

Sociokulturellt sammanhang som etnisk skiljelinje i psykiatrisk diagnostik: kulturbegreppet i *DSM-5*

Anna Bredström

Fil dr., Institutet för forskning om migration, etnicitet och samhälle (REMESO), Linköpings universitet. E-post: anna.bredstrom@liu.se.

I arbetet med revisionen av *DSM-5* (2013) betonades vikten av att kulturanpassa diagnosmanualen. Den kulturformulering som fanns i *DSM-IV* utvärderades, och förslag på förändringar lades fram av experter tillsatta av *DSM-5*:s styrgrupp. Artikeln visar att den reviderade manualen på flera sätt försöker bemöta tidigare kritik om etnocentrism och individorienterat kulturbegrepp. Trots detta bygger *DSM-5* fortfarande på en etnocentrisk uppdelning mellan universella diagnoser och kulturspecifika avvikelser där kultur likställs med icke-västerländsk. Genom att betona sociokulturellt sammanhang bryter kulturavsnitten också med den dominerande symptombaserade förståelsen som annars genomsyrar diagnoskriterierna. Mot denna bakgrund, argumenterar artikelförfattaren, finns det risk att lyhördhet för sociokulturellt sammanhang blir en etnisk skiljelinje i psykiatrisk diagnostik istället för att omfamna alla med psykiskt lidande.

Throughout the revision of *DSM-5* (2013), the need of strengthening cultural aspects was emphasized. The Cultural Formulation in *DSM-IV* was thus evaluated, and experts appointed by the *DSM-5* Task Force suggested appropriate changes. This article shows that the revised manual tries to counter previous critical remarks on ethnocentrism and develop the concept of culture that had been deemed too individually centred. However, by equating culture with non-westerness, the manual continues its ethnocentric pathway presenting DSM-diagnoses as universal and cultural differences as deviances. With its emphasis on sociocultural context, the chapters on culture also depart from the general symptom based structure of the manual. Against this background, the author argues, attending to sociocultural context runs the risk of becoming an ethnic dividing-line in the psychiatric diagnostic procedure instead of embracing everyone suffering from mental illness.

När den femte reviderade versionen av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* lanserades under stort pompa och ståt i maj 2013

framhölls den som mer kulturkänslig och internationell gångbar än sina föregångare [1, 2]. Revisionsarbetet hade pågått i över ett decennium och inne-

fattade en rad olika expertkommittéer, fältförsök och remissinstanser. I den forskningsagenda för revisionsarbetet som det amerikanska psykiatriförbundet (APA) och det nationella institutet för mental hälsa i USA (NIMH) publicerade år 2002 underströks vikten av att utveckla transkulturella perspektiv på psykopatologi och diagnostik. Styrgruppen tillsatte därför både en särskild grupp med ansvar för kulturellerelaterade frågor, och såg till att det fanns experter med kulturkompetens i övriga arbetsgrupper för att stärka kulturperspektivet i manualen överlag [3, 4].

Som etnicitets- och migrationsforskare med särskilt intresse för psykisk ohälsa blev jag nyfiken på denna satsning på ökad kulturanpassning.¹ Denna artikel undersöker därför hur kulturella aspekter lyfts fram i *DSM-5*, och på vilka sätt de skiljer sig från manualens föregångare *DSM-IV-TR* [5]. Min analys bygger på en kritisk läsning av både *DSM-IV-TR* samt *DSM-5* (med särskilt fokus på depression- och ångestkapiteln) samt ett urval av dokument och review-artiklar som publicerades inom ramen för revisionsarbetet [3, 4, 6–11]. Mitt syfte med artikeln är att visa att även om manualen förvisso tagit hänsyn till den kritik som riktades mot *DSM-IV* så vilar den fortfarande på en etnocentrisk syn där andra kulturer än västerländska uppfattas som avvikande. Dessutom, menar jag, finns det risk att manualen framställer socio-kulturellt sammanhang som en etnisk skiljelinje för psykiatrisk diagnostik,

något som skulle kunna få betydande konsekvenser för både forskning och klinisk praktik. Men innan jag går närmare in på denna diskussion så vill jag först ge en mer generell presentation av DSMs historia och innehåll.

