

Diskurs

No more psychiatric labels: Kampagne zur Abschaffung formaler psychiatrischer Diagnosesysteme wie ICD und DSM¹

Sami Timimi

Zusammenfassung

- Psychiatrische Diagnosen sind nicht valide.
- Die Anwendung psychiatrischer Diagnosen verstärkt Stigmatisierung.
- Psychiatrische Diagnosen helfen nicht bei der Wahl der Behandlungsstrategie.
- Die Langzeitprognosen psychischer Störungen haben sich verschlechtert.
- Anderen Kulturen werden westliche Vorstellungen psychischer Gesundheit und Krankheit aufgezwungen.
- Alternative evidenzbasierte Modelle für eine effektive Neuausrichtung der psychosozialen Versorgung stehen zur Verfügung.

Schlagwörter: Klassifikationsmanuale – psychische Störung – psychiatrische Diagnosen – Stigmatisierung – psychosoziale Versorgung

Summary

No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM

- Psychiatric diagnoses are not valid.
- Use of psychiatric diagnosis increases stigma.
- Using psychiatric diagnosis does not aid treatment decisions.
- Long term prognosis for mental health problems has got worse.
- It imposes Western beliefs about mental distress on other cultures.
- Alternative evidence based models for organizing effective mental health care are available.

Key words: diagnostic systems – mental distress – psychiatric diagnosis – stigma – mental health care

1 Übersetzung von Adrian Rothers. Der Originaltext ist unter <http://www.critical-psychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID12.pdf> zu finden.

1 Einführung

Die moderne westliche Psychiatrie kann für sich viele wichtige Fortschritte in der Versorgung von Menschen mit seelischen Leiden beanspruchen. Es existiert eine große Auswahl an Pharmakotherapien, die helfen können, die Symptome zu bewältigen, und eine noch größere Auswahl von Psychotherapieverfahren, die dem Leidenden dabei helfen, seinen Erfahrungen einen Sinn zu geben und mit ihnen umgehen zu lernen. Die Irrenanstalten vergangener Zeiten wurden geschlossen und an ihre Stelle ist eine große Bandbreite von gemeindepsychiatrischen Angeboten, von Frühinterventionen bis hin zu Krisenmanagement, getreten. Die Forschung hat viele biologische und Umwelteinflüsse identifiziert, die einen Zusammenhang mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit akuter oder zukünftiger psychischer Störungen aufweisen, was zu einem erweiterten Verständnis seelischer Leiden beigetragen hat. Dabei ist die akademische Gemeinde sowohl in der Anzahl ihrer Mitglieder als auch in ihren Fähigkeiten gewachsen, sie untersucht seelische Leiden aus unterschiedlichen Perspektiven und veröffentlicht ihre Ergebnisse in zahlreichen Zeitschriften und Tausenden von Artikeln pro Jahr. All das sind wertvolle Errungenschaften und zweifellos kommt dieser Fortschritt tausenden Menschen auf der Welt zugute.

Doch trotz all dieser Errungenschaften steckt die psychiatrische Theorie und Praxis in einer Sackgasse. Während sich Diagnosen psychischer Störungen immer weiter verbreiten, hat sich der erhoffte Präventionseffekt als Täuschung erwiesen, trotz erheblicher Ausweitungen der Gesundheitsdienste in den meisten entwickelten Ländern der Welt. Keine einzige Diagnose in den wichtigsten psychiatrischen Klassifikationsmanualen (wie ICD oder DSM – WHO, 1994; APA, 1994) ist an einen medizinischen Test gekoppelt, insofern spielt in der diagnostischen Praxis, anders als in den anderen medizinischen Disziplinen, die Ätiologie nur eine unwesentliche Rolle. Während sich die Reliabilität in der Diagnosestellung in einigen Forschungszweigen verbessert hat, nützt das nicht notwendigerweise der klinischen Praxis, der noch wichtigere Aspekt der Validität bleibt weitgehend unbeachtet. Noch wichtiger: Es gibt keine Hinweise, dass die Verwendung psychiatrischer Diagnosekriterien als Richtschnur für die Behandlung zu verbesserten Ergebnissen durch evidenzbasierte Behandlungsentscheidungen führt. Dagegen legen Forschungsergebnisse nahe, dass die Anwendung psychiatrischer Diagnosen und der mit ihnen verbundenen theoretischen Annahmen stattdessen in manchen Fällen zu schlechteren Ergebnissen führt.

Daher postuliert diese Kampagne, dass die Zeit gekommen ist, der Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Leiden durch die Abschaffung psychiatrischer Klassifikationssysteme wie ICD und DSM aus dieser Sackgasse zu helfen. Unter Berücksichtigung aktueller Ergebnisse von Epidemiologie, kulturübergreifenden und Wirksamkeitsstudien wird das Ausmaß aufgezeigt, in dem die Forschungslage mit dem vorherrschenden, diagnostikbasierten medizinischen Modell als Paradigma klinischer Praxis unvereinbar ist. Die fortgesetzte An-

wendung formaler Diagnosesysteme in der Organisation von Forschung, Ausbildung, Begutachtung und Therapie ist unvereinbar mit einem evidenzbasierten Vorgehen, das die therapeutische Wirksamkeit verbessern soll. Obwohl es hier nicht um die wichtige Aufgabe der Entwicklung von Ideen für eine zukünftige Gesundheitsversorgung ohne ICD und DSM geht, werden einige Hinweise auf bereits zur Verfügung stehende alternative Paradigmen gegeben, die leicht in die Praxis integriert werden und zu einer Verbesserung der Ergebnisse führen können.

2 Ätiologie

Das Scheitern der Grundlagenforschung bei der Suche nach spezifischen biologischen Abnormalitäten oder physiologischen oder psychologischen Markern, die eine psychiatrische Diagnose substantiieren, ist allseits bekannt. Anders als in anderen medizinischen Disziplinen, in denen diagnostische Systeme auf einem ätiologischen Verständnis fußen, haben es psychiatrische Diagnosemanuale wie ICD und DSM nicht geschafft, diagnostische Kategorien mit ätiologischen Prozessen zu verbinden. Daher wird in keinem der beiden Manuale auf einen medizinischen Test verwiesen, der eine Diagnose stützen könnte. Die Kritik am mangelhaften ätiologischen Fortschritt kommt nicht nur von den weniger biologisch ausgerichteten Psychiatern. Auch Genforscher bemängeln, dass die Verwendung kategorialer Diagnosen (z.B. Schizophrenie) ihre Studien behindert (Marneros u. Akiska, 2007; Owen, O'Donovan, Thapar u. Craddock, 2011), wo dimensionale Ansätze angemessener wären (die sich in der restlichen Medizin allerdings eher auf einen kleinen Bereich von »Sonderfällen« konzentrieren, z.B. Wachstumshormontherapie bei Kleinwüchsigkeit), anstatt auf die Vielzahl von Fällen, mit denen sich aktuell die Psychiatrie beschäftigt.

