjan á rætur að rekja til loka 18. aldar, en það virðist hins vegar ekki hafa verið fyrr en undir lok 19. aldar að hún tók á sig þá mynd sem við þekkjum í dag (Elliott, 2003), um það leyti sem neyslumenningin, sem fylgdi seinni iðnbyltingunni (1880–1930), fór að skjóta rótum í vestrænni menningu (Schleifer, 2000). Einstaklingshyggjan og ýmislegt annað í vestrænni menningu virðist ekki eiga sér skýra hliðstæðu á öðrum menningarsvæðum, enda segir í nýrri yfirlitsgrein um efnið að mjög hæpið sé að styðjast við einstaklinga í vestrænum samfélögum til þess að alhæfa um allt mannkyn (Henrich, Heine og Norenzaya, 2010). Það þarf því ekki að koma á óvart að birtingarmyndir geðraskana geti verið breytilegar eftir menningarsvæðum.

Þunglyndi virðist gott dæmi um þetta. Rannsóknir hafa t.d. leitt í ljós að hjá Kínverjum birtist þunglyndi oftast á formi líkamlegra einkenna, en ekki andlegra eins og Vesturlandabúar eiga að venjast (Parker, Chan, Tully og Eisenbruch, 2005; Ryder, Yang, Tao, Yi, Heine og Bagby, 2008). Árið 2009 birtist fyrsta faraldsfræðilega rannsóknin þar sem sýnt er fram á þennan mun á birtingarmyndum geðraskana í Asíu og á Vesturlöndum með því að bera saman geðraskanagreiningarlykilinn *Composite International Diagnostic Instrument* (*CIDI*), sem byggist á *DSM*-IV, og víetnamska greiningarlykilinn *Phan Vietnamese Psychiatric Scale*, (*PVPS*). Byrjað var á að kanna tíðni kvíðaraskana og lyndisraskana, eins og þær eru skilgreindar í *CIDI*, meðal íbúa á Mekong-árósasvæðinu í Víetnam, víetnamskra innflytjenda í Ástralíu og meðal hvítra Ástrala. Niðurstaðan fór ekki á milli mála: Einungis 1,9% Víetnamanna greindist með *DSM*-geðröskun, 6,7% víetnömsku innflytjendanna í Ástralíu voru greindir með geðröskun (þetta staðfestir fyrri rannsóknir sem sýnt hafa að eftir því sem innflytjendur í vestrænum löndum aðlagast menningunni betur þeim mun líklegri eru þeir til þess að samsama sig *DSM*-greiningum (Parker o.fl., 2005)), en

hins vegar höfðu 17,1% Ástralanna átt við geðröskun að stríða síðastliðna 12 mánuði. Víetnamarnir voru síðan greindir með *PVPS*-greiningarlyklinum, sem greinir líkamleg einkenni, kvíða og þunglyndi. Niðurstaðan leiddi í ljós að 7,4% Víetnamanna greindust með geðröskun og 8,4% víetnömsku innflytjendanna og voru líkamleg einkenni algengasta greiningin í báðum hópunum. Þegar *CIDI*- og *PVPS*-niðurstöðurnar voru sameinaðar komu eftirfarandi niðurstöður í ljós: 8,8% Víetnamanna greindust með geðröskun og 11,7% víetnömsku innflytjendanna (Steel, Silove, Giao, Phan, Chey, Whelan o.fl., 2009). Hér sjáum við skýra vísbendingu um að *DSM*-geðraskanir séu afsprengi vestrænnar menningar og ekki hægt að heimfæra þær án gagnrýni á önnur menningarsvæði.

