

### Lehren, die aus den Fehlern in DSM 5 zu ziehen sind

Frances, Allen

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

**Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Frances, A. (2014). Lehren, die aus den Fehlern in DSM 5 zu ziehen sind. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(1), 111-126. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56623-2>

**Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

**Terms of use:**

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Allen Frances

## Lehren, die aus den Fehlern im DSM 5 zu ziehen sind

*Dieser Artikel ist ein Nachruf auf das DSM 5, das an seinem Ziel ist, einen Paradigmenwechsel innerhalb der psychiatrischen Diagnostik zu vollziehen, gescheitert ist. Der Entstehungsprozess des DSM 5 war durch so viele Fehlritte gekennzeichnet, dass wir heute nicht mehr viel mehr tun können als aus diesen Fehlern zu lernen. Ich benenne in diesem Artikel einige besondere Schwächen des DSM 5 und ziehe daraus jeweils Lektionen für die Zukunft. Ich schließe mit einem Appell für das bio-psycho-soziale Modell. Biologische, psychologische und soziale Faktoren gleichberechtigt in die klinische Praxis miteinzubeziehen erscheint mir der einzige vernünftige Weg um für besser Fürsorge für Patienten und Patientinnen zu kämpfen statt für die Hohheit eines einzigen Paradigmas.*

*Schlüsselwörter: DSM 5, klinische Praxis, psychiatrische Diagnostik, bio-psycho-soziales Modell*

Zwei meiner Lieblingszitate rufen in Erinnerung, wie sehr die Vergangenheit unsere Gegenwart bestimmt und Zukunft voraussagt. Mark Twain brachte es in seiner Charakterisierung guten Humors zum Ausdruck: »Die Geschichte wiederholt sich nicht, aber sie reimt sich«. George Santayana hingegen wählte eine ominösere Warnung: »Jene, die sich der Vergangenheit nicht erinnern, sind dazu verdammt, sie zu wiederholen«. Es bringt keine Freude, die Kontroversen erneut aufzuwärmen, die zu einer Krise der Zuversicht gegenüber dem DSM 5 geführt haben – der Schaden ist erlitten und kann schwerlich wieder aufgehoben werden. Doch hoffentlich gelingt es uns, Lehren aus den Fehlern des DSM 5 zu ziehen, sodass wir sie künftig nicht bedenkenlos wiederholen. Ich werde eine Art Nachruf auf das DSM 5 vortragen – wie und warum es derart misslungen ist, die Lektionen, die seine Fehler uns erteilen, wie die ver-

bleibenden Stücke am besten wieder zusammengefügt werden können und in welche Richtung es wahrscheinlich weitergeht.

## Hochmut kommt vor dem Fall

DSM 5 hatte einen schrecklichen Start, als es sich das unrealistische Ziel setzte, einen ›Paradigmenwechsel‹ in der psychiatrischen Diagnostik zu bewirken. Arbeitsgruppen wurde vermittelt, dass alles bereits ›auf dem Tisch‹ läge und sie wurden dazu angehalten, innovativ und kreativ zu arbeiten. Es überrascht nicht, dass diese Arbeitsgruppen eine Wunschliste mit Steckenpferden produzierten, die eine großflächige Erweiterung des diagnostischen Systems – das allzu flexible Konzept der psychischen Störung überdehnend – gemeinsam hatten, deren Zusammenwirken dazu führt, dass Millionen von ehemals als gesund beschriebenen Menschen nun als psychisch gestört zu gelten haben. Das große DSM 5-Projekt hat Entscheidungen bedingt, die allem gesunden Menschenverstand zuwiderlaufen und unser begrenztes Verständnis der tatsächlichen klinischen Zusammenhänge übersteigen.

Lektion: Wir müssen die Grenzen deskriptiver Psychiatrie anerkennen und mit ihnen leben.

## Der Fehltritt des biologistischen Paradigmenwechsels

Wahrscheinlich war das unrealistischste aller unrealistischen DSM 5-Ziele die Hoffnung, es könne die Psychodiagnostik auf ein neuropsychologisches Fundament stellen. Der entmutigende Widersinn der letzten 30 Jahre ist unsere vollkommene Unfähigkeit, die faszinierenden Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung für diagnostische Praxis und psychologische Betreuung nutzbar zu machen. Wir haben so viel über die normale Funktionsweise des Gehirns gelernt, und dennoch verfügen wir weder über biologische Testverfahren für psychische Störungen noch über ein Verständnis über die biologischen Grundlagen der Psychopathologie. Das menschliche Gehirn ist der mit Abstand komplizierteste Gegenstand des bekannten Universums. Seine 100 Milliarden