Die einzige nennenswerte Ausnahme zum verbreiteten Mangel ätiologischer Fundierung ist die Diagnose »Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)«, die die Symptome als direktes Resultat eines Traumas ansieht. Diese Diagnose entstammt keinen wissenschaftlichen Entdeckungen, sondern entwickelte sich im Zuge juristischer Auseinandersetzungen, die US-amerikanische Vietnamveteranen um die Anerkennung ihrer Kriegsfolgen führten. PTBS impliziert, dass andere Diagnosen als nicht traumabedingt zu sehen seien. In jedem Fall gibt es substanzielle Befunde, die eine Verbindung herstellen zwischen den gravierendsten psychiatrischen Phänomenen wie Stimmenhören oder Psychosen, Traumata und Misshandlungen, inklusive sexuellen, körperlichen und rassistischen Misshandlungen, Armut, Vernachlässigung und Stigmatisierung (Romme u. Escher, 1989; 1993; Honig, Romme, Ensink, Pennings u. de Vries, 1998; Esche, Romme, Buiks, Delespaul u. van Os, 2002; Greenfield, Strakowski, Tohen et al., 1994; Goodman, Rosenberg, Mueser et al., 1997; Mueser, Goodman, Trumbetta et al., 1998; Read, Agar, Argyle et al., 2003; Morrison, Frame u.

Larkin, 2003; Bebbington, Bhugra, Brugha et al., 2004). Deshalb ist es so wichtig, psychotische Erfahrungen im lebensgeschichtlichen Kontext der Person zu verstehen. Es ist fahrlässig, dies nicht zu tun, da sonst die Ursprünge problematischer Erfahrungen und problematischen Verhaltens verschleiert und mystifiziert werden (Romme u. Escher, 2000).

3 Validität

Wenn wir die Standards anderer medizinischer Disziplinen geltend machen, hängt die Validität eines diagnostischen Konstruktes davon ab, in welchem Ausmaß es eine natürlich bestehende Kategorie repräsentiert. Wenn es das tut, sollte man bei Trägern einer Diagnose eine identifizierbare biologische Eigenschaft entdecken, die sie von jenen unterscheidet, die diese Diagnose nicht haben. Trotz jahrelanger Suche nach biologischen Korrelaten zeigt das Unvermögen, irgendeinen spezifischen biologischen Marker für irgendeine psychiatrische Diagnosekategorie zu entdecken, dass die gegenwärtigen psychiatrischen Diagnosesysteme nicht mit derselben wissenschaftlichen Sicherheit den Lebenswissenschaften zugehören wie der Rest der Medizin. Verständlicherweise sieht der psychiatrische Mainstream darin ein Problem. Allerdings führt der Versuch, weiterhin einen Großteil des Forschungsaufwandes auf die Korrektur dieses Defizits zu verwenden und unnachgiebig weiter nach biologischen Korrelaten zu suchen, auch zukünftig nicht zu etwas klinisch Nützlichem. Das sollte aber nicht zwangsläufig als Schwäche gesehen werden. Anstelle weiterer wissenschaftlich wie klinisch unergiebiger Forschung sollten wir dieses Scheitern als Gelegenheit betrachten, das dominante Paradigma zu überprüfen und eines zu entwickeln, das dem aktuellen Erkenntnisstand besser entspricht.

Abweichungen von der diagnostischen Logik sind in ICD und DSM weit verbreitet. So wird beispielsweise die Diagnose »Depression« im DSM ausgesetzt (auch wenn der Patient über den erforderlichen Zeitraum die erforderliche Anzahl Symptome zeigt), wenn ein Trauerfall nach Verlust durch Tod (»bereavement«) vorliegt. Dies ist auf mindestens zwei Arten widersinnig: Zum einen bricht es mit dem »Gesetz«, dass diagnostische Kategorien im DSM deskriptiver Natur sind und keine Ätiologie enthalten. Zum anderen wird Trauer als normale Reaktion gesehen, auch wenn alle anderen Kriterien einer Depression erfüllt sind. Man muss also fragen: Warum wird gerade der Trauerfall ausgenommen? Warum sind andere Lebensumstände, für die Trauer (»sadness«) eine übliche Reaktion ist – Verlust des Arbeitsplatzes, das Ende der Ehe, Mobbing usw. – nicht auch als gültige Ausnahme akzeptiert (Middleton, 2008)?

Häufig wird Patienten mehr als eine Diagnose attestiert. Dies wirft Zweifel an der Spezifität diagnostischer Kategorien auf. Die weite Verbreitung von Komorbidität (die Vergabe mehrerer Diagnosen, um die Probleme des Patienten zu beschreiben) deutet auf grundlegende Defizite unseres Verständnisses der na-

türlichen Abgrenzung selbst der schwerwiegendsten psychiatrischen Diagnosen hin (Anckarsäter, 2010; Van Os, 2003a, 2003b). Auch wechselt die Einschätzung einer »dominanten« Diagnose bei jedem Individuum nahezu ausschließlich auf Grundlage einer subjektiven anstatt einer empirischen Basis (etwa durch einen medizinischen Test). Während in der restlichen Medizin die Ursachen für die Symptome des Patienten in der Diagnose mitgeliefert werden, beschränkt psychiatrische Diagnostik sich empirisch gesehen rein auf eine deskriptive Rolle. Demzufolge versucht der Kliniker, wenn er behauptet, ein Patient sei »wirklich« depressiv, habe ADHS, eine bipolare Störung oder sonst etwas, nicht nur eine subjektive Meinung in etwas scheinbar Empirisches zu verwandeln – er betreibt »Reifikation« (die Umwandlung subjektiver Sachverhalte in etwas »Konkretes«). Das Problem daran, Konstrukte als etwas scheinbar faktisch in der realen Welt Vorkommendes zu behandeln, besteht darin, dass bei allen Beteiligten eine Art »Tunnelblick« erzeugt werden kann, der die Sicht auf andere, zweckmäßigere Möglichkeiten für die Individuen einschränkt (Van Praag, 1990). Wenn Leute daran glauben, dass ADHS eine »reale« Störung ist, die in ihrem Gehirn womöglich lebenslang existiert, könnten sie und alle in ihrem Umfeld sich so verhalten, dass sie dieser Prophezeiung zur Erfüllung verhelfen.

Zwischen dem Vorhandensein der erforderlichen Anzahl von Symptomen für viele psychiatrische Diagnosen und verschiedenen Stufen von Beeinträchtigung gibt es keine ausreichenden Zusammenhänge (obwohl »Beeinträchtigung« häufig zu den diagnostischen Kriterien gehört). Literaturübersichten und Feldforschungen zur Überprüfung der Signifikanzkriterien wurden bei der Erstellung des DSM-IV nicht einbezogen. Dementsprechend haben viele Menschen unterhalb der diagnostischen Schwelle ein höheres Beeinträchtigungsniveau als andere über dieser Grenze, von denen viele ein relativ geringes Maß an Beeinträchtigung haben (Kendler, 1999; Angold, Costello, Farmer et al., 1999; Simonoff, Pickles, Meyer et al., 1997).