Ein ástæða þess að geðlæknisfræðin stendur frammi fyrir þessu skilgreiningarvandamáli er sú, að hvorki geðlæknar, heimspekingar né félagsvísindamenn virðast vera á einu máli um hvernig skilgreina beri hugtakið geðröskun. Má raunar segja að hver höndin sé uppi á móti annarri, og skýrist það fyrst og fremst af þeirri takmörkuðu þekkingu sem við höfum á orsökum geðraskana. Þetta má berlega sjá í umsögnum ýmissa fræðimanna um geðraskanaskilgreiningu Jeromes C. Wakefield, prófessors í félagsráðgjöf og hugmyndagrunni geðlæknisfræðinnar við New York University, en þær birtust í tímaritinu *World Psychiatry* árið 2007 (Wakefield, 2007). Fyrsta tilraun APA til slíkrar skilgreiningar var gerð í *DSM*-III og hefur hún haldist lítt breytt í útgáfunum sem fylgt hafa í kjölfarið (*DSM*-III-R, *DSM*-IV) (Kutchins og Kirk, 1997). Ekki verður hún tíunduð hér. Nægir að geta þess að í rannsóknaáætlun APA frá árinu 2002 vegna væntanlegrar útgáfu *DSM*-V er ekki gefið mikið fyrir hana. Hún er sögð óhæf sem „mælikvarði til að ákveða hvað sé og hvað sé ekki geðröskun" (vísunin fengin hjá First, 2007, bls. 158). Af þessum sökum er ekki hægt að gera fullnægjandi greinarmun á heilbrigði og röskun. Skilgreiningin er því ekki gild. Steven E. Hyman telur fagaðila ekki leiða hugann að þessu nógu oft og fyrir vikið er litið á það sem sjálfsagt mál að allar geðraskanir sem skilgreindar eru í *DSM* séu raunverulegar raskanir (Hyman, 2010).

Greiningar og lyfjafyrirtæki

Það virðist því vera hægt að færa rök fyrir því að tíðni ýmissa geðraskana sé mun hærri en hún raunverulega er. Afleiðing þessa er að einstaklingar sem ekki eru með raunverulega geðröskun fá meðhöndlun sem slíkir (Wakefield, 2010). ADHD er gott dæmi um þetta. Það er viss kaldhæðni í því fólgin að einn af höfundum skilgreiningarinnar á ADHD, áðurnefndur Allen Frances, viðurkenndi nýlega að hún hafi stuðlað að „fölskum faraldri". Frances segir ADHD-netið hafa of þrönga möskva. Það hafi „fangað marga ‚sjúklinga' sem hefði líklega vegnað mun betur utan geðheilbrigðiskerfisins" (Frances, 2010a). Tvær nýjar og óháðar rannsóknir skjóta stoðum undir þessi ummæli Frances, en þær benda til þess að rúmlega 20% þeirra barna og unglinga í Bandaríkjunum sem fá ADHD-greiningu séu ranglega greind (Elder, 2010; Evans, Morrill og Prante, 2010). Þunglyndi fær hliðstæða meðferð í bókinni *Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* eftir félagsvísindamennina Allan Horwitz og Jerome Wakefield (2007). Það sem gerir bókina sérstaka er að Robert Spitzer, ritstjóri *DSM*-III, þar sem nútímaskilgreining þunglyndis varð til, tekur í formálsorðum undir gagnrýnina sem þar kemur fram (Spitzer, 2007).

Áhrif frá markaðsstarfi lyfjaiðnaðarins virðast eiga talsverðan þátt í þessari aukingu á greiningu ýmissa geðraskana (Horwitz, 2010). Gott dæmi um það er fertugföld aukning á greiningu geðhvarfa meðal barna og unglinga í Bandaríkjunum á tímabilinu 1995–2003 (Moreno, Laje, Blanco, Jiang, Schmidt og Olfson, 2007; gagnrýni á þessa tilhneigingu er að finna hjá Parry, Furber og Allison, 2009). Hér er um að ræða „tískubólu" sem er byggð á mjög veikum vísindalegum grunni og virðist fyrst og fremst tengjast hagsmunum lyfjafyrirtækjanna eins og Allen Frances (2010b) benti nýverið á. Þessi tenging við lyfjaiðnaðinn kemur ekki á óvart þegar haft er í huga að einn helsti talsmaður greiningarinnar, Joseph Biederman, prófessor við Harvard-háskóla, var til rannsóknar hjá öldungadeild Bandaríkjaþings á árunum 2008–2009 vegna óeðlilegra fjárhagstengsla hans við lyfjaiðnaðinn (Whitaker, 2010). Sömu sögu virðist mega segja um að félagsfælni (*social anxiety disorder*). Rannsóknir hafa leitt í ljós að mikil aukning þessarar greiningar í Bandaríkjunum frá því á tíunda áratugnum er nátengd hagsmunum lyfjafyrirtækja er framleiða lyf í því skyni að meðhöndla einkenni sem áður fyrr hefðu oft verið talin eðlileg feimni (Horwitz, 2010; Lane, 2007).

