



Herausgegeben von der Schweizer Charta für  
Psychotherapie in der Assoziation Schweizer  
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

# Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

---

[WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO](http://WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO)

## **Politik der Diagnose**

Politique du diagnostic

Herausgegeben von Theodor Itten

8. Jahrgang  
Heft 1 / 2018  
ISSN 1664-9583



**Psychosozial-Verlag**

# Impressum

## Herausgeber

Schweizer Charta für Psychotherapie in der Assoziation  
Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten  
Geschäftsstelle ASP  
Riedtlistr. 8  
CH-8006 Zürich  
Tel. +41 43 268 93 00  
[www.psychotherapie.ch](http://www.psychotherapie.ch)

## Redaktion

Rosmarie Barwinski, Zürich  
Theodor Itten, St. Gallen  
Margit Koemeda, Zürich  
Mario Schlegel, Zürich  
Peter Schulthess, Zürich

[info@psychotherapie-wissenschaft.info](mailto:info@psychotherapie-wissenschaft.info)  
[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

Hinweise für AutorInnen befinden sich auf der Homepage der  
Zeitschrift: [www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

## Verlag

Psychosozial-Verlag  
Walltorstr. 10  
D-35390 Gießen  
+49 6421 96 99 78 26  
[info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)  
[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

## Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag  
[bestellung@psychosozial-verlag.de](mailto:bestellung@psychosozial-verlag.de)

## Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)  
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)  
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.  
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine  
Abbestellung bis acht Wochen vor Ende des Bezugszeitraums erfolgt.  
ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte  
direkt an die ASP.

## Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:  
[anzeigen@psychosozial-verlag.de](mailto:anzeigen@psychosozial-verlag.de)  
Es gelten die Preise der auf [www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de) einseh-  
baren Mediadaten.  
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an die Redaktion.

## Digitale Version

Die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* ist auch online  
einsehbar: [www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons  
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.  
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte  
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle  
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:  
[creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de)

ISSN 1664-9583 (Print-Version)

ISSN 1664-9591 (digitale Version)

# Inhalt

Editorial	5	Gibt es «Schizophrenie»?	75
Éditorial	7	Reliabilität und Validität	
<i>Theodor Itten</i>		La « schizophrénie » existe-t-elle ?	84
		Fiabilité et validité	
		<i>John Read</i>	
<b>Titelthema: Politik der Diagnose</b>		Diagnose als Metapher	87
<b>Thème principal: Politique du diagnostic</b>		Manfred Bleuler im Gespräch mit R. D. Laing	
		Diagnostic en tant que métaphore	91
Diagnose Himmel	11	Entretien de Manfred Bleuler avec R. D. Laing	
Diagnostic Cieux	17	<i>Theodor Itten</i>	
<i>Eva Jaeggi</i>		Abstracts aus <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i>	93
Die Krankheitserfinder	19	<i>Paolo Migone</i>	
L'inventeur de maladie	22		
<i>Jörg Blech</i>			
Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen	25		
Diagnostics cliniques comme constructions sociales	33		
<i>Volkmar Aderhold</i>		<b>Buchbesprechungen</b>	
Hierarchie oder Verantwortung durch klinisch-psychologische Diagnostik in der Psychotherapie?	35	P. Lehmann, V. Aderhold, M. Rufer & J. Zehentbauer (2017):	
Überlegungen zu einer integrierten Sichtweise im Rahmen der Psychotherapie		Neue Antidepressiva, Atypische Neuroleptika	101
Hiérarchie ou responsabilité par le diagnostic clinico-psychologique dans la psychothérapie ?	45	<i>Theodor Itten</i>	
Une réflexion sur une perspective intégrée dans le cadre de la psychothérapie		Jörg Blech (2014):	
<i>Angéla Szalontainé Krasznai</i>		Die Psychofalle. Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht	102
Erzählen statt nur Zählen	47	<i>Theodor Itten</i>	
À propos de la politique des diagnostics – Raconter au lieu de compter	53	Paul L. Janssen (2017):	
<i>Peter Müller-Locher</i>		Als Psychoanalytiker in der Psychosomatischen Medizin. Eine persönliche berufspolitische Geschichte der Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik	103
Die neuen Herausforderungen der Epidemiologie im politischen und sozialen Umfeld	55	<i>Theodor Itten</i>	
Vom öffentlichen Gesundheitswesen bis zur Präventionspolitik		Katharina Kriegel-Schmidt (Hrsg.). (2017):	
Le nuove sfide dell'epidemiologia in contesti politici e sociali	65	Mediation als Wissenschaftszweig. Im Spannungsfeld von Fachexpertise und Interdisziplinarität	104
Dalla sanità pubblica alle politiche di prevenzione		<i>Theodor Itten</i>	
Les nouveaux défis de l'épidémiologie dans des contextes politiques et sociaux	74		
De la santé publique vers des politiques de prévention			
<i>Clelia Di Serio</i>			



# Editorial

Politik ist unter anderem das, was Sache ist. Alle Diagnosen sind abhängig vom gegenwärtigen Zeitgeist und sozialen und gesundheitspolitischen Wirtschaftsinteressen unterworfen. Wir Psychotherapeut\*innen haben eine gesundheitspolitische Verantwortung gegenüber gesellschaftlichen Prozessen. Der emanzipatorische Aspekt unseres Berufes fördert die Autonomie und Selbstbestimmung unserer Patient\*innen als Personen im sozialpolitischen Feld. Was die oder der Patient\*in denkt, fühlt und erlebt, ist oft wichtiger als das, was wir Fachleute wissen können. Seit dem berühmt gewordenen Psychiatrie-Diagnose-Forschungsprojekt von D. L. Rosenhan et al. «On Being Sane in Insane Places» (1973) und der weiteren Entwicklung von diagnostischen Manualen in der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie ist die Politik der Diagnose, ein andauernd zu reflektierendes Thema. Eine Diagnose ist eine konzeptionelle Verdichtung dessen, was wir in einer Situation wahrnehmen. Mit dem diagnostischen Blick, ob nach ICD-10 oder DSM-5, sehen wir die Welt der Erfahrung von Personen, die unsere Begleitung in Anspruch nehmen wollen und/oder müssen, gewissermassen durch die Beschreibung anderer Fachleute, welche diese Konzepte definiert haben. Der 90-jährige Jules Angst, emeritierter Professor für Psychiatrie an der Universität Zürich, hält nach einem langen und intensiven Forscherleben in der Seelenheilkunst fest:

«Der Mensch ist so kompliziert und eine Genese einer Störung wie die Depression ist so komplex, da spielen Dutzende von Faktoren eine Rolle und Hunderte von Genen. Und das ist so kompliziert, dass man vorläufig nicht herausfinden kann, wie. Das wird wahrscheinlich noch hundert bis zweihundert Jahre gehen, würde ich schätzen, bis man sieht, was da wirklich passiert. Und das wird am Schluss darauf hinauslaufen, dass es nicht eine Krankheit (im Sinne einer einfachen Kausalität) gibt, sondern nur noch kranke Menschen, jeder ist ein bisschen anders» (Jules Angst; zit.n. Jenzer et al., 2017, S. 161).

Ob dem so wird, das werden wir alle nicht mehr erleben. Wir Heutigen können zwar, als Psychotherapeut\*innen, dasjenige beschreiben, was wir sehen, ebenso wie genau wir sehen, was wir sehen, und wie wir die oder den anderen erleben. Als Psycholog\*innen benützen wir, wo es hauptsächlich um «Norma» geht, Tests und mittlerweile, definiert durch die neurologische Psychiatrie, bildgebende Verfahren, um scheinbar zu erkennen, wo der Schwellenwert in der Normglocke, ausserhalb des normalen Durchschnitts liegt. Die Ränder, das sei kurz bemerkt, stützen die Normglocke.

Jede Diagnose muss somit auch den Kontext und den Inhalt einer Erfahrung berücksichtigen und diese Befunde im Zusammenspiel von sozialen, emotionalen, biologischen, kulturellen und wirtschaftlichen Faktoren überblicken. Die Politik der Diagnose ist eingebettet in

die politische Ökonomie des Gesundheitswesens. Dieser Wirtschaftszweig zeigt eine kontinuierliche Wachstumsrate. Jürg Blech nannte es, seiner These der «Krankheitserfinder» folgend, *Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht* (2014). In der kritischen Debatte um das neue DSM-5 wurde angemahnt, wie immer mehr normale Alltagsschwierigkeiten zu Problemen gemacht werden, die dann als «psychisch krank» oder «gestört» etikettiert werden können. So werden gesellschaftspolitische, wirtschaftliche und schulische Schwierigkeiten zu seelischen Störungen des Einzelnen gemacht.

Mit diesem Heft stellen wir uns erneut die hierbei entscheidende Frage: Wer hat die Macht, wem, wozu, warum, wieso und in wessen Namen ein psychologisches/psychiatrisches Diagnose-Label zu verpassen?

Manfred Bleuler (1903–1994) beschrieb mir in einem Brief im Frühling 1989 eine lustige Episode, die seinen Zustand als 86-Jähriger beleuchtete. Er schlenderte, sich am Arm seiner Gattin Monika abstützend, auf dem Trottoir der Bahnhofstrasse Zollikon entlang, unweit ihres Hauses:

«Wir treffen auf der Strasse einen vierjährigen Knaben, der meine Frau – mich nicht – kennt. Er zeigt auf mich und fragt: ›Wer ist das?‹ Meine Frau antwortet: ›Mein Mann‹. Der Knabe fragt: ›Was ist er?‹ Meine Frau: ›Doktor‹. Der Knabe in sicherem Tone: ›Das ist nicht wahr, er kann ja nicht einmal laufen ...‹»

Das ist ein Durchblick. Ein subjektives Wissen eines kleinen Knaben. Als ich Bleuler, zusammen mit R. D. Laing (1927–1989), das erste Mal besuchte,<sup>1</sup> fragte Laing, der selbst über die Diagnose «Schizophrenie» forschte, was es mit dem Gerücht auf sich hätte, dass sein Vater Eugen (1857–1939) diesen Diagnose-Terminus nur eingeführt hätte, um seine Schwester Anna Pauline (1852–1926) zu schützen? Sie lebte im Burghölzli, der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, auf der anderen Seite. Sie wählte sich auf abgelegenen Pfaden, in einer nach aussen gekehrten Innerlichkeit. Um sie vor der von Emil Kraepelin (1856–1926) eingeführten Diagnose der «dementia praecox» (Senilität der Jungen) zu schützen, die damals als unheilbar galt, suchte er, der fünf Jahre jüngere Bruder, 1911 eine Krankheitsmetapher des zerrissenen Herzens, die er leider ins Griechische übersetzte. In der Zersplitterung des eigenen Seins, spüren wir eine Disharmonie im körperlichen, seelischen und geistigen Dasein, welche sich in unserem Fühlen, Denken, Erleben, Wollen und Handeln zeigt. Schwester Pauline lebte in der Dienstwohnung der jungen Familie des Psychiaters. Dies entsprach Bleulers gelebter verstehender Nähe der Psychotherapie, als therapeutische Gemeinschaft (vgl. hierzu Itten, 2013).

<sup>1</sup> Das Gespräch fand am 16. April 1981 in Zollikon statt und wurde veröffentlicht in Itten & Young (2012, S. 31–38).

Die Autor\*innen dieses Heftes beschäftigen sich mit der Politik der Diagnose in einem historischen Bogen – seit den Unart-Beschreibungen Heinrich Hoffmanns im *Struwwelpeter* (1861) bis zu den modernen ADHS-Forschungsdiagnosen, die sich zurechtgerichtet auf Modelle der Genetik, der Neurotransmitter-Chemie und auf Medikamente stützen. Dazu kommen die subjektiven Seiten der Diagnose, die Innen- und Aussensicht, das Fremdbild und das Eigenbild. Wir müssen nüchtern aufpassen, dass wir nicht in eine nur noch mehr oder weniger kranke Gesellschaft hineingezogen werden.

Mit ihrem Text zu «Diagnose Himmel» reflektiert die in Berlin lebende Psychoanalytikerin Eva Jaeggi das Risiko von Heilsversprechungen und unseren sympathischen Glauben daran. Der *SPIEGEL*-Autor, Jörg Blech, ebenso in Berlin lebend, sinniert über die verborgenen Strategien der «Krankheitserfinder». Da passt der kritische Artikel des Seelenarztes aus Hamburg, Volkmar Aderhold, zu «Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen» gut hinzu. Die junge ungarische Psychologin und in Zürich tätige Psychotherapeutin Angéla Szalontainé Krasznai bringt uns mit ihrem Aufsatz zur Hierarchie oder Verantwortung durch klinisch-psychologische Diagnostik in der Psychotherapie zum Nachdenken. Der Zürcher Peter Müller-Locher, Leiter der Rater\*innen-Schulung während der PAP-S Studie, vertieft seine Erfahrung im Aufsatz «Erzählen statt nur zählen». Clelia Di Serio, Professorin in Milano und Lugano, hat für dieses Heft dank der Unterstützung von ASP-Vorstand Nicola Gianinazzi über die neuen Herausforderungen der Epidemiologie im sozialen und politischen Rahmen, von der öffentlichen

Gesundheit bis zur Präventionspolitik, geschrieben. Wir bringen diesen Artikel auch in ihrer Originalsprache, als Gruss an unsere Leser\*innen im Tessin und Norditalien. John Read, Professor der Psychologie in London, fragt sich, ob die Schizophrenie wirklich existiert. Erstmals in deutscher Sprache publiziert ist das historische Dokument des Gespräches zwischen Manfred Bleuler und R. D. Laing, über die Diagnose als Metapher. Das habe ich als 30-Jähriger aufgezeichnet.

Zum Schluss folgen erneute die PSU-Abstracts von Paolo Migone, Direzione *Psicoterapia e Science Umane*, und ein paar Buchbesprechungen aus meiner Feder. Mit diesem Heft verabschiede ich mich nun auch als Rentner aus der Redaktionsgruppe. Viel frühlingshaftes Lesevergnügen wünscht Ihnen

Theodor Itten

## Literatur

- Blech, J. (2014). *Die Psychofalle. Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht*. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Itten, T. (2013). Wege aus der Schizophrenie. *à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung*, Nr. 50 (Juni), 16–21.
- Itten, T. & Young, C. (2012). R. D. Laing in conversation with Manfred Bleuler. R. D. LAING – 50 Years Since The Divided Self (S. 31–38). Wyastone Leys, Monmouth, UK: PCCS-Books.
- Jenzer, S., Keller, W. & Meier, T. (2017). *Eingeschlossen. Alltag und Aufbruch in der psychiatrischen Klinik Burghölzli zur Zeit der Brandkatastrophe von 1971*. Zürich: Chronos.
- Rosenhan, D.L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179(4070), S. 250–258.

# Éditorial

La politique est – entre autres choses – sur le fait. Tous les diagnostics dépendent de l'esprit de l'heure actuelle et des intérêts économiques et sociaux. Nous, psychothérapeutes, avons une responsabilité de santé publique envers les processus sociaux. L'aspect émancipateur de notre profession favorise l'autonomie et l'autodétermination de nos patients en tant que personnes dans le domaine sociopolitique. Ce que le patient pense, ressent et expérimente est souvent plus important que ce que nous connaissons en tant que professionnels. Considérant le fameux projet de recherche en diagnostic psychiatrique par DL Rosenhan et al. « Être sain d'esprit dans les lieux insensés » (1973) [« On Being Sane in Insane Places »] et aussi le développement de manuels de diagnostic en psychologie, psychiatrie et psychothérapie, la politique du diagnostic est devenue un sujet constamment réfléchi. Un diagnostic est une condensation conceptuelle de ce que nous percevons dans une situation. Avec l'œil diagnostique, soit CIM-10 ou DSM-5, nous pouvons voir toute l'expérience des personnes qui veulent et / ou ont besoin de nos conseils, dans une certaine mesure, seulement par décrire ce que d'autres professionnels ont défini pour ces concepts. Jules Angst, 90 ans, professeur émérite de psychiatrie à l'Université de Zurich, est coincé dans la guérison de l'âme après une longue et intense recherche :

« Une personne est si compliquée et la genèse d'un trouble comme la dépression est si complexe que des dizaines de facteurs jouent un rôle, plus des centaines de gènes. Et c'est tellement compliqué que pour le moment vous ne pouvez pas se rendre compte comment. J'imagine qu'on attendrait probablement encore cent ou deux cents ans avant qu'on puisse voir ce qui se passe réellement. Et cela aboutira à la conclusion qu'il n'y a pas de maladie (au sens d'une simple causalité), mais seulement des malades, car tout le monde est un peu différent » (Jules Angst, cité par Jenzer et al., 2017, S. 161).

Que cela se produise, nous ne pouvons pas le dire. Nous, en tant que psychothérapeutes d'aujourd'hui, pouvons décrire ce que nous voyons, à quel point nous voyons exactement ce que nous voyons et comment nous vivons l'un ou l'autre. En tant que psychologues, où « le standard » est l'objectif principal, nous utilisons des tests, et maintenant, comme défini par la psychiatrie neurologique, nous utilisons également des techniques d'imagerie pour identifier où est le seuil dans la norme, en dehors de la moyenne normale. Les bords, en disant brièvement, soutiennent la valeur standard.

Chaque diagnostic doit donc prendre en compte le contexte et le contenu d'une expérience et examiner ces résultats dans l'interaction des facteurs sociaux, émotionnels, biologiques, culturels et économiques. La politique de diagnostic est ancrée dans l'économie politique du service de santé. Cette industrie montre un taux de

croissance continu. Jörg Blech a appelé, après sa thèse des « inventeurs de la maladie », *Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht* (2014) [Comment l'industrie de l'âme nous fait des patients]. Dans le débat critique entourant le nouveau DSM-5, il a été suggéré que de plus en plus de difficultés quotidiennes ordinaires sont transformées en problèmes qui peuvent alors être étiquetés comme « mentalement malade » ou « état d'esprit perturbé ». Les difficultés socio-politiques, économiques et éducatives se transforment ainsi en troubles mentaux de l'individu.

Avec ce problème, nous nous posons à nouveau la question cruciale : qui a le pouvoir de qui, où, pourquoi, comment et au nom de qui donner un label de diagnostic psychologique/psychiatrique?

Manfred Bleuler (1903–1994) dans une lettre du printemps de 1989, m'a décrit un épisode drôle qui a mis en lumière son état de personne de 86 ans. Il flâna, posant son bras sur le bras de sa femme Monika, le long du trottoir de Bahnhofstrasse Zollikon, non loin de chez elle :

« Nous rencontrons un garçon de quatre ans dans la rue qui connaît ma femme - mais pas moi. Il me montre et demande :

« Qui est-ce? » Ma femme répond : « Mon mari ». Le garçon demande : « Qu'est-ce qu'il est? » Ma femme : « Docteur ». Le garçon continua, d'un ton sûr : « Ce n'est pas vrai, il ne peut même pas marcher ... »

C'est un regard à travers. Une connaissance subjective d'un petit garçon. Quand moi, Bleuler, accompagné de R.D. Laing (1927–1989), nous sommes rendus à Laing pour la première fois, nous lui avons demandé, lui-même qui faisait des recherches sur le diagnostic de « schizophrénie », ce que c'était avec la rumeur que son père Eugen (1857–1939) avait seulement introduit ce terme de diagnostic pour protéger sa sœur Anna Pauline (1852–1926)?

Elle résidait à Burghölzi, à l'hôpital universitaire psychiatrique de Zurich, de l'autre côté. Elle s'imaginait sur des chemins détournés, dans une ouverture intérieure. Afin de la protéger du diagnostic de « démence précoce » (sénilité des jeunes), introduit par Emil Kraepelin (1856–1926), qui était alors considéré comme incurable, lui, le frère cadet de cinq ans, a recherché en 1911 une définition de la métaphore de la maladie du cœur déchiré, qu'il a malheureusement traduit en grec.

Dans la fragmentation de notre propre être, nous ressentons une disharmonie dans l'existence physique, mentale et spirituelle, qui se manifeste dans notre sentiment, notre pensée, notre expérience, notre volonté et notre action. Sa sœur Pauline vivait dans la maison officielle de la jeune famille du psychiatre. Cette maison correspondait à la compréhension de la psychothérapie par Bleuler en tant que communauté thérapeutique (voir Itten, 2013).

Les auteurs de cette publication traitent de la politique du diagnostic dans un arc historique – de la description

par Heinrich Cartier de la stout de Struwwelpeter (1861) aux diagnostics modernes de recherche sur le TDAH, axés sur les modèles génétiques, la chimie des neurotransmetteurs et basés sur les médicaments. Ensuite, il y a les aspects subjectifs du diagnostic, la vue intérieure et extérieure, l'image étrangère et l'image de soi. Nous devons être sobres, nous ne sommes pas impliqués dans une société plus ou moins malade.

La psychanalyste berlinoise Eva Jaeggi réfléchit au risque des promesses de salut et à notre croyance sympathique dans son texte sur « Diagnosis Heaven ». L'auteur de SPIEGEL, Jörg Blech, vivant également à Berlin, réfléchit également sur les stratégies cachées des « inventeurs de la maladie ». Là, l'article critique du docteur de l'âme de Hambourg, Volkmar Aderhold, s'intègre bien aux « Diagnostics cliniques en tant que constructions sociales ».

La jeune psychologue et psychothérapeute hongroise Angéla Szalontainé Krasznai, qui travaille à Zurich, nous donne matière à réflexion avec son essai sur la hiérarchie ou la responsabilité à travers le diagnostic clinico-psychologique en psychothérapie. Peter Müller-Locher de Zurich, responsable de la formation Rater au cours de l'étude PAP-S, a approfondi son expérience dans l'essai « Conte, pas seulement comptez ».

Clelia Di Serio, professeur à Milan et Lugano, a écrit sur les nouveaux défis de l'épidémiologie dans le domaine social et politique, de la santé publique à la politique de prévention, grâce au soutien de Nicola Gianinazzi, membre du conseil d'administration de l'ASP.

Nous apportons également cet article dans sa langue originale, comme un salut à nos lecteurs du Tessin et du nord de l'Italie. John Read, professeur de psychologie à Londres, se demande si la schizophrénie existe vraiment. Publié pour la première fois en allemand est le document historique de la conversation entre Manfred Bleuler et R.D. Laing, sur le diagnostic comme une métaphore. J'ai enregistré cela à 30 ans.

Enfin, les résumés de PSU par Paolo Migone, Direzione Psicoterapia et Science Umane, et quelques critiques de livres de mon stylo suivent. Avec cet article, je prends maintenant ma retraite du groupe éditorial, en tant que retraité. Je vous souhaite beaucoup de lectures agréables.

Theodor Itten

## Bibliographie

- Blech, J. (2014). *Die Psychofalle. Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht*. Frankfurt a.M. : S. Fischer.
- Itten, T. (2013). *Wege aus der Schizophrenie. à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung, Nr. 50 (Juin)*, 16–21.
- Itten, T. & Young, C. (2012). R.D. Laing in conversation with Manfred Bleuler. R.D. LAING – 50 Years Since The Divided Self (S. 31–38). Wyastone Leys, Monmouth, UK : PCCS-Books.
- Jenzer, S., Keller, W. & Meier, T. (2017). *Eingeschlossen. Alltag und Aufbruch in der psychiatrischen Klinik Burghölzli zur Zeit der Brandkatastrophe von 1971*. Zürich : Chronos.
- Rosenhan, D.L. (1973). *On Being Sane in Insane Places*. *Science*, 179(4070), S. 250–258.



**Titelthema:**  
**Politik der Diagnose**  
**Thème principal:**  
**Politique du diagnostic**



# Diagnose Himmel

Eva Jaeggi

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 11–16 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.01

*Zusammenfassung:* Die je unterschiedlichen Vorstellungen der verschiedenen Religionen und Ethnien über das Jenseits («Himmel») können unter psychoanalytischem Gesichtspunkt als unterschiedliche Konfliktlösungen entlang der von der Psychoanalyse herausgearbeiteten Entwicklungskonflikte des Menschen gesehen werden. Diese fantasierten Lösungen sind allerdings nicht wie im irdischen Leben als ein durch das Über-Ich erzwungener Kompromiss zu sehen. Sie sind vielmehr als Wunscherfüllung im Sinne der Unerbittlichkeit des Triebstrebens konzipiert und werden nicht mehr in Frage gestellt. Die sublimierten Aussagen über das Jenseits durch Paulus allerdings sind nicht im Sinne von Entwicklungskonflikten zu interpretieren. Man kann sie eher vergleichen mit den von der relationalen Psychoanalyse und der Humanistischen Psychologie erkannten Wichtigkeit des «Gesehenwerdens» durch den «Anderen».

*Schlüsselwörter:* Psychoanalytische Entwicklungslehre, Kompromiss, relationale Psychoanalyse, humanistische Psychologie

## Einleitende Worte

Wenn ich als Psychoanalytikerin etwas über den Himmel sagen soll, dann muss ich ganz irdisch anfangen. Ich kann bestimmte Vorstellungen vom Himmel, die mir bekannt sind, als Träume und Tagträume auffassen, die etwas verraten können von den Zweifeln, Konflikten und Hoffnungen eines Menschen.

Ich kann sie natürlich auch als Utopien annehmen – doch in dieser Kategorie kommt der Himmel bei vielen Soziologen und Philosophen schlecht weg. Er wird dann als eine Täuschung des Volkes angesehen, die verhindern soll, dass das Volk sich den realen Zuständen und ihren möglichen Veränderungen zuwendet angesichts der utopischen Verheissungen, die das Leben nach dem Tod bietet.