4 Reliabilität

Reliabilität ist das Ausmaß, in dem Fachleute mit ihrer Diagnose übereinstimmen, wenn sie unabhängig voneinander eine Reihe von Patienten untersuchen. Seit ungefähr 30 Jahren arbeiten akademische Psychiater hart daran, die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen zu verbessern. Dies ist zum einen als Antwort auf die Kritik zu verstehen, viele der damals gebräuchlichen Diagnosen seien aufgrund der geringen Übereinstimmung bzgl. der Schlüsselsymptome bedeutungslos. Rosenhans Studie aus dem Jahr 1973, derzufolge Psychiater häufig nicht in der Lage waren, zwischen gesunden und psychotischen Patienten zu unterscheiden, regte neue Versuche an, die diagnostische Praxis zu »standardisieren«. Formalisierte Diagnosesysteme wie DSM und ICD versuchten, diese Probleme anzugehen, indem sie ihrem Fach durch die Einführung standardisierter Symptom-

checklisten diagnostisches Einverständnis aufzwingen. Aufgrund der wiederholten Behauptung, dass dieses Vorgehen die diagnostische Reliabilität signifikant erhöht habe, vermitteln die formalen Diagnosesysteme den Eindruck, auf eine empirisch verifizierbare Art und Weise reliabel zu sein.

Doch Analysen der Studien, die bei der Entwicklung des ersten diagnostischen Manuals berücksichtigt wurden, das den Ansatz der Operationalisierung der Diagnose durch eine Symptomcheckliste verfolgte (DSM-III), wiesen keine diagnostischen Kategorien mit einer vergleichbar hohen Reliabilität aus. Die Bandbreite der Reliabilität der Hauptdiagnosegruppen war sehr groß und umfasste in einigen Fällen das gesamte Spektrum von Zufall bis perfekter Übereinstimmung. Dabei wiesen Fallstudienberichte, die in detaillierter schriftlicher Form vorgelegt wurden, um anschließend von verschiedenen Psychiatern mit einer Diagnose versehen zu werden (eine Herangehensweise, die der klinischen Praxis am nächsten kommt), die niedrigsten Reliabilitätswerte auf (Kirk u. Kutchins, 1994). Reliabilitätsuntersuchungen zum Einsatz des gesamten DSM in natürlichen klinischen Settings wiesen keine einheitlich hohe Reliabilität auf, während viele Studien Reliabilitäten fanden, die sich kaum von den Prä-DSM-III-Studien unterschieden (Kirk u. Kutchins, 1994; 1992; Williams, Gibbon, First et al., 1992). Um dieses Manko zu überwinden, wird das Reliabilitätsproblem von Entwicklern späterer Versionen schlicht heruntergespielt und behauptet, es sei bereits durch den in der Vorbereitung des DSM-III entwickelten Ansatz gelöst worden.

5 Behandlung und Wirksamkeit

Psychiatrische Dienstleistungen und Behandlungen werden in den industrialisiertesten Ländern in der Regel auf der Grundlage eines technologischen Paradigmas erbracht, das auf der Annahme basiert, dass die technischen Aspekte medizinischer und psychologischer Behandlung vorrangig sind und am besten durch die Erstellung einer Diagnose und der Anwendung eines dazugehörigen Therapiemanuals umgesetzt werden können.

Zwar bestätigt eine Menge Literatur zur Psychotherapie, dass es sich dabei im weitesten Sinne um eine sichere und effektive Behandlungsmethode für psychische Probleme handelt, die in westlichen Gesellschaften vorkommen und untersucht wurden, aber es gibt nur wenige Hinweise darauf, dass positive Behandlungsergebnisse mit der Wahl der »korrekten« therapeutischen Technik zusammenhängen, während vieles dafür spricht, dass die »allgemeinen Faktoren« wie das Herstellen einer starken therapeutischen Beziehung von größerer Wichtigkeit sind (Wampold, 2001; Duncan u. Moynihan, 1994; Duncan, Miller, Wampold u. Hubble, 2009). Einige Studien haben beispielsweise gezeigt, dass man auf die meisten der spezifischen Methoden der Kognitiv-Behavioralen Therapie (KBT) verzichten kann, ohne das Resultat negativ zu beeinflussen

(Jacobson, Dobson, Truax et al., 1996; Longmore u. Worrell, 2007). Das Gleiche gilt für andere Formen der Therapie von Depressionen. Das »Treatment of Depression Collaborative Research Project« des britischen National Institute of Mental Health hat in der größten Studie zum Vergleich verschiedener Therapieverfahren der Depression (KBT, Interpersonale Psychotherapie/IPT, »Antidepressiva« und Placebo) bei den Patienten in allen Gruppen signifikante Verbesserungen gefunden, jedoch keine Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Der beste Prädiktor für ein positives Behandlungsergebnis war in allen vier Gruppen die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Frühphase der Behandlung (wie sie durch den Patienten wahrgenommen wurde) (Elkin, Shea, Watkins et al., 1989; Shea, Elkin, Imber et al., 1992; Blatt, Zuroff, Quinlan u. Pilkonis, 1996; Zuroff, Blatt, Sotsky, Krupnick, Martin, Sanislow u. Simmens, 2000).

Neuere Metaanalysen kommen zu einem ähnlichen Schluss. Die Qualität der therapeutischen Beziehung zeichnet für den Großteil der Varianz des Behandlungsergebnisses innerhalb der Therapiegruppe verantwortlich und ist bis zu sieben Mal einflussreicher hinsichtlich der Förderung von Veränderung als einzelne Therapieverfahren (Wampold, 2001; Duncan, Miller u. Sparks, 2004). Solche Ergebnisse stellen in Kombination mit der höchsten Bedeutung, die die Klienten in vielen Studien dem Einfluss der Beziehung auf das Behandlungsergebnis geben, ein starkes Argument dafür dar, dass die unspezifischen Aspekte von Psychotherapie bzw. das Know-how zur Herstellung einer starken therapeutischen Beziehung wichtiger sind als spezifische Techniken. Das zeigt sich nicht nur in Forschungsprojekten, sondern auch in Begegnungen im »echten« klinischen Alltag. So konnte in einer Übersicht über mehr als 5000 Behandlungsfälle des britischen National Health Service psychotherapeutischen Techniken nur ein sehr kleiner Varianzanteil im Ergebnis zugeschrieben werden, im Gegensatz zu unspezifischen Effekten wie der therapeutischen Beziehung (Stiles, Barkham u. Mellor-Car, 2008).