Neuronen sind jeweils mit 1000 weiteren verbunden und interferieren ständig mit ihnen unter Verwendung dutzender aktivierender oder inhibierender Neurotransmitter. Das Wunder jedoch ist nicht, dass hierbei Fehler geschehen, sondern vielmehr, dass das Meiste funktioniert. Vermutlich wird es keine einzelne Ursache für Schizophrenie oder Autismus geben, sondern viel eher hunderte von Pfaden zu diesen Störungen. Im Laufe des Fortschritts dieses Wissens wird es weder Durchmärsche noch Kantersiege geben – lediglich Teilerfolge. Es handelt sich keinesfalls um unidirektionale Arbeit, die vom DSM 5 nur vorangetrieben werden müsste; es wird ein langsamer, zäher Prozess über zahlreiche Forscher- und Generationen bleiben. Wenn die Eigenschaft des Gehirns, seine Geheimnisse für sich zu behalten, und unsere Fähigkeit, sie zu entdecken, auf dem Spiel stünden, sollte man sein Geld jederzeit auf das Gehirn setzen.

Lektion: Die Psychodiagnostik darf sich keinem biologistischen Paradigmenwechsel verschreiben.

### **Der Fehltritt des Präventions-Paradigmenwechsels**

Die Suche nach dem heiligen Gral der Biologie durch das DSM 5 war eine reine Zeit-, Geld und Talentverschwendung – doch zumindest brachte sie durch ihre abwegigen Implikationen keine PatientInnen in Gefahr. Demgegenüber erzeugte der zweite Versuch eines Paradigmenwechsels im Namen des DSM 5 – das Bemühen um weiterführende Präventionspsychiatrie – zahlreiche neue und unbelegte Diagnosen mit vielfältigen unbeabsichtigten Konsequenzen. Präventionspsychiatrie mag eines Tages tatsächlich dazu nützlich sein, menschliches Leiden zu mindern – jedoch ausschließlich durch exzellente Qualität. Hingegen ist die traurige Wahrheit, dass wir bisher noch nicht über das nötige Instrumentarium verfügen. Es wird mehr Menschen geschadet als geholfen, wenn die Psychiatrie beansprucht zu können, was sie bisher bei weitem noch nicht zu leisten vermag. Das DSM 5 verlegt die Grenzen der Psychiatrie, indem es ihr die unmögliche Aufgabe zuweist, psychische Störungen in

*statu nascendi* zu identifizieren und zu behandeln, noch bevor sie sich manifestiert haben. Der Ansatz wurde der Allgemeinmedizin entlehnt. In den letzten Jahrzehnten wurde die Schwelle für medizinische Erkrankungen kontinuierlich gesenkt. Pharmakotherapie findet nun für Blutdruck- und Blutzuckerwerte, Cholesterinspiegel oder Grade der Knochendichte, die vormalig in den Bereich des Normalen fielen, Anwendung. Krebsfrüherkennungstests erfreuen sich großer Verbreitung und chirurgische Früh Eingriffe sind die Folge davon. Es ist ironisch, dass das DSM 5 gerade dann zum Mitläufer dieser Tendenz zu werden bereit ist, da die ersten medizinischen Frühinterventionen ihre Beliebtheit einbüßen. So gut diese Verfahren auf den ersten Blick theoretisch auch zu sein scheinen, können sie die häufigen Nebenwirkungen in der Praxis nicht rechtfertigen. Beispielsweise wurde von den Frühuntersuchungen auf Prostatakrebs Abstand genommen, weil sie sowohl unnützlich sind als auch überflüssige invasive Maßnahmen erfordern.

Der verführerische Anreiz des Präventions-Paradigmas lässt sich ebenso wenig leugnen, wie dessen Optimismus. Grundsätzlich scheint nachvollziehbar, dass man psychische Störungen möglichst früh erkennen sollte – bestenfalls noch bevor die Symptome irreversible Änderungen verursachen. In diesem Fall ließe sich therapeutisch eingreifen, ohne dass die spätere eventuelle Beeinträchtigung jemals zutage tritt, oder zumindest sodass sich der psychisch gestörte Anteil der Lebenszeit vorab reduzieren ließe. Sobald Menschen unmissverständlich erkrankt sind, so lautet die gängige Argumentation, seien ihre Gehirne bereits inkrementell verändert und ihre Leben in letzter Konsequenz ruiniert, sodass auch die Therapie bloß verminderte Effekte zeitigen könne. Demnach bestehe das Erfolgsgeheimnis darin, schon vor dem Ausbruch zu intervenieren. Prinzipiell klingt es einfacher, Symptome vor ihrem Auftreten zu verhindern als sie nachträglich zu kurieren.