Ich möchte mich aber nicht unbedingt damit beschäftigen. Bleiben wir beim Träumen.

## Diagnostische Varianten

Wenn man als Psychoanalytikerin die Träume zu Hilfe nimmt, um Menschen besser zu verstehen, dann orientiert man sich nicht an Krankheitsvorgaben oder diagnostischen Kategorien wie wir sie in verschiedenen Persönlichkeitstheorien vorfinden. Psychodynamischer Traumtheorie zufolge werden in Traumbildern Lebensthemen, Konfliktfelder und dominierende Wünsche verarbeitet – seien sie nun unbewusst oder auch schon mehr oder weniger bewussteinfähig. Man muss also immer wieder die ganze Person, ihr persönliches und gesellschaftliches Umfeld bedenken, wenn man einen Traum «diagnostiziert» – wobei dieses Wort im psychoanalytischen Umfeld nicht dieselbe Bedeutung hat wie in der Medizin. Es gibt dabei keine vorgeformten Bedeutungen à la «eine schwarze

Katze bedeutet Unglück». Die innere, jeweils in persönlichkeitspezifische Bilder gepackte «Botschaft» eines Traumes wird erst dann entdeckt, wenn der Träumende seine eigenen Assoziationen zum Traum einbringt.

Es bleibt daher immer ein Wagnis, wenn man versucht, mit psychoanalytischen Kategorien ein kulturelles Gebilde – sei es ein Kunstwerk, sei es ein kollektiver Traum wie der vom Himmel – zu «diagnostizieren». Man hat aber immerhin eine Menge an Daten aus dem gesellschaftlichen Umfeld eines kulturellen Gebildes, um daraus Hypothesen ableiten zu können. Es ist den Versuch wert, aus solchen Kollektivträumen die aus individueller Beobachtung gewonnenen «typischen» Problemfelder, Wünsche und Abwehrbewegungen des Kollektivs, dem diese Träume entstammen, herauszulesen.

Nicht in jeder Kultur aber sind gerade die Vorstellungen vom Jenseits Thema sehr spezifischer Überlegungen. Vorhistorische oder auch manche antike Religionen haben zwar Vorstellungen vom Jenseits, aber in vielen Kulturen wird das Jenseits nicht unbedingt in solch prägnanten Bildern vorgestellt wie im Christentum und in den muslimischen Konfessionen. Grabbeigaben in antiken Gräbern lassen darauf schliessen, dass das jenseitige Leben sich nicht allzu sehr vom irdischen unterscheidet – so bei den Ägyptern oder bei manchen Stämmen der Germanen.

Das Judentum spricht in verschlüsselten Worten von einer spirituellen Ganzheit, die der Seele nahe bei Gott unendlichen Frieden verleiht. Manche jüdische Autoren konzentrieren sich eher auf die Auferstehung, die mit der Ankunft des Messias verbunden ist. Es entsteht dann ein neues, besseres Leben im irdischen Dasein. Bei den meisten jüdischen Autoren bleiben die Vorstellungen aber eher abstrakt. Wichtiger ist das irdische Leben, in dem man möglichst viel Gutes tun soll.

Wenn man aber im christlichen Kulturkreis aufgewach-

sen ist, verknüpft man mit dem Wort «Himmel» (sofern man nicht Astronom ist) unzählige Bilder von geflügelten Engeln, Wolken, Musikinstrumenten, hellen, farbenfrohen Gewändern und selig lächelnden Menschen. In vielen, vielen Kirchen kann man dies alles auf grossen Bildtafeln und Gemälden bestaunen. Auch Gott selbst lächelt oft gütig, manchmal streng von seinem Thron herab. Würde man in einer noch kindlich-religiösen Form erzogen, so hat man solche Vorstellungen meist verbunden mit ewig glücklichem Spielen ohne jeden Zwang, mit Blumen, schönen Früchten und Musik.

Auch der Islam kennt wunderbare Bilder, allerdings werden diese Bilder entsprechend dem Darstellungsverbot nur verbal überliefert.

Meine Aufzählung der verschiedenen Himmelsbilder ist natürlich nicht vollständig, ich bin weder Theologin noch Religionswissenschaftlerin, kann also diese Vorstellungen auch nicht jederzeit ganz sauber einzelnen Religionen oder Zeitabschnitten zuordnen. Es geht mir auch vielmehr darum, diese Bilder mit allgemein menschlichen Wünschen und Konflikten zu verbinden – so wie man auch in der Psychoanalyse Träume mit solchen Wünschen verbindet. Sie sind ubiquitär. Man kann also auch die Himmelsvorstellungen als den Versuch, menschliche Konflikte darzustellen und zu lösen, ansehen. Die Dreigliederung in orale, anale und ödipale Entwicklungsstufen entspricht dem, was wir bei jedem Menschen wahrnehmen können: Eine dieser Stufen mag im Vordergrund stehen oder vielleicht im Sinne nicht ganz klarer Lösung ambivalent besetzt sein. In der Himmelsvorstellung allerdings ist jeder Wunsch erfüllt.

#### 1. Paradies und Schlaraffenland – die Oralität dominiert

Der Himmel ist eine wunderbare Stadt (z. B. das himmlische Jerusalem), voll der kostbarsten Baumaterialien, umgeben von der schönsten Landschaft, die Räume sind ausgestattet mit Edelsteinen, es herrscht keine Not.

Der Himmel in den islamischen Räumen ist ein Ruheraum mit vielen Gemächern, ebenfalls kostbar ausgestattet. Das herrlichste Essen wird serviert, die berühmten Jungfrauen bedienen die Männer, vor allem die Märtyrer. Wichtig dabei ist, dass des Märtyrers Manneskraft nie versiegt, auch wenn es 77 Jungfrauen sind, die mit ihm in einer Abfolge verkehren.

Die «ewigen Jagdgründe» dürften den Indianern genau das geboten haben, was ihnen im irdischen Leben wichtig ist: genügend Fleisch und vielleicht auch das Vergnügen am Jagen – wobei wohl der Erfolg garantiert ist.

Mit einem Wort: Es ist alles da, und dies ohne dass man etwas dafür tun muss. Der Himmel bietet alles umsonst: Versorgung pur.

#### 2. Fliegen-können – die Analität dominiert

Ein anderer, eher esoterischer Aspekt: die Weite, das Fliegen, hinauffliegen, Flügel haben. Eine mir bekannte Künstlerin, die um ihren nahen Tod wusste, schrieb ein paar Tage vor ihrem Tod an alle ihre Freunde und Bekannten eine E-Mail-Botschaft (die ihre Familie gleich nach ihrem Tod absandte): «Ich habe mich auf eine Reise begeben,

ohne Gepäck, es ist wunderbar, so leicht zu fliegen.» Alle populären Kindervorstellungen vom Himmel spielen mit diesem Gedanken: auf Wolken zu sitzen, ganz leicht zu sein, nicht der Schwerkraft unterworfen, ein Engel zu sein. Dies ist Autarkie pur – nichts und niemand behindert die frei fliegende Seele.

#### 3. Liebe – Ödipalität dominiert

Dass wir geliebt werden im Himmel, alle unsere Lieben wiedersehen und jeder Konflikt schweigt – auch das gehört zu unseren Vorstellungen vom Himmel. Meist sind sie nicht sehr bilderträchtig, eher Beschreibungen seelischer Zustände. Ich erinnere allerdings einen Film, den ich in Utah bei den Mormonen gesehen habe (das war Anfang der 70er Jahre, er ist, glaube ich, jetzt nicht mehr zu sehen), da war das liebende Zueinanderkommen der Familien bildlich dargestellt: Der Grossvater (im weissen Nachthemd) schwebt der Oma und seinen eigenen Eltern sowie frühverstorbenen Kindern – alle im Nachthemd – glücklich entgegen. Das mag man komisch finden, ist es auch, aber wie soll man sich konkret diese problemlose Liebesgemeinschaft vorstellen? Unsere Bilder sind ja immer kindlich-konkret, oft archaisch geprägt, wenn es um wichtige Themen geht.

#### 4. Das Jüngste Gericht und die Hölle

Und dann wäre da ja auch noch das Jüngste Gericht – meist ein eher schreckenerregendes Bild, wenn wir uns die verschiedenen Darstellungen der Hölle vor Augen halten. Meistens sind sie vom Gegenteil des Himmels dominiert: leere Räume, ewige Qualen, schreckliche Einsamkeit und grausames Festgehaltenwerden. All dies ist das Gegenbild des Himmels, sozusagen die andere Seite der Konflikte, die auf diesen drei Entwicklungsstufen möglich sind.

#### 5. Das Schauen Gottes

Die sehr ernsthaften theologisch besonders bedeutsamen Versuche über den Himmel aber beschäftigen sich mit dem wichtigsten Aspekt des Himmels: mit der Anschauung Gottes, wobei mir schon in meiner Kindheit des Augustinus' Aussagen zum glückseligen «Schauen Gottes» am meisten Eindruck gemacht hat. Ich habe daher auch auf die Todesanzeige meiner Mutter den Satz geschrieben: «Sie darf nun schauen, was sie geglaubt hat», worauf eine meiner atheistischen Freundinnen spöttisch sagte, als sie dies las: «Na, die wird aber schauen ...»

Auf die vermutlich tiefste diesbezügliche Stelle im ersten Paulusbrief an die Korinther werde ich noch einmal genauer hierauf zu sprechen kommen.

### Erklärungen/Hypothesen

Wenn man die Analogie zur Freud'schen Entwicklungslehre weiter betreibt und den Himmel als ein Traumgebilde diagnostiziert, dann ergeben sich in den unterschiedlichen Jenseitsvorstellungen Varianten der bedeutenden Kernkonflikte, die man auch im menschlichen Leben vorfindet. So wie es Menschen gibt, deren Sehnsucht

nach Versorgung einen zentralen Teil ihrer Wünsche (und dem entsprechend auch ihrer Konflikte) bildet, so gibt es auch Menschen, denen persönliche Autonomie oder auch Probleme von Liebe und Eifersucht das wichtigste Lebensthema darstellen.

### 1. Das Schlaraffenland: Der orale Himmel

Man kann sich Menschen vorstellen, die von übersteigerten irdischen Gütern träumen: Alles ist schon da, man wird verwöhnt, Essen, Trinken – die Nähe zum Schlaraffenland ist offensichtlich –, die wunderschöne Umgebung: Man bekommt alles geschenkt. Was würde ich aus solcherart Träumen für einen eben ganz irdischen Menschen mutmassen, in welcher Richtung würde ich (wenn er ein Patient ist) versuchen, in der Therapie mit ihm zu denken? Ich würde an einen sehr grundlegenden Konflikt denken, der dieses Sehnsuchtsbild hervorbringt. Dieser Konflikt heisst in der Sprache Freuds «der orale Konflikt», in moderner Sprache sagen wir «Versorgungs-Autarkie-Konflikt».

Was ist damit gemeint? Ich gehe davon aus, dass jemand der sich solche sehr konkretistischen Vorstellungen von einem Paradies erträumt (vor allem, wenn er es sehr oft tut) ein zentrales Ungenügen in sich spürt: das Gefühl, man werde nicht genügend versorgt, es werde einem nichts geschenkt, man müsse sich alles erringen. Dies wird dann konterkariert (sonst wäre es kein Konflikt) von dem Bestreben, alles für andere tun zu müssen, sich eben alles «erringen» zu müssen: Liebe, Erfolg, materielle Güter.

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie dieser Konflikt – sofern er zentral ist – gelebt werden kann: Es kann sich um Menschen handeln, die andere hemmungslos ausnützen, um versorgt zu werden. Jede Art Schmarotzer fällt darunter, alles Klagen darüber, wie ungerecht das Leben einen behandelt hat etc. etc. Das nennt man dann die regressive Variante, in der der innere Konflikt agiert und gelebt wird. Die andere, die progressive Variante lebt derjenige, der alles für andere tut, nicht «nein» sagen kann, wie die moderne Vokabel heisst, das heisst sich ausnützen lässt. Es ist die andere Seite der Medaille. Dass es sich dabei um einen Konflikt handelt, merkt man daran, dass nicht nur derjenige, der sich ungerecht behandelt fühlt und alles «geschenkt» haben will, unglücklich ist; sondern dass auch derjenige, der alles für andere tut, damit keineswegs zufrieden ist. Er ist dauernd überfordert, nervös, hat alle möglichen Erschöpfungssymptome und depressive Verstimmungen. Auch für ihn ist die Welt, in der man nichts geben muss, sich einfach nur verwöhnen lässt – mit Essen, mit Schönheit, mit Sex (was immer auch ein Mensch für erstrebenswert hält), das Ideal. Beide Typen mit diesem Versorgungskonflikt haben also keinen Ausgleich gefunden zwischen den basalen Strebungen jedes Menschen: sich versorgen zu lassen und andere zu versorgen – je nach Umständen.

Der Traum vom endlich ganz und gar Versorgtwerden ist also der Traum dessen, der noch nicht akzeptiert hat, dass zwischen den beiden Strebungen des Versorgens und des Sich-versorgen-Lassens eine Balance gefunden werden muss. Es ist also nicht nur der Traum desjenigen, der zu wenig hat und aus der äusseren Not heraus sich

ein Schlaraffenland erträumt. Es ist der innere Konflikt, der im Traum im Sinne der Wunscherfüllung gelöst wird. Eine Wunscherfüllung, auf die allerdings ein schlimmes Erwachen erfolgen kann – wenn er in der Hölle desjenigen landet, dem kein Wunsch mehr erfüllt wird, der in der Hölle dursten und hungern muss.

### 2. Ihr seid frei: Der anale Himmel

Sehen wir uns die oft etwas naiv-esoterischen kindlichen Himmelsvorstellungen an. Diese werden übrigens real sehr oft geträumt: fliegen, sich den irdischen Hemmungen der Schwerkraft nicht unterziehen müssen usw. Manchmal fällt man dann unsanft aus dem Bett oder erwacht zumindest fallend.

Was könnte dahinterstecken?

Wir kennen in der Psychoanalyse noch einen weiteren wichtigen Konfliktherd: das Streben nach individueller Autonomie versus Abhängigkeit. Auch dieses Bestreben ist ubiquitär, muss nicht konflikthaft sein, aber in solchen (wiederholten) Träumen zeigt sich eben die Auseinandersetzung mit einer bestehenden Konfliktsituation. Jeder Mensch (wie die meisten Tiere auch) hat schon in jüngsten Lebenstagen das Bedürfnis, sich ein klein wenig Autonomie zu bewahren – und sei es nur, dass der Säugling instinktiv den Kopf von der Brust wegdreht, wenn er nicht mehr trinken will. Es gibt aber dazu ebenfalls ein Pendant: das Bestreben, sich von anderen leiten und beschützen zu lassen, wichtige Menschen nahe bei sich zu haben. Wir wissen und spüren, dass wir abhängig sind – jeder Mensch! –, aber gleichzeitig wollen wir uns auch unsere Unabhängigkeit bewahren, etwas ganz Eigenes sein, unseren Willen durchsetzen. Das kann bei manchen Menschen zum Konflikt werden. Auch dieser Konflikt kann regressiv oder progressiv gelebt werden. Es gibt Menschen, die sich alleine nichts zumuten, immer abhängig bleiben und solche, die jede Abhängigkeit leugnen, lieber andere von sich abhängig machen als selbst abhängig zu sein. Wenn dieser Wesenszug auch noch gepaart ist mit einer gehörigen Portion Selbstbezogenheit, also Narzissmus, dann finden wir die merkwürdigsten Verhaltensweisen: sich grossen Gefahren aussetzen, zu leugnen, dass man auch von äusseren Mächten abhängig ist etc. – daher das «Fliegenkönnen». Dass wir daraus selten ohne das «Herunterfallen» erwachen ist Ausdruck der Enttäuschung, die wohl auch Ikarus gehabt hat, als er merkte, dass er nicht zur Sonne hinauffliegen kann. Die Schwerkraft überwinden, einen schwerelosen Körper zu haben – das wäre die perfekte Autonomie. Auch hier finden wir in der Hölle das Gegenbild: Man wird gefesselt, kann nicht entfliehen, ist den teuflischen Monstern ausgeliefert.

### 3. Heilwerden: Der ödipale Himmel

Die Vorstellung von der «allgemeinen Liebe», von der konfliktfreien Begegnung mit allen, die uns wichtig sind, vor allem auch mit unserer Familie, zielt dann auf noch einen wichtigen Konfliktherd: dem Bedürfnis einerseits intime zum Beispiel familiäre Beziehungen frei zu halten von Eifersucht, Neid und Aggression und andererseits dem Bedürfnis, sich gegen Konkurrenten durchzusetzen,

der Wichtigste zu sein, geliebt zu werden ohne Abstriche machen zu müssen.

In konkreten Träumen kann sich das in vielerlei Bildern ausdrücken – das ist natürlich sehr abhängig von der jeweiligen individuellen Situation, wo dann konkrete Bekannte oder Familienmitglieder den Traum bevölkern. Als Jenseitsvorstellung ist es zum Beispiel der Hades der Antike. Als christliche Jenseitsvorstellung gibt es sehr allgemeine Aussagen über die «Liebes- und Festgemeinschaft». Es gibt zwar meist nicht dieselben kräftigen Bilder wie diejenigen, die die äusseren Herrlichkeiten des himmlischen Paradieses beschreiben, aber es sind Gedanken von Liebe und Harmonie und konfliktfreiem Zusammenleben.

Christliche Theologie hat sich recht häufig um diese Vorstellung der endlich vereinigten Menschen Gedanken gemacht. Es sind vor allem Vorstellungen, dass man – wie bei Paulus (vgl. hierzu Lang & McDannell, 1988) – keine alten menschlichen Bindungen mehr spürt, und auch solche – wie bei Augustinus –, dass wir durchaus lieben wie im irdischen Leben – nur besser und übrigens ohne Sexualität, die ja bekanntlich sehr oft Probleme mit sich bringt:

«Unsere Lieben, die dieses Leben verlassen, sind uns nicht verloren; wir haben sie nur vorausgeschickt. Aufgrund der festen Verheißung dürfen auch wir hoffen, einst in jenes Leben einzutreten, in welchem wir sie umso mehr lieben werden, je besser wir sie kennen und wo wir sie lieben werden ohne Furcht vor dem Scheiden» (Augustinus, 397–401 [1955]); zit. n. Lang & McDannell, 1988, S. 399).

Als individuelles Traumbild finden wir immer wieder das «Verlassenwerden» und das «Wiederfinden» geliebter Personen. Die naiven Vorstellungen davon, dass uns auf der Himmelstreppe alle unsere verstorbenen Lieben in einem nunmehr ewigen Beisammensein entgegen schweben, sind das theologische Pendant dazu. Man wird im Jenseits geliebt ohne Bedingungen. Der Konflikt zwischen Liebe und Aggression soll so überwunden werden.

#### 4. Jenseits von Gut und Böse: Der schuldfreie Himmel

Das «Jüngste Gericht» ist natürlich in sehr vielen Träumen irgendwie vorhanden. Was sich dahinter verbirgt, ist nicht schwer zu erschliessen. Es sind unsere Schuldgefühle – reale wie auch irreale, die uns in vielen berühmten Darstellungen zeigen, wie wir belohnt oder bestraft werden können. Es ist wie auch im richtigen Leben: Das Strafgericht ist konkreter und lebendiger als die Belohnung, was wir schon in Dante's Reise durch das Jenseits erfahren können. Der Himmel ist bekanntlich immer ein wenig fade in den vielen Darstellungen der Kunst. Das Gefühl, man sei «irgendwie» schuldig geworden, überwiegt, im Leben wie in der Therapie. Es durchzieht alle oben genannten Konflikte

#### 5. Trost auf höherer Ebene –

die relationale Psychotherapie und der heilende Dialog. Kommen wir zu den theologisch sehr relevanten eher abstrakten Aussagen über den Himmel, die «seligma-

chende Gottesschau» des Augustinus und des noch viel ausdrucksstärkeren Schauen Gottes, wie Paulus es ausdrückt, nämlich das «Erkanntwerden.»

Bei Augustinus ist diese Anschauung Gottes mit sehr viel Glück verbunden: «Dann werden wir Muße haben und schauen, schauen und lieben und loben» (zit. n. Lang & McDannell, 1988). Es ist die mystische Vereinigung mit Gott, die Augustinus selbst als ungeheuer glücklich empfunden zu haben scheint, als er immer wieder mystische Erfahrungen machte.

Hier aber endet die Analogie mit unserer profanen bildhaften Traumwelt.

Das mystische Erlebnis gehört natürlich vorerst in die Welt der Theologie, wo es seinen alten und festen Standplatz hat und von den Mystikern in vielen Epochen sogar als ein Wahrheitsbeweis für die Wirklichkeit Gottes angesehen wurde.

Man kann hieran natürlich auch mit psychologischen Kategorien herangehen und diese beseligende Schau Gottes, die wir im Himmel haben sollen, als eine Sehnsucht nach Verschmelzung ansehen, die uns auch im irdischen Leben begegnet – und sowohl Angst als auch Entzücken bereiten kann. Aus der Verschmelzung aufzutauchen (sei es diejenige der Sexualität, der innigen geistigen Übereinstimmung, des gefühlsmässigen In-eins-Seins oder das Entzücken über Kunst und Natur): All dies steht unter der Drohung des Auseinandergehens, des Abschieds, des Zurückgelassenwerdens in eine Welt, in der man wieder ganz alleine ist. Dieser Abschied aber heisst: merken, dass man alleine ist. Diese universale Einsamkeit gibt es nach Augustinus im Jenseits nicht mehr, so wie es übrigens auch nicht mehr die ausschliessenden Familienbindungen geben soll. Keiner ist mehr ein Fremder. Auch die Vorstellung von Paulus, dass wir alte Bindungen abgelegt haben, befreit uns vor dem Abschiedsschmerz.

Was aber können wir im berühmten Paulus-Wort als psychologisch Denkende erkennen? Es heisst im ersten Korintherbrief:

«Wir schauen jetzt im Spiegel rätselhaft; dann aber von Angesicht zu Angesicht. Jetzt erkenne ich bruchstückweise, dann aber werde ich klar erkennen wie auch ich bin erkannt worden. Jetzt aber bleiben Glaube, Hoffnung und Liebe diese Drei. Das Grösste unter ihnen aber ist die Liebe» (1. Kor 13, 12–13).

Ich glaube, dass hier von einem Mann der Antike das tiefste Verständnis für das menschliche Leben ausgesprochen wird. Es ist das Verständnis dafür, dass unser Erkenntnisstreben nie ruhen kann («immer Stückwerk bleibt») und wir nur in der unfassbaren Zeitlosigkeit der Ewigkeit darauf hoffen können, das Ziel vieler Philosophen zu erreichen, nämlich: das Ganze zu erkennen, wobei eben die eigene Person mit eingeschlossen ist in diese Erkenntnis.

Erkenntnis des Allgemeinen und Selbsterkenntnis fallen also bei Paulus zusammen. Nur wer sich selbst so sehen kann, wie Gott ihn sieht, kann auch das «Andere» erkennen. Die Selbsterkenntnis aber ist nur möglich durch einen anderen. Die anderen Menschen «sehen» uns al-

lerdings nur in unseren jeweiligen Teilaspekten. Selbst in der Liebe sind es nur «Bruchstücke», die wir im anderen erkennen. In der Zeitlosigkeit Gottes aber wird – so der Traum von Paulus – jeder Einzelne als Ganzes liebend erkannt. Nur die Liebe Gottes, die umfassender ist als die menschliche Liebe, kann dies bewirken. Die Hoffnung aller Menschen, geliebt zu werden in allem, was sie sind – eine im Diesseits nie zu verwirklichende Hoffnung –, findet hier ihre Erfüllung.

In der relationalen Psychoanalyse (sowie in der Humanistischen Psychologie) wird dieses Moment im therapeutischen Dialog sehr stark betont. Es ist das «Gesehenwerden», das verbunden ist mit einem «Akzeptiertwerden», das dem Menschen Heilung und Befriedung bringen soll. Der «Andere» mit seinem erkennenden Blick ist nötig, um den Menschen aus seiner Selbstbezogenheit zu befreien. In dieser Befreiung erkennt er aber auch den anderen. Den anderen (das «Andere») als etwas Getrenntes zu erkennen, bedeutet: zu sehen, dass die absolute Verschmelzung nicht möglich ist, dass aber durch die Liebe dieses schmerzliche Erkennen gemildert werden kann. Wir als Psychologen können nur von Linderung sprechen – keine Therapie, auch keine Liebe, kann vollkommen trösten. Dem Theologen aber sind vielleicht noch andere Verheissungen möglich: Es ist der Glaube und die Hoffnung auf vollkommene Heilung.

## Zum Abschluss

Ich habe den Himmelsträumen sehr oft die basalen menschlichen Konflikte zugrunde gelegt. Sie werden in den Träumen vom Schlaraffenhimmel, vom Fliegen und von der ewigen und konfliktfreien Liebe immer zugunsten der – im Psychoanalytiker-Jargon würde man sagen – regressiven Lösung geträumt. Alles ist «Friede, Freude, Eierkuchen» könnte man ganz profan sagen.