Die gleichen Beobachtungen lassen sich auch bei psychopharmazeutischen Behandlungen finden (dass nämlich unspezifische Faktoren wichtiger sind als die zu einer Diagnose passende Medikation). Infolgedessen hat eine Reihe von Psychiatern argumentiert, dass der Befundlage nach Psychopharmaka weniger neurobiologische Ungleichgewichte ausgleichen als einen bestimmten psychologischen Zustand induzieren, was – obwohl eben nicht spezifisch mit einer Diagnose verknüpft – trotzdem die Grundlage ihrer Nützlichkeit ist (Moncrieff, 2009). Dies spiegelt die klinische Praxis wider, in der die wenigen Kategorien in der Psychiatrie gebräuchlicher psychoaktiver Medikamente (SSRI bzw. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – bekannter als Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Lithium und Antiepileptika) häufig in einer nicht diagnose-spezifischen Weise verwandt werden. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gelten zum Beispiel bei so verschiedenartigen Syndromen wie Borderline-, Zwangs- und Panikstörungen, Depressionen, Anorexia nervosa, Bulimie, sozialen Phobien und

anderen als wirksam. Als psychoaktive Substanz scheinen SSRI »etwas mit dem Befinden zu machen«, das jedoch nicht diagnosespezifisch ist. So wie Alkohol bei Personen mit Schizophrenie, Zwangsstörung, Depression oder ohne psychiatrische Diagnose einen Rausch auslöst, würden auch Serotonin-Wiederaufnahmehemmer diese Personen auf eine nicht diagnosespezifische Art beeinflussen. Auf ähnliche Weise wurden auch Neuroleptika (oft als Antipsychotika fehlbenannt) für die Behandlung von Depressionen, Angst-, bipolaren und Persönlichkeitsstörungen, ADHS und Schizophrenie vorgeschlagen. Die Überschneidung der Anwendungsbereiche der beiden Psychopharmaka ist beachtenswert.

Viele Psychopharmaka-Therapien stützen sich wie Psychotherapien eher auf unspezifische Faktoren als auf störungsspezifische therapeutische Effekte. So wird allgemein angenommen, dass als »Antidepressiva« beworbene Medikamente Zustände »chemischer Unausgewogenheit« bestimmter Neurotransmitter rückgängig machen. Die Datenlage zeigt jedoch, dass Placebo-Effekte wichtiger sind als alle neuropharmakologischen Effekte. Mehrere Metaanalysen sind zu dem Schluss gekommen, dass der Großteil der durch die »Antidepressiva« erzielten Fortschritte durch den Placebo-Effekt erklärt werden kann, während nur ein kleiner Varianzanteil (ca. 20 %) auf die Arznei selbst zurückgeführt wird, ein kleiner Anteil, der außerdem für die überwältigende Mehrheit psychiatrischer Patienten von geringer klinischer Bedeutung sein dürfte (Turner u. Rosenthal, 2008; Kirsch, Deacon, Huedo-Medina et al., 2008). Studien über das Ausmaß des Einflusses der therapeutischen Beziehung auf den Ausgang einer Behandlung bewerteten diesen auch in Verbindung mit Psychopharmakagabe als weit einflussreicher als die Medikation alleine. Eine gute Beziehung mit dem verschreibenden Arzt ist ein stärkerer Prädiktor für ein gutes Ansprechen des »Antidepressivums« als seine einfache Einnahme ungeachtet der Person, die es verschreibt (Wampold, 2001; Sparks, Duncan u. Miller, 2008).

Die fehlende Behandlungsspezifität betrifft nicht nur die verbreiteteren und weniger schweren Störungen. Obwohl »antipsychotisch« genannte Medikamente ein biochemisches Ungleichgewicht bei psychotischen Patienten beheben sollen, wurde ein solches Ungleichgewicht noch nicht nachgewiesen. Zudem sind den Forschern seit langem verblüffende Befunde transkultureller Studien bekannt. So wurden seit den 1970er Jahren über einen Zeitraum von 30 Jahren unter anderem durch die Weltgesundheitsorganisation Studien durchgeführt, denen zufolge Patienten außerhalb der Vereinigten Staaten und Europas bei Folgeuntersuchungen über sieben Jahre trotz eingeschränkter oder fehlender Zugangs zu »antipsychotischen« Medikamenten signifikant geringere Rückfallraten und sogar mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit eine »vollständige« Genesung bei geringerem Beeinträchtigungsgrad aufwiesen. Offenbar finden sich in den Regionen der Welt, die die meisten Ressourcen für die Behandlung psychischer Störungen zur Verfügung haben – die beste Technologie und Medizin sowie die finanzstärksten akademischen und privaten Forschungseinrichtungen –, die belastetsten und gesellschaftlich marginalisiertesten Patienten (Hopper, Harrison,

Janka u. Sartorius, 2007). Auch hier hat es den Anschein, als sei der Einfluss unserer psychiatrischen Technologien minimal im Vergleich mit allgemeinen, hier vor allem außertherapeutischen Faktoren wie familiäre Unterstützung, gemeinschaftlicher Zusammenhalt und Toleranz gegenüber Verhaltensweisen und Erfahrungen, die in der westlichen Welt als Zeichen von »Krankheit« und »Gefahr« gesehen werden.

6 Prognose

Anders als in anderen medizinischen Disziplinen lässt sich seit einem Jahrhundert kein Fortschritt in der Prognose für Patienten mit der Diagnose einer psychischen Störung feststellen. Einige Studien zeigen im Gegenteil, dass die Zahl der Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf (etwa chronischer Schizophrenie) heute größer ist als in der prä-psychopharmakologischen Ära. 1955 befanden sich zum Beispiel circa 350.000 Erwachsene mit einer psychiatrischen Diagnose in den psychiatrischen Einrichtungen der USA. Während der nächsten drei Jahrzehnte wuchs die Anzahl der als durch psychische Krankheit »behindert« kategorisierten Personen auf 1.250.000. Bis 2007 wuchs die Anzahl der als psychisch behindert klassifizierten Menschen auf mehr als vier Millionen, die Anzahl der Jugendlichen, die aufgrund psychischer Probleme als »behindert« eingestuft wurden, stieg von 16.000 im Jahre 1987 auf 560.000 im Jahre 2007 (Whitaker, 2010).

Vergleichsuntersuchungen von Behandlungsergebnissen bei psychotischen Störungen wie Schizophrenie fanden wiederholt bessere Verläufe in ärmeren, nicht entwickelten Ländern als in reicheren, industrialisierten Ländern (Kirsch et al., 2008). Die internationale Wirksamkeitsstudie zur Therapie von Schizophrenie der WHO zeigte beispielsweise, dass es etwa zwei Jahre später circa zwei Dritteln der Patienten in den ärmeren Ländern wieder gut ging im Vergleich zu lediglich einem Drittel in den entwickelten Ländern. »In einem entwickelten Land zu leben ist ein starker Prädiktor, keine vollständige Remission zu erlangen«, so die Schlussfolgerung der Untersuchung (Jablensky, 1992, S. 1–95). Demzufolge lässt sich der Fortschritt, der dem modernen Mainstream psychiatrischer Diagnostik zugerechnet werden könnte, jedenfalls nicht auf die Behandlungsprognose übertragen.