Das DSM 5 schlägt einige neue Störungen vor, die uns in die schöne neue Welt der Frühintervention und Präventionspsychiatrie einführen sollen. Das Risiko, an einer Psychose zu erkranken, wurde so zum angeblichen Frühsymptom einer Schizophrenie; verminderte neurokognitive Aktivität zum Vorspiel der Demenz; und komorbide Angst und Depres-

sion zum Vorläufer der manifesten Angststörung. Glücklicherweise hat nur verminderte neurokognitive Aktivität das Rennen gemacht. Darüber hinaus hat das DSM 5 die Schwelle zu bereits vorhandenen psychischen Störung dramatisch gesenkt – seitdem wurde bereits ein zwei Wochen trauernder Mensch zum hochgradig Depressiven; ebenso wie gewöhnliche Ablenkbarkeit zum Aufmerksamkeitsdefizit und Sorge um die eigene Gesundheit zur somatoformen Störung wurden.

Drei unumgängliche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, bevor es Sinn ergibt, Präventionspsychiatrie zu erwägen. Keine von ihnen kann jedoch tatsächlich erreicht werden, weder jetzt noch in absehbarer Zukunft. Erstens, die Gefährdung des Patienten oder der Patientin, die fragliche Störung auszubilden, muss ein signifikantes Risiko darstellen. Diesen Nachweis in hinreichender Präzision zu erbringen ist derzeit vollkommen unmöglich. Auf jede/n berechtigt als gefährdet erkannte/n Patienten oder Patientin kommen zahlreiche, die ohne Frühintervention glänzend zurechtkämen. Zweitens, die Präventionspsychiatrie muss wirksam sein. Diese Anforderung konnte durch keine der Neuerungen im DSM 5 erfüllt werden. Drittens, die Prävention muss sicher verlaufen – offensichtlich ist dies nicht gegeben, solange die derzeit praktisch verwandten Medikamente bemerkenswerte Nebenwirkungen und Komplikationen hervorrufen.

Die Kosten-Nutzen-Rechnung für den traditionellen Störungsbegriff ist ausgesprochen einträglich. Das Gros der Patienten und Patientinnen berichtet merkliche Verbesserungen, manche sind bisweilen vollständig geheilt – in diesem Fall lohnt es sich, die Risiken in Kauf zu nehmen. Sobald eine psychische Störung sich symptomatisch bemerkbar macht, sollten keine Mühen gescheut werden, um sie angemessen, also ganzheitlich und so lange es nötig ist, zu behandeln. Je länger eine Störung unbehandelt bleibt, desto hartnäckiger manifestiert sie sich, und desto schwieriger ist ihre Therapie. Demgegenüber weist die Kosten-Nutzen-Rechnung für die Präventionspsychiatrie der Pseudo-Patienten und -Patientinnen, wie sie nach dem DSM 5 verstanden wird, in die entgegengesetzte Richtung – die Risiken werden nicht gemindert und sind derart hoch, dass es nicht wert ist, sie in Kauf zu nehmen, gerade weil die Vorteile so

gering sind. Sämtliche möglichen Nutzen der Präventionspsychiatrie sind unbelegt, bloß theoretisch und reine Zukunftsmusik. Die Risiken hingegen sind schwerwiegend und bereits präsent – Kinder etwa bekommen unmäßig hohe Dosen schädlicher Medikamente aufgrund fragwürdiger Indikationen.

Letztlich steht es um die Kosten-Nutzen-Rechnung umso schlimmer, wenn berücksichtigt wird, wer die Präventionsbehandlung durchführt. Die überwältigende Mehrheit der Rezepte für Psychopharmaka wird von Nicht-Psychiatern und -Psychiaterinnen ausgestellt. Allgemeinärzte und -ärztinnen diagnostizieren psychische Störungen nach siebenminütiger Visite, obwohl sie bloß über engumgrenzte Standards der Psychodiagnostik und Psychopharmakotherapie verfügen. Präventionspsychiatrie ist bereits in guten Händen eine schlechte Idee, eine Katastrophe jedoch in schlechten Händen – eine weitere Erklärung für die zeitgemäße Tendenz zur Übermedikation.

Lektion: Zwar mag Präventionspsychiatrie der Segen der Zukunft sein, in der Gegenwart jedoch ist sie nichts als Verderben.

## Der Fehltritt des dimensional Paradigmenwechsels

Wenn man einen normalen Psychiater oder eine normale Psychiaterin auffordert, etwas zu beschreiben, wird er oder sie es mit einem Namen versehen. Ein normaler Psychologe und eine normale Psychologin mag es womöglich mit einer Zahl versehen. Der erstgenannte Ansatz ist ›kategorial‹. Er ist die einfachste und natürlichste Form mit der Menschen Dinge ordnen und er ist fast ausnahmslos (bis auf bspw. Arterielle Hypertonie) der Goldstandard in der Medizin. Der zweite Ansatz ist ›dimensional‹ und eignet sich hervorragend, um Phänomene zu beschreiben, die kontinuierlich, ohne klare Grenzen und quantifizierbar sind.