Das Paulus-Wort aber (und ich könnte ihm keinen Bildertraum entgegensetzen? Vielleicht eine künstlerische Darstellung anderer Art? Abstrakt? Minimalistisch?) berührt in ganz anderer Weise. Für mich deutet es so: Hier werden die letztlich unlösbaren Konflikte, denen Menschen immer unterworfen sind, nicht einseitig gelöst. Sie werden in aller Tiefe erkannt – wie Paulus sagt: von Gott. Das heisst: Sie werden in Liebe erkannt und wir Menschen sehen sie deshalb auch in aller Tiefe, weil sie eben die Liebe eines Höheren zeigt. Es ist sozusagen die dritte Stufe in der Dialektik des Erkennens. Dass wir hin- und hergerissen sind zwischen jeweils zwei Polen, sozusagen die erste und zweite Stufe der Erkenntnis, (Sorgen/Versorgtwerden; Freiheit/Gebundenheit; Lieben/Hassen) – diese Erkenntnis ist nur «Stückwerk. Es kann aber die dritte Stufe der Erkenntnis geben, die diese Pole in sich einschliesst. Wie dies aussieht, was wir dann sehen und erleben – das übersteigt wohl unsere diesseitige Erkenntnismöglichkeit. In unserem beschränkten Erkenntnisvermögen können wir nur davon sprechen, dass wir «eine Balance» halten wollen, dass es «immer Kompromisse geben muss» zwischen unseren ambivalenten Bestrebungen. Vielleicht aber gibt es eine

ganz andere Möglichkeit diese Konflikte zu erfahren: die Überwindung aller Gegensätze, die im Menschen solche Unruhe hervorrufen, bedeutet vielleicht eine neue Form des Existierens, in der es solche Gegensätze, Ambivalenzen und Konflikte nicht mehr geben muss. Vielleicht ist das Nirwana der Buddhisten in dieser Weise zu verstehen?

Wir als Christen können, so das Paulus-Wort, nur ahnen, dass es diese Möglichkeit der Konfliktfreiheit gibt – vielleicht durch ein «ganz Anderes», das man Gott nennen kann. Es gibt die Aufhebung der Gegensätze in einem Dasein, das diese Gegensätze überwunden hat und nicht wieder ein Ansatzpunkt für neue Gegensätze werden kann. Wenn wir in diesem Zusammenhang von liebender Erkenntnis sprechen, dann muss auch an Versöhnung und Vergebung gedacht werden. Versöhnung mit uns selbst und unseren Konflikten sowie Versöhnung und Vergebung mit und für den anderen. Welche Form der Liebe aber dieses versöhnende Erkennen ermöglicht – das kann ich als Psychoanalytikerin natürlich nur als eine offene Frage formulieren.

## Literatur

- Altmeyer, M. & Thomä, H. (2006). *Die vernetzte Seele*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Augustinus (397–401 [1955]). *Confessiones – Bekenntnisse* (Übers. Joseph Bernhard). München: Kösel.
- Die Heilige Schrift des alten und des neuen Bundes* (1958). Übers. von Paul Riessler und Rupert Storr. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag.
- Lang, B. & McDannell, C. (1988). *Der Himmel. Eine Kulturgeschichte des ewigen Lebens*. Frankfurt a.M.: Insel-Verlag.
- Mertens, W. (1994). *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität, Bd. 2*. Stuttgart: Kohlhammer.

## Diagnosis Heaven

The psychoanalytical perspective may view the different perceptions of the various religions and ethnicities about the afterlife (heaven) as different solutions to conflicts in line with the construct of man's developmental conflicts that have been identified by psychoanalysis. However, these fantasized solutions should not be regarded as a compromise imposed by the superego, as is the case with the earthly life. Instead, they were designed as a wish fulfilment in the sense of the relentlessness of the instinctual drive and are no longer called into question. The sublimated statements about the afterlife by Paul, however, are not to be interpreted as developmental conflicts. They are more comparable to the importance of «being seen» by the «other» as recognised by intersubjective psychoanalysis and humanistic psychology.

*Keywords:* Psychoanalytic Developmental Theory, Compromise, Intersubjective Psychoanalysis, Humanistic Psychology

## Diagnosi Cielo

Le differenti rappresentazioni delle diverse religioni ed etnie sull'al di là («Cielo») possono essere viste dalla prospettiva psicoanalitica come diverse soluzioni al conflitto nel corso dei

conflitti dello sviluppo dell'uomo. Queste soluzioni di fantasia nella vita terrena non sono comunque da vedere come un compromesso condizionato dal super-io. Sono piuttosto concepite come un adempimento dei desideri nei confronti dell'implacabilità dello sforzo dell'istinto e non vengono più messe in discussione. Le asserzioni sublimite sull'al di là da parte di Paolo non sono comunque da interpretare nel senso di conflitti di sviluppo. Possiamo paragonarli alla riconosciuta importanza da parte della psicanalisi relazionale e della psicologia umanistica dell'«essere visti» da parte degli «altri».

*Parole chiave:* teoria evoluzionista psicoanalitica, compromesso, psicanalisi relazionale, psicologia umanistica

### **Die Autorin**

*Eva Jaeggi*, em. Prof. für Klinische Psychologie, ist Psychoanalytikerin und Verhaltenstherapeutin, darüber hinaus Autorin zahlreicher Bücher und Artikel (u.a. Vergleich von Therapieschulen, Moderne Lebensformen, Beruf des Therapeuten, Alter).

### **Kontakt**

Eva.Jaeggi@tu-berlin.de



# Diagnostic Cieux

Eva Jaeggi

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 17–18 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.02

*Mots-clés* : Enseignement psychanalytique du développement ; compromis ; psychanalyse relationnelle ; psychologie humaniste

Lorsqu'on observe en tant que vision fantasmagorique les représentations toutes différentes de religions et cultures diverses concernant l'au-delà, on peut également essayer de catégoriser ces « rêves » par des termes psychanalytiques, ce qui correspond à une sorte de « diagnostic » de ces représentations des « cieux », tel qu'ils sont désignés dans l'usage linguistique chrétien. Les rêves de cieux disent donc quelque chose sur un collectif, qui traite certains thèmes universels. Dans certaines régions et cultures, l'au-delà n'est toutefois pas impérativement associé à un état « complètement différent ». Les trousseaux funéraires dans l'antiquité ou dans les tribus germaniques par exemple indiquent que cela se déroule bien de la même façon dans l'au-delà que dans le présent : on a besoin de suffisamment de nourriture, de bijoux et de vêtements afin de pouvoir représenter quelque chose aussi là-bas. Les « chasses éternelles » de certaines tribus indiennes ne semblent pas très éloignées non plus des joies terrestres. Si l'au-delà est imaginé toutefois comme un « autre », alors les désirs (et également dissimulés les conflits) d'une certaine culture émis par tous les hommes semblent émerger d'une manière plus manifeste que dans ces fantasmes terrestres. Il est alors possible d'utiliser par ex. les trois niveaux de développement (et avec : les conflits) faisant partie de l'enseignement freudien du développement en tant que structure hypothétique, afin de catégoriser différents types de représentations des cieux. Au niveau œdipien – ou : exprimé d'une manière plus moderne : le niveau auquel nourrir ou être nourri est un thème central, il est possible de classer toutes les représentations de l'au-delà dans lesquelles l'homme n'est plus que comblé. Cela peut être des univers merveilleux (le « Jérusalem divin »), une multitude d'aliments comme dans de nombreuses descriptions de l'au-delà musulman ou également la sexualité sans effort – comme présent pour lequel il n'est pas nécessaire de faire quoi que ce soit. Le conflit qui crée si souvent des problèmes dans l'existence terrestre est résolu : on est nourri comme le petit enfant. On vit en quelque sorte d'une manière ludique, avec de la musique et un bonheur durable. Cela sert également de référence au Pays de Cocagne. Le prochain niveau de développement « anal » dans la psychologie freudienne (à savoir : la recherche de l'indépendance opposée au besoin de soutien) se manifeste dans les représentations de mouches, de fantaisies naïves d'anges, de liberté de

l'apesanteur. Toute une série de sectes ésotériques en fait également partie. Le troisième niveau (« œdipien ») se révèle dans des images qui illustrent l'amour inconditionnel, l'union avec nos familles sans discorde et rivalité. Un imaginaire de fusion est parfois également présent. Augustin, dont la sexualité lui a notoirement apporté de gros problèmes, imagine la relation des sexes sans sexualité.

Non plus représentée d'une manière iconographique, mais plutôt formulée dans un langage théologique abstrait, il serait possible de faire coïncider des développements de la psychanalyse (ou également de la psychologie humanistique) surtout avec la 13<sup>e</sup> lettre aux Corinthiens de Saint-Paul. L'« être vu » par Dieu, la connaissance de l'autre ainsi que la connaissance rendue possible de la propre personne, est thématique. C'est exactement cela que la psychanalyse relationnelle et la psychologie Humanistique considèrent comme le sujet principal de la « guérison ». Les thérapeutes humains ne peuvent toutefois jamais promettre la « guérison » définitive, on fait appel ici à la théologie. Par ailleurs, Saint-Paul montre d'une manière étonnamment clairvoyante la direction qu'il faut suivre pour approcher les hommes de la guérison. C'est le dialogue dans lequel la reconnaissance est considérée comme un processus dialectique. Il serait possible de voir dans la guérison le troisième niveau du processus dans lequel il est reconnu que nous pouvons, à partir d'antithèses (nourrir – être nourri ; être libre versus la dépendance ; amour sans haine) à traverser encore et encore, nous élever vers la troisième étape de l'abrogation de ces conflits. Il y a ensuite le niveau dans lequel nous ne faisons pas seulement espérer et croire, mais aimer : L'amour qui intègre tout et qui promet par la connaissance extrême également la guérison complète, dans l'amour humain, nous sommes le plus près de l'amour divin.

Bien sûr, il est impossible de vérifier cette observation de la représentation de l'au-delà, cela n'est jamais possible dans l'analyse de visions culturelles. Dans la psychanalyse, chaque diagnostic (également celui qui va au-delà des rêves) est en effet posé uniquement en lien avec toute l'histoire de vie d'un individu. Il n'existe pas, justement avec les rêves, de significations fixes à déterminer, mais uniquement des thèmes, problèmes importants induits des associations du rêveur et des besoins centraux à

exclure. Lorsque nous « diagnostiquons » de cette façon des sujets préformés culturellement, il reste évidemment toujours une faille. Toutefois, nous connaissons justement d'autres orientations de chaque culture, qui rendent plausibles l'hypothèse que des situations généralement humaines de besoin et de conflit jouent aussi un rôle dans les représentations de l'au-delà. Il est tout à fait possible de les rendre plausibles avec des catégories psychanalytiques.

### **L'auteure**

*Eva Jaeggi*, em. Prof. de Psychologie Clinique, est psychanalyste et thérapeute comportementale, par ailleurs auteure de nombreux ouvrages et articles (entre autres comparatif d'écoles de thérapie, formes de vie moderne, profession du thérapeute, âge).

### **Contact**

Eva.Jaeggi@tu-berlin.de

# Die Krankheitserfinder

Jörg Blech

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 19–21 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.03

**Zusammenfassung:** Die Pharmaindustrie definiert die Gesundheit des Menschen gegenwärtig neu, sodass Gesundheit ein Zustand ist, den keiner mehr erreichen kann. Viele normale Prozesse des Lebens – Geburt, Alter, Sexualität, Nicht-Glücklichsein und Tod – sowie normale Verhaltensweisen werden systematisch als krankhaft dargestellt. Global operierende Konzerne sponsern die Erfindung ganzer Krankheiten und Behandlungsmethoden und schaffen so ihren Produkten neue Märkte. Denn indem man zappelnde Kinder medikamentös ruhigstellt, Cholesterin zum Risikofaktor Nummer eins erklärt oder fragwürdige Vorsorgeuntersuchungen einführt, kann man viel Geld verdienen.

**Schlüsselwörter:** Gesundheit, Pharmaindustrie, Krankheitserfinder, Medikalisierung

Schon viele Frauen haben sich gefragt, was mit ihrem Mann los ist. Der einst so vitale Partner wird immer dicker. Nachts liegt er grübelnd wach, tagsüber ist er gereizt. Lust auf Sex hat er auch nicht mehr. Lässt der Kerl sich hängen? Oder liegt es daran, dass sein Körper nicht mehr ausreichend Männlichkeitshormone produziert? Blättert man in der Broschüre einer Pharmafirma, scheint die Sache klar. «In Deutschland leiden immer mehr Männer an Testosteron-Mangel. Fast jeder Vierte ab dem 60. Lebensjahr ist davon betroffen», sagen Mitarbeiter des Unternehmens Dr. Kade/Besins in Berlin. Sogar «Männer in jüngeren Jahren können von einem zu Beschwerden führenden Testosteron-Mangel betroffen sein.» Wie es der Zufall will, haben die besorgten Pharmaleute ein Gegenmittel im Angebot: ein Testosteron-Gel, das man sich auf den Bauch schmieren kann.

Die Wechseljahre des Mannes sind ein Lehrstück für eine erfundene Krankheit. Mitarbeiter pharmazeutischer Firmen und Ärzte deuten natürliche Wechselfälle und normale Verhaltensweisen systematisch als krankhaft um. Sie medikalisieren unser Leben. Früher versuchte man, gegen jede Krankheit einen Wirkstoff zu finden. Heute läuft es oftmals umgekehrt – für jeden Wirkstoff wird nach einer Krankheit gesucht.

Kurz bevor das Testosteron-Gel vor einigen Jahren auf den Markt kam, verbreitete eine PR-Firma die Meldung, dass zwei Drittel der befragten Männer «klimakterische Beschwerden hätten: «Dass ein Testosteron-Defizit hierbei ursächlich sein kann, ist mehrheitlich allerdings unbekannt.» Hinter der Meldung stand Kade/Besins – das erfuhr man allerdings nicht. Ein anderer Hersteller, JenaPharm, streute die Botschaft, dass man von «mindestens 2,8 Millionen Betroffenen in Deutschland» ausgehen müsse.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie stellte klar: Männer kommen gar nicht in die Wechseljahre. Tatsächlich ist das Nachlassen der Testosteron-Produktion eine normale Begleiterscheinung des Alters und nur selten Auslöser der beschriebenen Symptome. Der Lebensstil – zum

Beispiel Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegung – spielt eine grössere Rolle.

Dennoch läuft das Testosteron-Gel-Geschäft wie geschmiert, die Zahl der Rezepte in Deutschland hat sich mehr als verdreifacht. Das ist nicht ohne Risiko. Denn mehr als 40 Prozent der Männer im Alter von über 50 Jahren haben in der Vorsteherdrüse (Prostata) kleine, schlummernde Krebsherde. Und ausgerechnet diese harmlosen Krebszellen können durch künstlich zugeführtes Testosteron zum Wachsen angeregt werden. Den Wechseljahren des Mannes können viele andere Beispiele zur Seite gestellt werden. Das Geschäft der Krankheitserfinder ist ein Megatrend in der modernen Medizin. Fünf verschiedene Strategien schälen sich heraus.

**Erstens:** Normale Prozesse des Lebens werden als medizinisches Problem verkauft. Vor den Männern waren schon die Frauen in die Wechseljahre gekommen. Diese gehen auch auf einen New Yorker Frauenarzt zurück, der vor einem halben Jahrhundert den Bestseller *Feminine Forever* (deutsch: *Feminin für immer*) veröffentlichte. Darin pries er aus dem Urin trächtiger Stuten hergestelltes Östrogen als Wundermittel für menopausale Frauen an. Erst viel später kam heraus, wer die Arbeit des Autors finanziell unterstützt hatte: das Östrogen-Unternehmen Wyeth Ayerst.

**Zweitens:** Persönliche und soziale Probleme werden als medizinisches Problem verkauft. Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM), ein Klassifikationssystem in der Psychiatrie, listet sämtliche Verhaltensweisen auf, die als krank gelten. Diese Bibel der Psychiatrie ist mit jeder Neuausgabe dicker geworden und erfasst inzwischen viele Verhaltensweisen, die bisher als normal galten.

An der «disruptiven Launenfehlregulationsstörung» oder DMDD (nach der englischen Wortschöpfung «Disruptive Mood Dysregulation Disorder») sollen Kinder leiden, die aufbrausen und Wutanfälle haben. Die von der US-Psychiaterin Ellen Leibenluft erfundene Störung sollen mehr als drei Prozent aller Kinder haben. So klein

hat die in Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) übrigens auch mal angefangen, heute zählt sie zu den häufigsten Kinderkrankheiten. Der Krankenkasse Barmer GEK zufolge bekamen knapp zwölf Prozent der Jungen im Alter von neun bis elf Jahren eine ADHS-Diagnose gestellt.

Die Altersschusseligkeit hat es ebenfalls in den Rang einer quasi amtlichen psychiatrischen Krankheit geschafft und im neuen DSM den Namen «milde neurokognitive Störung» erhalten. Das «Trauerjahr» mag dem Volksmund geläufig sein, weil es die Leute als normal empfinden, wenn ein Mensch Zeit braucht, um den Verlust eines Angehörigen oder Freundes zu verwinden. Diese Frist war im alten DSM bereits auf zwei Monate begrenzt, nun wurde sie abermals verkürzt – auf 14 Tage. Die sogenannte Fressattacken-Störung (im englischen Original «Binge Eating Disorder») soll jene Menschen betreffen, die nicht immer kontrollieren können, wie viel oder wie schnell sie essen. Um als seelisch gestört zu gelten, reicht es, wenn diese Art der Nahrungsaufnahme einmal in der Woche vorkommt, und zwar über einen Zeitraum von drei Monaten.

*Drittens:* Risiken werden als Krankheit verkauft. In dem medizinische Fachgesellschaften willkürlich Grenzwerte festlegen, können sie über Nacht Millionen von Menschen in Patienten verwandeln. Den Grenzwert für Cholesterin haben Mediziner von 250 Milligramm pro Deziliter Blut auf 200 Milligramm verändert. Die Schwelle für Bluthochdruck senkten sie von 160 zu 100 auf 140 zu 90. Und die Mitglieder der privaten Medizinergruppe «Der alternde Mann» riefen einen Grenzwert zwölf Nanomol Testosteron pro Liter Blut aus – damit lagen ungefähr zwanzig Prozent der gesunden Durchschnittsmänner darunter. Einer der Grenzwertverschieber, ein Professor für Andrologie, trat später gegen Honorar auf Veranstaltungen der Industrie auf, um das Testosteron-Gel zu empfehlen.

*Viertens:* Seltene Symptome werden als grassierende Seuchen verkauft. Beispiel «erektiler Dysfunktion»: Just zur Einführung der Potenzpille Viagra breitete sich die Impotenz in der Männerwelt erstaunlich aus. Auf einer Internetseite des Viagra-Herstellers Pfizer hiess es: «Erektionsstörungen sind eine ernstzunehmende und häufige Gesundheitsstörung: Ungefähr 50 Prozent der Männer zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr sind davon betroffen – also jeder zweite.»

Freilich setzen Doktoren auf Gleichberechtigung und haben das Krankheitsbild der weiblichen Unlust entwickelt. Die «Hypoactive Sexual Desire Disorder» (HSDD) wurde auf einem Treffen von 19 Experten begründet, von denen 18 alle finanziell mit der Pharmaindustrie verbandelt waren. Laut einer Umfrage sollen 43 Prozent aller Frauen HSDD haben, aber auch dieser Befund wurde von einem Arzneimittelhersteller lanciert.

Die Mitarbeiter der Kampagne «Even the Score» (deutsch etwa: «Auch das Ergebnis») haben in den USA dafür die Zulassung des ersten Medikaments gegen HSDD getrommelt: Eine «pink Viagra» sei schon deshalb nötig, damit Männer mit der blauen Viagra nicht länger besser-

gestellt seien. Tatsächlich hat die US-Arzneimittelbehörde das altbekannte Antidepressivum Flibanserin inzwischen gegen HSDD zugelassen. Die erfolgreiche Kampagne war vom Unternehmen Sprout Pharmaceuticals unterstützt worden, dem Hersteller des Flibanserins.

*Fünftens:* Leichte Symptome werden als Vorboten schwerer Leiden verkauft. Das Reizdarm-Syndrom etwa geht mit einer Fülle von Symptomen einher, die jeder schon einmal gespürt hat und viele als gewöhnliches Rumoren im Darm ansehen: Schmerzen, Durchfall und Blähungen.

Mit der Entwicklung einer Arznei erwachte das Interesse der Industrie an der angeblichen Krankheit. Das «British Medical Journal» zitierte aus einem heimlichen Entwurf einer PR-Firma. Ein auf drei Jahre angelegtes «medizinisches Erziehungsprogramm» sollte demnach den Reizdarm als «glaubhafte, häufige und richtige Krankheit» darstellen.

Das erklärte Ziel des Schulungsprogramms: «Das Reizdarm-Syndrom muss in den Köpfen der Doktoren als bedeutsamer und eigenständiger Krankheitszustand verankert werden.» Auch die Patienten «müssen überzeugt werden, dass das Reizdarmsyndrom eine weit verbreitete und anerkannte medizinische Störung ist».

In Wahrheit ist das Reizdarmsyndrom in weniger als fünf Prozent aller Fälle als wirklich ernst anzusehen. Einmal davon abgesehen, dass das Medikament, um das es damals ging, nicht besonders wirksam ist, wurde die Zulassung in Europa dann doch nicht beantragt. Offenbar war es dem Hersteller nicht gelungen, vorab einen Markt zu erschaffen. Es war nicht die einzige Pleite der Medikalisierung. Seitdem ich in meinem Buch *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden* eine nach der Kaiserin Elisabeth von Österreich-Ungarn benannte, vermeintlich Form der Depression, das «Sisi-Syndrom», als trickreiche Hervorbringung der Industrie enthüllt habe, ist das Leiden von der Bildfläche verschwunden.

## The Disease Inventors

The pharmaceutical industry is in the process of redefining human health with the aim of turning health into an unattainable state. Many ordinary processes of life – birth, age, sexuality, unhappiness and death – and normal behaviour patterns are systematically portrayed as pathological. Global corporations sponsor the invention of entire diseases and treatments, thereby generating new markets for their products. For there is much money to be made once you sedate fidgeting children, declare cholesterol the number one risk factor or introduce questionable screenings.

*Keywords:* Health, Pharmaceutical Industry, Disease Inventors, Medicalisation

## L'identificatore di malattie

L'industria farmaceutica attualmente ridefinisce la salute umana in modo che la salute sia uno stato che non può essere mai raggiunto. Molti normali processi di vita – nascita, vecchiaia, sessualità, infelicità e morte – che sono al di fuori dei

normali modi di vita vengono rappresentati come patologici. Gruppi industriali operanti a livello globale sponsorizzano la scoperta di malattie e metodi di trattamento e immettono quindi i loro prodotti sul mercato. In questo modo, tenendo a bada bambini agitati, descrivendo la colesterina come il pericolo numero uno o prendendo misure preventive dubbie, è possibile guadagnare molto denaro.

*Parole chiave:* malattia, industria farmaceutica, identificatore di malattie, medicalizzazione

### **Der Autor**

Seit seinem Enthüllungsbuch *Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden* hat sich der studierte

Biochemiker Jörg Blech (1966) als Autor etabliert, der den Dingen auf den Grund geht. Sein Buch löste eine europaweite Debatte über das Ausufern der Medizin aus und stand auf Platz 1 der deutschen Bestsellerliste. Das Schreiben hat Jörg Blech an der Henri-Nannen-Journalistenschule in Hamburg gelernt. Er war Wissenschaftsredakteur des *Stern* und der *Zeit* und ist nunmehr Mitglied der *SPIEGEL*-Redaktion. Seine Bestseller *Heillose Medizin* und *Die Heilkraft der Bewegung* sowie sein zum Klassiker gewordener Erstling *Das Leben auf dem Menschen* erscheinen bei Fischer Taschenbuch.

### **Kontakt**

joerg.blech@spiegel.de

# L'inventeur de maladie

Jörg Blech

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 22–23 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.04

*Mots-clés* : Santé, industrie pharmaceutique, inventeur de maladie, médicalisation

De nombreuses femmes se sont déjà demandé ce qui ne va pas avec leur compagnon. Le partenaire jadis tellement dynamique devient plus gros. La nuit, il ne dort pas et ruine, dans la journée il est irritable. Il n'a également plus envie de faire l'amour. Est-ce que le type se laisse aller ? Ou est-ce que cela vient du fait que son corps ne produit plus suffisamment d'hormones masculines ? En feuilletant une brochure d'une entreprise pharmaceutique, cela semble évident. « En Allemagne, de plus en plus d'hommes souffrent d'un manque de testostérone. Presque un homme sur quatre à partir de 60 ans est concerné », déclarent les collaborateurs de l'entreprise Dr. Kade/Besins à Berlin. Même « les hommes plus jeunes peuvent être concernés par un manque de testostérones à l'origine de douleurs. » Le hasard a voulu que les actifs du secteur pharmaceutique soucieux aient un antidote dans leur offre : un gel à base de testostérone à appliquer sur le ventre.

La ménopause de l'homme est une parfaite illustration d'une maladie inventée. Les collaborateurs des entreprises pharmaceutiques et les médecins désignent systématiquement comme maladiques des aléas naturels et comportements normaux. Ils médicalisent notre vie. Avant, on essayait de trouver une substance active contre chaque maladie. Aujourd'hui, cela fonctionne souvent dans l'ordre inverse – pour chaque substance active, on recherche une maladie.