Ein Problem mit einer an einem medizinischen Modell orientierten Diagnostik liegt darin, dass viele Diagnosen (z. B. Schizophrenie, bipolare Störungen, Dysthymie, ADHS, Autismus, Zwangsstörungen usw.) als genetisch verursacht und lebenslang wahrgenommen werden, das heißt als chronische, »festverschaltete« Bedingungen mit geringen Aussichten auf eine vollständige Wiederherstellung, bei denen die allenfalls mögliche Strategie in der Gewinnung eines Minimums an Kontrolle über die Symptomatik gesehen wird, etwa durch die lebenslange Einnahme von Medikamenten. Solche Konstruktionen zwingen den Betroffenen solcher Chronifizierungen häufig ein »Narrativ der Verzweigung« auf. Auf diese

Weise versperren psychiatrische Diagnosen Möglichkeiten der Bedeutungsgebung, sie transformieren die Spannbreite damit verbundener Erfahrungen und den damit verbundenen möglichen Bedeutungen in ein enges Krankheitsnarrativ, welches das kulturell Vorstellbare auf die Erwartung negativer Entwicklungsverläufe reduziert.

Zusätzlich verschlechtert sich die Prognose durch das mit dem medizinischen Modell assoziierten Stigma (Sayce, 2000). Nahezu alle Studien, die die öffentlichen Einstellungen gegenüber psychischer Krankheit untersucht haben, zeigen in den westlichen Ländern einen Anstieg von biologischen Kausalitätsvorstellungen in den vergangenen Jahren (Angermeyer u. Matschinger, 2005). Die Zuschreibung psychischer Krankheit auf biologische Ursachen sind gleichzeitig massiv mit negativen Einstellungen verbunden, zum Beispiel, dass Patienten unberechenbar und gefährlich und daher zu fürchten seien, verbunden mit einer größeren Wahrscheinlichkeit, die Interaktion mit ihnen zu vermeiden (Read, Haslam, Sayce u. Davies, 2006). Studien, in denen Teilnehmern eine psychosoziale Erklärung für die Symptome der Patienten gegeben wurde (z. B. kritische Lebensereignisse, Verlust oder Trauma), zeigten, dass die Teilnehmer viel weniger dazu neigten, solche negativen Zuschreibungen vorzunehmen. Noch einmal: Der dem medizinischen Modell folgende diagnostische Ansatz hat eindeutig negative Auswirkungen, indem er Stigmatisierung fördert anstatt sie zu reduzieren.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man bei Berichten von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose. Durch gesellschaftliches Engagement hat die Bewegung von Psychiatrie-Betroffenen sichere Räume geschaffen, in denen Menschen anfangen können, ihre eigenen Geschichten zu erzählen. Viele dieser Geschichten zeigen, dass die Nutznießer psychiatrischer Versorgungseinrichtungen sich durch die psychiatrische Diagnose in einer Weise stigmatisiert und marginalisiert fühlten, die zu einem empfundenen Verlust ihres bürgerschaftlichen Status führte (Sayce, 2000; Romme, Escher, Dillon, Corstens u. Morris, 2009). Die Etikettierung als chronischer, genetisch bedingter Krankheitsfall, etwa als schizophren, hat gravierende Auswirkungen auf die Biografie und Identität einer Person. In der Tat zeigte sich, dass eine (von Ärzten definierte) »Krankheitseinsicht« bei Schizophrenie eher den Selbstwert senkt und zu Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit führen kann (Bassman, 2000). Paradoxerweise zeigt sich, dass diese Art von Krankheitseinsicht (also zu akzeptieren, dass man psychisch krank ist und ärztliche Hilfe benötigt) negativ mit emotionalem Wohlfühl, wirtschaftlicher Zufriedenheit und beruflichem Status korreliert (Hasson-Ohanon, Kravetz, Roe, David u. Weiser, 2006; Leff u. Warner, 2006; Warner, 2010). Auf diese Weise kann die Akzeptanz der mit dem medizinischen Modell assoziierten Annahmen zu einer düsteren Zukunftsaussicht mit lebenslanger Abhängigkeit von psychiatrischer Behandlung und geringen Aussichten auf einen guten Heilungsverlauf führen. Umgekehrt könnte bei einigen die Ablehnung der Diagnose (oder eine mangelnde »Krankheitseinsicht«) auch als positive Art des Umgangs mit den

Implikationen der Diagnose für die persönliche Identität verstanden werden (Leff u. Warner, 2006; Warner, 2010).

Zusammenfassend deutet vieles daraufhin, dass der diagnostische »Krankheit-wie-andere-Krankheiten-auch«-Ansatz mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung statt einer Verbesserung der Prognose beiträgt.

7 Kolonialismus

In den letzten Jahrzehnten haben westliche Institutionen der psychiatrischen Versorgung ihre Vorstellungen von psychischer Gesundheit in die ganze Welt getragen. Kulturen gelten als »gebildeter« in Bezug auf psychische Krankheiten, je mehr sie westliche biomedizinische Auffassungen von Diagnosen wie Depression oder Schizophrenie übernehmen. Das liegt im Glauben begründet, dass »moderne«, »wissenschaftliche« Ansätze die biologischen und psychologischen Grundlagen psychischen Leidens aufdecken und auf diese Weise vorwissenschaftliche Ansätze ausräumen, die häufig als gefährlicher Aberglaube gesehen werden. Durch diesen Vorgang implizieren wir nicht nur, dass diejenigen Kulturen, die diese Vorstellungen langsamer aufnehmen, auf gewisse Weise »zurückgeblieben« sind, wir exportieren gleichzeitig Krankheitskategorien und Vorstellungen von seelischem Leiden, die zuvor in vielen Teilen der Welt unüblich waren. Aus diesem Grund scheinen sich psychische Störungen wie Depression, posttraumatische Belastungsstörung und Anorexie in anderen Kulturen zu verbreiten und indigene Traditionen der Wahrnehmung von und dem Umgang mit seelischem Leiden zu ersetzen (Watters, 2009; Summerfield, 2008). Hinzu kommt, dass westliche Pharmaunternehmen im Export dieser Überzeugungen und Werte Potenziale zur Eroberung neuer und lukrativer Märkte sehen (Watters, 2009; Petryna, Lakoff u. Kleinman, 2006).

Trotz zahlreicher Hinweise aus Forschung in nichtindustrialisierten Ländern, die zeigen, dass die Verläufe schwerer »Geisteskrankheiten« hier durchgängig besser als in industrialisierten Ländern sind, vor allem in solchen Bevölkerungsgruppen, die keinen Zugang zu psychopharmakologischen Behandlungsprogrammen haben, führte die Weltgesundheitsorganisation gemeinsam mit der pharmazeutischen Industrie eine Kampagne für eine bessere »Erkennung« psychischer Krankheiten in nichtindustrialisierten Ländern auf der Grundlage der Prämisse, DSM und ICD seien universell anwendbare Kategorien (WHO, 2010). Wie andere Marketingkampagnen hat auch diese Strategie das Potenzial, riesige neue Märkte für Psychopharmaka zu schaffen. So ineffektiv und mit gravierenden Nebenwirkungen sie auch behaftet sein mögen, verleihen sie indigenen Auffassungen von und Umgangsweisen mit psychischen Problemen trotz ihres offensichtlichen Nutzens für diese Gesellschaften einen Anstrich von Ignoranz.