Im Alltag sind beide Ansätze komplementär und unersetzlich. Wir nutzen Zahlen, um bei der Beschreibung von Gegenständen Genauigkeit zu garantieren, wie etwa bei Größen, Temperaturen oder dem Intelligenzquotienten. Wenn jedoch eine zusammenfassende Abkürzung aus-

reicht, nutzen wir Namen – etwas als rot oder blau zu beschreiben, ist gewiss ungenau, doch in den meisten Situationen außerhalb des Physikalabors zweckdienlicher als die exakte Wellenlänge anzugeben.

Das DSM hat stets die kategoriale Benennung der psychischen Störungen genutzt, obwohl die Informationen somit vage erscheinen – denn die beschriebenen Phänomene haben unscharfe Grenzen. Seit mindestens drei Jahrzehnten habe ich ebenso wie viele andere betont, dass der dimensionale Ansatz viele Vorteile birgt – speziell bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, weil ihre Standardisierung, im Einzelnen und in Interaktion mit den übrigen Störungen des Manuals, offensichtlich schwer fällt.

Als ich 1987 mit dem Vorsitz der Arbeitsgruppe zur Erstellung des DSM IV beauftragt wurde, hoffte ich, den dimensionalen Ansatz in die offizielle Klassifikation übernehmen zu können. Nach Jahren enttäuschender Überlegungen entschieden wir jedoch, dass dieser Schritt aus zwei Gründen voreilig war: 1. Vielbeschäftigtes medizinisches Personal lehnt Skalierungen ab und neigt dazu, die Dimensionen zu vernachlässigen; 2. Es bieten sich keine vorhandenen diagnostischen Dimensionen an, die leicht in ein Manual zu übernehmen wären. Das letztgenannte Problem indessen entsteht nicht als Resultat mangelnder Skalen. Im Laufe des letzten Jahrhunderts wurden von der akademischen Psychologie tausende Maße entwickelt – eher zu viele als zu wenige. In diesem Durcheinander bilden sich keine in der Feldforschung bewährten Präferenzen ab, die rechtfertigen würden, in einem Manual verewigt zu werden.

Das DSM 5 nun hoffte durch die Einführung dreier Typen von Skalen einen Paradigmenwechsel zugunsten des dimensionalen Ansatzes zu erwirken: 1. Persönlichkeitsstörungen, 2. der Schweregrad individueller Störungen, 3. eine Liste von Durchschnittssymptomen, die über alle Störungen skaliert sein würden. Unglücklicherweise überstieg der Anspruch des DSM 5 sein methodisches Potenzial. Die dimensionalen Vorschläge waren bemerkenswert kompliziert, ad hoc, idiosynkratisch und sperrig – ebenso wie sie letztendlich abgewiesen wurden. Dass ist schade, gerade weil der dimensionale Ansatz Vorteile bezüglich der Genauigkeit bietet, die womöglich seine Unhandlichkeit kompensieren – hierfür bedarf es



jedoch Zeit, Konsens und einer größeren Verbreitung statistischen Grundwissens.

Lektion: Die einzige Chance auf die Verbreitung des dimensional Systems hängt davon ab, wie einfach und schnell anzuwenden, allgemein akzeptiert, nützlich und augenscheinlich es ist.

## Der Wert der Methodenwahl

Die Vorbereitung von DSM 5 war weitgehend unorganisiert und entbehrte methodischer Strenge. Wie im Falle des DSM IV waren die Arbeitsgruppen dazu angehalten, empirische Belege für ihre Erwägungen in Reviews, Re-Analysen und der Feldforschung zu sammeln. Allerdings wurde ihre Arbeit nur selten (und erst spät) mit methodologischem Rat unterstützt, sodass es kaum zu externer Validierung gekommen ist. Die verschiedenen Arbeitsgruppen wichen weitgehend bezüglich Stringenz, Qualität und Eindeutigkeit ihrer Ergebnisse von den anzuwendenden Maßstäben ab. Das Chaos wurde dadurch vergrößert, dass keine einheitliche Einigung über die Kriterien für die Änderung der Schwellenwerte erfolgt war, bevor diese Änderungen vorgenommen wurden. Zur Entwicklung dieser Kriterien kam es erst, als der erste Entwurf des DSM 5 bereits abgeschlossen war und viele Entscheidungen bereits in Stein gemeißelt waren – stattdessen hätten Richtlinien verfügbar sein sollen, bevor die Arbeit am DSM 5 begonnen hat. Die Feldstudien für das DSM 5 fragten die falsche Frage – sie konzentrierten sich auf Reliabilität und Objektivität, während sie versäumten, die bedeutend wichtigere Angelegenheit der Prävalenz [rates] und falsch-positiver Diagnosen zu berücksichtigen. Das Design der Feldstudien litt zudem an übermäßiger Komplexität, die zu schlampiger Umsetzung, großen Verzögerungen und schlecht interpretierbaren Ergebnissen führte. Weil die Erhebungen derart mangelhaft durchgeführt wurden, resultierten selbst für vormals hochreliable Diagnosen Koeffizienten, die weit unter dem etablierten Standard liegen. Zu keinem Zeitpunkt schien das DSM 5 dazu in der Lage gewesen zu sein, Abgabedeadlines einzuhalten, sodass es letztlich erst zwei