Í grein áðurnefnds Stevens Hyman um *DSM* kemur berlega fram að þar er að einhverju leyti um pólitískt hagsmunaplagg að ræða og stendur sem slíkt í vegi fyrir framförum í vísindum (Hyman, 2010). Sem dæmi um þetta má nefna að ein möguleg skýring á því hversu hægt gengur að finna gen, sem tengjast

helstu geðröskunum, er að *DSM*-skilgreiningarnar virðast, eins og fram hefur komið, ekki alltaf endurspegla raunveruleg náttúruleg fyrirbæri og ná yfir einstaklinga sem eru í raun heilbrigðir. Nýjar rannsóknir í faraldsfræði, erfðafræði og taugavísindum staðfesta þetta (Bearden, Jasinska og Freimer, 2009; Hyman, 2010). Þegar þessar staðreyndir eru hafðar í huga ætti ekki að koma á óvart að rannsóknir á skjölum ritnefndar *DSM*-III gefa til kynna að vinnan sem lá þar að baki virðist ekki síður hafa verið innblásin af hugmyndafræði og valdabrölti en vísindum (Lane, 2007; Shorter, 2009). Kjarni *DSM*-vandans felst í því að þekkingin verður til með því að samþætta andstæð sjónarmið í nefndarstarfi eða greiða atkvæði um það hvernig skilgreina skuli geðraskanir, þar sem meirihlutinn ræður (Carlat, 2010).

Enn hefur ekki verið gerð rannsókn á skjalasafni ritnefndar *DSM*-IV, en nýleg rannsókn leiddi í ljós að 56% (95 af 170) af nefndarmönnum höfðu fjárhagsleg tengsl við lyfjaiðnaðinn (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan og Schneider, 2006). Eins og við þekkjum úr rökræðunni um hlýnun jarðar skiptir miklu máli fyrir trúverðugleika vísindamanna hvaðan fjármagnið kemur sem þeir nota til að kosta rannsóknir sínar. Vísindamaður sem þiggur fjármagn frá olíufélagi og talar gegn hlýnuninni þykir yfirleitt ekki trúverðugur. Það hlýtur því að vekja spurningar þegar í ljós kemur að allir nefndarmennirnir sem unnu annars vegar að skilgreiningu á þunglyndi og skyldum röskunum og hins vegar á geðklofa og öðrum geðrofsröskunum, en í báðum tilfellunum er mælt með lyfjum sem fyrstu meðferðarnálgun, höfðu fjárhagsleg tengsl við lyfjaiðnaðinn (Cosgrove o.fl., 2006). Hér er um mikilvægt mál að ræða því að fjárhagstengsl geðlækna við lyfjaiðnaðinn í Bandaríkjunum virðast mun víðtækari en í öðrum greinum læknisfræðinnar (Wood og Lowes, 2010). Þótt ekki verði staðhæft með fullri vissu að fjárhagslegu tengslin hafi haft áhrif á skoðanir geðlæknanna, verður það að teljast líklegt. Sérstaklega þegar haft er í huga að rannsóknir hafa leitt í ljós að lyfjarannsóknir sem fjármagnaðar eru af lyfjafyrirtækjum, en þau framkvæma tæplega 80% slíkra prófa, eru mun líklegri til þess að sýna marktækan mun á lyfi og lyfleysu eða samkeppnislyfi en þær sem fjármagnaðar eru af óháðum aðilum (Sismondo, 2008).

Á undanförnum árum hefur verið lögð mikil áhersla að opinbera fjárhagsleg tengsl lækna og vísindamanna við lyfjaiðnaðinn. Markmið þessara aðgerða hefur verið að minnka líkur á því að þessir einstaklingar dragi í rannsóknum sínum taum þeirra fyrirtækja sem þeir þiggja fjármagn frá. Nýleg rannsókn bendir hins vegar til þess að slík opinberun geti aukið skekkju rannsakenda (Cain og Detsky, 2008). Það virðist því ljóst að frekari aðgerða er þörf til þess að draga úr mögulegri skekkju þeirra rannsakenda sem vinna með lyfjaiðnaðinum.