Die Idee des Individuums als Ort des Selbst ist eine relativ junge westliche Erfindung, die als Rahmen für die psychologischen Voraussetzungen fungiert, die

notwendig sind, um die »atomisierten« sozialen Welten zu akzeptieren, die sich in diesem Prozess entwickelt haben. Dabei scheint psychisches Wohlbefinden eng verbunden mit sozialen und ökonomischen Faktoren. Mehrere internationale Studien sind zu dem Schluss gekommen, dass die relative Ungleichheit dabei wichtiger ist als Armut per se. Demzufolge verschlechtert sich die Gesundheit einer Gesellschaft in dem Maß, in dem die Ungleichverteilung ökonomischer wie sozialer Ressourcen zunimmt (Pickett, James u. Wilkinson, 2006; Wilkinson u. Pickett, 2007; James, 2007; Friedli, 2009; Pickett u. Wilkinson, 2010).

Noch subtiler werden kulturelle Überzeugungen dadurch beeinflusst, dass durch psychiatrische Diagnosen unbeabsichtigt Standards für »Normalität« gesetzt werden, indem sie Kategorien dafür schaffen, welche emotionalen und verhaltensbezogenen Eigenschaften und Erfahrungen als »gestört« gelten sollten. Da sich die Kriterien für eine Diagnose aus subjektiven Urteilen ergeben und nicht aus objektiven Beweisen (sie werden durch Komitees buchstäblich durch Abstimmungen aufgenommen oder ausgeschlossen), tendieren sie automatisch dazu, den kulturellen Standards der wirtschaftlich dominanten Gesellschaften zu entsprechen (die üblicherweise auch definieren, was global als »Wissen« gilt). Dadurch wird ein diagnostisches System in Bewegung gesetzt, das insofern anfällig für institutionellen Rassismus in den ökonomisch dominanten Gesellschaften und für Kolonialismus in anderen Gesellschaften ist, als es ermöglicht, abweichende Vorstellungen von Normalität zumindest zu einem gewissen Grad als »primitiv«, »abergläubisch« etc. zu betrachten und den Anhängern dieser Vorstellungen die Notwendigkeit einer (Psycho-)Eduktion zu unterstellen. Konsequenterweise müssten für große Teile der Welt alle Arten komplexer somatisch-emotionaler Beschwerden neu kategorisiert, spirituelle Erklärungen verworfen, familiäre Erziehungspraktiken als repressiv angesehen werden und dergleichen mehr.

Die Übertragung einer Psychiatrie im Stile des westlichen medizinischen ICD-DSM-Diagnostikmodells auf andere Kulturkreise ist demzufolge mit einer Reihe von Gefahren verbunden, unter anderem die Übernahme westlicher psychiatrischer Begriffe von »Psychopathologie« zur Beschreibung seelischen Leidens, die Unterminierung bestehender kultureller Strategien des Umgangs damit, verstärkter Stigmatisierung von Personen mit psychischen Problemen und dem Aufzwingen eines individualistischen Ansatzes, der familiäre und gemeinschaftliche Ressourcen marginalisieren und die Aufmerksamkeit von sozialer Ungerechtigkeit ablenken kann.

8 Kulturelle und gesellschaftliche Konsequenzen

Obwohl die Verfolgung eines DSM-/ICD-Ansatzes bei der Transformation des subjektiven Prozesses einer Diagnosestellung in einen reliablen und objektiven Prozess viele Probleme verursacht, wirkt sie sich nichtsdestoweniger maßgeblich

auf die Struktur des Versorgungssystems wie auf die öffentlichen und professionellen Vorstellungen psychischer Probleme aus. Als Folge der Popularisierung der DSM-ICD-Diagnosesysteme wird heute allgemein behauptet, dass ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung an psychischen Störungen leide, was zu einer beträchtlichen wirtschaftlichen Belastung führt, und dass sich daraus die Notwendigkeit der Investition in verbesserte Erkennungs- und Behandlungsprozeduren dieser Störungen ergäben. In verschiedenen Studien in industrialisierten Nationen waren allerdings nur ein Drittel der (nach DSM-/ICD-Kriterien) als psychisch Gestörte diagnostizierten Personen an professioneller Hilfe interessiert bzw. nahmen diese in Anspruch (Shapiro, Skinner u. Kessler, 1984; Kessler, McGonagle u. Zhao, 1994; Bebbington, Brugha u. Meltzer, 2000; Andrews, Isakidis u. Carter, 2001). Diese Befunde wurden als Ergebnis mangelnder Erkennung, Versorgung und Behandlung als Folge unzureichender öffentlicher und professioneller Kenntnisse interpretiert. Gleichwohl deutet wenig darauf hin, dass die Popularisierung psychiatrischer Diagnosen, Kampagnen zur Überzeugung der Öffentlichkeit wie der Fachöffentlichkeit von der hohen Prävalenz psychischer Störungen und Versuche, Politiker von der Notwendigkeit der Diagnostik und Behandlung immer größerer Bevölkerungsgruppen zu überzeugen, wirklich zu einer Verbesserung der seelischen Gesundheit in der Gesellschaft führt.

Zahlreiche Kampagnen wurden geführt, um Diagnose- und Behandlungszahlen zu erhöhen. In Großbritannien zum Beispiel führten das Royal College of Psychiatrists und das Royal College of General Practitioners in den frühen neunziger Jahren die Aktion »Defeat Depression« durch (Paykel u. Priest, 1992), die beabsichtigte, die öffentliche Wahrnehmung von Depression zu stärken, Stigmatisierung zu verringern, Allgemeinärzte in der Erkennung und Behandlung von Depressionen zu schulen und den Zugang zu Beratung und Unterstützung durch Spezialisten zu erleichtern. Unglücklicherweise zeigte die Evaluation der Behandlungs- und Aufklärungsrichtlinien, die aus der Kampagne hervorgegangen waren, nicht die gewünschten signifikanten Verbesserungen (Croudace, Evans u. Harrison, 2003; King, Davidson u. Taylor, 2002; Thompson, Kinmonth u. Stevens, 2000), dafür aber andere Effekte wie ein schneller Anstieg von Verschreibungen von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (»Antidepressiva«) und verstärkte vorschnelle Medikamentierung von unglücklichen und belasteten Personen. Wie erwähnt, fördert die medikamentengestützte Behandlung psychischer Belastungen im Sinne einer »Krankheit wie andere Krankheiten auch« Stigmatisierung, anstatt sie abzubauen.

Anders als in anderen Bereichen des Gesundheitssystems ist es um die psychische Gesundheit in den Ländern am schlechtesten bestellt, die die aufwendigsten Fürsorgesysteme haben. Erst in den letzten Jahren sind in diesen Gesellschaften »Epidemien« psychiatrischer Diagnosen (z. B. ADHS, Autismus, Depression, bipolare Störungen) aufgetreten und bekannt geworden. Während es dafür komplexe politische, gesellschaftliche und kulturelle Gründe gibt, basieren

sie teilweise auf neuen Vorstellungen von Persönlichkeit, Menschsein, dem Ursprung psychischer Belastung etc. und sind somit zumindest auch das Ergebnis der Schaffung, Verbreitung und der Akzeptanz psychiatrischer Diagnosen.