Peu de temps avant que le gel à base de testostérone arrive sur le marché il y a quelques années, l'entreprise RP répandait le message que deux tiers des hommes interrogés « avaient des symptômes ménopausiques : « Qu'un déficit en testostérones puisse en être à l'origine est généralement toutefois incertain. » Derrière l'annonce se cachait Kade/Besins, mais cela on ne l'a pas su. Un autre fabricant, Jenapharm, a diffusé le message selon lequel on devrait supposer « qu'au moins 2,8 millions de personnes sont concernées en Allemagne. »

La Société allemande d'Urologie a précisé : Les hommes n'ont pas de ménopause. En réalité, la production moindre de testostérone est un effet secondaire du vieillissement et n'est que très rarement le déclencheur des symptômes décrits. Le style de vie, par ex. fumer, boire de l'alcool et l'exercice, joue un rôle plus important.

Malgré tout, le gel à base de testostérone marche « comme sur des roulettes », le nombre de prescriptions en Allemagne a plus que triplé. Ce n'est pas sans risque. Car plus de quarante pour cent des hommes âgés de plus de 50 ans présentent de petits foyers cancéreux en sommeil

dans la prostate. Et c'est précisément la croissance de ces cellules cancéreuses bénignes que l'ajout artificiel de testostérone peut stimuler. De nombreux autres exemples peuvent être associés à la ménopause de l'homme. Le business des inventeurs de maladie est une méga tendance dans la médecine moderne. Cinq stratégies différentes ressortent.

*Premièrement* : Les processus normaux de la vie sont vendus comme un problème médical. Avant les hommes, les femmes avaient déjà eu la ménopause. Elle est également édictée par un gynécologue new-yorkais qui a publié il y a un demi-siècle le bestseller « Feminine Forever » (français : Féminine pour toujours). Il y vantait le remède miracle pour les femmes ménopausiques, à savoir l'œstrogène fabriqué à partir de l'urine de juments en gestation. Bien plus tard, il a été révélé qui avait financé le travail de l'auteur : l'entreprise d'œstrogène Wyeth Ayerst.

*Deuxièmement* : Les problèmes personnels et sociaux sont vendus comme un problème médical. « Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux » (DSM), un système de classification en psychiatrie, énumère tous les comportements considérés comme maladiques. Cette bible de la psychiatrie est devenue plus épaisse à chaque nouvelle édition et intègre entre temps de nombreux comportements qui jusqu'à présent étaient considérés comme normaux.

Des enfants qui sont irascibles et ont des accès de colère sont supposés souffrir de « Dysrégulation émotionnelle et comportementale » ou DMDD (selon le néologisme anglais « Disruptive Mood Dysregulation Disorder »). Plus de trois pour cent des enfants seraient supposés souffrir du trouble découvert par la psychiatre américaine Ellen Leibenluft. Le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHS) a également jadis commencé avec des chiffres aussi faibles, aujourd'hui il fait partie des maladies infantiles les plus fréquentes. Selon la caisse de maladie Barmer GEK, un ADHS a été diagnostiqué sur près de douze pour cent des jeunes entre neuf et onze ans.

L'insouciance de l'âge a également réussi à passer dans les rangs d'une maladie psychiatrique quasi officielle et reçu dans les nouveaux DSM le nom de « trouble cognitif modéré ». L'« année du deuil » est peut-être courante dans le langage populaire, car les gens trouvent cela normal qu'une personne ait besoin de temps pour surmonter la perte d'un proche ou d'un ami. Ce délai était déjà dans les anciens DSM limité à deux mois, il a été désormais à

nouveau réduit, à 14 jours. Le trouble dit de l'hyperphagie compulsive (en anglais d'origine « Binge Eating Disorder ») est supposé concerner les personnes qui ne peuvent plus contrôler la quantité de ce qu'ils mangent ou la vitesse à laquelle ils mangent. Pour être considéré comme perturbé mentalement, il suffit que ce type d'alimentation survienne une fois par semaine, et cela sur une période de trois mois.

*Troisièmement* : Les risques sont vendus comme une maladie. Par la définition arbitraire de valeurs seuils par des entreprises pharmaceutiques spécialisées, des millions de personnes peuvent devenir des patients en une nuit. Les médecins ont modifié la valeur seuil du cholestérol en la passant de 250 milligrammes par décilitre de sang à 200 milligrammes. Le seuil de la pression artérielle a été abaissé de 16/10 à 14/9. Et les membres du groupe privé de médecins « Der alternde Mann » (l'homme vieillissant) ont annoncé une valeur seuil de douze nanomoles de testostérone par litre de sang, environ vingt pour cent des hommes moyens en bonne santé se situent désormais en dessous. L'un de ceux qui repoussent les valeurs seuils, un professeur en andrologie, intervient plus tard contre des honoraires lors de manifestations de l'industrie, afin de recommander le gel à base de testostérones.

*Quatrièmement* : Des symptômes rares sont vendus comme des épidémies qui se propagent. Par exemple, la « dysfonction érectile » : Justement au moment de l'introduction de la pilule de la virilité, l'impuissance se propage dans le monde masculin d'une manière surprenante. Sur une page Internet du fabricant de Viagra Pfizer, il est dit : « Les troubles de l'érection sont un problème de santé à prendre au sérieux et fréquent : Environ 50 pour cent des hommes entre 40 et 70 ans sont concernés, donc un sur deux. »

Bien entendu, les médecins misent sur l'égalité des sexes et ont développé le syndrome du déplaisir féminin. L'« Hypoactive Sexual Desire Disorder » (HSDD – trouble hypoactif du désir sexuel) a été justifié lors d'une rencontre de 19 experts, dont 18 étaient liés financièrement à l'industrie pharmaceutique. Selon un sondage, 43 pour cent des femmes auraient le HSDD, mais ce constat a également été lancé par un fabricant de médicaments.

Les collaborateurs de la campagne « Even the Score » (en français : le résultat aussi) applaudissent aux États-Unis pour cela l'homologation du premier médicament contre le HSDD : Un « Viagra rose » serait par conséquent nécessaire afin que les hommes ne soient plus favorisés avec le Viagra bleu. En effet, les autorités américaines compétentes en matière de médicaments ont entre temps homologué le bien connu antidépresseur flibansérine contre le HSDD. La campagne à succès était soutenue par l'entreprise Sprout Pharmaceuticals, le fabricant de la flibansérine.

*Cinquièmement* : Les symptômes légers sont vendus comme des précurseurs de graves pathologies. Le syn-

drome du côlon irritable par exemple est accompagné d'une multitude de symptômes que chacun a déjà ressentis une fois et que beaucoup considèrent comme des douleurs habituelles dans l'intestin : Douleurs, diarrhée et ballonnements.

Avec le développement d'un médicament, l'industrie s'est intéressée à la présumée maladie. Le « British Medical Journal » a cité à partir d'un projet confidentiel d'une entreprise de RP. Un « programme éducatif médical » mis en place sur trois ans est supposé par conséquent représenter le côlon irritable comme une « maladie plausible, fréquente et correcte ».

L'objectif déclaré du programme de formation : « Le syndrome du côlon irritable doit être ancré dans les cerveaux des médecins comme un état maladif important et autonome. » Les patients aussi doivent être convaincus que le syndrome du côlon irritable est un trouble largement répandu et médicalement reconnu. »

En réalité, le syndrome du côlon irritable doit être vraiment pris au sérieux dans seulement cinq pour cent des cas. Sans oublier que le médicament dont il s'agissait à l'époque n'est pas particulièrement efficace, l'homologation n'a même pas été demandée en Europe. Apparemment, le fabricant n'a pas réussi à créer au préalable un marché. Ce ne fut pas la seule faillite de ceux qui médicalisent. Depuis que j'ai révélé dans mon livre « Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. » (Les inventeurs de maladie. Comment nous sommes transformés en patients) une célèbre forme présumée de dépression nommée d'après l'impératrice Elisabeth d'Autriche-Hongrie, le « syndrome de Sissi » comme étant une création rusée de l'industrie, l'affection a disparu des écrans.

## L'auteur

Depuis la parution de son livre de révélations *Die Krankheitserfinder – Wie wir zu Patienten gemacht werden*, le biochimiste diplômé Jörg Blech (1966) s'est fait une réputation d'auteur qui va au fond des choses. Son livre a déclenché un débat à l'échelle de l'Europe sur l'omniprésence de la médecine et s'est retrouvé à la 1<sup>re</sup> place de la liste des bestsellers. Jörg Blech a appris l'écriture à l'école de journalisme Henri Nannen à Hambourg. Il a été rédacteur scientifique du *Stern* et du *Zeit* et fait désormais partie des membres de la rédaction du *SPIEGEL*. Son bestseller *Heillose Medizin* (médecine désespérée) et *Die Heilkraft der Bewegung* (le pouvoir de guérison du mouvement) ainsi que son premier livre devenu un classique *Das Leben auf dem Menschen* (la vie sur l'homme) sont édités chez Fischer Taschenbuch.

## Contact

joerg.blech@spiegel.de





# Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen

Volkmar Aderhold

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 25–32 2018

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

DOI: 10.30820/8242.05

*Zusammenfassung:* Diagnosemanuale der zurückliegenden Jahrzehnte bewirkten oder beabsichtigten eine fortschreitende De-Kontextualisierung psychischer Störungen, die mit einer fortschreitenden Biologisierung der Psychiatrie einherging, die letzten Endes eher der Pharmaindustrie als den PatientInnen dient. Dabei ist die Befundlage der biologischen Psychiatrie alles andere als ermutigend, insbesondere auch deshalb, weil die diagnostischen Kategorien zu wenig valide sind. Das neue System der Research Domain Criteria (RDoC), das von funktionellen neuronalen Teilsystemen des gesunden Gehirns ausgeht, könnte die Neurobiologie weiterbringen. Ob dies gelingt, ist nicht absehbar.

Klinische Diagnosen dagegen sollten in erster Linie dem Verstehen und der Verständigung dienen. Da sie grundsätzlich Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses sind, sollte ein dialogisches Ko-Konstruieren mit den bedeutungsvollen Anderen in der sozialen Welt des Betroffenen im Zentrum stehen. Notwendig und unhintergebar ist dabei eine innere und äussere Polyphonie dieser Wirklichkeitskonstruktionen. Psychotherapeutisches Expertenwissen ist Teil dieser Polyphonie.

*Schlüsselwörter:* Psychiatrische Diagnosen, ICD, DSM, Komorbidität, De-Kontextualisierung, Biologisierung, Research Domain Criteria (RDoC), Diagnostik als dialogischer Prozess, Polyphonie

## Was «sind» psychische Erkrankungen? Zweifel an der Validität psychiatrischer Diagnosen

Psychische Erkrankungen und ihre diagnostische Einteilung sind eine gesellschaftliche und fachgesellschaftliche Konstruktion. Die Symptome, die als Kriterien für die Klassifikation dienen, sind als Phänomene dimensional in einer Population verteilt, das heisst die Grenze zwischen Normbereich («Normalität») und Abweichung («psychische Erkrankung») ist eine willkürliche, auf Konventionen beruhende Setzung. Diagnosen geben also psychischen Phänomenen, die ausserhalb einer statistischen Norm liegen, eine scheinbar kategoriale Ordnung, werden jedoch allein durch das Clustern von Phänomenen hergestellt und gestellt. Diese Cluster berücksichtigen keinerlei Ursachen, gleich welcher Art, also weder neurobiologische und biologische Ausgangslagen noch Kontextfaktoren noch kulturelle Bedingungen oder interaktionelle Faktoren. Die Phänomene verlieren ihren Reaktionscharakter und werden so vereingenschaftlicht. Erkrankungen «brechen aus» oder «exazerbieren» gemäss einer vermeintlich biologischen Gesetzmässigkeit. Als psychisch krank bezeichnete Menschen werden in der Folge verdinglichter wahrgenommen und behandelt.

Psychische Erkrankungen zu definieren wird in modernen Gesellschaften an Expertinnen und Experten delegiert. Symptomzentrierte Diagnosen sind Ergebnisse eines Rituals, das als notwendig angesehen wird, um als medizinische Fachdisziplin anerkannt zu werden. Und so nehmen Psychiaterinnen und Psychiater einen ebenbürtigen Rang neben ihren medizinischen Kolleginnen und Kollegen ein. Und auf diese Weise behalten sie auch

weitgehend die Kontrolle über ein Fachgebiet, für das auch andere Disziplinen, allen voran die Psychologie und Psychotherapie, «Herrschaftsanspruch» erheben könnten.

Ein grosses Ziel des ICD-10 und DSM-IV und ihrer Weiterentwicklung war es Mitte der 1990er Jahre, die Diagnosepraxis international und vor allem zwischen wissenschaftlichen Studien vergleichbar zu machen. Das führte zwar national und international zu einer besseren Zuverlässigkeit (Reliabilität) von Diagnosen in wissenschaftlichen klinischen Studien. In Feldstudien zur Verwendung des DSM-5 in der Alltagspraxis war die Reliabilität der Diagnosen jedoch durchgängig schwach, oftmals nicht besser als mit den alten Diagnosesystemen (vgl. hierzu Freedman et al., 2013). Die Fortentwicklung der Diagnostischen Manuale ging sogar mit gravierenden Fehlentwicklungen einher, wie im Folgenden ausgeführt wird.

Kulturelle Differenzen wurden durch die Diagnosemanuale nivelliert. Dass indigene Sichtweisen und Erklärungen verdrängt wurden und sich die Pharmaindustrie weitere Märkte erschliessen konnte, wird als Kolonisierung gewertet, die für die Bevölkerung der neu «erschlossenen» Länder oftmals mehr Nachteile als Vorteile hervorbringt (vgl. Summerfield et al., 2008; Watters, 2009).

«Komorbidität» wird suggeriert, indem frühere, sinnvolle Regeln des Diagnostizierens ausser Kraft gesetzt wurden. Zu den Fehlentwicklungen gehören: die Abkehr von der Hierarchie- und Schichtenregel bei Überlappung diagnostischer Kategorien; falsche Interpretation diagnostischer Begriffe aufgrund fehlender oder unpräziser Definitionen; der sogenannte polythetische Ansatz, demgemäss lediglich ein Mindestmass an diagnostischen Kriterien für

die Diagnose erfüllt sein muss; unscharfe Abgrenzung zwischen Zusatzsymptomen und komorbiden Störungen; Nichtberücksichtigung von Ausschlusskriterien; Einbezug sukzessiv (Längsschnitt) und simultan (Querschnitt) auftretender Symptome. Der so entstehende Eindruck, dass es hohe Raten an «Komorbiditäten» gebe, steht im Widerspruch dazu, dass die Diagnosen keinesfalls eigenständige Grunderkrankungen abbilden.

Eine reine Querschnittsbetrachtung der Symptomatik führt ausserdem zu häufigen Diagnosewechslern, wenn Symptome hinzutreten oder wegfallen oder sich auch nur der Bericht der Patientinnen und Patienten über die Symptome ändert.

Die schon früher bemängelte Beobachterabhängigkeit der Diagnosen wurde also nicht reduziert, sondern durch die scheinbar gewachsene Objektivität nur stärker verschleiert. Sie wird unter Umständen noch verstärkt durch mangelhafte psychopathologische Kompetenz, subjektive Vorlieben, Gegenübertragungsphänomene, aber auch strategische Überlegungen. Hierunter fallen sowohl das betrügerische «Upgraden» aus ökonomischem Interesse als auch das «Downgraden» zur Stigma-Minimierung. Diagnosen dienen auch dazu, psychiatrische Leistungen abzurechnen. Was die Validität der Diagnosen betrifft, so zeigen sich Leistungsträger weitgehend unbekümmert.

Mit der Einführung des DSM-5 ging die strukturelle Validität der diagnostischen Konstrukte noch weiter verloren. Was sich als eigenständige Krankheitskategorie eigentlich hinter einem Cluster verbirgt, bleibt unzugänglich oder verliert sich in der weiterhin grossen Heterogenität innerhalb der Syndrome. Dies wird als beabsichtigte und vorteilhafte «Ätiologieunabhängigkeit» dargestellt.

Daher hat Thomas Insel, seinerzeit Direktor des National Institute of Mental Health (NIMH), bereits zwei Wochen vor der Veröffentlichung des DSM-5 angekündigt, dass das NIMH dem Manual die Unterstützung entziehe und keine Forschung finanzieren werde, die ausschliesslich auf DSM-5-Diagnosen beruhe. Er begründete dies mit der mangelhaften Validität des DSM-5 und des darin enthaltenen Sammelsuriums an Symptombeschreibungen. Die Patientinnen und Patienten hätten etwas Besseres verdient. Er verglich diese Art psychiatrischer Diagnosestellung mit einer Praxis in der Somatik, bei der Beschreibung unterschiedlicher Arten von Brustschmerz ohne eine Zuordnung zu den Ursachen als ausreichende Diagnosen verwendet würden (vgl. Insel, 2013).

Die Veränderungen der diagnostischen Kategorien und der Kriterien innerhalb der Cluster sind, über die verschiedenen Versionen der Diagnose-Manuale hinweg, gross. Auch der Versuch des DSM-5, Diagnosen neu zu ordnen, macht dies erneut deutlich.

Die Diagnose «Schizophrenie» zeigt besonders deutlich, wie willkürlich die Ordnungsversuche der Diagnose-manuale sind. Historisch liegt zum Beispiel die Schnittmenge der verwendeten Symptomcluster für Schizophrenie seit ihrer Erfindung durch Bleuler (1911) bis 1984 bei 27 Prozent, das heisst über 70 Prozent der Menschen, die in einem System so definiert werden, würden in einem anderen Diagnosesystem diese Diagnose nicht erhalten

(vgl. Katschnig, 1984). Für Betroffene ist jedoch von lebensgeschichtlich entscheidender Bedeutung, ob sie diese Diagnose erhalten oder nicht.

Gerade wurden mit dem DSM-5 auch die Untergruppen der Schizophrenie nach Bleuler (1911) – hebephren, kataton, paranoid und undifferenziert – wegen geringer Stabilität, Reliabilität und prognostischer Relevanz abgeschafft. Ebenso werden die Symptome ersten Ranges von Kurt Schneider nicht mehr als Kriterien angewendet. Schneider hatte diese ursprünglich (1938) zwar nur heuristisch angenommen, sie galten jedoch über Jahrzehnte als «pathognomonisch», das heisst für eine sichere Diagnosestellung ausreichend. Nach über 70 Jahren wurden sie nun doch nicht empirisch bestätigt. Späte Empirie für eine angeblich evidenzbasierte wissenschaftliche Diagnostik!

Zur Diagnose einer Schizophrenie reichen im ICD-10 und wohl auch im kommenden ICD-11 vier Wochen Symptombdauer aus, im DSM sind es hingegen sechs Monate. Das ist ein gravierender Unterschied, der auch nach drei Revisionen zwischen den Expertengruppen bestehen bleibt. Dies belegt erneut, wie willkürlich Entscheidungen getroffen werden – Entscheidungen, die gleichwohl gravierende Folgen für viele Klientinnen und Klienten haben.

## Interessengeleitetes Vorgehen

Fachgesellschaften berufen sich bei der Definition diagnostischer Einheiten zwar auf wissenschaftliche Evidenz, tatsächlich erfolgt die Entscheidungsfindung jedoch durch Mehrheitsabstimmungen – und diese sind interessengeleitet. Denn die Mehrheit der Abstimmenden partizipiert an dem lukrativen Pharmalobbyismus mit bis zu siebenstelligen jährlichen Honoraren. Viele machen geltend, sie seien unbeeinflussbar, da sie Honorare von mehreren Firmen bezögen.

Die meisten Cluster, die psychische Abweichung bezeichnen, unterliegen kulturellen Normen und werden seit Jahrzehnten von den Vermarktungsinteressen der Pharmaindustrie beeinflusst.

So sorgten zum Beispiel Initiativen der Pharmaindustrie in Japan dafür, dass zuvor als nicht krankhaft erlebte leichtere Depressionen nach der Einführung der Antidepressiva vom Typ SSRI für die Verordnung der SSRI zugänglich wurden. Dass bei leichten und mittelschweren Syndromen die Antidepressiva den Placebos so gut wie nicht überlegen sind (NNT<sup>1</sup> =10) und diese Syndrome auch ohne Medikation remittieren, konnte erst später in Metaanalysen nachgewiesen werden, indem aufgrund des «freedom of information act» (US-Congress 2005) auch unpublizierte Studien mit negativen Ergebnissen ausgewertet werden konnten:

1 NNT: Number needed to treat [dt.: Anzahl der notwendigen Behandlungen]. Die NNT ist eine statistische Masszahl, die angibt, wie viele Patienten pro Zeiteinheit (zum Beispiel ein Jahr) mit der Testsubstanz oder Testmethode behandelt werden müssen, um das gewünschte Therapieziel bei einem Patienten zu erreichen.

«In einer Metaanalyse, in der Studien mit direkten Vergleichen zwischen offener Psychotherapie und offener Pharmakotherapie depressiver Episoden ausgewertet wurden, fand sich eine signifikante, in Bezug auf die absolute Patientenzahl jedoch geringe Überlegenheit von Antidepressiva gegenüber Psychotherapie (NNT = 14) (Cuipers et al., 2015), sodass die Autoren selbst zum Schluss kommen, dass die hier identifizierten Unterschiede wohl nicht als klinisch relevant betrachtet werden können» (S3 NVL Unipolare Depression, Version 3, 2015, S. 19).

Geradezu irreführend ist daher folgende Therapieempfehlung: Die aktuelle Versorgungsleitlinie für Depressionen (2016) fasst im Abschnitt «Pharmakotherapie» mittelschwere und schwere Depression einfach zusammen (vgl. ebd., S. 66). Bei mittelschweren Depressionen, bei denen es kaum Wirkvorteile der Pharmakotherapie im Vergleich mit Placebo (NNT = 10) gibt, sollen so offenbar ebenfalls möglichst viele Betroffene «leitliniengerecht» mit Antidepressiva behandelt werden.

In Deutschland werden immer häufiger SSRI bei depressiven Syndromen verschrieben, ohne dass zum Beispiel jemals eine verkürzte Arbeitsunfähigkeit nach Pharmakotherapie bei den Krankenkassen zu verzeichnen war. Da die Verordnungen von Antidepressiva in Deutschland in den zurückliegenden 22 Jahren um 680 Prozent zugenommen haben und es auch in letzten neun Jahren zu einer weiteren Verdopplung gekommen ist, müssen auch immer mehr natürliche Reaktionen auf Lebenserfahrungen und medikalisiert worden sein, denn eine Zunahme der Schweren Psychischen Erkrankungen (SMI) lässt sich wissenschaftlich nicht belegen (vgl. Richter et al., 2008).

So gaben in einer Umfrage von 1683 antidepressiv behandelter Menschen 65 Prozent an, zuvor ein oder mehrere belastende Ereignisse oder Umstände erlebt zu haben wie Beziehungsprobleme (19%), Lebensübergänge (19%), Verluste (18%), Probleme am Arbeitsplatz (15%), andere gesundheitliche Probleme (15%) und seltener soziale Isolation, Missbrauch, Gewalt, finanzielle Probleme (vgl. Hartdegen et al., 2017). Dies ist ein Beispiel dafür, wie de-kontextualisierende diagnostische Kategorien einen direkten und schwer korrigierbaren Weg in die Pharmakotherapie ebnen und – im Interesse der Pharmaindustrie – auch ebnen sollen.

Die Wirksamkeit von Antidepressiva war in der Untersuchung mit der Annahme biogenetischer Ursachen der eigenen Beschwerden positiv korreliert.

Die Vorstellung eines (bis heute wissenschaftlich nicht belegten) chemischen Ungleichgewichts als Ursache der Beschwerden korrelierte wiederum mit der Qualität der Beziehung zu dem verschreibenden Arzt (vgl. Read et al., 2015).

Kombiniert man demnach Antidepressiva mit Psychotherapie muss sich es in vielen Fällen – zumindest implizit – eine Konkurrenz der Erklärungsmodelle und beteiligten Professionellen einstellen. Da Antidepressiva ja weitgehend über Placebo-Effekte und damit Attribution wirken, benötigen sie dafür die Übernahme einer biologischen Erklärung. Dies muss notwendig viele psychothera-

peutische Wirkfaktoren schwächen. Kann eine wirksame Psychotherapie auch den Wirkfaktor Placebo schwächen?

Die Medikalisierung setzt Patientinnen und Patienten auch nicht voraussagbaren Nebenwirkungen aus. Je länger die Einnahme, desto mehr und stärker. In der zitierten Befragung nehmen sie mehr als die Hälfte länger als drei Jahre ein. Die häufigsten Nebenwirkungen waren sexuelle Schwierigkeiten (62%), emotionale Betäubung (60%), das Gefühl nicht man selbst zu sein (52%), eine Abnahme der positiven Gefühle (42%), weniger Fürsorge für andere (39%), Suizidalität (39%) und Entzugserscheinungen (55%), die komplettes Absetzen oft verunmöglichen (vgl. Read et al., 2014). Dies sind offensichtlich auch Nebenwirkungen, die einem Gelingen von Psychotherapie entgegenstehen.

Weitere Anstiege der Verschreibungen gelingen sogar auch mit den Neuroleptika – und das trotz vieler alarmierender Befunde über ihre schädigenden Nebenwirkungen. Zudem zeigen neuere Studien eine deutlich geringere nachweisbare Wirkung mit einer Erhöhung der NNT von früher 3 bis 4 auf heute 6.