Symptom och kontext i *DSM-5*

Trots den betoning som styrgruppen la vid manualens kulturkänslighet så framstår frågan om kultur och psykopatologi tämligen marginaliserad, sett till revisionsprocessen i stort. Faktum är att mycket lite medial eller annan uppmärksamhet ägnats kulturfrågan. Fokus har istället legat på andra frågor. Inte oväntat höjdes till exempel många kritiska röster om hur psykiatrin inkräktar på normaliteten: diagnoser för barn med kraftiga humörsvingningar, vuxen-ADHD och nya beroendediagnoser är några exempel på hur den reviderade manualen täcker ny mark och omfattar allt fler grupper av människor [12]. Andra ställde sig kritiska till att manualen anammar en biomedicinsk sjukdomsmodell och till läkemedelsindustrins inflytande över psykiatrin [13].

Dessa påpekanden var dock inte unika för *DSM-5*, utan påminner om liknande diskussioner som förts sedan 1980-talet då *DSM-III* lanserades. I syfte att städa undan all freudiansk psykoanalys som hade präglat både *DSM-I* och *DSM-II* undvek *DSM-III* att diskutera bakomliggande etiologi. Istället fick manualen en helt igenom deskrip-

¹ Denna artikel utgör en del av forskningsprojektet Efter succén med den nya generationens antidepressiva läkemedel: erfarenheter, praktiker, diskurser och jagets förändring, finansierat av Riksbankens jubileumsfond (P09-0281:1-E). Jag vill tacka mina medarbetare i projektet Marianne Winther Jørgensen, Kerstin Sandell (PI) och Shai Mulinari för kommentarer på tidigare utkast av artikeln.

tiv, symptom-baserad struktur där olika kluster av symptom utgjorde grund för varje diagnos. Förhoppningen hos den dåvarande ledande expertisen var dock att psykiatrisk forskning så småningom kommer att kunna härleda varje diagnos till en underliggande biologisk mekanism. Modellen kallas därför neokraepelinsk med hänvisning till Emil Kraepelin som närde en liknande vision [14].

Styrgruppen för *DSM-5* menade att det neokraepelinska synsättet inte korreponderar med dagens tongivande teorier och hänvisar till att biomedicinsk forskning och läkemedelsstudier visat att underliggande biologisk etiologi går på tvärs över DSMs kategoriseringar. Till exempel har familjestudier visat att individer som delar samma genetiska hereditet kan utveckla olika syndrom, och motsvarande tycks vissa läkemedel ha terapeutisk effekt på flera olika diagnoser. En av styrgruppens uttryckliga prioriteringar för revisionsarbetet var därför att undersöka möjligheten att kullkasta den symptom-baserade modellen. I forskningsagendan för arbetet så betonades också att syftet med revisionen var att stärka den ”vetenskapliga grunden” för psykiatrisk klassificering, och den tillsatta expertisen uppmuntrades att ”inte tänka för snävt” när det gällde möjligheter att inkludera nydanande kunskap från neurovetenskap och genetik [3].

Ett intensivt sökande efter bio-markörer och underliggande biologiska mekanismer till trots; ett decennium

efter forskningsagendan för *DSM-5* sattes konstaterar styrgruppen att det fortfarande saknas tillräckligt med vetenskapligt verifierade fakta för att låta neurovetenskaplig och genetisk etiologi hamna i förgrunden för klassificeringen [1].

DSM-5 behöll därför den symptom-baserade deskriptiva ansatsen. Detta resulterade i en tillfällig och medialt uppmärksammas klinch mellan psykiatriförbundet, APA, och forskningsinstitutet för mental hälsa, NIHM, där presidenten för den senare, Thomas Insel, menade att *DSM-5* saknade relevans för forskningen [15]. Strax därpå gjorde Insel en pudel och underströk, i ett gemensamt uttalande med APAs president Lieberman, att DSM fortfarande fyllde en viktig funktion för klinisk praktik, samtidigt som Lieberman tydliggjorde att agendan fortfarande gällde och försäkrade att så fort tillräckliga bevis finns tillgängliga kommer de inkorporeras i manualen som ska ses som ett levande dokument [16].²