Lokaorð

Enn er fjarri lagi að geðlæknisfræðin geti með nokkurri vissu sagt til um það hver orsök geðraskana sé í raun og veru. Þó að gríðarlegu fjármagni hafi verið veitt til rannsókna á líffræðilegum orsökum geðraskana hafa þær ekki enn skilað tilætluðum árangri. Flokkunar- og greiningarkerfið sem byggt hefur verið upp innan *DSM* og *ICD* stendur einnig höllum fæti. Þetta ófullkomna kerfi virðist hafa haft a.m.k. tvær neikvæðar afleiðingar: 1) Fjöldi þeirra, sem greinast með geðraskanir og eru meðhöndlaðir sem sjúklingar, virðist vera talsvert umfram það sem eðlilegt getur talist, 2) lyfjafyrirtækin hafa nýtt sér þetta veika kerfi til þess að auka gríðarlega ávísun geðlyfja á Vesturlöndum og víðar. Að einhverju leyti er því hægt að taka undir þá skoðun geðlæknisins Giovanni A. Fava að kreppa ríki innan geðlæknisfræðinnar. Virðist ástæða hennar sú að hugmyndafræðileg fastheldni og fjárhagslegir hagsmunir þeirra stofnana og einstaklinga, sem einkum hafa fjárfest í líffræðilegu hugmyndafræðinni og *DSM*-greiningarkerfinu, koma í veg fyrir að unnt sé með góðu móti að beygja af leið. Með tilliti til þessara veikleika geðlæknisfræðinnar er ekki hægt vita með vissu hvenær vísindunum sleppir og huglægt gildismat tekur við.

Af framansögðu má ljóst vera að full ástæða er til að veita geðlæknisfræðinni talsvert aðhald. Ein af forsendum þess er að félagsráðgjafar og aðrar fagstéttir sem vinna innan geðheilbrigðiskerfisins geri sér fulla grein fyrir þeim deilum sem varða fræðilegan grundvöll *DSM,* virkni, aukaverkanir og langtímaáhrif geðlyfja, orsakir geðsjúkdóma, umfjöllun um fölsun rannsóknaniðurstaðna og fleira. Einnig er nauðsynlegt að þessar stéttir viti að reglulega er hamrað á þessum deilumálum í virtum læknablöðum. Til marks um þetta segir í nýlegum leiðara í *Canadian Medical Association Journal* að nú á tímum sannreyndrar læknisfræði (*evidcence based medicine*) skeri það í augu hve fátíð fullnægjandi sönnunargögn eru fyrir virkni geðheilbrigðismeðferða, þar á meðal lyfja. Af þessum sökum geti geðheilbrigðisstarfsmenn einungis giskað á hvaða meðferð muni best henta hverjum sjúklingi (Shuchmann og Hébert,

2008). Þegar þessar upplýsingar eru hafðar í huga er brýnt fyrir félagsráðgjafa, geðlækna og aðrar fagstéttir innan geðheilbrigðiskerfisins að horfa gagnrýnum augum á grundvöll þeirrar þekkingar sem dagleg störf þeirra byggjast á, enda hafa ákvarðanir þessara stétta varanleg áhrif á líf fjölda einstaklinga. Ekki er síður mikilvægt fyrir þessar fagstéttir að hlusta á sjónarmið þeirra sem nýta sér þjónustu geðheilbrigðiskerfisins því að ekki er hægt að líta á það sem sjálfsagt mál að þekking hinna faglærðu standi alltaf framar þeirri þekkingu sem notendur þjónustunnar búa yfir.

Heimildir

Alexander, G.C., Gallagher, S.A., Mascola, A., Moloney, R.M. og Stafford, R.S. (2011). Increasing off-label use of antipsychotic medications in the United States, 1995–2008. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*; DOI: 10.1002/pds.2082.

Appelbaum, K. (2009). Getting to yes: Corporate power and the creation of a psychopharmaceutical blocbuster. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *33*(2), 185–215.

Barbui, C., Cipriani, A., Patel, V., Ayuso-Mateos, J. og van Ommeren, M. (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *198,* 11–16.

Bearden, C.E., Jasinska, A.J. og Freimer, N.B. (2009). Methodological issues in molecular genetic studies of mental disorders. *Annual Review Clinical Psychology, 5,* 49–69.

Bentall, R. (2009). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail*. London: Allen Lane.

Cain, D.M. og Detsky, A.S. (2008). Everyone's a little bit biased (even physicians), *JAMA, 299*(24), 2893–2895.

Campbell, E.G., Gruen, R.L., Mountford, J., Miller, L.G, Cleary, P.D. og Blumenthal, D. (2007). A national survey of physician-industry relationships. *The New England Journal of Medicine*, *356*(17), 1742–1750.

Carlat, D.J. (2010). *Unhinged: The trouble with psychiatry: A doctor's revelations about a profession in crisis*. New York: Free Press.

Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M. og Schneider, L. (2006). Financial ties between DSM-IV members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(3), 154–160.

Dean, C.E. (2011). Psychopharmacology: A house divided. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry, 35*(1), 1–10.

Elder, T.E. (2010). The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates. *Journal of Health Economics, 29*(5), 641–656.