Steigerungen der Medikamenten-Verordnungen sind ebenfalls bei der generalisierten Angststörung, dem ADHSyndrom, der Bipolaren Störung im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen – und demnächst vermutlich auch bei Trauerreaktionen, die, halten sie länger als vier Wochen an, ebenfalls als pathologisch gewertet werden, sodass eine antidepressive Therapie empfohlen wird.

## De-Kontextualisierung und Biologisierung psychischer Phänomene

Die gute Absicht und der gute Zweck, die Diagnosestellung unabhängig von der theoretischen Orientierung des Diagnostikers zu machen, hat sich ins Gegenteil verkehrt: Mit den Theorien sind auch die psychosozialen Kontexte aus dem Blick geraten. Und obwohl heutige Diagnosen scheinbar ursachenunabhängig gestellt werden, führt die Diagnosestellung oft zu einer impliziten und expliziten Biologisierung und «Genetisierung» der syndromalen Konstrukte. Beides hat Nachteile. Diese De-Kontextualisierung führt häufig dazu, dass die Diagnose für die betroffenen Menschen ungünstige bzw. die falschen Konsequenzen hat. Denn die Biologisierung bahnt zu oft den Weg in primäre oder sogar ausschliessliche Pharmakotherapie. Nachfolgend gehe ich auf die Nachteile im Einzelnen ein.

## Primat der Pharmakotherapie

Die Biologisierung dient vor allem der Pharmakologisierung der psychiatrischen Behandlung. Syndrome werden so definiert, dass sie spezifischen pharmakologischen Interventionen zugänglich werden. Scham etwa wird durch die generalisierte Angststörung den Antidepressiva zugänglich, «aufsässiges» Verhalten von Kindern durch die bipolare Störung den Antipsychotika, eine längere

Trauerreaktion den Antidepressiva. Die Gattungsnamen der Psychopharmaka suggerieren eine diagnosespezifische heilsame Wirkung. Oft wird – völlig irreführend – eine Analogie zur Diabetesbehandlung mit Insulin hergestellt:

«Ein Psychose-Kranker in der akuten Situation hat ein Problem mit dem Gehirnbotsstoff Dopamin. Diese Menschen brauchen dann ein Medikament, genauso wie ein Patient mit zu hohem Blutzucker Insulin braucht. Durch Reden geht das Problem nicht weg» (Falkai, 2013).

### **Angebliche «Nicht-Verstehbarkeit» von Verhalten**

Je stärker diejenigen Gesellschaften, die internationale Diagnosen verwenden, von den (Post-)Industriegesellschaften abweichen, umso weniger kulturell kompatibel sind diese Diagnosen. Zudem entfremden sie von anderen gesellschaftlichen/ethnischen Verstehens- und Handlungskonzepten. Bekannt ist diesbezüglich des schamanischen Konzepts eines «initial call», das phänomenologisch oftmals einer ersten psychotischen Episode entspricht, und der Besessenheit von Geistern, die mit einem Ritual für den Betroffenen und seine Familie oder die Dorfgemeinschaft beantwortet wird.

### **Prognose**

Diagnosen erlauben keine auch nur annähernd sichere Prognose. Von Gesundung bis Chronifizierung ist meist alles möglich. Trotzdem werden Diagnosen oft zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung, indem sie meist negative Zukunftsvorstellungen bei den Betroffenen und Angehörigen aber auch Professionellen bewirken.

### **Stigmatisierung**

Diagnosen haben oft stigmatisierenden, seltener entlastenden Charakter. Der Versuch, das Ausmass der Stigmatisierung psychischer «Erkrankungen» durch ihre Biologisierung zu mindern, ist vermutlich gescheitert. Mit der gesellschaftlichen Expansion von Diagnosen mit erfundenen biologischen Erklärungsmodellen nimmt die soziale Stigmatisierung eher zu, nicht ab. Hirnkrankte erfahren stärkere soziale Ablehnung als Menschen, die durch negative Lebenserfahrungen in psychische Krisen geraten sind. Sie scheinen uns fremder, in ihren Handlungen unverständlicher und unkontrollierbarer – und sich selbst ebenfalls (vgl. Angermeyer et al., 2014). Diagnosen, die eine medizinisch-humanistische Schutzfunktion vor Überforderung und Zurückweisung ausüben sollten, verkehren sich so in ihr Gegenteil.

Placebostudien und Tierforschung legen jedoch die hohe Bedeutung von positiven Erwartungen und Hoffnung für neuroplastische Prozesse auch und gerade unter Psychopharmaka nahe. Psychopharmaka können unter

negativen Erwartungsbedingungen eine ebenfalls negative Wirkung haben (Nocebo-Effekt, vgl. Rief et al., 2016).

### **Biologische Argumente gegen die Biologisierung**

Diagnosen lassen sich bis heute nicht durch eindeutige biologische Phänomene (Biomarker) absichern. Es gibt zum Beispiel bis heute – also auch nach 40 Jahren Bildgebung – keine konsistenten und verlässlichen anatomischen und funktionellen Veränderungen, die sich eindeutig den klinischen Beobachtungen bei Menschen mit Schizophrenie-Diagnose zuordnen lassen oder die zu Veränderungen in der Behandlung geführt hätten (vgl. hierzu Fusar-Poli et al., 2016, S. 2011). Der Nachweis, dass es sich bei der Schizophrenie um eine Erkrankung des Gehirns handele, konnte also bis heute nicht erbracht werden. Griesingers Diktum «Geisteskrankheiten sind Hirnerkrankungen» sollte dringend ad acta gelegt werden. Auch für Depressionen wurden bis heute keine brauchbaren neurobiologischen Erklärungen gefunden. Die «chemical imbalance»-Theorie ist mittlerweile obsolet. Auch wenn sich neurobiologische Substrate vereinzelt finden lassen, sind sie fast immer nur ein Zwischenglied in einer langen Transmissionskette mit unklarem Beginn. So ist zum Beispiel regional erhöhtes Dopamin bei psychotischen Phänomenen sicher nicht die «Ursache» von Psychosen, sondern nur die gemeinsame «pathophysiologische Endstrecke» (Howes et al., 2009) diverser anderer, mit Stress und Trauma verbundener Lebensbedingungen (vgl. Varese et al., 2012), deren mögliche genetische Komponente bis heute ungeklärt ist (vgl. Johnson et al., 2017).

Viele psychische Phänomene lassen sich als Symptome mehreren unterschiedlichen Krankheitskategorien zuordnen, ebenso gibt es kaum genetische oder neurobiologische Befunde, die nicht mehreren Kategorien zugeordnet werden können. Psychische Phänomene lassen sich also keineswegs durch genetische oder neurobiologische Befunde erklären. Beide Phänomenbereiche sind voneinander relativ unabhängig:

«Looking for the neurochemistry of mental disorders that don't necessarily exist has turned out to be as futile as using a map of the moon to get around Manhattan» [«Die Suche nach der Neurochemie von psychischen Störungen, die nicht unbedingt existieren, hat sich als so sinnlos erwiesen, wie sich mit einer Karte des Mondes in Manhattan zu orientieren»] (Greenberg, 2013; Übersetzung V. A.).

Zum biologischen Determinismus gesellt sich oft noch ein mehr oder weniger ausgeprägter genetischer Determinismus hinzu. Dabei ist heute erwiesen, dass Gen-Umwelt-Interaktionen weit komplexer sind als es die immer noch verbreitete 50/50 Prozent Zuschreibung zu Gen und Umwelt glauben machen. Genetische Faktoren werden weit häufiger durch Umwelterfahrungen kontrolliert (Epigenetik). Die Verheissungen waren vor 20 Jahren gross, aber echte therapierelevante Fortschritte in der Genetik

sind bis heute nicht zu verzeichnen. Die Genetiker selbst schreiben die Stagnation in der Forschung der Tatsache zu, dass bis heute keine validen und ausreichend homogenen diagnostischen Konstrukte existieren, das heisst auch innerhalb einer diagnostischen Kategorie die Heterogenität zu gross ist. Die genetischen Determinanten werden bei Menschen mit «Schizophrenie-Diagnose» heute in individuell unterschiedlichen polygenetischen Clustern und einzelnen nukleotiden Polymorphismen (SNP) vermutet, die jedoch jeweils nur minimale Effektstärken aufweisen. Genetische sowie neurobiologische Befunde treffen entweder auf mehrere diagnostische Kategorien oder nur auf Subsyndrome zu. Andere diagnostische Kategorien sind nicht in Sicht.

### Aktuelle Krise der Psychiatrie

Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er ...

Die Psychiatrie hat sich in eine Situation hineinmanövriert, die von grosser Verunsicherung und Instabilität gekennzeichnet ist. Das Projekt Neurobiologisierung der Psychiatrie hat bisher keine Ergebnisse von tragfähiger Evidenz erbringen können: Diagnostik, Genetik, ursächliche biologische Mechanismen, kausal wirkende Pharmakotherapie, ausreichende Effekte der Pharmakotherapie, Verminderung der Chronifizierungstendenz, wirksame pharmakotherapeutische Frühinterventionen gibt es nicht. Nur aus Symptomen lassen sich keine validen Syndrome ableiten, die durch spezifische neurobiologische Prozesse determiniert werden. Andererseits lassen sich gegenwärtig aus den neurobiologischen Befunden keine konsistenten diagnostischen Klassifikationen ableiten. Diese Lücke soll durch neue basale diagnostische Kriterien geschlossen werden.

Als basale Kategorien sollen sogenannte Research Domain Criteria (RDoC) gelten. Sie stellen den Beginn eines neuen Ordnungssystems für die Grundlagenwissenschaft dar. Dieses System ist vollkommen unbeeinflusst von bestehenden diagnostischen Kategorien, sondern geht von den neuronalen Systemen des gesunden Gehirns aus. Die RDoC sind:

1. Negatives Valenzsystem (aversive Motivation/Angst)
2. Positives Valenzsystem
3. Kognitives System
4. System für soziale Prozesse
5. Arousal/Regulatorisches System

Den RDoC werden dann genetische, bildgebende, physiologische und kognitive Daten zugeordnet, um weitere Erkenntnisse aus dieser Zusammenschau zu gewinnen. Diese Daten werden jedoch nicht mehr durch Diagnosen abgegrenzt bzw. ausgegrenzt. Diese Cluster sollen dann mit Symptomen und Behandlungseffekten in Beziehung gesetzt werden. Dieses Projekt wird viele Jahre bis Jahrzehnte dauern. Ob es erfolgreich sein wird, ist unklar. Schon jetzt werden von namhaften Wissenschaftlern erhebliche Zweifel geäussert (zum Beispiel von Fava, 2014). Das NIMH hingegen ist begeistert. Im Prinzip können die

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler so weitermachen wie bisher, lediglich werden die Befunde verfeinert und man ordnet diese einander anders zu.

Grundsätzlich steht das Gehirn als soziales Organ im Gegensatz zu solchen Konzepten. Soziale Erfahrungen sind weitgehend bestimmend für kognitive, affektive und relationale Lern- und Entwicklungsprozesse. Im Hinblick auf die Ausprägung von normabweichenden psychischen Phänomenen sind weitere negative soziale Ereignisse und Prozesse von entscheidender Bedeutung. Wie auch immer die ererbte genetische Disposition sich darstellt, sie ist vermutlich nie hinreichend, um erhebliche normabweichende Syndrome zu determinieren. Es ist vermutlich eher umgekehrt: Bereits sehr frühe soziale Erfahrungen scheinen die Genomfunktion, zum Beispiel durch DNA-Methylierung, rückwirkend zu modulieren.

Für Psychosen wurden zum Beispiel die folgenden sozialen Faktoren ermittelt und bereits repliziert: biologische und psychische Schwangerschaftskomplikationen, Geburtskomplikationen, frühe Verlusterfahrungen, frühe instabile Umwelten, elterliche Konflikte, sexuelle, physische und emotionale Traumatisierungen, Vernachlässigung, Aufwachsen in Städten, soziale Fragmentierung, soziale Notlagen, soziale Ablehnung und Niederlagen, Bullying, Diskriminierung, Migration, Cannabis.

Diese dekonstruktive Darstellung von «invaliden» Krankheitskonstruktionen soll ermutigen. Das brüchige Gebäude psychischer Erkrankungen wird nur noch notdürftig von einem Gerüst aus diagnostischen und pharmakologischen Gewohnheiten stabilisiert. Dieser Psychiatrie sollte man unverfroren(er) gegenüberreten. Längst hat der Kaiser keine Kleider mehr an. Psychotherapeutisches Handeln sollte sich keinesfalls mehr an diese Krankheits- und Diagnosekonstrukte binden und binden lassen.

Der neurobiologische Rückgriff auf die oben beschriebenen basalen Dimensionen der RDoC soll ermutigen, auch im Bereich psycho-sozial-spirituellen Verstehens auf sinnvolle, Orientierung gebende Verstehensansätze zurückzugreifen, die wir ja schon haben und die es weiterzuentwickeln gilt. Es wäre an der Zeit, dass sie aus ihrem Schattendasein treten und die Lücken, die neurobiologische Forschung bisher hinterlassen oder hergestellt hat, durch ihre verstehende und auch erklärende Potenz schliessen.

### Diagnosen als dialogische De- und Re-Konstruktion

Diagnosen bleiben auch weiterhin historisch geprägte, das heisst Übergangsphänomene. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass neurobiologisch orientierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler neue Systeme in der Erwartung konstruieren, mit ihnen als abweichend definierte psychische Phänomene später erklären zu können. Man darf gespannt und begründet skeptisch sein: Wie auch immer die Befunde korreliert und kategorisiert werden, man wird keine Ursachen, sondern allenfalls Begleitumstände, neuronale Korrelate oder Bindeglieder

in den Entstehungsmechanismen psychischer Phänomene als Ausdruck lebendiger Selbstorganisation finden.

Nimmt man die immer komplexeren und immer stärker sozial determiniert erscheinenden neurowissenschaftlichen Befunde zu Bewusstsein, Selbst- und Wirklichkeitserleben ernst, wird man in den Erwartungen sehr viel bescheidener und vorsichtiger. Offensichtlich sind wir nicht mit subjektiven erlebten Wirklichkeiten, sondern nur mit inneren repräsentierenden Strukturen für die Welt und unserem Selbst im Kontakt. Einen direkten Kontakt durch Sinneswahrnehmungen mit einer Aussenwelt haben wir jedoch nicht. Es erscheint uns nur so, sogenannte phänomenale Repräsentationen im Sinne eines naiven Realismus (vgl. Metzinger, 2013).

Die RDoC sind also eine Anstrengung mit offenem Ausgang, die wohl recht sicher zehn Jahre und länger in Anspruch nehmen wird. Es ist nicht zu erwarten, dass bis dahin die gegenwärtigen Diagnosesysteme aufgegeben werden. Daher muss man einen strategischen Umgang mit ihnen finden, sie jedoch nicht allzu ernst nehmen. Dies lässt sich in der Regel mit den Betroffenen gut besprechen. Oft ist es sinnvoll, sie selbst zu fragen, welchen Umgang sie sich mit Diagnosen wünschen.

Klinische Diagnosen sollten dem Verstehen und der Verständigung dienen. Da sie grundsätzlich Zuschreibungen darstellen und eine starke Tendenz zur Identifikation, Verdinglichung, zur potenziellen Selbstentfremdung oder auch Zurückweisung sowie Aufrechterhaltung dieser Zuschreibung durch institutionelle, soziale und individuelle adaptive Prozesse in Gang setzen können, ist Vorsicht geboten. Dadurch, dass vielfältige belastende, pathogene, traumatisierende soziale Prozesse personal verortet werden und so vereignenschaftlich werden, führen Diagnosen weiterhin zu einer hauptsächlich individuellen Attribuierung der bedingenden sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen und ökonomischen Faktoren. Menschen neigen dazu, Fremdzuschreibungen in ihr eigenes Selbstbild zu übernehmen und sich demgemäss zu verhalten (vgl. Wiesner et al., 2016; Hacking, 2006). Wichtig und eine grosse Chance für Betroffene wäre es deshalb, psychische Phänomene durchgängig auf ihren relationalen Charakter hin zu untersuchen. Sie sind fast immer Ausdruck eines Beziehungsgeschehens. Aber auch diese Betrachtungsweise wäre noch zu schwach, um der intersubjektiven Konstruktion von Wirklichkeiten gerecht zu werden.

Jede psychiatrische Diagnose ist Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses, der keine physikalischen, nicht einmal biologische, sondern psychische und soziale Phänomene intersubjektiv konstruiert. Die Kontext- und Beobachterabhängigkeit psychischer Phänomene ist insofern konsequent zu berücksichtigen. Alles ist immer nur von einem bestimmten Beobachter gesagt und gilt nur in den untersuchten Kontexten. Diagnosen werden in der Sprache und den gegenwärtigen Denkmustern von Psychologie und Psychiatrie gestellt. Der Konstruktionsprozess dieser Diagnosen bezieht seine Berechtigung aus seiner therapeutischen Funktion. Im besten Falle führt der diagnostische Prozess zum Gefühl des Verstandenwerdens

und Sich-selbst-Verstehens, im schlechtesten Falle zum Gefühl der Stigmatisierung und Diskriminierung.

Für das therapeutische Handeln müssen Benennungen von abweichend erlebten oder definierten psychischen Phänomenen hilfreich und nicht behindernd oder sogar destruktiv sein bzw. wirken. Damit sind an Diagnosen andere Anforderungen zu stellen. Sie sollten sich ihres historischen Übergangscharakters bewusst sein und damit nicht als wahr, sondern im besten Falle als nützlich aufgefasst werden. Sie sollten dem individuellen und intersubjektiven Verstehen und Verstandenwerden dienen, wobei der Andere nicht allein der professionelle Andere ist, sondern auch die lebensweltlich bedeutsamen Anderen einzubeziehen sind. Der Einzelne sollte als soziales Individuum in einem die subjektiven Wirklichkeiten und das Selbsterleben ko-konstruierenden Kontext verstanden werden. Dies wird durch das Addieren von Symptomen, die teilweise und zeitweise vorhanden sein müssen, unmöglich gemacht. Verstehen gelingt nur durch Individualisierung und nicht durch Klassifizierung und Kategorisierung.

Am Anfang des diagnostischen Prozesses steht die individuelle Beschreibung. Diese jedoch ist ein dialogisches Geschehen, bezieht also immer den Anderen mit ein, verändert sich durch den und die Anderen, allein aufgrund der Komplexität. Die infrage stehenden psychischen und sozialen Phänomene sind unscharf, vage, vieldeutig. Diese Intersubjektivierung und das dialogische Ko-Konstruieren in einem diagnostischen Prozess mit den bedeutungsvollen Anderen in der sozialen Welt des Betroffenen sollten statt professioneller Extraktion und Abstraktion im Vordergrund stehen. Notwendig und unhintergebar ist dabei eine innere und äussere Polyphonie dieser Wirklichkeitskonstruktionen. Jeder sieht notwendig nur einen/seinen Teil, der andere sieht es notwendig anders als wir, und wir sehen es meist unterschiedlich zu unterschiedlichen Zeiten und sogar auch gleichzeitig. Psychiatrisches Expertenwissen ist Teil dieser Polyphonie. Der diagnostische Konstruktionsprozess wäre dementsprechend Teil der natürlichen Lebenswelt, vielperspektivisch und vieldimensional. Im dialogischen Prozess wäre dann Diagnostik und Therapie kaum mehr zu trennen. Prototyp eines dialogisch-diagnostisch-therapeutischen Prozesses wären Netzwerkgespräche der wichtigsten Protagonisten. In ihnen kommen vor:

- subjektive und intersubjektive Phänomene,
- Beschreibungen statt Definitionen, eher vage und mehrdeutig,
- Kontextbedingungen,
- Entwicklungsgeschichte, Entwicklungsbedingungen,
- Rekonstruktion von Sinn und Bedeutung von bedeutsamen Lebenserfahrungen/-ereignissen,
- Auswirkungen im Alltag und Lebensumfeld,
- Prozesshaftigkeit der Phänomene, zeitliche Limitierung, Episodik in der Sprache der Psychiatrie,
- Berücksichtigung der hohen natürlichen Adaptationsfähigkeit von Individuen und Systemen,
- Ressourcen,
- Begründungen und Bedingtheiten,

- intersubjektive Bedeutungen,
- innere Penetranz der Phänomene (Wie stark habe ich sie? Bin ich sie?)

Psychische Krisen werden so in die Identität und das biografische Selbstverständnis re-kontextualisiert. Diagnosen werden dann Teil von Narrativen, eher im Sinne von Sprachbildern (Metaphern) anstatt von fixen Kategorien.

Diese Konstruktionen sollten prozessoffen und hermeneutisch vielfältig und unabschliessbar sein, um eine unangemessene Identifikation mit einer Konstruktion zu vermeiden. Vermutlich liessen sich durch ein solches Vorgehen viele Syndrome bereits im Prozess der Verständigung nach Monaten abschwächen oder weitgehend wieder auflösen.

Ob ein solcher verstehender, dialogischer, intersubjektiver Prozess Anschluss finden könnte an die neurobiologischen Konstruktionen, bleibt abzuwarten. Beide bleiben zwar grundsätzlich unterschiedliche Zugänge mit unterschiedlichen Reichweiten. In Anerkennung des jeweils anderen haben sowohl erklärende wie verstehende Zugänge auch auf unabsehbare Dauer ihre Berechtigung. Damit könnte sich die aktuelle Psychiatrie wieder herausrauen in ein mehr suchendes, in ethischer Weise auch experimentelles Vorgehen in therapeutischen, verstehenden und erklärenden Zusammenhängen.

## Literatur

- Angermeyer, M.C., Millier, A., Kouki, M., Refai, T., Schomerus, G., Toumi, M. (2014). Biogenetic explanations and emotional reactions to people with schizophrenia and major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 220, 702–704. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.038> (28.02.2018).
- Bleuler, E. (2011). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. <https://www.psychosozial-verlag.de/pdfs/leseprobe/616.pdf> (19.02.2018).
- Cuijpers, P. & Cristea, I.A. (2015). What if a placebo effect explained all the activity of depression treatments? *World Psychiatry*, 14, 310–311. <https://doi.org/10.1002/wps.20249> (28.02.2018).
- Cartwright, C., Gibson, K., Read, J., Cowan, O., Dehar, T. (2016). Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. *Patient Preference Adherence*, 10 (2016 Jul 28), 1401–7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4970636/> (28.02.2018).
- Falkai, P. (2013). Interview Apothekenumschau Januar. <http://www.meinungsverbrechen.de/tag/dopamin-hypothese/> (31.01.2017).
- Fava, G.A. (2014). Road to nowhere. *World Psychiatry*, 13, 49–50. <https://doi.org/10.1002/wps.20108> (28.02.2018).
- Freedman, R., Lewis, D.A., Michels, R., Pine, D.S., Schultz, S.K., Tamminga, C., Gabbard, G.O., Gau, S.S., Javitt, D.C., Oquendo, M., Shrout, P., Vieta, E. & Yager, J. (2013). The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1–5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091189> (28.02.2018).
- Fusar-Poli, P. & Meyer-Lindenberg, A. (2016). Forty years of structural imaging in psychosis: promises and truth. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 207–224. <https://doi.org/10.1111/acps.12619> (28.02.2018).
- Greenberg, G. (2013). The Rats of N.I.M.H. New Yorker (16.05.2013). <http://www.newyorker.com/tech/elements/the-rats-of-n-i-m-h> (16.01.2017).
- Hacking, I. (2006). Making up people. *Londo Review of Books*, 28(16), 23–26. <https://www.lrb.co.uk/v28/n16/ian-hacking/making-up-people> (28.02.2018).
- Hartdegen, M., Gibson, K., Cartwright, C. & Read, J. (2017). Stressful events and circumstances reported by patients prior to being prescribed antidepressants. *N Z Med J*, 130(1448), 45–53. <http://europepmc.org/abstract/med/28081556> (28.02.2018).
- Howes OD, Kapur S. (2009) The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III— the final common pathway. *Schizophr Bull.*, 35(3),549–562.
- Insel, T. (2013). <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml> (31.01.17).
- Johnson EC, Border R, Melroy-Greif WE, de Leeuw CA, Ehringer MA, Keller MC (2017) No Evidence That Schizophrenia Candidate Genes Are More Associated With Schizophrenia Than Noncandidate Genes. *Biol Psychiatry*, 82(10),702–708.
- Katschnig, H. (1984). Der «Polydiagnostische Ansatz» in der psychiatrischen Forschung. In A. Hopf & H. Beckmann (Hrsg.), *Forschungen zur biologischen Psychiatrie* (S. 63–78). Berlin/Heidelberg/New York: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69539-1\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69539-1_8) (28.02.2018).
- Metzinger, Th. (2013). Empirische Perspektiven aus Sicht der Selbstmodell-Theorie der Subjektivität: Eine Kurzdarstellung mit Beispielen. [http://www.philosophie.uni-mainz.de/Dateien/Metzinger\\_SMT\\_2013.pdf](http://www.philosophie.uni-mainz.de/Dateien/Metzinger_SMT_2013.pdf) (16.01.2017).
- Read, J., Cartwright, C. & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Res.*, 216(1), 67–73. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114000833> (28.02.2018).
- Read, J., Cartwright, C., Gibson, K., Shiels, C. & Magliano, L. (2015). Beliefs of people taking antidepressants about the causes of their own depression. *J Affect Disord.* 174, 150–6. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714007101> (28.02.2018).
- Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax.* 35(7), 321–30. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2008-1067570> (28.02.2018).
- Rief, W., Barsky, A.J., Bingel, U., Doering, B.K., Schwarting, R., Wöhr, M. & Schweiger, U. (2016). Rethinking psychopharmacotherapy: The role of treatment context and brain plasticity in antidepressant and antipsychotic interventions. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 60, 51–64. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.11.008> (28.02.2018).
- S3. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Version 3, 2015. [https://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-NVLdepression-lang\\_2015.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-NVLdepression-lang_2015.pdf) (12.01.2017).
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Medical Journal*, 336, 992–994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD> (28.02.2018).
- Varese, P., Smeets, F., Drukker, M. et al. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.*, 38, 661–671.
- Watters, E. (2009). *Crazy like us: The Globalization of the American Psyche*. New York: Free Press.
- Wiesner, M., Epstein, E. & Duda, L. (2016). SPRACHEMACHTSINN – Die Krise der Psychotherapie und der Weg zu einer posttherapeutischen Zukunft Systemmagazin 19. August 2016. <http://systemmagazin.com/sprachemachtsinn-die-krise-der-psychotherapie-und-der-weg-zu-einer-posttherapeutischen-zukunft/> (31.01.2017).