Jahre nach dem ursprünglich anvisierten Veröffentlichungstermin publiziert werden konnte. Die Eile, mit der dann in letzter Minute auf Veröffentlichung gedrängt wurde, führte dazu, dass die geplanten Schritte der Qualitätskontrolle gestrichen wurden und dass auch kein sorgfältiges Lektorat mehr möglich war, welches die zahlreichen Formulierungsfehler korrigiert hätte.

Lektion: Der Teufel steckt im Detail.

## Mangelnde Vorsicht

Die Änderungen im DSM 5 wurden von einer euphorischen Erwartung möglicher Vorteile befördert, die Nachteile und Gefahren ignorierte. Die wissenschaftlichen Evidenzen, die die neuen Vorschläge zu unterstützen schienen, konnten nicht überzeugen, ebenso wenig wie die neuen Störungsbilder erfolgreich therapiert werden konnten. Sorgfältige Erwägungen erfordern aber die vollständige Berücksichtigung der Risiken, nicht nur eventueller Erfolge. Die Risiken, die berücksichtigt werden sollten, sind:

1. Wie hoch ist die Quote der bisherigen falsch-positiven Diagnosen? Hierdurch werden die Erwartungen realistischer, weil die berücksichtigten Untersuchungen von den fähigsten Diagnostikern und Diagnostikerinnen durchgeführt und die Stichproben nach klaren Symptomen sorgsam ausgewählt werden.
2. Ist es wahrscheinlich, dass die Diagnose in Routineuntersuchungen gestellt wird? Falls dem so ist, wird die tatsächliche Quote falsch-positiver Diagnosen zweifelsohne deutlich ansteigen, weil das medizinische Personal deutlich weniger Zeit sowie diagnostische Expertise aufbringen kann und die Patienten und Patientinnen den gesundheitlichen Normalwerten deutlich näher stehen, sodass akkurate Diagnosen schwerer fallen.
3. Gibt es Dritte, die das Störungsbild als Modediagnose etablieren und eine Pseudo-Epidemie anstoßen könnten? Diese Interessengruppen sind nicht selten und ausgesprochen mächtig. In der Vergangenheit gehörten hierzu: Pharmaunternehmen, Schuleignungsuntersuchungen, Lobbys,

Medien, betroffene Prominente, das Strafsystem. Obwohl das Risiko einer Massenhysterie nicht fassbar ist, ist es fahrlässig, es nicht zu berücksichtigen, gerade da unsere Domäne zuletzt vier ähnliche Fälle erlebt hat (bspw. bipolare Störung bei Kindern, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Autismus, unspezifische Paraphilie). Die Gefahr, dass geringfügige Änderungen schwerwiegende und unbeabsichtigte Konsequenzen hervorrufen, ist nie auszuschließen.

4. Gibt es eine Therapie, die ihre Wirkung bei dem vorgeschlagenen Störungsbild bewiesen hat? Falls nicht, bleibt ein Vorteil unter Berücksichtigung aller Risiken?

5. Was sind die Risiken des Verfahrens? Normalerweise handelt es sich um Pharmakotherapie (meist auch wenn die positive Wirkung des Medikaments nicht einmal nachgewiesen ist). Was sind die Nebenwirkungen, Komplikationen und Kosten der Medikation? Wie lange wird das Verfahren dauern? Was sind die Vor- und Nachteile von richtig-positiven Diagnosen? Welche Gefahren, Kosten und Komplikationen bringen falsch-positive Diagnosen mit sich?

6. Welche Probleme ergeben sich für die Forensik, Versicherungen und Behinderungen?

7. Wie groß wird der Einfluss auf die Stigmatisierung von Patienten und Patientinnen sowie deren Selbstwirksamkeitserwartung und Verantwortungsgefühl sein?