9 Schlussfolgerung

Jedes diagnostische System, das sich als wissenschaftlich nützlichem Paradigma etablieren und zu einem größeren Verständnis der Dinge beitragen möchte, sollte demonstrieren können, dass seine Kategorien die dahinter liegenden »Unterscheidungen der Natur« so gut wie möglich abbilden (»carve nature at its joints«) und damit unterscheidbare ätiologische Verbindungen aufzeigen können. Darüber hinaus muss es nachweisen können, dass der Nutzen diagnostischer Labels die Behandlung auf eine Weise unterstützt, die sich im Behandlungsergebnis niederschlägt. Wie bereits dargelegt deutet wenig darauf hin, dass der Ansatz von ICD und DSM in der Lage wäre, wissenschaftlich nützlichem Wissen zu generieren oder klinisch bessere Behandlungsentscheidungen zu fördern. Die einzige mögliche evidenzbasierte Schlussfolgerung ist daher, dass formale psychiatrische Diagnosesysteme wie ICD und DSM abgeschafft werden sollten.

10 Neue Paradigmen

Die Verwendung von diagnostischen Kategorien von ICD und DSM zur Strukturierung von Forschung, Versorgungsleistungen und Behandlungen trägt nicht zu verbesserten Behandlungsergebnissen bei und ist mit erheblichem Leid verbunden.

Daher sind Alternativen zu ICD und DSM nötig. Wir können und sollten bessere Arbeit leisten. Wir haben alle nötigen Kenntnisse, um unsere Ansätze vor Ort, national und international zu reorganisieren und evidenzbasierte Angebote zu entwickeln, die sowohl die durch ICD und DSM verursachten Probleme mindern als auch Behandlungsverläufe verbessern können. Neue Modelle, die diesen Kenntnissen Rechnung tragen und die Sichtweisen der Nutzer der therapeutischen Angebote einbeziehen, können leicht entwickelt und implementiert werden. Im Folgenden einige gute Ausgangspunkte:

1. Ätiologie: Wie bereits besprochen besteht eine starke Verbindung zwischen – vor allem frühkindlichen – Traumata und anderen widrigen Umständen und einer späteren Entwicklung von psychischen Störungen einschließlich Psychosen. Ebenso besteht eine Verbindung zwischen dem Maß der sozioökonomischen Ungleichheit und der Verbreitung psychischer Belastungen in allen Gesellschaften. Andere Verbindungen bestehen zu Faktoren wie Ernährung, Lebensstil, familiärem Zusammenhalt und Bindung. Forschung, die die Beziehung von Kontextfaktoren zum Grad der Beeinträchtigung untersucht, ohne sie mit

formalpsychiatrischen Kategorien zu verbinden, ist wahrscheinlich erfolgreicher bei der Entwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse über seelisches Leiden. Die Aufgabe des Fokus auf die beinahe eugenische Suche nach genetischen und neurobiologischen Abnormalitäten ermöglicht eine größere Akzeptanz menschlicher Vielfalt und verringert die Wahrscheinlichkeit einer Medikalisierung von Fragen der Menschenrechten und politischer und sozialer Probleme. Aufgrund der starken Verbindung von wachsender Akzeptanz des medizinisch-diagnostischen Modells und wachsender Stigmatisierung wird die Aufgabe von DSM/ICD auch einen Beitrag zum Kampf gegen Stigmatisierung leisten.

2. *Klinische Aspekte:* Jahrzehnte klinischer Forschung zur Behandlung psychiatrischer Störungen zeigen, dass die Ergebnisse von Studien aus den 1970er Jahren trotz der Entwicklung vielfältiger neuer Techniken denen heutiger Studien ähneln. Mit anderen Worten haben unsere Fortschritte bei therapeutischen Techniken noch nicht zu einer umfassenden Verbesserung der Behandlungsergebnisse für die Klienten geführt. Untersuchungen haben gezeigt, dass therapieinterne Faktoren wie die Qualität der therapeutischen Beziehung einen wesentlich größeren Einfluss auf das Ergebnis haben als das gewählte Therapieverfahren oder bestimmte Techniken, und dass therapieexterne Faktoren wie soziale Unterstützung einen noch größeren Stellenwert einnehmen (Wampold, 2001; Duncan, Miller, Wampold u. Hubble, 2009; Sparks, Duncan u. Miller, 2008). Viele Studien (aus so verschiedenartigen Forschungsgebieten wie Psychotherapie, Gemeindepsychiatrie, Substanzmissbrauch und Eheberatung) haben gezeigt, dass die Integration bestimmter Ideen aus dieser Art von Outcome-Forschung, etwa der regelmäßigen Evaluation des Behandlungsverlaufs nach jeder Sitzung und ein Fokus auf der therapeutischen Beziehung, die Wirksamkeit verbessern kann (Duncan et al., 2009; Sparks, Duncan u. Miller, 2008). Die Botschaft dieser Studien ist, dass therapeutische Leistungen verbessert werden können, und zwar nicht durch die Verwendung von Diagnosekategorien zur Auswahl von Behandlungsstrategien, sondern durch Konzentration auf den Aufbau bedeutsamer und tragfähiger Beziehungen mit den Klienten und ihre vollständige Einbeziehung in alle Entscheidungsprozesse. Internationale Gruppen von Psychiatrieerfahrenen wie die »Recovery«-Bewegung, die die Inklusion von Menschen in der Stabilisierungsphase nach psychischen Krisen zum Ziel hat, Mitarbeiter in der Forschung, in der Entwicklung von psychosozialen Versorgungsleistungen und von Behandlungsmodellen zeigen beispielhaft, wie diese Kenntnisse zur Veränderung einer institutionellen Kultur genutzt werden können (Davidson, Flanagan, Roe u. Styron, 2006; New Freedom Commission on Mental Health, 2003; Shepherd, Boardman u. Burns, 2008). Wenn psychiatrische Versorgungseinrichtungen in nichtwestlichen Kontexten lokale Glaubenssysteme und Praktiken integrieren, könnte der »Großhandelsexport« westlicher Psychiatrie gestoppt werden.

Eine solche Weiterentwicklung des Wissens und entsprechender Angebote würde Professionellen bessere Möglichkeiten bieten, die Lebensbedingungen

ihrer Klienten zu verbessern. Sie wäre auch dabei hilfreich, seit langem bestehende Grenzen zwischen Psychotherapie/Psychiatrie und dem Rest der Medizin zu durchbrechen, indem sie den Fokus der Professionen auf die Entwicklung evidenzbasierter Ansätze richten würde, die die enge Verbindung psychischen und körperlichen Wohlbefindens angemessen einbeziehen. Diese nicht diagnosebasierten Ansätze könnten vielen Patienten zugute kommen, die wegen körperlich nicht aufgeklärter Symptome oder chronischer körperlicher Probleme, die unausweichlich auch ihr psychisches Wohlbefinden beeinflussen, Hilfe in Anspruch nehmen, ohne dass sie als »psychisch krank« abgestempelt würden.