## Clinical diagnoses as social constructs

Diagnostic manuals of recent decades intended or effected an ongoing de-contextualization of mental disorders, which went

hand in hand with the advancing biologizing of psychiatry, that ultimately served the pharmaceutical industry rather than the patients. Moreover, the findings of biological psychiatry are far from encouraging, notably because the diagnostic categories lack validity. The Research Domain Criteria (RDoC) constitutes a new research framework that is based on functional neural subsystems of the healthy brain and may advance neurobiology. It is not foreseeable whether this approach will succeed.

The first and foremost objective of clinical diagnoses, on the other hand, should be understanding and communication. Since they are fundamentally the result of a social construction process, the primary focus should be on co-constructing through dialogue with the significant others in the social environment of the person concerned. Accordingly, an inner and outer polyphony of these constructions of reality is necessary and inevitable. Psychotherapeutic expertise also forms a part of this polyphony.

*Keywords:* Psychiatric Diagnoses, ICD, DSM, Comorbidity, De-contextualization, Biologizing, Research Domain Criteria (RDoC), Diagnosis as a Dialogue Process, Polyphony

### **Diagnosi clinica come costruzione sociale**

I manuali di diagnosi degli ultimi decenni funzionano e propongono una progressiva decontestualizzazione dei disturbi psichici, la quale è andata insieme a una progressiva biologizzazione della psichiatria, che alla fine serve più l'industria farmaceutica dei pazienti. A riguardo la conoscenza scientifica della psichiatria è tutt'altro che incoraggiante, in particolare anche perché le categorie diagnostiche non sono sufficientemente valide. Il nuovo sistema di Research Domain Criteria

(RDoC), che deriva dai sottosistemi neuronali funzionali del cervello sano potrebbero far progredire la neurobiologia. Se ciò riesca, è da vedere.

Le diagnosi cliniche per contro devono servire prima di tutto alla comprensione e all'informazione. Poiché esse fondamentalmente sono il risultato di un processo di costruzione, al centro di esso dovrebbe trovarsi un dialogo di co-costruzione con gli altri attori significativi nel mondo sociale dei soggetti. È quindi necessaria e inevitabile una polifonia interna ed esterna di costruzioni di verità. Il sapere psicoterapeutico fa parte di questa polifonia.

*Parole chiave:* diagnosi psichiatriche, ICD, comorbidità, decontestualizzazione, biologizzazione, Research Domain Criteria (RDoC), diagnostica del processo dialogico, polifonia

### **Der Autor**

*Volkmar Aderhold*, Dr. med., ist Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin sowie Lehrender für Systemische Therapie und Beratung (DGSP). Seit 1982 arbeitet er in der Psychiatrie, davon 10 Jahre als Oberarzt im der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf. Aktuell ist er Mitarbeiter der Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald und wirkt durch Vorträge, Veröffentlichungen und die Beratung von psychiatrischen Organisationen im Bereich der Strukturentwicklung.

### **Kontakt**

v.aderhold@gmx.de



# Diagnostiques cliniques comme constructions sociales

Volkmar Aderhold

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 33–34 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.06

*Mots-clés* : Diagnostiques psychiatriques, ICD, DSM, comorbidité, décontextualisation, biologisation, Research Domain Criteria (RDoC), diagnostic comme processus basé sur la communication, polyphonie

Les manuels de diagnostics de la décennie passée avaient pour effet ou visaient à une décontextualisation avancée des troubles psychiques, accompagnée d'une biologisation avancée de la psychiatrie, qui au final sert davantage à l'industrie pharmaceutique qu'aux patients. Dans ce contexte, l'ensemble des résultats de la psychiatrie biologique est tout sauf encourageant, notamment également parce que les catégories de diagnostics sont trop peu valides. Le nouveau système du Research Domain Criteria (RDoC) qui émane de sous-systèmes neuronaux fonctionnels du cerveau sain pourrait faire avancer la neurobiologie. Il est impossible de dire si cela va marcher.

Les modifications des catégories de diagnostics et des critères au sein des groupements sont énormes, au-delà des différentes versions des manuels de diagnostics. La tentative de la DSM-5 également de reclasser les diagnostics le démontre à nouveau. Le diagnostic de schizophrénie montre clairement à quel point les tentatives de classification des manuels de diagnostics sont arbitraires. Historiquement, l'intersection par ex. des groupements de symptômes utilisés pour la schizophrénie depuis sa découverte par Bleuler (1911) jusqu'en 1984 se situe à 27%, à savoir plus de 70% des gens qui sont définis ainsi dans un système ne seraient pas conservés dans un autre système de diagnostic. Pour les personnes concernées, cela a toutefois une importance déterminante sur le plan biographique que cette maladie leur soit ou non diagnostiquée.

Les sous-groupes de la schizophrénie selon Bleuler (1911) – hétérophrène, catatonique, paranoïde et indifférencié – sont aussi justement supprimés par le DSM-5 en raison d'une faible stabilité, fiabilité et d'une faible pertinence pronostique. De la même façon, les symptômes de 1er rang de Kurt Schneider ne sont plus utilisés comme critères. Schneider les avait à l'origine (1938) certes uniquement acceptés sur un plan heuristique, ils ont toutefois été considérés pendant des décennies comme « pathognomoniques », à savoir suffisants pour un établissement sûr de diagnostic. Au bout de plus de 70 ans, ils n'ont pas été confirmés sur le plan empirique. Un empirisme tardif pour un diagnostic scientifique soi-disant basé sur des preuves ! Pour diagnostiquer une schizophrénie, que ce soit dans l'ICD-10 ou dans l'ICD-11 à venir, une période de symptômes de quatre semaines est suffisante, dans le

DSM c'est au contraire six mois. C'est une sévère différence qui continue à exister également après trois révisions entre les groupes d'experts. Cela démontre une nouvelle fois à quel point des décisions sont prises arbitrairement, des décisions qui néanmoins ont des conséquences graves sur de nombreux(ses) clientes et clients.

La bonne intention et le bon objectif de rendre l'établissement du diagnostic indépendant de l'orientation théorique du diagnosticien sont devenus une antithèse : Avec les théories, les contextes psychosociaux ont également été perdus de vue. Et bien qu'aujourd'hui les diagnostics semblent être posés indépendamment de l'origine, l'établissement du diagnostic génère souvent une biologisation implicite et explicite et « une généticisation » des constructions syndromiques. Les deux présentent des inconvénients. Cette décontextualisation a souvent pour conséquence que le diagnostic génère des suites défavorables ou erronées pour les personnes concernées. Car la biologisation ouvre trop souvent la voie à la pharmacothérapie primaire, voire exclusive. Ci-après, je présente en détail les inconvénients.

Les diagnostics ont souvent un caractère stigmatisant, rarement libérateur. La tentative de réduire l'ampleur de la stigmatisation de « maladies » psychiques par leur biologisation a vraisemblablement échoué. Avec l'expansion sociétale de diagnostics aux modèles explicatifs biologiques inventés, la stigmatisation sociale augmente plus qu'elle ne diminue. Les malades mentaux vivent un rejet social plus fort que ceux qui ont sombré dans des crises psychiques en raison d'expériences de vie négatives. Ils nous semblent étrangers, incompréhensibles et incontrôlables dans leurs actions, et à eux-mêmes aussi. Les diagnostics devant exercer une fonction protectrice médico-humaniste face au surmenage et au rejet ont ainsi l'effet inverse.

La psychiatrie s'est laissée manœuvrer dans une situation caractérisée par une grande incertitude et instabilité. Le projet Neuro-biologisation de la psychiatrie n'a jusqu'à présent pas pu apporter de résultats d'une évidence solide : Il n'existe pas de diagnostic, de génétique, de mécanismes originels biologiques, de pharmacothérapie à action causale, d'effets suffisants de la pharmacothérapie, de réduction de la tendance de chronicisation, d'interventions anticipées pharmacothérapeutiques efficaces. Il est impos-

sible de déduire des syndromes valables déterminés par des processus spécifiques neurobiologiques uniquement à partir de symptômes. D'autre part, aucune classification de diagnostics cohérente ne peut actuellement être déduite des constats neurobiologiques. Cette faille doit être comblée par de nouveaux critères basaux de diagnostic. Les diagnostics cliniques doivent en revanche servir en première ligne à la compréhension et à la communication. Dans la mesure ils sont en principe le résultat d'un processus social de construction, une co-construction par le dialogue avec les autres significatifs est au cœur de l'univers social de la personne concernée. Dans ce contexte, une polyphonie interne et externe de ces constructions de la réalité est nécessaire et incontournable. La connaissance psychothérapeutique des experts est un élément de cette polyphonie.

### **L'auteur**

*Volkmar Aderhold*, Dr. Med. est médecin en psychiatrie, psychothérapie et médecine psychothérapeutique ainsi qu'enseignant de la thérapie et du conseil systémiques (DGSF). Depuis 1982, il travaille dans la psychiatrie, dont 10 ans en tant que médecin-chef à la clinique de la psychiatrie et de la psychothérapie de la clinique universitaire Hambourg Eppendorf. Il collabore actuellement à l'Institut de la psychiatrie sociale à l'université de Greifswald et est actif par des présentations, publications et conseils d'organisations psychiatriques dans le secteur du développement structurel.

### **Contact**

v.aderhold@gmx.de

# Hierarchie oder Verantwortung durch klinisch-psychologische Diagnostik in der Psychotherapie?

## Überlegungen zu einer integrierten Sichtweise im Rahmen der Psychotherapie

Angéla Szalontainé Krasznai

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 35–44 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.07

*Zusammenfassung:* Wovon hängt die Stellungnahme der PsychotherapeutIn während des psychotherapeutische Prozesses ab?

Im Psychotherapieprozess erweist sich die Rolle der Diagnostik in mehrfacher Hinsicht als fragwürdig: Einerseits zeigt sich die Diagnostik im klinischen Bereich einem pathologie- und defizitorientierten medizinischen Modell verpflichtet, aus dem heraus die Indikationen zu einer Therapie gestellt werden. Andererseits richtet sich aufgrund der verschiedenen therapeutischen Richtungen die Diagnostik psychischer Störungen auf die linienspezifischen Phänomenbereiche auf die sich das medizinische Modell nur bedingt anwenden lässt. Die Fragestellung kann provokant jedoch auch zukunftsweisend sein. Je nach individuellem Mass an Fachinteresse bzw. entsprechend der Einstellung kann man den Ausführungen folgen.

Mein Beitrag macht den Versuch, einige Aspekte und die sich daraus ergebenden Fragen und Probleme sowie die Vorteile bezüglich der ärztlichen Zusammenarbeit in der klinischen Diagnosestellung zu thematisieren und ihr in der Psychotherapie einen individuellen Platz zu geben durch die «Fachidentität».

*Schlüsselwörter:* klinisch-psychologische Diagnostik, Diversität, Authentizität, Modelle, Rolle, Psychotherapie, Fachidentität

### I. Grundlegende Definitionen der (klinisch-psychologischen) Diagnostik

#### I.1. Definitionen und Abgrenzung: Diagnostik, Klinische Psychologie, Rehabilitationspsychologie, Psychotherapie

Die Wörter «Diagnose» und «Diagnostik» gehen auf das griechische Verb «diagnoskein» zurück. Es bezeichnet unterschiedliche Aspekte eines kognitiven Vorgangs, ist gewissermaßen der Inbegriff vom Erkennen bis zum Beschliessen.

Die *psychologische Diagnostik* (psychological assessment) ist ein Teilgebiet der Psychologie und zugleich ein bedeutender Teil der Berufstätigkeit der PsychologInnen. R. Jäger und F. Petermann (1999) erstellten eine umfassende Definition für psychologische Diagnostik, welche die Orientierung und eine unglaubliche Komplexität an diagnostischen Entscheidungen betont. Dabei geht es um das systemische Sammeln und Aufbereiten von Informationen mit dem Ziel, Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen zu begründen, zu kontrollieren und zu optimieren.

Im weiteren Sinn wird die *klinisch-psychologische Diagnostik* als Methodenlehre im Dienste der Angewandten Psychologie verstanden. In den Definitionen wird meistens betont, dass die systemische Erfassung

relevanter Daten und das daraus erarbeitete diagnostische Urteil (aufgrund der subjektiven Wahrnehmungen oder messbaren Angaben) im Dienste einer Aufgabenstellung aus einem Anwendungsfeld erfolgt und ständig persönliche Veränderungen ermöglichen kann. Psychologische Diagnostik in der klinischen Psychologie bezieht sich nicht nur auf das Erkennen von psychischen Erkrankungen oder Störungen, sondern bezieht die daraus abzuleitenden Fachentscheidungen mit ein, deswegen wird von «Indikationsdiagnostik» gesprochen.

Die psychologische Diagnostik kann bei der Erfassung einer psychischen Störung, in der Rehabilitationspsychologie und im Rahmen von Psychotherapie interpretiert werden (vgl. Linster, 2010). Das betrifft die Startdiagnostik und auch die während des Verlaufs vorkommende weitere Diagnostik bis zur «Schlussdiagnostik». So kann darunter ein «Entwicklungsprozess mit Fachbegleitung» verstanden werden, was die Erweiterung der Definitionsrahmen und weitere Abklärungen der Grunddefinitionen voraussetzt.

*Klinische Psychologie* ist eine Teildisziplin, die sich mit psychischen Aspekten somatischer Störungen und Krankheiten in der Forschung, Diagnostik und Therapie beschäftigt. Dazu gehören unter anderem Themen wie Äthologie, Bedingungsanalyse, Klassifikation und Diagnostik, Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation, Epidemiologie, Gesundheitsversorgung und Evaluation. Aufbauend auf den wissenschaftlichen Grundlagen der

Psychologie mit ihren Teildisziplinen, ist es ein Charakteristikum der klinischen Psychologie, dass sie enge Beziehungen zu vielen anderen Wissenschaftsdisziplinen aufweist (Interdisziplinäre Grundorientierung) (vgl. Wittchen & Hoyer, 2006).

Wenn von dem oben erwähnten Entwicklungsprozess und vom dynamischen Entwicklungsprozess von Diagnostik in der Psychotherapie ausgegangen wird, erweist es sich aus meiner Sicht als notwendig, dazugehörige Begriffe auch zu definieren.

*Rehabilitation* zielt auf die Beseitigung oder Verringerung der Folgen einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder eines spezifischen akuten Ereignisses (zum Beispiel eines Unfalls, einer Krise). Sie dient damit der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder der Vermeidung der Verschlimmerung einer bestehenden gesundheitlichen Schädigung (zum Beispiel Chronifizierung). Trotz eventuell bleibender Gesundheitsschäden und ihrer Folgen sollen Menschen mit (beginnenden) chronischen Krankheiten oder Behinderungen in die Lage versetzt werden, möglichst gut mit den alltäglichen Anforderungen zurechtzukommen und ihre Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft möglichst weitgehend zu erfüllen (vgl. Bengel & Helmes, 2005) bzw. die individuelle Coping-Strategie auch zu verbessern und die Persönlichkeit zu entwickeln. Die körperlichen und psychischen Verbesserungen und Änderungen sind voneinander nicht zweckmässig zu trennen. Sie wirken nämlich sowohl auf das Individuum als auch das soziale Umfeld und in weiterer Sicht indirekt auf die Gesellschaft. Das kann weitere Auswirkungen und/oder Einflussfaktoren hervorrufen.

In der *Rehabilitationspsychologie* oder bei den «rehabilitationspsychologische Massnahmen» wird im Rehabilitationsprozess zwischen verschiedenen Aufgaben unterschieden: psychologische Eingangs-, Förder- und Belastungsdiagnostik und Indikationsstellung, psychologische Beratung und Psychotherapie von Patienten und Angehörigen, Patientenschulung und Gesundheitsförderung (vgl. ebd.), Vorbereitung der Reintegration, möglicherweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt.

Im psychotherapeutischen Rahmen wird die gesetzlich verankerte Massnahme zur Behandlung von Menschen mit psychischen Krankheiten definiert (PsyG, Psychologieberufegesetz in der Schweiz), wobei «Professionalisierung» und «Qualifizierung» durch Ausbildung und Weiterbildung (PsyKo, Psychologieberufekommission in der Schweiz) bzw. (Facharzt) sowie – zur Regelung der Zulassung zur Weiterbildung – die heilsberufliche Tätigkeit und – bei freiberuflicher Tätigkeit – die Arbeit als Vertragspsychotherapeut unter dem Stichwort der «Institutionalisierung» im Rahmen des gesetzlichen Gesundheitssystems (PsyV, Psychologieberufverordnung in der Schweiz) geregelt werden.

Damit unterliegt die Psychotherapie den Bestimmungen der gesetzlichen Regelungen. Sie hat sich teilweise gegenüber den Herkunftsdisziplinen Medizin und Psychologie «verselbstständigt» und sich permanent weiterentwickelt.

*Psychotherapie* wurde und wird üblicherweise von

der Medizin und von der Psychologie als Fach reklamiert und «betrieben», daneben existieren auch Beiträge von Personen ausserhalb von Medizin und (akademischer) Psychologie (vgl. hierzu Linster, 2010), somit wird heutzutage als relativ neuer, wichtiger Aspekt die therapeutische Rolle und «die dahinter funktionierende Persönlichkeit» immer mehr erörtert. In der Psychotherapie geht es um einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess (vgl. Strotzka, 1975), auch mit «individueller Präsenz» durch Authentizität und «wahrem Dasein». Gemäss Theodor Itten (2016) bedeutet die Wahrhaftigkeit eine subjektive engagierte symbolische Präsenz in der Psychotherapie. Aus meiner Sicht wäre die Psychotherapie ein Entwicklungsprozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidzuständen in einem gemeinsam aufgebauten Konsensus, welcher durch Kommunikation auf beiden «Seiten» (Therapeut, unter Beschwerden leidende Person) auf der menschlichen Ebene eine tragfähige, gegenwärtige und gegenseitige therapeutische Beziehung ermöglicht. Dies kann dazu führen, dass die Prozessbeteiligten sich individuell weiterentwickeln können und dauerhafte Auswirkungen und/oder Nachwirkungen auf diversen Ebenen (individuelle Ebene, familiäre Ebene, soziales Umfeld und Gesellschaft) haben. Der bekannte österreichische Mediziner, Tiefenpsychologe und Psychotherapeut Hans Strotzka definiert sie (die Psychotherapie) als einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess mithilfe psychologischer Mittel zur Beeinflussung von Erlebens- und Verhaltensstörungen sowie Leidenzuständen, die in einem Konsens zwischen Patient, Therapeut und Bezugsperson für behandlungsbedürftig gehalten werden. Dazu zählt Kommunikation, meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Technik auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens, wofür in der Regel eine tragfähige, emotionale Bindung notwendig ist (vgl. Strotzka, 1975). Die Psychotherapie findet zwangsläufig im Rahmen einer Beziehung statt – dies gilt als ein gemeinsames Wirkprinzip für jede Psychotherapie (vgl. Sedlak & Gerber, 1976) und bedeutet eine hilfreiche Allianz zwischen Patienten und Therapeuten (vgl. Orlinsky & Ronnestad, 2005).

Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie ist unbestrittene Tatsache, was jedoch darunter verstanden werden kann, wird zu einer interessanten Fragestellung: Ein Dilemma sowie eine ziemlich grosse Vielfältigkeit können evoziert werden.

Ein Vorteil und ebenso ein Nachteil bei den Definitionen ist: Die sogenannte «allgemeine Gültigkeit» der methodischen Prinzipien der klinisch-psychologischen Diagnostik und die Diversität geben einen bestimmten Rahmen vor, dieser bestimmt auch die verschiedenen Anwendungsfelder. Der Rahmen engt allerdings die Arbeit in den unterschiedlichen Funktionen, die Prozessmerkmale, Vorgehensweisen und Rollenbedeutungen ein. Was kann das «mit uns» als Therapeut oder Arzt anstellen? Kann die Rollenbedeutung objektiv beurteilt oder eingeschätzt werden?

*Eine Frau sitzt bei mir im Büro. Sie fragt: «Was habe ich?» Und sie seufzt tief. «Warum leide ich schon so lange unter Depressionen? Warum kann ich keine Freude mehr haben? Ich verstehe das nicht.»*

*Ich antwortete: «Wissen Sie, ich weiss das eben auch nicht. Zwar wurden verschiedene Diagnosen schon gestellt, Sie kennen diese, nicht wahr? Ich kann Ihnen sagen, wie Ihre psychischen Symptome entstanden sind, allerdings kann ich diese noch nicht interpretieren.»*

*Die Frau schweigt und sagt: «Ich dachte, dass Sie das antworten werden. Geben Sie mir endlich mal Klarheit! Ich will wieder gesundwerden.»*

*Ich entgegnete: «Wissen Sie, die Psychotherapie sieht bei mir so aus: Sie hatten bis jetzt sehr viele positive und sicher auch schwierige Erlebnisse. Heute treffen wir uns und ich nehme an, dass Sie in der Therapie schon einiges erreichen wollen. Stellen Sie sich vor, wie Sie Ihre Ziele erreichen können, kommen Sie und arbeiten Sie mit. Noch weiss ich nicht, wie viele Male Sie kommen müssen. Sehen Sie jede Sitzung als Symbol für Bausteine, mit denen wir eine innere Brücke über Ihr inneres Loch bauen. Sobald Sie über Ihre Brücke gehen können, werden Sie Ihre Stabilität und Ihr Wohlfühlen deutlich spüren. Und nach dem Abschluss der Therapie gehen Sie weiter in Ihre Zukunft.»*

*Die Frau sagt: «AHA. Ah so. Jetzt fühlt es sich besser an.»*

*Ich erkläre weiter: «Wissen Sie, die Diagnose hilft, UNSERE ARBEIT zu klären und Ihren aktuellen Zustand gut, wissenschaftlich zu verstehen, aber das gibt keine konkrete Anweisung für das Finden ihres Weges. Ich begleite Sie, bis Sie Ihre eigene Antwort finden können.»*

*Wenn ich der Klientin eine konkrete Antwort gebe, brächte ich sie um die Erfahrung, ihre Eigenverantwortung zu übernehmen. Aufgrund meiner Fachidentität vermeide ich bewusst, meine Machtposition aufrecht zu erhalten und die Hilfe suchende Person in ihrem alten Muster zu bestätigen.*

*Meiner Meinung nach kann die Rollenbedeutung nur durch unsere bzw. individuelle Bewusstheit «objektiviert werden» und kann erst dann, wenn eine Therapie sich ihrem Abschluss nähert, vorsichtig eingeschätzt werden.*

## 1.2. Der Prozess der Diagnosestellung

Unter dem Diagnosestellungsprozess in der klinischen Psychotherapie kann eine multidimensionale und komplexe Facharbeit begriffen werden. Wenn wir diesen Schritt im Psychotherapieprozess platzieren würden, dann erhielte er in der Regel einen Ausgangspunkt. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit (zwischen der Person mit den Beschwerden, den therapeutischen Fachpersonen sowie den medizinischen Fachpersonen) kann der Diagnosestellungsprozess auf professioneller Ebene erfasst werden. Von den oben beschriebenen Definitionen ausgegangen, entsteht der Anspruch bezüglich des Diagnosestellungsprozesses, dass er verschiedene Ziele, Aufgaben und Funktionen erfüllen «muss». Laut Wittchen und Hoyer (2006) sind die Haupt-

ziele dabei: Beschreibung des interessierenden Verhaltens, Erklärung, Vorhersage, Beeinflussung und Kontrolle, Intervention, Reduktion von Leiden, Behinderung und Verbesserung der Lebensqualität. Bei den Aufgaben in der Klinischen Psychologie geht es um quantitative und qualitative Beschreibungen der psychischen Störungen, Zuordnung zum Zwecke der Indikation bestimmter Klassen (im psychologischen und medizinischen Bereich in ICD-10, DSM-V, im Rehabilitationsbereich in ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und funktionalen Gesundheit), Entstehungsgeschichte bzw. die Bedingungen ihres Auftretens, ihren weiteren Verlauf bzw. die therapeutische Erfolgswahrscheinlichkeit vorhersagen, Information über den Behandlungserfolg liefern (Evaluation) (vgl. Krohne & Hock, 2007; Bastine & Tuschen, 1996) sowie Prognosestellung (vgl. Bastine, 1992). Dazu würde ich einen zusätzlichen Faktor einbringen, nämlich die «Fachidentität».