Elliott, C. (2003). *Better than well: American medicine meets the American dream*. New York: Norton.

Elliott, C. (2010). *White coat, black hat: Adventures on the dark side of medicine*. Boston: Beacon Press.

Evans, W.N., Morrill, M.S. og Prante, S.T. (2010). Measuring inappropriate diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *Journal of Health Economics, 29*(5), 657–673.

Fava, G.A. (2006). The intellectual crisis of psychiatric research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(4), 202–208.

First, M.B. (2007). Potential implication of the harmful dysfunction analysis for the development of DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry, 6*(3), 158–159.

Fischer, M.A., Keough, M.E., Baril, J.L., Saccoccio, L., Mazor, K.M., Ladd, E. o.fl. (2009). Prescribers and pharmaceutical representatives: Why are we still meeting? *Journal of General Internal Medicine, 24*(7), 795–801.

Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C. o.fl. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA, 303*(1), 47–53.

Frances, A. (2010a, 1. mars). It's not to late to save 'normal'. *Los Angeles Times*. Sótt 16. maí 2010 á http://lat.ms/cc3O4y.

Frances, A. (2010b, 8. apríl). Psychiatric diagnosis gone wild: The 'epidemic' of childhood bipolar disorder, *Psychiatric Times*. Sótt 16. maí 2010 á http://bit.ly/c5CuOX.

Freedman, D.H. (2010, nóvember). Lies, damned lies, and medical science. *The Atlantic*. Sótt 10. nóvember 2010 á http://bit.ly/bUUGgF.

Godlee, F. og Loder, E. (2010). Missing clinical trial data: Setting the record straight. *BMJ, 341,* c5641; DOI: 10.1136/bmj.c5641.

Grob, G.N. og Horwitz, A.V. (2010). *Diagnosis, therapy and evidence: Conundrums in modern American medicine*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Hawthorne, S. (2010a). Embedding values: How science and society jointly valence a concept – the case of ADHD. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 41*(1), 21–31.

Hawthorne, S. (2010b). Institutionalized intolerance of ADHD: Sources and consequences. *Hypatia, 25*(3), 504–526.

Henrich, J., Heine, S.J. og Norenzaya, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences, 33*(2–3), 61–135.

Horwitz, A.V. (2010). Pharmaceutical and the medicalization of social life. Í D. Light (ritstj.), *The risk of prescription drugs* (bls. 92–115), New York: Columbia University Press.

Horwitz, A.V. og Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into a depressive disoder*. Oxford: Oxford University Press.

Hyman, S. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review Clinical Psychology, 6,* 155–179.

Insel T.R. (2010). Psychiatrists' relationship with pharmaceutical companies: Part of the problem or part of the solution? *Journal of the American Medical Association*, *303*(12), 1192–1193.

Ioannidis, J.P.A. (2008). Effectiveness of antidepressants: An evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 3*(1), 1–9.

Kendell, R. og Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 160*(1), 4–12.

Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 433–440.

Kendler, K.S. og Zachar, P. (2008). The incredible insecurity of psychiatric nosology. Í K.S. Kendler og J. Parnas (ritstj.), *Philosopical issues in psychiatry* (bls. 369–385). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Kirk, S.A. og Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine Transaction.

Krishnan, V. og Nestler, E.J. (2010). Linking molecules to mood: New insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry, 167*(11), 1305–1320.

Kutchins, H. og Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM: The psychiatric Bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.

Lane, C. (2007). *Shyness: How normal behavior became a sickness*. New Haven: Yale University Press.

Light, D. (2010). The food and drug administration: Inadequate protection from serious risk. Í D. Light (ritstj.), *The risk of prescription drugs* (bls. 40–68). New York: Columbia University Press.

Mayes, R. og Horwitz, A.V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 41*(3), 249–267.

McGauran, N., Wieseler, B., Kreis, J., Shuler, Y.B., Kölsch, H. og Kaiser, T. (2010). Reporting bias in medical research: A narrative review. *Trials, 11*(37). Sótt 11. október 2010 á http://bit.ly/9kZhBi.

Moncrieff, J. (2008a). *The myth of the chemical cure: A critque of psychiatric drug treatment*, New York: Palgrave.

Moncrieff, J. (2008b). Neoliberalism and biopsychiatry: A marriage of convenience. Í C.I. Cohen og S. Timimi (ritstj.), *Liberatory psychiatry: Philosopy, politics and mental health* (bls. 235–255). Cambridge: Cambridge University Press.

Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A.B. og Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry, 64*(9), 1032–1039.