Den deskriptiva ansatsen har också kritiserats för att den ökar risken att patologisera normala tillstånd. Kring *DSM-5* ställdes detta på sin spets i samband med att det så kallade sorgeundantaget togs bort. Undantaget, som fanns i *DSM-IV*, innebar att människor som nyligen genomlevt en närståendes bortgång och som uppvisade symptom som påminde om depression inte blev diagnostiserade som deprimerade. Med *DSM-5* kan alla, oavsett yttre omständighet, med dessa symptom få diagno-

² Manualen innehåller redan viss kunskap från fältet. Till exempel uppmärksammar manualen genetiska och fysiska riskfaktorer samt tentativa bio-markörer för olika diagnoser [1].

sen egentlig depression (Major depressive disorder). Den kommentar om att vara uppmärksam på eventuell sorgereaktion som ersatte undantaget har avfärdats av kritikerna som en brasklapp [17]. Denna kritik om hur det sociala och kulturella sammanhanget nedtonas framför (mätbara) symptomuttryck är värd att lägga på minnet inför den fortsatta diskussionen kring manualens internationella och mångkulturella anpassning.

DSM och kultur

Det stora intresset för DSM härrör ur dess status och utbreda användning även utanför USA: Det är inte för inte som manualen går under smeknamnet ”psykiatrins bibel”. Det pågående arbetet med att harmonisera DSM och världshälsoorganisationens motsvarande klassificeringssystem ICD för att undvika förvirring och möjliggöra internationell jämförelse indikerar också DSMs inflytande globalt.

Det var detta inflytande – jämte det faktum att USA är ett mångetniskt samhälle – som aktualiserade frågan om hur kultur och etnicitet påverkar psykopatologi. I *DSM-IV-TR* återfinns ett stycke som lyfter kulturella aspekter. Här påpekas att manualen inlemmar kultur på tre olika sätt. För det första följer efter varje diagnos ett stycke där kulturella variationer av diagnosen lyfts fram. Till exempel kan det röra sig om skillnader i symptomuttryck. Här kommenteras också skillnader i prevalens bland olika etniska grupper där sådan information finns. Utöver detta finns ett särskilt appendix som innehåller dels en lista över kulturbundna symp-

tom, dels den så kallade kulturformuleringen. Kulturbundna symptom, framhåller manualen, kan ibland överlappa med DSM-diagnoser, men är lokalt specifika uttryck av onormalt och problematiskt beteende som inte återfinns utanför den kulturella kontexten. Kulturformuleringen syftar till att vara en guide för att systematiskt utforska patientens kulturella sammanhang och innefattar aspekter som kulturell identitet, kulturella perspektiv på sjukdom och hälsa, samt tillgång till socialt nätverk och samhörighet med andra som delar samma kulturella identifikation. Kulturformuleringen uppmuntrar även behandlare att reflektera över vilken betydelse eventuella kulturskillnader mellan behandlare och patient kan ha för kommunikation, diagnosättning och behandling [5].

I samband med att revisionsarbetet drog i gång så påpekades flera brister med *DSM-IV*:s sätt att förhålla sig till kultur. En återkommande referens här är López och Guaraccias kritiska granskning *DSM-IV* samt *World Mental Health Report* från 1996 som båda sa sig integrera kunskap från forskningsfältet transkulturell psykiatri. Transkulturell psykiatri var ett fält som hade vuxit sig allt starkare under 90-talet [18] och som försökte förena psykiatri och antropologiska perspektiv på kultur och etnicitet. Bakgrunden var att det hade visat sig att kultur påverkar hur psykisk ohälsa kommer till uttryck, uppfattas och hanteras både kollektivt och individuellt.

López och Guaraccias påpekade att *DSM-IV* förvisso har inkorporerat

centrala idéer från fältet, men att det likväl inte räckte till. *DSM-IV*, menade de, utgick från en förståelse av kultur som dels inte tar tillräcklig hänsyn till social kontext: kultur blir något som den enskilda individen bär med sig i form av värderingar och trossystem. Denna kulturdefinition är i och för sig att föredra framför det tidigare dominerande synsättet där olika grupper tillskrevs olika psykiska sjukdomsuttryck i form av kulturbundna syndrom. Att fokusera individuella värderingar istället för gruppnivå öppnar upp för heterogenitet, menar författarna. Men *DSM-IV* visade inte dessvärre inte hur värderingar förhandlas och förändras, utan vi var fortfarande lämnade med ett tämligen statiskt kulturbegrepp. Dessutom fokuseras kultur bara när det gällde "andra" än vita, västerländska kulturer, det vill säga den vilade på en etnocentrisk förståelse av kultur. Detta blev särskilt påtagligt i beskrivningen av kulturella variationer och kulturbundna fenomen där endast icke-vita, icke-västerländska symptomuttryck lyftes fram. I övrigt framstod diagnoserna som universella och alltså inte formade av någon kulturell kontext.