Das wahre Geschenk der Psychiatrie an den Rest der Medizin liegt im Verstehen einer Person in ihrem Kontext. Die Psychiatrie sollte dort präsent sein, wo eine Vielzahl disziplinärer Diskurse (Soziologie, Anthropologie, Psychologie, Philosophie, Medizin, Kulturwissenschaften, Politik, Theologie, etc.) zusammenfließen. Es ist dieses breite Verständnis des Menschen, seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens, das die Psychiatrie mit einbringen kann. Der gedankenlose Import allgemeinmedizinischer Diagnostik führt dazu, dass wir uns unter Wert verkaufen und nicht die einzigartigen Fähigkeiten ausnutzen, welche die Psychiatrie in das Gesundheitssystem einbringen kann, sondern das, was wir tun, auf grob vereinfachende diagnosegesteuerte Anwendungen herunterbrechen, die mehr mit konsumkulturellem Marketing als mit Wissenschaft zu tun haben. Ein Wechsel zu evidenzkompatibleren Paradigmen ist längst überfällig.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Anckarsäter, H. (2010). Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 59–65.
- Andrews, G., Issakidis, C., Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417–425.
- Angermeyer, M., Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *British Journal of Psychiatry*, 186, 331–334.
- Angold, A., Costello, E. J., Farmer, E. M. et al. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 129–137.
- Bassman, R. (2000). Agents, not objects: our fight to be. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1395–1411.
- Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T. et al. (2004). Psychosis, victimization and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220–226.
- Bebbington, P. E., Brugha, T. S., Meltzer, H. (2000). Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychological Medicine*, 30, 1369–1376.
- Blatt, S., Zuroff, D., Quinlan, D., Pilkonis, P. (1996). Interpersonal Factors in Brief

- Treatment of Depression: Further Analysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162–171.
- Croudace, T., Evans, J., Harrison, G. (2003). Impact of the ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 182, 20–30.
- Davidson, L., Flanagan, E. H., Roe, D., Styron, T. (2006). Leading a horse to water: An action perspective on mental health policy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1141–1155.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J. (2004). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B., Moynihan, D. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294–301.
- Duncan, B. L., Miller, S., Wampold, B., Hubble, M. (Hrsg.) (2009). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2nd ed.). New York: American Psychological Association.
- Elkin, I., Shea, M., Watkins, J. et al. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.
- Escher, A., Romme, M., Buiks, A., Delespaul, Ph., van Os, J. (2002). A follow-up study of 80 children between 8 and 18 over three years. *British Journal of Psychiatry*, 181 (suppl. 43), 10–18.
- Friedli, L. (2009). *Mental Health, Resilience and Inequalities: How Individuals and Communities are Affected*. Copenhagen: World Health Organisation.
- Goodman, L., Rosenberg, S., Mueser, K. et al. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 685–696.
- Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M. et al. (1994). Childhood abuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831–834.
- Hasson-Ohanon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A., Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 265–269.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Pennings, M., de Vries, M. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and non-patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 646–651.
- Hopper, K., Harrison, G., Janka, A., Sartorius, N. (Hrsg.) (2007). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Jablensky, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, Incidence and Course in Different Cultures. *Psychological Medicine*, supplement 20, 1–95.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Truax, P. A. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. *Journal of Consultative and Clinical Psychology*, 64, 295–304.
- James, O. (2007). *Affluenza*. London: Vermilion.
- Kendler, K. S. (1999). Setting boundaries for psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1845–1848.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.

- King, M., Davidson, O., Taylor, F. (2002). Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 947–953.
- Kirk, S., Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kirk, S., Kutchins, H. (1994). The Myth of the Reliability of DSM. *Journal of Mind and Behavior*, 15, 71–86.
- Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T. B. et al. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *Public Library of Science: Medicine* 5, e45.
- Leff, J., Warner, R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge: University Press.
- Longmore, R. J., Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behaviour therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173–187.
- Marneros, A., Akiskal, S. (Hrsg.) (2007). *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Middleton, H. (2008). Whither DSM and ICD, chapter V *Mental Health Review Journal*, 13, 4–15.
- Moncrieff, J. (2009). *The Myth of the Chemical Cure*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Morrison, A. P., Frame, L., Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331–53.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L. et al. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493–499.
- New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Rockville, MD: DHHS Pub. No. SMA-03–3832.
- Owen, M., O'Donovan, M., Thapar, A., Craddock, N. (2011). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 198, 173–175.
- Paykel, E. S., Priest, R. G. (1992). Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *British Medical Journal*, 305, 1198–1202.
- Petryna, A., Lakoff, A., Kleinman, A. (2006). *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press.
- Pickett, K. E., James, O. W., Wilkinson, R.G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 646–647.
- Pickett, K. E., Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *British Journal of Psychiatry*, 197, 426–428.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N. et al. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 1–22.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the ›Mental illness is an Illness like any other‹ approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303–318.
- Romme, M., Escher, A. (1989). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209–216.
- Romme, M., Escher, A. (1993). *Accepting Voices*. London: Mind.

- Romme, M., Escher, A. (2000). *Making Sense of Voices: A Guide for Mental Health Professionals Working with Voice Hearers*. London: Mind.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., Morris, M. (2009). *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rosenhan, R. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 251–258.
- Sayce, L. (2000). *From Psychiatric Patient to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. London: Macmillan.
- Shapiro, S., Skinner, E. A., Kessler, L. G. (1984). Utilization of health and mental health services. Three epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971–978.
- Shea, M., Elkin, I., Imber, S. et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782–787.
- Shepherd, G., Boardman, J., Burns, M. (2008). *Implementing Recovery*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J. M. et al. (1997). The Virginia twin study of adolescent behavioral development: influences of age, gender and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 801–808.
- Sparks, J., Duncan, B., Miller, S. (2008). Common factor in psychotherapy: Common means to uncommon outcomes. In J. Lebow (Hrsg.), *21st century psychotherapies*. New York: Wiley.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Car, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677–688.
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Medical Journal*, 336, 992–994.
- Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355, 185–191.
- Turner, E.H., Rosenthal, R. (2008). Efficacy of antidepressants: Is not an absolute measure, and it depends on how clinical significance is defined. *British Medical Journal*, 336, 516–517.
- Van Os, J. (2003a). A diagnosis of schizophrenia? In ›Does Schizophrenia Exist?‹. Maudsley Discussion Paper No. 12. Zugriff am 1.12. 2010 unter kcl.ac.uk/iopweb/departments/home/default.aspx?locator=525
- Van Os, J. (2003b). Is there a continuum of psychotic experience in the general population? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, 242–252.
- Van Praag, H. (1990). Nosological tunnel vision in biological psychiatry. A plea for a functional psychopathology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 600, 501–510.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist*, 34, 3–5.

- Watters, E. (2009). *Crazy like us: The Globalization of the American Psych.* New York: Free Press.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic.* New York: Crown.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social Science and Medicine*, 65, 1965–1978.
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. et al. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) II: Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630–636.
- World Health Organisation (WHO) (1994). *International Classification of Diseases.* Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (WHO) (2010). *mhGAP Intervention Guide.* Geneva: World Health Organisation.
- Zuroff, D., Blatt, S., Sotsky, S., Krupnick, J., Martin, D., Sanislow, C., Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114–124.