8. Besteht die Möglichkeit, dass die neue Diagnose das Gesamtbild psychischer Störungen verwässert? Speziell aus diesem Grund haben wir Koffeinabhängigkeit nicht ins DSM IV aufgenommen (obwohl es mit Sicherheit manchmal als klinisches Problem existiert).

Lektion: Sicherheit geht vor.

## Eine geschlossene Runde

Das DSM 5 war weder im Stande, sich selbst zu evaluieren, noch die Hilfe Außenstehender anzunehmen, die bereit gewesen wären, Fehler zu korrigieren. Stattdessen separierten sich die Arbeitsgruppen und blieben

taub gegenüber den Warnungen vor erheblichen Fehldiagnosen. Der Entstehungsprozess des DSM 5 war geheimnistuerisch, abgekartet und nicht durch Gegenargumente zu beeinflussen. Die Probleme begannen schon zu Beginn, als die Mitglieder der Arbeitsgruppe dazu aufgefordert wurden, Verschwiegenheitserklärungen zu unterschreiben, die den offenen Austausch von Ideen, der ja eigentlich den Kern jedes Revisionsprozesses darstellt, völlig unterbanden. Viele Vorschläge des DSM 5 trafen auf scharfen Widerstand und wurden aber von der Arbeitsgruppe blind verteidigt, ohne deren Schwächen zu berücksichtigen. Angesichts dieser Widerspenstigkeit unterschrieben mehr als 50 Berufsverbände aus dem Gesundheitsbereich eine Petition, um das DSM 5 externen Reviews zwecks unabhängiger Beurteilung der Evidenzlage sowie einer Abwägung der Vorteile und Risiken zugänglich zu machen. Selbst Fachzeitschriften, die Presse und die Öffentlichkeit brachten großes Erstaunen über zahlreiche Entscheidungen, die offensichtlich abwegig waren, zum Ausdruck. Die APA jedoch blieb stur und wies alle Gesuche nach externer Validierung zurück.

Lektion: Der Review-Prozess muss vollständig transparent sein – jedwede Erwägung, die sich nicht auf weitgehenden Konsens gründet, ist es womöglich nicht wert, aufgenommen zu werden.

## Die Rolle der Experten und Expertinnen

Die Motive der am DSM 5 arbeitenden Personen wurden oft hinterfragt. Ihnen wurde vorgeworfen, einem finanziellen Interessenkonflikt zu unterliegen, weil sie (minimale) Verbindungen zur Pharmaindustrie halten und weil die Veränderungen am DSM 5 die Profite ebendieser Unternehmen steigern werden, indem sie nahelegen, die bereits bestehende gesellschaftlich etablierte Überdosis an Psychopharmaka noch weiter zu steigern. Ich muss jedoch sagen, dass ich die für das DSM 5 Verantwortlichen kenne und diese Anschuldigungen sowohl für unwahr als auch für unfair halte. Sie haben tatsächlich falsche Entscheidungen getroffen, dies allerdings mit reinen Herzen und nicht um Pharmakonzerne zu unter-

stützen. Viel eher unterliegen sie einem intellektuellen, nicht finanziellen Konflikt, der sich dadurch auszeichnet, dass hochqualifizierte Spezialisten und Spezialistinnen ihre Steckenpferde überbewerten, den Geltungsbereich ihrer Forschungsinteressen erhöhen wollen und die Verzerrungen ignorieren, die eintreten werden, sobald sich das DSM 5 an der klinischen Praxis bewähren muss (speziell an Routineuntersuchungen, in denen 80% der Medikamente verschrieben werden).

Lektion: Experten und Expertinnen sind unersetzliche Bestandteile des diagnostischen Fortschritts, sollten aber nicht alle Zügel in der Hand halten.

### **Sollte die American Psychiatric Association über DSM verfügen?**

Die Teilhabe der APA an der Entstehung dieses diagnostischen Systems begann bereits vor 100 Jahren – allerdings hauptsächlich aus Zufall, denn niemand war ansonsten dazu bereit, sich mit derart nebensächlichen Tätigkeiten auseinanderzusetzen. Inzwischen hat sich gewiss einiges geändert. Psychiatrische Diagnostik ist mittlerweile bei weitem zu wichtig geworden (in Bezug auf die Therapiewahl, die Beurteilung der Zugangsberechtigung für Unterstützung und Services, die Verteilung von Ressourcen, Rechtsgutachten, ihre Rolle bei der Entstehung von Stigmatisierungen sowie ihren Einfluss auf persönliche Erwartungen), um in den Händen der APA, die sich als untauglich dazu herausgestellt hat, ein verlässliches, abgerundetes und überzeugendes Manual herauszugeben, belassen zu werden.