I samband med revisionsprocessen tar styrgruppen fasta på denna kritik och uppmantrar expertgrupperna att inkomma med en mer uppdaterad syn på kultur. På *DSM-5*:s officiella hemsida³ fanns under revisionsarbetet en särskild länk till ett faktablad där *DSM-5*:s förhållningssätt till kultur sammanfattades. Där framhölls till exempel att alla symptom är kulturspecifika:

³ www.dsm5.org

Different cultures and communities exhibit or explain symptoms in various ways. Because of this, it is important for clinicians to be aware of relevant contextual information stemming from a patient's culture, race, ethnicity, religion or geographical origin. For example, uncontrollable crying and headaches are symptoms of panic attacks in some cultures, while difficulty breathing may be the primary symptom in other cultures. [19]

Vidare är *DSM-5*:s kulturavsnitt betydligt mer omfattande, och i det stycke där kulturbegreppet definieras så påpekas det också att

Cultures are open, dynamic systems that undergo continuous change over time; in the contemporary world, most individuals and groups are exposed to multiple cultures, which they use to fashion their own identities and make sense of experience. These features of culture make it crucial not to overgeneralize cultural information or stereotype groups in terms of fixed cultural traits. [1, s. 749]

Likaså definierar manualen också ras och etnicitet som kulturellt konstruerade identiteter respektive grupper, samt framhåller att diskriminering och rasism kan ha negativa effekter på hälsa, och motsvarande kan gemenskap och identifikation kan ha positiva effekter. Utöver detta har *DSM-5* utvecklat kulturformuleringen och inkluderar en omfattande intervjuguide som ska un-

derlätta bedömning av hur kultur och kontext påverkar olika aspekter som är relevanta för både diagnosättning och behandling.

Fortsatt etnocentrisk

Mycket pekar alltså mot att *DSM-5* i flera avseenden försöker anpassa manualen utifrån den kritik som lyftes mot dess föregångare. Det vidgade kulturbegreppet och det sätt som manualen understryker att de flesta av oss lever under en rad olika kulturella influenser öppnar till exempel upp för en förändringspotential och utmanar en statisk syn på kultur. Betoningen av att kultur formas av social kontext inklusive strukturell rasism och diskriminering, och intervjuguidens vikt vid att undersöka social kontext i vid bemärkelse, utmanar också den tidigare individfokuseringen.

Jag hävdar dock att central delar av de inneboende problem som López och Guarnaccias lyfte fram när det gällde *DSM-IV* fortfarande kvarstår. Ett exempel är hur *DSM-5* fortsätter framställa vissa diagnoser som universella genom att, precis som tidigare, presentera kulturella variationer av *DSM*-diagnoserna under särskilda rubriker efter varje diagnos samt i ett appendix över "Cultural Concepts of Distress".

Manualen framstår således fortsatt som etnocentrisk, dvs. att den utgår från en kultur som normaliserats som en universell måttstock mot vilka andra jämförs och värderas. Låt oss titta närmare på en specifik diagnos för att undersöka på vilka sätt denna etnocentrism tar sig uttryck mer konkret.

Citatet ovan, från *DSM-5*-kommitténs faktablad om kultur som framhöll att panikattacker i vissa kulturer visar sig genom symptom som okontrollerbart gråtande och huvudvärk, medan ett centralt symptom i andra kulturer är upplevelsen av andnöd, ingav ett visst hopp om att den kulturella kontexten skulle lyftas fram även i relation till de generella *DSM*-diagnoserna och inte, som tidigare, presenteras som tillägg som bara gäller "andra". När *DSM-5* publicerades visade det sig dock att detta underförstådda löfte inte hade införlivats. I diagnoskriterierna för ett paniksyndrom kan vi läsa att en panikattack är

...an abrupt surge of intense fear or intense discomfort that reaches a peak within minutes, and during which time four (or more) of the following symptoms occur:

Note: The abrupt surge can occur from a calm state or an anxious state.