*Ein Mann sitzt im Warteraum.*

*Als seine Therapeutin bitte ich ihn in mein Zimmer. Ich begrüsse ihn und stelle mich vor: «Ich bin Ihre Bezugstherapeutin, möchten Sie einen Tee oder ein Glas Wasser?»*

*Der Mann schaut mich mit grossen Augen an und fragt erstaunt: «Ich? Einen Tee vielleicht.»*

*Ich hole ihm einen Tee und lade ihn in mein Büro ein. In meinem Büro stehen zwei Stühle frei im Raum und ich biete dem Mann dort Platz an.*

*Dann bewegt er sich aufgrund seiner körperlichen Beschwerden schwerfällig durch den Raum, seine Körpersprache zeigt Unsicherheit. Höflich fragt er mich, welcher davon MEIN Stuhl sei.*

*Ich erkläre ihm, dass er sich seinen Platz selbst wählen dürfe und setze mich ihm gegenüber.*

*Er kommentiert die Situation: «Hu! Eine Ärztin bringt mir einen Tee. Und ich darf meinen Sitzplatz wählen. Das ist doch ein Charakter! Ich fühle mich menschlich und wie eine gesunde Person behandelt.» Er lächelt und ist emotional berührt.*

*Ich habe seine Akten vor dem Termin gelesen und weiss, welche Diagnosen im Vorgespräch erhoben worden sind. Ich antworte bewusst: «Ja, wissen Sie, Sie sind ein Mensch, so wie ich, und ich mag auch meinen Sitzplatz wählen und einen feinen Tee bei der Arbeit trinken.»*

*Er lächelt und nimmt eine entspannte Sitzposition ein. Und so fangen wir mit unserer ersten Sitzung an.*

*Ich fühle mich in diesem Prozess beworzt wie eine «menschliche Teilnehmerin», und nicht wie ein «Jemand». Ein Jemand, der weiss, was der Klient braucht und entsprechend der eigenen Überzeugung den Patienten instruiert. Als Folge würden meine Bedürfnisse den Prozess bestimmen und beeinflussen. Aus meiner therapeutischen Identität entscheide ich mich ganz bewusst dagegen, dieser Jemand zu sein.*

Meiner Meinung nach kann die bewusste Entscheidung zum Diagnosestellungsprozess durch die jeweilige therapeutische Fachperson aufgrund ihrer eigenen therapeutischen Einstellung und persönlichen Erfahrungen und

durch die Intersubjektivität und Reife ihrer Persönlichkeit beeinflusst werden.

Die Intersubjektivität kann im klassischen Sinn als «Stufe der psychischen Struktur, welche die Stadien von Subjektivität und Objektivität durchlaufen hat und diese dialektisch integriert» (Fischer, 2007, S. 594) definiert werden. Aus meiner Sicht handelt es sich einerseits um die psychische Ebene, in der die Fähigkeit zur empathischen und realen Perspektivenübernahme Grundbedingung ist, um sich und andere im momentanen Kontext zu verstehen, andererseits um die Verhaltens- und Kommunikationsgrundhaltung, die auf Authentizität, Dimensionalität und einem «lebenslangen Entwicklungsprozess» basiert, um eine gegenwärtige menschliche Beziehung anstatt «einer Beziehung zwischen einem kranken Individuum und einem gesunden Individuum» zu erzielen.

Die Grundkonzepte des klinischen diagnostischen Prozesses wurden bis heute mehrfach erforscht und oft erneuert oder neu definiert. Aufgrund des dimensionalen Modells von Stieglitz werden fünf Dimensionen voneinander unterschieden: unimodal vs. multimodal, dimensional vs. kategorial, störungsübergreifend vs. störungsbezogen, Statusdiagnostik vs. Verlaufsdagnostik und theoriebezogen vs. nicht theoriebezogen (vgl. Stieglitz, 2008, S. 21).

Diese fünf Dimensionen behaupten den bestimmten Bedeutungsrahmen für die Diagnosestellung und beschreiben die Rahmenbedingungen für die daraus entstehenden Aufgaben und Ziele.

*Dafür ziehe ich beispielsweise bezüglich der Depression aus der Sicht die Form der klassischen klinischen Diagnostik ICD-10 und auch Diagnostik aus Sicht des Inneren Teams in Erwägung. Die ICD beschreibt psychische Störungen von ihrer Phänomenologie her, also von ihren äusseren Erscheinungsbildern, als Diagnosekriterien (zum Beispiel: depressive Verstimmung; deutlich vermindertes Interesse; deutlicher Gewichts-Appetitverlust; Schlaflosigkeit/vermehrter Schlaf; Psychomotorische Unruhe/Verlangsamung; Müdigkeit/Energieverlust; Gefühle von Wertlosigkeit/Schuld; Konzentrations- und Entscheidungsprobleme; Tod, Suizidgedanken oder Handlungen etc.). Welche dieser Symptome muss man (PatientIn/KlientIn/Person mit Leiden und Beschwerden) zeigen, damit ein Arzt/eine Ärztin oder TherapeutIn eine Depression diagnostizieren darf? Durch diese Kriterien können wir konkrete Kategorien vorausnehmen/erkennen und durch die Dimensionen von ICD-10 störungsbezogene Statusdiagnostik erstellen. Das Modell des Inneren Teams dagegen beschreibt die innere, persönliche, individuelle Dynamik. Diese führt zu den entsprechenden Symptomen und kann sehr unterschiedlich sein und ständig verändert werden. Bei Depression zeigt sich in der Regel, dass die Persönlichkeitsanteile («die Teammitglieder») mit starken Gefühlen abgespalten und weggesperrt worden sind. Ich würde sagen, die wachen Anteile, die verhindern, dass diese Mitglieder für andere sichtbar werden – und häufig auch, dass sie innerlich gespürt werden (vgl. Kumbier, 2013). So beginnt eine depressive Entwicklung, wenn ein*

*sogenannter abgespaltener, innerlich «nicht zugehöriger» Persönlichkeitsanteil als Teammitglied (zum Beispiel verletztes Kind) geweckt wird. Spürbar ist, wie die wichtigen Begriffe bei dieser Diagnostik sind: dimensionale und nicht störungsspezifische, verlaufsorientierte Sicht und eine integrierte Denkweise sowie nicht vorhersehbare individuelle Aspekte oder Wendungen. Diese Form von Diagnostik hat verschiedene Berührungspunkte mit der klassischen klinischen Diagnostik, vor allem, was die Verortung und Störungsstruktur angeht, zugleich jedoch steht der Ansatz quer zur klinischen Diagnostik mit dem ICD-10. Ich würde die folgende Fragestellung statt der oben genannten empfehlen: Was genau will ich gerade jetzt messen? Eher die Beschreibungskategorien oder die Funktionalität bzw. die aktuellen, individuellen Entwicklungsstände? Denn wir brauchen beide in der Psychotherapie und beide sind gleich unentbehrlich.*

Als Fachperson «muss» man sich für etwas bewusst entscheiden, damit die weiteren Facharbeiten (Diagnosestellung und therapeutische Tätigkeit) vereinfacht werden können, etwa: Erfassung einzelner Facetten vs. Erfassung eines weiten Spektrums, Schweregraderfassung; Quantifizierung vs. Klassifikation; universelle und vergleichende Erfassung vs. spezielle (spezifische) konstruktnahe Ebene, Ist-Zustand (diagnostisch, prognostisch) vs. Prozess- und Veränderungserfassung, Therapieorientierung und Interventionsspezifizierung vs. allgemeine Einsetzbarkeit. Die Selektion zwischen den Aspekten und Dimensionen ist die eigene bewusste Wahl. So werden die diagnostischen Prozesse von der jeweiligen Strategie bewusst mitbestimmt.

Der Prozess der Diagnostik in der klinischen Psychologie, speziell der Psychotherapie, unterscheidet sich vom dem in anderen Diagnostikbereichen (zum Beispiel dem des Pädagogischen oder des rein Medizinischen) insofern, als er hier nicht primär «linear» angelegt ist, sondern «rekursiv». Die jeweils neu erhobenen diagnostischen «Daten» modifizieren oder ergänzen die bereits vorliegenden Daten und der oft schon mitlaufende Interventionsprozess produziert seinerseits ebenfalls neue «Daten» (vgl. Linster, 2010), laut Ganzach (1995) und Nietzel et al. (1994) «additiv» genannt.

«Daten» und «Informationen» sind kaum voneinander zu trennen. Bei beiden handelt es sich um einen Entdeckungs- und Aufdeckungsprozess, um eine «Konstruktion», entsprechend dem Diktum, dass die «endgültige» und/oder umfassende Diagnose erst am Ende einer Psychotherapie valide und reliabel vorliegt (vgl. Linster, 2010). Falls die Prozesshaftigkeit bevorzugt wird, kann sich ein sogenannter «offener Kanal» zwischen den Prozessbeteiligten entwickeln. Dadurch kann eine endlose Offenheit zur Authentizität, ein zeitlich nicht eingeschränkter Raum zur Entwicklung sowie eine permanent laufende «Kommunikation» entstehen, die eine auf Gegenwärtigkeit basierende Zusammenarbeit ermöglichen. An diesem Punkt wird das kategoriale Grundkonzept nicht kritisiert, sondern aus einer neuen Perspektive betrachtet, ähnlich wie ein Kettenglied in dem System, das in den 1960er Jahren im klinischen Bereich entstanden ist und durch die neuen

Generationen auch weiterentwickelt wird. Durch eine integrierte Sichtweise, ohne Vor- und Beurteilung, ob das Beobachtete gut oder schlecht ist, kann ein therapeutisch integriertes dimensionales Konzept aufgebaut werden, in dem die Vorteile und Nachteile der verschiedenen Richtungen gleichgültig und gleichgewichtig auf eine Metaebene vereinigt werden können. Es kann als ein System für den klinischen Bereich angesehen werden, das anstelle von Erwartungen die eigene Grenzsetzung indiziert und anstelle einer Suche nach Mängeln die Unterschiede als schlicht gegeben akzeptiert werden. Diesen Prozess kann die Person mit Leiden und Beschwerden schon bei der Diagnosestellung erleben. Trotz ihrer Störung ist sie genau so ein Mensch wie die Hilfsperson und kann – wenn ihr dies entsprechend gespiegelt wird – die Hoffnung entwickeln, dass sie irgendwann mit ihrem Tempo und auf ihre Art und Weise «gesund genug» sein darf. Ein Ausgangspunkt für die Beteiligten, in dem die Aktualität die Hauptrolle spielt und nicht zukünftige Annahmen. In diesem Zusammenhang verstehe ich unter Begriff «gesund genug» ein «Ich bin ich, mitsamt meiner Stärken und Schwächen».

Ich finde, durch ein integriertes dimensionales Konzept kann der Prozess «Erkennen-Verstehen-Handeln-Evaluieren» eine ganzheitliche, respekt- und wertorientierende Grundeinstellung hervorrufen und sich dadurch eine Vielzahl an neuen Wegen zur Entstehung der Berufsidealität öffnen.

## II. Neuartige Möglichkeiten der Bedeutung von der Rollenannahme in dem Diagnosestellungsprozess

In der Klinischen Psychologie, Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie sind verschiedene Annahmen über den Menschen und Gesundheit bzw. Krankheit in Anwendung. Diese Annahmen werden von der jeweiligen Kultur und den gesellschaftlichen Lagen und Interessen entscheidend bestimmt (vgl. Röhrle, 2008).

Aus historischer Sicht war am Anfang (im klinischen Diagnosestellungsbereich/im Bereich der klinischen Diagnosestellung) der Aspekt «Menschen als Individuen zu verstehen, die sich voneinander unterscheiden» verbreitet. Mit der Erscheinung des Eigenschaftsmodells wurde es fachlich interessant, die interindividuellen Unterschiede anhand stabiler Merkmale zu typisieren (zum Beispiel im Trait-Modell). Durch das taxonomische Interesse wird eine Gelegenheit geboten zu erweiterten Überlegungen der Bedeutungsrahmen der Modellannahme – nicht nur bezüglich Individuen, sondern auch bezüglich Zuständen wie Krankheiten, psychische Störungen und Affekten (vgl. ebd.). Tendenz und Bedarf nach weiteren Betrachtungen war immer präsent im psychologischen Bereich und ist gültig auch für unsere heutige Situation. Die Wende ist auf einer sukzessiven Art und Weise seit den 1960er Jahren bis heute eingetreten: zu einer Milieuorientierung, zur «situationistischen Diagnostik». Sie wurde bedingt durch:

1. Aus wissenschaftlicher Sicht definierten Kritiken (an

- der psychiatrischen Diagnostik und dem damit verbundenen medizinischen Krankheitsmodell),
2. die Einflüsse von Lerntheorien und Ökologischen Theorien,
3. das Verlieren der Personmerkmale zugunsten von Situationsmerkmalen an Gewicht bzw. «Interaktionismus»
4. Soziale Klimata,
5. die Erkenntnisse, dass durch Modifikation von Situationsmerkmalen individuelles Verhalten modifiziert werden kann
6. und die zunehmenden Interessen an modifikationsorientierter Diagnostik insgesamt.

In unserem 21. Jahrhundert werden die Ansprüche immer mehr an die energetischen und spirituellen Aspekte im diagnostischen und therapeutischen Bereich gestellt. Im Laufe der gesellschaftlichen Entwicklungen und damit veränderten Bedingungen entstehen neue diagnostische Aufgaben wie die Auswahl von qualifizierten Arbeitskräften, die Zuweisung bzw. Nichtzuweisung von Krankheitskategorien, um Arbeitskräfte zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl. Röhrle, 2008; Linster, 2010). Durch Medienberichte, Online-Priorität und «aktuelle gesellschaftliche Erwartungen» entstehen die Veränderungen des gesellschaftlichen bzw. individuellen Umgangs mit psychischen Störungen, «Therapierbarkeit», «Gesundheit-Kranksein» und «Menschensein», was sich sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf den anderen sozialen Ebenen auswirken kann. Dies kann ausserdem zu weiteren fachlichen Modifikationen führen, was auch wissenschaftlich nachgewiesen wurde:

«Aus Vergleichen von Mehrebenenanalysen ergab sich, dass die institutionelle Zugehörigkeit zu Therapierichtungen und/oder die subjektive Identifikation von TherapeutInnen mit bestimmten Therapiemethoden das tatsächliche Interventionsverhalten praktisch nicht vorhersagte. Vielmehr scheinen BehandlerInnen bis zu einem gewissen Grad einen persönlichen Stil entwickelt zu haben, der sie mehr oder weniger unterstützend, beratend, klärend, emotions-, deutungs- oder Therapieziel-orientiert arbeiten lässt (vgl. Tschuschke et al., 2016). Am deutlichsten sind es aber offensichtlich die PatientInnen selbst, deren Persönlichkeit und individuellen Bedürfnisse bestimmen, wie ihre TherapeutInnen die Sitzungen mit ihnen gestalten. Dies entspricht der von Lambert formulierten Forderung, wonach sich TherapeutInnen bemühen sollten, »matching techniques to client dispositions, personality traits and other diagnostic differences« (Lambert 2013, S. 206 und Norcross & Wampold, 2011).

Der erstaunlichste Aspekt der modernen Psychotherapie ist die Anzahl konkurrierender Schulen und der Mangel an Übereinstimmung zwischen ihnen. Es bestehen grosse Differenzen über grundlegende Fragen: Was sind die Dimensionen der menschliche Psyche, und was sind ihre wichtigsten motivierenden Kräfte? Warum entstehen Symptome, und was bedeuten sie? Welche Themen, die die Klienten in die Therapie bringen, haben zentrale Bedeutung, und welche sind weniger relevant? Welche Techniken, Strategien oder diagnostische Mittel sollten zur Messung und Korrektur oder zur Verbesserung der emotionalen, psychosomatischen und

der sozialen Situation der Klienten angewandt werden? Es gibt so viele Antworten auf die Fragen, wie es Schulen der Psychotherapie gibt» (Grof, 2015, L. 518).

Durch diesen Mangel an Übereinstimmung von Theorien und Praxis in der Psychotherapie kann ein sogenanntes Unbefriedigtsein entstehen. Unter diesen Umständen kann ein Klient mit einer emotionalen oder psychosomatischen Störung eine Psychotherapieschule quasi auswählen als werfe er eine Münze. Dann wird ein angehender Therapeut aufgrund der gelernten Theorien und Methoden damit umgehen, die Problematik zu überwinden. Vermutlich stellt er sich nicht die kritische Frage von Stanislaw Grof: «Sagt seine Wahl mehr über die Persönlichkeit des Bewerbers aus als über den Wert der Schule?» Dadurch kann das Problem der sogenannten fachlichen Isolation hervorrufen werden: Die Dynamik wird durch die psychotherapeutischen Schulen auf einer bestimmten Ebene der Psyche korrekt und bestimmt beschrieben, ihnen fehlt aber das Verständnis der Phänomene aus anderen Ebenen des Bewussten. Sie versuchen dann meistens diese Erscheinungen in ihrem eigenen begrenzten konzeptionellen Rahmen zu interpretieren.

«Ein wirksames und nützliches psychotherapeutisches System muss alle Ebenen der Psyche anerkennen und akzeptieren. Welche Inhalte in der Sitzung erforscht und verarbeitet werden, wird durch die Dynamik des Unbewussten des Klienten und seines eigenen psychologischen Prozesses bestimmt. Die TherapeutIn muss über einen genügend breiten konzeptuellen Rahmen verfügen, um seine KlientInnen auf allen Ebenen ihres Unbewussten begleiten zu können – biografisch, perinatal und/oder transpersonal – und ihre entsprechenden Erfahrungen zu unterstützen» (Grof, 2015, L. 485; Vaughan, 1993).

Wenn wir von dem integrierten psychotherapeutischen Konzept von Wolfgang Senf (2017) ausgehen würden, kann ein integriertes dimensionelles System dargestellt werden (siehe Abbildung 1). Beim ersten Treffen mit einer Person mit Leiden und Beschwerden treten wir durch den Diagnosestellungsprozess in den psychotherapeutischen Prozess «ein». Automatisch fängt die Kommunikation zwischen den Prozessbeteiligten in der Phase «Erkennen» an. Wie ich schon früher erwähnt habe, ist die Diagnosestellung

schon ein wichtiger Schritt in der Psychotherapie. Seine Auswirkung kann auch sehr prägend sein.

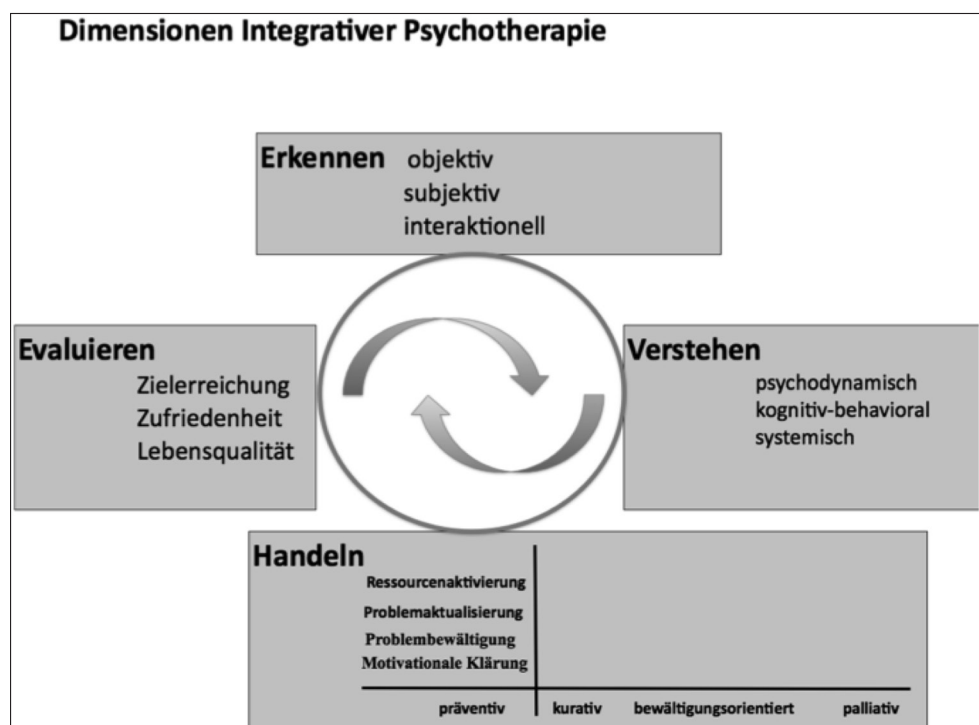
Anhand Abbildung 1 kann eine mögliche integrierte Struktur erfasst werden, wodurch ein universelles jedoch individuelles therapeutisches Modell als Bedeutungsmöglichkeit darlegt werden kann.

An dieser Stelle möchte ich die Rolle der subjektiven bzw. interaktionellen Faktoren abwägen, die ein integriertes Bild von der therapeutischen Einstellung zeigen können, deren Auswirkungen den ganzen therapeutischen Prozess beeinflussen werden. Dabei halte ich die Gegengewärtigkeit und die Authentizität, die diese oben erwähnte integrierte und dimensionelle Sichtweise «fundieren» können, für wichtig.

Mit Absicht bezeichne ich in diesem Beitrag eine «Person mit momentanen Leiden und Beschwerden», die zur Therapie kommt und zur Diagnosestellung geht, nicht als «PatientIn» oder «KlientIn». Ich mache einen Versuch, einen neuen Terminus dafür einzuführen, eine unpolarierte Grundposition zu vermeiden. Aus meiner Sicht fängt schon die therapeutische Wirkung mit der Benennung und «Anrede» an.

Auf Grundlage der transaktionalistischen Sicht kann eine «Ich bin ok, du bist ok» («dein Leiden ist aktuell») Botschaft direkt und indirekte Weise vorausgesetzt und kommuniziert werden, sodass es möglich wird, eine balancierte und auf Menschlichkeit basierende soziale Position von Anfang an herzustellen, die rasch und unbewusst ein heilendes Muster hervorruft und dadurch einen heilenden Input gibt, entsprechend zu einem «Reiz» werden kann. Es ist nicht einfach und selbstverständlich, sondern abhängig von der Reife der Persönlichkeit der jeweiligen TherapeutIn – vom «Facilitator», wie Stanislaw Grof es ausdrückte, bzw. von Yaloms «Wegbegleiter» (Yalom, 2013, S. 318). Aus meiner Sicht ist er ein Fachbegleiter, Unterstützer und

Abb. 1:  
Dimensionen  
Integrativer  
Psychotherapie  
(Senf, 2017).





«Gleichmensch»<sup>1</sup>, mit Stärken und Schwächen, der den therapeutischen Prozess für eine bestimmte Zeit begleitet und sich darauf konzentriert, mit der ihm gegenüberstehenden Person mit Leiden und Beschwerden wahrhaftig seelisch und körperlich zusammenzuarbeiten. Zur Verfügung steht ihm die Fähigkeit und Bereitschaft, die Maske der Autorität wegzunehmen und nicht in einer Rolle zu erscheinen. Es ist nämlich kontraproduktiv, wenn die TherapeutIn für die Person mit Leiden und Beschwerden undurchsichtig und im Verborgenen bleibt. Alles spricht dafür, sich der Person mit Leiden und Beschwerden zu enthüllen, und nichts für einen Gewinn durch Heimlichkeit. Wenn ich als therapeutische Begleiterin dieses Thema anspreche, stosse ich trotzdem oft auf erhebliches Unbehagen, das zum Teil von der Ungenauigkeit des Begriffs «Selbstoffenbarung» herrührt. Laut Yalom (2013) ist die therapeutische Selbstoffenbarung, keine einzelne Verhaltensweise, sondern eher ein sogenanntes Bündel von Verhaltensweisen, von denen einige unweigerlich die Therapie erleichtern und andere problematisch und potenziell kontraproduktiv sind.

Das Wichtigste, was wir TherapeutInnen einem zu uns kommenden Menschen mit Leiden und Beschwerden geben können, ist eine authentische, heilsame Beziehung, die es ihm ermöglicht, nach und nach zu gesunden. Wir machen uns etwas vor, wenn wir glauben, dass irgendeine bestimmte Aktion, sei es Interpretation, Suggestion, Relabelling oder Bestärkung der Heilfaktor schlechthin ist. Für die Personen mit Leiden und Beschwerden ist es wichtig, dass eine für ihn bedeutsame Person ihn als bedeutsam erachtet.