Es sollte zusätzlich nicht vergessen werden, dass diese Organisation einem tiefgreifenden finanziellen Interessenskonflikt unterliegt – ihrer starken Abhängigkeit von den Profiten, die Unternehmen durch das DSM 5 abwerfen, nämlich. Das diagnostische Manual sollte öffentlich verwaltet werden, nicht aber als Goldesel missverstanden werden. Dass das DSM 5 so eilig veröffentlicht wurde, hat nur einen Grund – die abgeworfenen Umsätze sollten das Loch im geplanten Haushalt der APA

stopfen und so die Investitionen in exorbitanter Höhe von 25 Millionen Dollar für das Projekt DSM 5 rechtfertigen.

Lektion: Die APA sollte nicht über das DSM verfügen.

### Wer sollte für DSM verantwortlich sein?

Mittlerweile sind neue Diagnosen gefährlicher als neue Medikamente, weil sie häufig zu unangemessener Medikation führen. Es bedarf einer der *Food and Drug Administration* ähnlichen Organisation, um sicherzustellen, dass die Erweiterung diagnostischer Manuale nicht zu fahrlässigem Medikamentenmissbrauch führt. Keine bestehende Organisation kann den verantwortungsvollen Umgang mit den gegenwärtig publizierten Manualen kontrollieren. Der naheliegendste Kandidat für diese Rolle, die WHO, verfügt bei weitem nicht über die nötigen Ressourcen und ist außerdem allzu abhängig von den eigenen einflussreichen Experten und Expertinnen. Bei der Arbeit an der ICD 11 lassen sich zudem ähnliche Fehler wie beim DSM 5 beobachten, zuzüglich einiger eigener. Das *National Institute of Mental Health* hat zwar die nötigen Ressourcen, doch es ist vorwiegend auf Forschung ausgelegt und unempfänglich für die Nuancen klinischer Praxis. Eine neue Institution wird nötig sein, um alle die psychische Gesundheit betreffenden Disziplinen zu repräsentieren und alle möglichen Konsequenzen neuer Entwicklungen abzuwägen – zum Zweck gründlicher Prüfungsverfahren durch Epidemiologen und -innen, Gesundheitsökonominnen und -innen sowie Experten und Expertinnen für Öffentlichkeitsarbeit und Forensik. Allgemeinärzte und -ärztinnen mögen den Großteil der vertriebenen Psychopharmaka verschreiben, bleiben dabei jedoch oft unachtsam, sodass ihre Berücksichtigung im diagnostischen System erwogen werden muss, um angemessene Routinen zu etablieren. Die Konsumenten und Konsumentinnen der Medikamente sollten eine wichtige Rolle im Validierungs-Prozess spielen und Feldforschung sollte ökologische valide angelegt werden, also nicht in Laboren stattfinden.

Lektion: Psychiatrische Diagnostik ist zu wichtig um ausschließlich Psychiatern und Psychiaterinnen überlassen zu werden.

## Biologischer Reduktionismus

Kurz vor seiner Veröffentlichung wies der Direktor des *US National Institute of Mental Health* (NIMH) das DSM 5 brüsk zurück – er meinte, die vorgeschlagene syndromale Diagnostik sei nicht valide und er bot stattdessen das eifertige Versprechen an, ein neu initiiertes Forschungsprojekt seines Instituts sei in der Lage, ein durchweg biologisches Modell psychischer Krankheiten vorzulegen. Diese Vorgehensweise war vollkommen fehlgeleitet – der Ansatz des NIMH wird unzweifelhaft Jahrzehnte benötigen, sofern das Projekt überhaupt fertiggestellt wird – und die Patienten und Patientinnen müssen mit den besten aller uns zur Verfügung stehenden Werkzeuge untersucht werden. Abgesehen von seinem Namen scheint das Institut jeden Bezug zur psychischen Gesundheit der Patienten in den USA, die unter den drakonischen Budgetkürzungen und dem chaotischen Fürsorgesystem leiden, verloren zu haben. Vielmehr beschäftigt es sich mit seinem eigenen Paradigmenwechsel – die neuronale Grundlage psychischer Störungen zu verstehen. Mittlerweile hat sich das NIMH deswegen hauptsächlich der Neurowissenschaft verschrieben, auf Kosten einer ausgewogeneren Agenda, die die Untersuchung psychosozialer und medizinsoziologischer Themen beinhalten würde. Zusätzlich hat das NIMH darin versagt, für Verbesserungen des gegenwärtigen Missstandes des Gesundheitssystems einzustehen, welche zu der beschämenden Anzahl etwa einer Millionen abgewiesener psychiatrischer Patienten und Patientinnen, die stattdessen in Gefängnissen untergebracht werden, geführt hat.