- Palpitations, pounding heart, or accelerated heart rate. Sweating.
- Trembling or shaking.
- Sensations of shortness of breath or smothering.
- Feelings of choking.
- Chest pain or discomfort.
- Nausea or abdominal distress.
- Feeling dizzy, unsteady, light-headed, or faint.
- Chills or heat sensations.
- Paresthesias (numbness or tingling sensations).
- Derealization (feelings of unreality) or depersonalization (being detached from oneself).

- Fear of losing control or “going crazy.”
- Fear of dying.

Note: Culture-specific symptoms (e.g., tinnitus, neck soreness, headache, uncontrollable screaming or crying) may be seen. Such symptoms should not count as one of the four required symptoms. [1, s. 208]

Det vill säga, i motsats till faktabladet, så konstrueras upplevelsen av andnöd som ett universellt symptom, medan huvudvärk anses vara kulturspecifikt. Detta betyder inte att kulturella aspekter inte tagits hänsyn till i den reviderade definitionen, tvärtom är markeringen att “the abrupt surge can occur from a calm state or an anxious state” hämtad från kulturexpertisen förslag till revidering av diagnoskriterierna [7]. Det vill säga, viss kritik om kulturell variation tycks ha lett till vidgade och mer omfattande kriterier. Likväl fortsätter dock huvuddiagnoserna att framstå som om de stod utanför kulturell influens.

Etnocentrismen genomsyrade också revisionsarbetet i sin helhet där kulturella aspekter och kulturella skillnader genomgående hänvisar till icke-vita, icke-västerlänningar. I review-artiklarna om kultur och olika diagnoser undersöks till exempel hur väl diagnoskriterierna stämmer överens med lokala kulturella erfarenheter i Kina, Vietnam eller Latinamerika, men aldrig hur kultur formar symptomuttryck hos till exempel vita amerikaner.

På det hela taget verkar kulturella aspekter av psykopatologi hos vita västerlänningar aldrig varit en egentlig fråga för *DSM:s* styrgrupp. I den offentliga debatten poppade det förvisso då och då upp kommentarer om att DSM-diagnoserna skulle kunna vara kulturspecifika uttryck för en västerländsk kultur. När professorn i primärvårdsmedicin, Christopher Dowrick, föreslog att depression skulle kunna vara en effekt av att den engelsktalande västvärlden utvecklat en lyckoetik där alla avvikelser från normen sjukdomsförklaras så citerades han av ett antal bloggande vetenskapsjournalister [20]. Men annat än dessa enstaka fall så verkar det råda en allmän konsensus kring att kultur är något som främst gäller ”de Andra”.

Kontext vs symptom?

Etnocentrismen har givetvis inte gått manualförfattarna obemärkt förbi, utan frågan om DSM-kategoriernas universella status diskuteras också i *DSM-5s* avsnitt om kultur. Här framhålls dock att DSM-diagnoserna ursprungligen formades lokalt av sin kulturella kontext, men att de med tiden har spridits – genom klinisk användbarhet och genom forskning – så att de idag framstår som mer generella kategorier.

Detta påstående blir dock motsägelsefullt om det sätts i ljuset av kulturexpertisens genomgångar av hur kultur formar psykopatologi. Om kultur i icke-västerländska samhällen påverkar allt som har med sjukdomen att göra; diagnos, levd erfarenhet, uppfattning av dess orsak, behandling och så vidare, måste ju rimligtvis detsamma gälla