Parker, G., Chan, B., Tully, L. og Eisenbruch, M. (2005). Depression in the Chinese: The impact of acculturation. *Psychological Medicine, 35*(10), 1475–1483.

Parry, P., Furber, B. og Allison, S. (2009). The paediatric bipolar hypothesis: The view from Australia and New Zealand. *Child and Adolescent Mental Health, 14*(3), 140–147.

Pescosolido, B.A., Martin. J.K., Long, J.S., Medina, T.R., Phelan, J.C. og Link, B.C. (2010). „A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependance. *American Journal of Psychiatry.* DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.09121743.

Regier, D.A., First, M., Marshall, T. og Narrow, W.E. (2002). The American Psychiatic Association (APA) classification of mental disorders: Strengths, limitations and future perspectives. Í M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lopes-Ibor og N. Sartorius (ritstj.), *Psychiatric diagnosis and classification* (bls. 47–77). New York: John Wiley & Sons.

Ryder, A.G., Yang, J., Tao, X.Z.S., Yi, J., Heine, S.J. og Bagby, R.M. (2008). The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 300–313.

Schleifer, R. (2000). *Modernism and time: The logic of abundance in literature, science, and culture 1880–1930*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sharfstein, S. (2005). Big pharma and American psychiatry: The good, the bad, and the ugly. *Psychiatric Times, 40*(16), 3.

Shorter, E. (2009). *Before Prozac: The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Shuchmann, M. og Hébert, P.C. (2008). Bringing a research base to psychiatry. *Canadian Medical Association Journal, 178*(10), 1257.

Sismondo, S. (2008). Pharmaceutical company funding and its consequences: A qualitative systematic review. *Contemporary Clinical Trials, 29*(2), 109–113.

Spielmans, G.I. (2009). The promotion of olanzapine in primary care: An examination of internal industry documents. *Social Science & Medicine, 69*(1), 14–20.

Spielmans, G.I. og Parry, P.I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: Evidence from internal industry documents. *Bioethical Inquiry, 7*(1), 13–29.

Spitzer, R.L. (2007). Foreword. Í A.V. Horwitz og J.C. Wakefield, *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder* (bls. VII–X). Oxford: Oxford University Press.

Spurling, G.K., Mansfield, P.R., Montgomery, B.D., Lexchin, J., Doust, J., Othman, N. o.fl. (2010). Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: A systematic review. *PLoS Med, 7*(10), e1000352. DOI:10.1371/journal.pmed.1000352.

Steel, Z., Silove, D., Giao, N.M., Phan, T.T.B., Chey, T., Whelan, A. o.fl. (2009). International and indigenous diagnoses of mental disorder among Vietnamese living in Vietnam and Australia. *The British Journal of Psychiatry, 194*(4), 326–333.

Steindór J. Erlingsson. (2009, nóvember). Big pharma beaten. *Healthy Skepticism International News.* Sótt 2. júní 2010 á http://www.healthyskepticism.org/global/news/int/hsin2009-11/

Tyrer, P. og Kendell, T. (2009). The spurious advance of antipschotic drug therapy. *Lancet, 373*(9657), 4–5.

Üstüm, T.B., Chatterji, S. og Andrews, G. (2002). International classification and the diagnosis of mental disorders: Strenghts, limitations, and future perspectives. Í M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lopes-Ibor og N. Sartorius (ritstj.), *Psychiatric diagnosis and classification* (bls. 25–46). New York: John Wiley & Sons.

Wakefield, J.C. (2007). The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analy-

sis. *World Psychiatry, 6*(3), 149–156. [Á bls. 157–167 má sjá viðbrögð ellefu fræði- og vísindamanna við grein Wakefields.]

Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positives diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health, 19*(4), 337–351.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown.

Whooley, O. (2010). Diagnostic ambivalence: Psychiatric workarounds and the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Sociology of Health and Illness, 32*(3), 452–469.

Wilson, D. (2010, 30. september). Novartis settles off-label marketing case over 6 drugs for $422.5 million. *New York Times*. Sótt 1. október 2010 á http://nyti.ms/9ARO99.

Wood, S. og Lowes, R. (2010, 22. október). Psychiatrists dominate 'doctor-dollars' database listing big pharma payments. *Medscape Medical News*. Sótt 23. október 2010 á http://bit.ly/97Ey7d.

Wykes, T. og Callard, F. (2010). Diagnosis, diagnosis, diagnosis: Towards DSM-5. *Journal of Mental Health, 19*(4), 301–304.