Lektion: Sein über-optimistischer Traum von einem künftigen neurowissenschaftlichen Paradigmenwechsels hat das NIMH blind gegenüber seiner Verantwortung für die Belange seiner Patienten und Patientinnen der Gegenwart gemacht.

## Psychosozialer Reduktionismus

Teilorganisationen der *British Psychological Society* und der *American Psychological Association* haben zuletzt einen gegenteiligen Entwurf des Paradigmenwechsels unterstützt. Während sie ihre Lippenbekenntnisse zur Rolle neuronaler Prozess geleistet haben, würde dieses neue Paradigma die psychiatrische Diagnostik vollständig eliminieren und an ihre Stelle eine Auseinandersetzung mit externen Stressoren und Traumata als Ursachen der Symptome stellen. Zudem würde es die Rolle von Psychopharmaka für die Behandlung schwerer psychischer Störungen leugnen. Gewiss ist jede blinde Anhängerschaft des biomedizinischen-kortikalwissenschaftlichen Modells simplizistischer Reduktionismus und insofern über Wert verkauft, weil die psychologischen und sozialen Faktoren, die emotionale Probleme verursachen, verkannt werden und zu einer engstirnigen Begrenzung der Behandlung von Patienten und Patientinnen führt. Jedes psychische Leid muss im Kontext der Gesamtpersönlichkeit, vergangener und gegenwärtiger Stressoren sowie der An- oder Abwesenheit sozialer Unterstützung betrachtet werden. Aber wir sollten einen radikalen biologistischen Reduktionismus nicht durch einen radikalen psychologischen Reduktionismus ersetzen, der ebenso unvollständig und gefährlich für Patienten und Patientinnen ist. Die menschliche Natur ist durch eine komplexe Interaktion von psychologischen, biologischen und sozialen Faktoren ausgezeichnet. Um psychiatrische Symptome zu verstehen und zu behandeln bedarf es daher der hinreichenden Berücksichtigung jeder einzelnen Facette. Unser aktuelles System psychiatrischer Diagnostik kann nicht umgehend durch einen begrenzten psychologischen Ansatz ersetzt werden.

## Zusammenfassung

In 35 Jahren der Arbeit am DSM bin ich mir (womöglich mehr als jeder und jede andere) aller Begrenzungen, blinden Flecke und Schwächen des Manuals bewusst geworden – und ich habe mein Bestes getan, um sie offenzulegen. Psychiatrische Diagnostik ist nur ein Teil eines komplizier-



ten Puzzles, doch (trotz aller Limitationen) ist sie ein nützlicher Teil. Mit Sicherheit würde ich keinem Arzt Vertrauen schenken, der sich auf die unkritische Anwendung des DSM beschränkt, doch ebenso wenig einer Ärztin, die gänzlich auf psychiatrische Diagnostik verzichtet. Das bio-psycho-soziale Modell bleibt der verlässlichste Zugang zur klinischen Praxis. Zwar wurde es immer wieder von Reduktionisten und Reduktionistinnen herausgefordert, die eine über die übrigen Komponenten zu erheben gedachten – doch dieses interaktive Dreieck bio-psycho-sozialer Ansätze ist unzureichend ohne jede einzelne Ecke. In meinen Augen ist es gleichermaßen voreilig, einen Paradigmenwechsel zugunsten der Biologie zu verlangen (wie es für das DSM und das NIMH gilt), wie zugunsten des Psychosozialen (im Sinne der psychologischen Berufsverbände). Das bio-psycho-soziale Modell ist unersetzlich, um jeden Patienten und jede Patientin zu verstehen und die Gesamtheit der Gesundheitsberufe auf dasselbe Fundament zu stellen. Und diese Einigkeit ist nötig.

Die Gesundheitsfürsorge ist schrecklich unorganisiert und wird unzureichend gefördert, besonders (aber nicht ausschließlich) in den USA. Ich denke, wir sollten uns um eine gemeinsame Stimme bemühen, um für bessere Fürsorge anstatt für die Hoheit eines Paradigmas zu kämpfen – gerade weil alle drei Paradigmen vollkommen notwendig sind.

Wir können darin übereinkommen, dass es vielfältige Wege gibt, emotionale Probleme zu verstehen und zu bewältigen, und dass ein un-nachgiebiger Wettkampf zwischen ihnen nicht hilfreich ist.

Es braucht Führungspersönlichkeiten, um die unbeachteten Belange der Patienten und Patientinnen öffentlich zu thematisieren, also keine Befürworter und Befürworterinnen utopischer Weltformeln ferner Zukunft, die die Probleme der Gegenwart aus den Augen verlieren.

*(Aus dem Amerikanischen von Alexander N. Wendt)*