västerländska sociokulturella sammanhang. Istället för generella och världsomfattande så framstår DSM-diagnoserna i kulturexpertisens genomgångar mer som den måttstock de var satta att utgå från. I den artikel som berör kultur och ångestsyndrom så påpekar författarna också det paradoxala i att de är hänvisade till att utgå från gällande DSM-diagnoser ”istället för patologisk ångest mer generell” [7, s. 2] när de gör sina genomgångar. Reviewartiklarna väcker också frågor om hur man kan tolka global epidemiologi i ett fält där symptom är så kulturbundna? Till exempel hänvisar samma artikel till en omfattande epidemiologisk studie från Kina där så många som 60% av alla med ångestsymtom hade hamnat i kategorien Not Otherwise Specified. Det skulle alltså kunna vara så att en betydande andel kineser upplever ångest som, om kriterierna hade varit mer kulturkänsliga, hade kategoriserats inom ramen för någon av de vedertagna diagnoserna vilket hade gett en annan bild av diagnosens epidemiologi globalt. Likaså visar genomgångarna på att skilda kulturella sätt att hantera symptomuttryck kan ha stora effekter på både förlopp och behandling, vilket i sin tur även det ger utslag i skiftande epidemiologi.

Vilka effekter manualens kulturformulering kommer att få för klinisk bedömning och behandling återstår givetvis att se. En fara, som jag ser det, är att manualens tudelning mellan universella och kulturspecifika symptom riskerar att göra sociokulturellt sammanhang till en etnisk skiljelinje inom psykiatri. Sorgekriteriets avskaffande

pekar också på en rörelse där det sociala och kulturella sammanhanget nedtonas om det inte just rör någon med en icke-västerländsk bakgrund. Kulturformuleringens intervjuguide är förvisso designad att användas oavsett patientens etnicitet, men frågan är om den anses relevant om en vit medelålders kvinna söker hjälp för nedstämdhet, oro och sömnsvårigheter, det vill säga symptom som faller inom ramen för DSMs generella diagnoskategorier. Risken är således att kultur och kontext fortsätter bara gälla ”de Andra”. För den enskilda patienten kan detta såklart både ha för- och nackdelar. I ett möte där vårdgivarens uppfattningar präglas av stereotyper kring patientens kultur och religion, eller där allt lidande kopplas enbart till patientens migrationserfarenhet, är det inte nödvändigtvis en fördel att det sociokulturella sammanhanget sätts i fokus. Men i en tid dominerad av biomedicinska modeller och individfokuserade behandlingsmetoder så är det kanske osynliggörandet av sammanhang det som drabbar värst.

Referenser

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
2. Kupfer, D., Kuhl, E., & Regier, D. (2013). DSM-5 - The future arrived. *JAMA - Journal Of The American Medical Association*, 309(16), 1691-1692.
3. Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (red.) (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

4. Regier, D.A. (red.) (2011). The conceptual evolution of DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
5. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. (4. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Alarcón, R. D., Becker, A. E., Lewis-Fernández, R., Like, R. C., Desai, P., Foulks, E., & ... Primm, A. (2009). Issues for DSM-V: The role of culture in psychiatric diagnosis. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 197(8), 559–560.
7. Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Lariá, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., & ... Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 27(2), 212–229.
8. Hinton, D. E. & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 28 (9), 783–801.
9. Alarcon, R. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139.
10. Brown, R. J., & Lewis-Fernández, R. (2011). Culture and Conversion Disorder: Implications for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(3), 187-206
11. Kirmayer, L., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 832-840.
12. Frances, A. (2013). Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: William Morrow.
13. Division of Clinical Psychology Position Statement (2013) <http://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf> (Hämtad 2014-06-27).
14. Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2010). Den förlorade sorgsenheten: hur psykiatrin förvandlade normal sorg till en depressiv störning. Ludvika: Dualis.
15. Insel, T. (2013). Transforming Diagnosis. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml> (Hämtad 2014-06-27).
16. Insel, T. & Lieberman, J. A (2013) DSM-5 and RDoC: Shared Interests. http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml?utm_source=rss_readers&utm_medium=rss&utm_campaign=rss_summary (Hämtad 2014-06-27).
17. Wakefield, J. DSM-5: An Overview of Changes and Controversies. *Clinical Social Work Journal*, 41(2), 139–154.
18. Lopez, S. R & Guarnaccia, P. J. (2000). Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology*, 51 (1), 571.
19. American Psychiatric Association. (2013) DSM Fact Sheet: Cultural Concepts. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5> (Hämtad 2014-06-27).
20. Dowrick, C. (2013). Depression as a culture-bound syndrome: implications for primary care. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 63(610), 229-230.