*Seit ich mich für diesen Weg entschieden habe, will ich authentisch in der Psychotherapie reagieren und nicht mehr «gewinnen» oder «besser wissen», will nicht mehr die Kontrolle über einen anderen Menschen (zum Beispiel über Personen mit Leiden oder Beschwerden) oder über eine Situation mir aneignen, weil ich weiss, dass es weder richtig noch fruchtbar ist, jemand überzeugen oder mich verteidigen zu wollen. Ich versuche, einfach ich zu sein, auch wenn ich einen Fehler mache (zum Beispiel ein Formular vergesse in die Sitzung mitzubringen etc.), zu anderen Menschen in Beziehung zu treten und eine direkte, wahre, menschliche, gegenwärtige Verbindung zu ihnen herzustellen. Mein therapeutisches Handeln gründet in einer Position der Fürsorge, Achtsamkeit und des «Daseins» für mich bzw. für uns selbst und für die Person mit Leiden oder Beschwerden, mit einem Bewusstsein für den momentanen Kontext. In meiner klinischen Arbeit bemerke ich seitdem eine sehr wesentliche positive Auswirkung, wie ich «mit meinen Fehlern oder Unsicherheiten» während der Sitzung umgehe und teilweise kommuniziere. Das macht mich menschlich und die anderen auch. Sobald ich bei Person mit Leiden zurückfrage: «Dürfen Sie auch Fehler machen?» und ich mit Gegenwärtigkeit auf ihre Antworten reagiere («Aha, wir dürfen auch alle, weil wir Menschen sind.») oder/und*

*provokant, wenn die Person mit Leiden «Nein» antwortet: «Ach schade, ich finde einen Fehler zu machen, kann ganz hilfreich und menschlich sein.» Die Personen spüren und äussern, dass sie danach ein bisschen erleichtert sind.*

Virginia Satir forderte die TherapeutInnen dazu auf, auf der Ebene Kongruenz, der allgemeinen Gleichwertigkeit der Menschen Kontakt zu ihren KlientInnen aufzunehmen. Dies wird eine Befähigung (empowerment) beider Seiten implizieren, und es intensiviert bzw. legalisiert auch auf beiden Seiten das Gefühl innerer Stärke. Gleichzeitig wird auf die Bedeutung des beispielhaften Vorlebens (modeling) von Kongruenz hingewiesen, was die Wachstumsmöglichkeiten der Person mit Leiden und Beschwerden erheblich steigert (vgl. Satir et al., 2011). Kongruenz bezeichnet sowohl einen Seinzustand als auch eine Qualität des Kommunizierens. Es betrifft verschiedene Komponenten sowie verhaltens- und kommunikationsbezogene, kognitive-, emotionelle und konative Faktoren.

Zum Erreichen der Kongruenz können die folgenden wichtigsten verhaltens-, und kommunikationsbezogene Schritte benannt werden:

- «1. Sei dir dessen bewusst und akzeptiere, dass du Wahlmöglichkeiten hinsichtlich deiner Art zu antworten hast.
2. Bleibe auf allen Ebenen (Erwartungen, Wahrnehmungen und Gefühlen) mit all dem in Kontakt, was in der Gegenwart in dir vor sich geht.
3. Stehe für das ein, was von dir kommt, seien es Worte, Körperbotschaften oder Handlungen.
4. Kommuniziere und antworte mit Ich-Botschaften.
5. Vermittle klar, dass du für das, was du sagst oder tust, einsteht.
6. Teile in beschreibender – statt in urteilender – Sprache mit, was in dir vor sich geht sowie auch was du die andere Person sagen und tun siehst und hörst.
7. Schenke der psychischen Distanz und Nähe Beachtung, für die du dich entscheidest, wenn du zu jemandem in Kontakt trittst. Richte es so ein, dass du dich, in Augenhöhe und in einer dir angenehmen Nähe zu jener Person befindest» (Satir et al., 2011, S. 100).

Beim Einüben von Kongruenz können die folgenden kognitiven Komponenten für wichtig gehalten werden: Überzeugungen von menschlichen Fähigkeiten, die Grundeinstellung der eigenen Position, die Grundeinstellung von Aufmerksamkeitniveau und Wahrhaftigkeit (vgl. ebd.), Sinnbegriffungsvermögen, Bereitschaft für «Offensein für alles» sowie dimensionell definierte Selbstdisziplin (vgl. Krasznai, 2011).

Durch die konativen Komponenten können das Wertesystem, die Einstellung von Verantwortungsannahme und «Konsequentsein» definiert und vorausgesetzt werden.

Aufgrund des Persönlichkeitsmodells von Éva Berentés kann diediesbezügliche Persönlichkeitsstruktur, als die Struktur der Reife Persönlichkeit ausführlich und einzigartig erfasst werden:

- «I. Kognitive Eigenschaften der reifen Persönlichkeit
  - I.1. reale Selbst- und Wirklichkeitswahrnehmung = wirklichkeitstreue/wahre Wahrnehmung

<sup>1</sup> Das heißt: zwei Menschen sprechen auf Augenhöhe.

- Fähigkeit der Unterscheidung zwischen Meinungen und Tatsachen
  - reale-, positive Selbststrukturen
  - reifes Realitäts-, Massbewusstsein
- I.2. Innovation (Befähigung zu Neuem)
- I.3. Integrität als Lebensphilosophie, spirituelle Reife
- II. Interpersonelle Eigenschaften der reifen Persönlichkeit
- II.1. in den Beziehungen: annehmend
- beurteilunglos
  - Respekt für die Grenze von anderen
- II.2. Bedürfnis nach gegenseitigen Beziehungen
- II.3. Emotionale Intelligenz
- III. Konative Eigenschaften der reifen Persönlichkeit
- III.1. wirksame Lebensführung
- III.2. in Balance zu sein bzgl. Lebensführung, Denken, Handlung
- III.3. Stabilität in den Gewissensfunktionen
- III.4. Assertivität» (Berentés, 2012, S. 205)

All das macht uns auf Selbsterfahrungen noch mehr aufmerksam. Dadurch kann eine reale und adäquate, wahre und individuelle Wahrnehmung sowie eine authentische therapeutische Zuwendung entwickelt werden.

Durch dieses bewusste Rollenannehmen kann die persönliche therapeutische Rolle und daraus folgende therapeutische Zielsetzung entstehen, die in den ganzen Prozess heilsam einwirken und diesen dadurch kontinuierlich ändern und weiterentwickeln kann. Dies ist eine gewaltige herausfordernde und niemals endende Aufgabe: unser Selbst zu erkennen (vgl. Itten, 2016). Was kann eine grenzenlose Freiheit, die Verantwortung und eine ganz neu interpretierte Hierarchie ohne soziale Distanz bieten?

Aktuell wird in Psychotherapiestunden zu stark vermittelt, wie wichtig eine Diagnose ist. Meistens fordern die Standard-Krankenversicherungen bzw. Krankentagegeld-Versicherungen bewusst, dass die ÄrztInnen und TherapeutInnen rasch eine präzise, wissenschaftlich nachgewiesene und codifizierte Diagnose stellen, um dann mit einer kurzen, Leitlinien entsprechenden, störungsspezifischen Therapie zu beginnen, die der jeweiligen Diagnose entspricht. So kann eine mögliche Prognose und ein zugehöriger Behandlungsplan aufgebaut werden. Das klingt professionell, logisch und effizient. Mit der Realität hat es nicht unbedingt viel zu tun. Es stellt nämlich den illusorischen Versuch dar, wissenschaftliche Genauigkeit bzw. «Berechenbarkeit» zu erwirken, wo sie weder möglich noch wünschenswert ist. Wir verlieren nämlich unsere Spontaneität und Offenheit für nicht vorhersagbare Reaktionen derjenigen Menschen, die zu uns kommen, um Hilfe zu erhalten.

*Ich finde, die Psychotherapie ist ein sich langsam entfaltender, dynamischer, konstruktiver, komplexer «Energieprozess», der aus unserer Zusammenarbeit entsteht und in dessen Verlauf die TherapeutIn versucht, die PatientIn so gut wie möglich im Hier und Jetzt kennenzulernen. Falls wir eine Diagnose gestellt haben, können wir dazu neigen, diejenigen Seiten der PatientInnen, die nicht zu der jeweiligen Diagnose passen, selektiv auszugrenzen und*

*entsprechend übermässig aufmerksam zu sein für subtile Eigenarten, die unsere sogenannte Anfangsdiagnose zu bestätigen scheinen (vgl. Yalom, 2010). Jemanden als Borderline-PatientIn einzustufen, kann ganz schnell dazu beitragen, dass genau diese Züge stimuliert und verfestigt werden, weil wir die störungsspezifischen Merkmale kennen, wodurch wir unser Blickfeld verengen sowie unsere Fähigkeit mindern, den anderen als einen «Menschen» wahrzunehmen.*

*Eine Diagnose ist fraglos entscheidend beim Erwägen der therapeutischen Behandlung von klinischen Störungen mit biologischem Substrat, kann sich jedoch ganz kontraproduktiv ohne Bewusstsein der gegenwärtigen Wahrnehmung auswirken. Für mich geht es bei der Diagnosestellung ebenso wie in der Psychotherapie um die Persönlichkeitsentwicklung: «sich selbst weiter zu schärfen und reifen».*

*An dieser Stelle muss ich auch die Rolle und Wichtigkeit der Bedeutung anderer Personen mit (vergleichbaren) Leiden erwähnen. Die Personen mit Leiden und Beschwerden lernen nämlich voneinander nicht nur, wie sie mit Symptomen umgehen können, sondern auch, ob sie «richtige Borderliner» oder eher der «impulsive Typ» sind. Sie identifizieren sich nicht nur mit den Diagnosen oder mit den darauf folgenden Therapieerfolgen, sondern auch mit den schlechten und positiven Erfahrungen und Verhaltensweisen der anderen, nicht wenige lernen auf diesem Weg ihr Scheitern. Für mich als Mensch und auch als Psychologin ist es wichtig, den ratsuchenden Personen bei der Wahrnehmung von individuellen Unterschieden zu helfen, und ihnen meine Unterstützung anzubieten, damit sie mit diesen Unterschieden ohne Beurteilung umgehen sollen. Und dies gilt auch für mich. Denn genau dies heisst für mich Akzeptanz und authentische therapeutische Begleitung, weil ich weiss aus meiner therapeutische Selbsterfahrung, dass dahinter unglaublich viel Kraft, Energie, Arbeit, «Schweiss» und «Menschlichkeit» steckt.*

### III. Fazit

Heutzutage werden mindestens 400 verschiedene therapeutische Vorgehensweisen im klinischen Bereich angewendet (vgl. Garfield & Bergin, 1994; Karasu, 1992) und die diagnostischen Möglichkeiten sowie das therapeutische «Methodeninventar» werden durch weitere Forschungen und durch neue Aspekte ergänzt und erweitert. Dies führt dazu, dass zwar eine unglaubliche Vielfalt und dadurch keine prinzipielle Einseitigkeit im Behandlungsfeld existiert, jedoch auch das Risiko zur Isolation der selbst ausgewählten therapeutischen Richtung/Sichtweise birgt. Zentrale Fragen im Umgang mit dieser Situation sind: «Wo positioniere ich mich im therapeutischen Prozess?»; «Wie definiere ich mich und wie definiere ich meine Verantwortung in diesem Prozess?» und «Was ist mein Ziel für den therapeutischen Prozess seit der ersten Begegnung mit der Person mit Leiden/Beschwerden?». Zwar geht es aktuell um das Thema *klinische Diagnosestellung*, aber dies ist schon ein wichtiger erster Schritt

zur Therapie. Diese erste Begegnung kann sich günstig und/oder ungünstig auf den ganzen Therapieverlauf auswirken. In diesem ersten Schritt geht es darum, den «Grundstein» zu legen, als «Begleitperson, Hilfsperson oder vielleicht Vorbild», sowie man sich (mit-)bestimmt/charakterisiert. Zudem wird dabei – durch Intersubjektivität – die eigene therapeutische Identität bewusst und die Reife der Persönlichkeit entwickelt.

Der individuell definierte Bedeutungsrahmen der Diagnosestellung und die Rolle von TherapeutInnen in der Psychotherapie entsteht schon über eine sich selbst definierte Ausgangsposition, die den weiteren Prozess beeinflusst. Wird ein Individuum mit Beschwerden als krank (Patient oder Patientin) angeschaut oder sogar als gehandikapt behandelt, hat das zur Folge, dass sie sich an diese Rolle und den damit einhergehenden Erwartungen bewusst bzw. unbewusst anpasst. Unbewusst werden diese Personen sich in die Rolle «minderwertig, weniger als du» hineinbegeben (vgl. Comer, 2005). Durch die therapeutische Kommunikation bestätigt, wird sich auf diesem Muster die von den TherapeutInnen nicht gewollte Vorstellung «Ich bin nicht ok, du bist ok»-Lebenseinstellung aufbauen (vgl. Berne, 2010). Dadurch kann schnell eine hierarchische Position in der therapeutischen Beziehung entstehen, mit der den Kriterien der Gegenseitigkeit geschadet wird. Virginia Satir ermahnt die Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen daher wie folgt: «Du bist deinen Klienten und Klientinnen »nur ein bisschen« voraus. Im Wissen, dass Veränderung möglich ist und der Wunsch da ist, Veränderungen vorzunehmen, dies sind zwei ersten grossen Schritte» (Satir et al., 2015, S. 105).

Abschliessend bleibt meine Fragestellung ohne eine konkrete Antwort. Es regt jedoch dazu an, eigene Überlegungen anzustellen: Wäre es irgendwann möglich mittels integrierender Art und Weise sowohl an der eigenen Selbstentwicklung wie auch in der psychotherapeutischen Situation zu arbeiten und beide Seiten der Therapie zusammen bewusst zum Ziel zu machen? Schon während des Diagnosestellungsprozesses? Und zwar unabhängig davon, welchen Status man hat: Die Person mit Leiden und Beschwerden und die Person mit Fachwissen über körperliche/organische sowie psychische Beschwerden agieren gleichwertig. Bleibt das eine Utopie des 21. Jahrhunderts oder kann verwirklicht werden, dass die Eigenverantwortung durch einen offenen, auf Gegenwertigkeit basierenden dynamischen Prozess definiert wird, anstatt durch eine polarisierte Sichtweise, die gesetzmässig eine statusorientierte und machtorientierte Selbstbestimmung zur Folge hat, die PatientInnen in eine Hierarchie drängt? Ob das ärztliche oder therapeutische «Scheinbild» in der arbeitsbezogenen Position eher auf Menschlichkeit basiert und sich die Integrität der Betonung von Ausschliesslichkeit fortzieht, das kann jeder/jede für sich selbst entschieden. Alle haben Wahl und das Potenzial zur Entscheidung!

## Literatur

- Bakos, F. (2013). *Idegen szavak szótára*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Bastine, R. & Tuschen, B. (1996). Klinisch-psychologische Diagnostik. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie: Band 1. Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 195–268). Göttingen: Hogrefe.
- Bastine, R. (1992). *Klinische Psychologie (Band 2). Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, psychosoziale Intervention*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer. <http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/bastine1992bd2> (19.02.2018).
- Barwinski, R. (2017). Intersubjektivität und Selbstreflexion. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(1), 23–31.
- Berne, E. (2010). *Emberi játsszámák*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Bengel, J. & Helmes, A. (2005). Rehabilitation. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3., vollständig überarbeitete Auflage, S. 430–553). Bern: Huber.
- Berentés, É. (2012). *Az érett személyiség. Az emberi siker, a hatékonyság és a boldogulás személyiség háttere*. Budapest: Pro Personal Kiadó.
- Comer, R.J. (2005). *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Fischer, G. (2007). *Kausale Psychotherapie*. Kröning: Asanger.
- Ganzach, Y. (1995). Nonlinear models of clinical judgment: Meehl's data revisited. *Psychol. Bull.*, 118(3), 422–429.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1994). Introduction and historical overview. In A.E. Bergin & Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Geller, J.G., Norcross, J.C. & Orlinsky, D.E. (2005). *The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Patient and Clinician Perspectives*. Oxford, Univertisty Press.
- Grof, S. (2015). *Revision der Psychologie. Das Erbe eines halben Jahrhunderts Bewusstseinsforschung*. Solothurn: Nachtsschattenverlag AG.
- Grof, S. (2008). *A jövő pszichológiája*. Budapest: Pilis-Print Kiadó.
- Harris, Th.A. (2011). *Ich bin o.k. Du bist o.k. Wie wir uns selbst besser verstehen und unsere Einstellung zu anderen verändern können – Eine Einführung in die Transaktionsanalyse*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Itten, Th. (2014). *Grössenwahn. Ursachen und Folgen der Selbstüberschätzung*. Zürich: Orell Füssli Verlag AG.
- Itten, Th. & Roberts, R. (2016). *Politik der Erfahrung. Kritische Überlegungen zur Entwicklung von Psychologie und Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.). (1999). *Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch* (4. Auflage). Weinheim: Beltz, PVU.
- Karasu, T.B. (1992). The wors of times, the best of times. *J. Psychother. Prac. Res.*, 1, 2–15.
- Kumbier, D. (2013). *Das innere Team in der Psychotherapie. Methoden- und Praxisbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik. Grundlage und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Krasznai, A. (2011). Diplomarbeit: Die psychologischen Aspekte der personenzentrischen Rollenannahme als Lehrer: Die vergleichende Untersuchung der disziplinierten Persönlichkeit formenden Faktoren im Zusammenhang der Ideologie der Erzieher und Erzieherinnen. Budapest: ELTE.
- Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl., S. 169–218). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Linster, H.W. (2010). Psychologische Diagnostik in der Klinischen Psychologie, rehabilitationspsychologie und Psychotherapie. Einführung und Ueberblick. Online Handout. <https://www.psychologie.unifreiburg.de/studium.lehre/bachelor.of.science/skripte/frueheresem.html/lpm/lpmlinster/klindiagno> (06.10.2017).
- Nietzel, M. T., Bernsteil, D. A. & Milich, R. (1994). *Introduction to clinical psychology* (4. Auflage). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Norcross, J. C. & Wampold, B. R. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127–132.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). Therapeutic work and professional development: Main findings and practical implications. *Psychotherapy Bulletin*, 40, 20–37.
- Röhrle, B. (2008). Aufgaben und Hintergründe. In B. Röhrle, F. Caspar & P. F. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 13–29). Stuttgart: Kohlhammer.
- Satir, V., Banmann, J., Gerber, J. & Gomori, M. (2015). *A Satir-modell. A családterápia és ami azon túl van*. Budapest: Ursus Libris.
- Satir, V., Banmann, J., Gerber, J. & Gomori, M. (2011). *Das Satir-Modell. Familientherapie und ihre Erweiterung*. Paderborn: Junfermann.
- Sedlak, F. & Gerber G. (1976). Beziehung als Therapie. Therapie als Beziehung. Michael Balints Beitrag zur heilenden Begegnung. <http://www.unsere-jugend.de/pdf/volltext012572.pdf> (01.11.2017).
- Senf, W. (2017). Psychotherapeutische Beziehung. Alles gleich doch verschieden? Perspektiven der psychotherapeutischen Schulen. Online Handout. [https://www.pukzh.ch/default/assets/file/handout\\_prof.\\_w.\\_senf.pdf](https://www.pukzh.ch/default/assets/file/handout_prof._w._senf.pdf) (12.10.2017).
- Schmale-Rieder, A. (2016). *Der bewusste Lebensplan. Das Skript in der Transaktionsanalyse. Typische Muster und therapeutische Strategien*. München: Kösel-Verlag.
- Stamateas, B. (2015). *Toxische Gefühle. Wie wir emotionale Verletzungen heilen können und inneren Frieden finden*. München: dtv.
- Stieglitz, R.-D. (2008). Klinische Diagnostik. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 19–40.
- Strotzka, H. (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Tschuschke, V., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schlegel, M. & Schultess, P. (2016). Die Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. *Psychotherapeut*, 61(1), 54–65.
- Vaughan, F. (1993). Healing and Wholeness: Transpersonal Psychotherapy. In R. Walsh & F. Vaughan (Hrsg.), *Paths Beyond Ego: The Transpersonal Vision* (S. 160–165). Los Angeles, CA: J. P. Tarcher.
- Wittchen, H.-U. & J. Hoyer (Hrsg.). (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wyl, von A., Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda-Lutz, M. & Schultess, P. (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Yalom, D. Y. (2008). *Ein menschliches Herz*. München: btb Verlag in der Verlagsgruppe Random House GmbH.
- Yalom, D. Y. (2010). *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: Goldmann Verlag.
- Yalom, D. Y. (2013). *A magyar macska átka. Pszichoterápiás mesék*. Budapest: Park Könyvkiadó.
- Yalom, D. Y. (2015). *Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie*. München: btb Verlag in der Verlagsgruppe Random House GmbH.

## A reflection on an integrated perspective in psychotherapy

What determines the opinion of the psychotherapist during the psychotherapeutic process?

The role of diagnostics in the psychotherapeutic process is questionable in various ways: On the one hand, clinical diagnostics demonstrate a commitment to a pathology- and deficit-oriented medical model from which the indications for therapy are developed. The existence of various forms of therapy, on the other hand, tie the diagnosis of mental disorders to line-specific phenomena for which the medical model has only limited applicability. The question may be provocative

but also forward-looking. Depending on the individual level of specialist interest or position one can follow the explanations.

My contribution attempts to address some aspects along with the resulting questions and problems, as well as the advantages of medical cooperation in the context of clinical diagnosis and to create an individual space for it in psychotherapy through the use of «disciplinary identity».

**Keywords:** Clinical Diagnostics, Diversity, Authenticity, Models, Role, Psychotherapy, Disciplinary Identity

## Una riflessione da un punto di vista integrato nell'ambito della psicoterapia

Da cosa dipende la risposta dello/a psicoterapeuta nel corso del processo psicoterapeutico?

Nel processo psicoterapeutico il ruolo della diagnostica risulta dubbio in molti rispetti: da una parte la diagnostica si trova obbligata a un modello medico orientato alla patologia e alla carenza, a partire dal quale vengono impostate le indicazioni per una terapia. D'altro lato a causa dei diversi indirizzi terapeutici la diagnostica dei disturbi psichici si rivolge a campi fenomenici specifici in cui viene necessariamente utilizzato il modello medico. La questione può essere provocante ma anche orientata al futuro. Per ogni livello individuale di interesse specialistico o in modo corrispondente all'impostazione possono seguire le argomentazioni.

Il mio contributo tenta di tematizzare alcuni aspetti e le domande e i problemi da essi derivanti nonché i vantaggi riguardo alla collaborazione medica nella diagnosi clinica e dare loro una posizione individuale nella psicoterapia grazie all'«identità specializzata».

**Parole chiave:** diagnostica clinica-psicologica, diversità, autenticità, modelli, ruolo, psicoterapia, identità specializzata

## Die Autorin

Angéla Szalontainé Krasznai, MSc, Studium an der Universität ELTE Budapest (Ungarn), ist delegierte Psychotherapeutin im ambulanten Rahmen im psychosomatischen Bereich. Sie ist Mitglied in folgenden Organisationen und Verbänden: FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), SSCP (Swiss Society for Coaching Psychology), SAPP (Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin), ICF (International Coach Federation) und aussenordentliche Mitglied der Systemisch (Schweizerische Vereinigung für systemische Therapie und Beratung). Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Analyse der Persönlichkeitsentwicklung sowie Förderung der Motivationsbasis bzw. Disziplin.

## Kontakt

Angéla Szalontainé Krasznai, Psychologin FSP  
Waldeggstrasse 1  
CH-9500 Wil  
Schweiz  
E-Mail: smileka@gmail.com

# Hiérarchie ou responsabilité par le diagnostic clinico-psychologique dans la psychothérapie ?

Une réflexion sur une perspective intégrée dans le cadre de la psychothérapie

Angéla Szalontainé Krasznai

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 45–46 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.08

*Mots-clés* : diagnostic clinico-psychologique, diversité, authenticité, modèle, rôle, psychothérapie, identité de branches

Je vous prie de : Fermer les yeux et de plonger en vous-même. Observez ce qui se passe en vous, physiquement et mentalement, pendant que vous le faites. Si vous avez la sensation que vous pouvez en tant qu'être humain développer une relation à la personne assise devant vous avec des affections et des troubles, que vous pouvez devenir confiant et congruent par rapport à elle/lui et approfondir la connexion à elle/lui, faites-en une annotation mentale. Ouvrez alors les yeux, regardez la personne devant vous, et exprimez à votre manière les sentiments et la perception physique que vous avez sur vous-même et à l'encontre de l'autre personne. Et commencez à travailler dessus.

Dans ce processus, la première étape consiste à détecter et à accepter que chaque être humain que nous rencontrons est capable d'activer nos projections et, en raison des souvenirs, nos anciens stéréotypes. Lorsque nous pouvons faire la différence entre ce que nous voyons à trier dans nos tiroirs et que nous ne sommes pas toujours conscients que cela s'est passé. Lorsque nous l'avons décelé, nous pouvons commencer à nous occuper de la situation et à développer une différence précise entre les faits et nos opinions.

Il est pour moi important en tant que thérapeute de reconnaître : Notre objectif doit être d'avoir consciemment et clairement devant les yeux que nous voyons toujours seulement ce que nous voyons et que cette image est une partie de nous et ne dit rien sur l'autre personne (par ex. cliente, patiente, ou personne avec des affections/troubles), lorsque nous regardons quelqu'un pour la première fois. « Absolument rien. » (Satir, 2011, p. 381) Cela peut être assimilé à un piège dans la pose de diagnostic, dans lequel le/la thérapeute essaie d'élaborer rapidement une description précise ou « exclusive » de visages et de la dynamique interne de certaines personnes, puis de considérer la partie comme la totalité.

Dans l'établissement clinique de diagnostic, l'objectivité thérapeutique est de mise. Selon moi, il est nécessaire qu'une acceptation thérapeutique de rôle soit consciemment possédée afin que nous évoluions vers une plus grande proportion de certitude, vers nos relations thérapeutiques plus intimes et vers plus d'attention de la

personne avec des affections/troubles et envers les autres aussi.

La difficulté est dans ce travail interne : Aujourd'hui, au moins 400 différentes méthodes thérapeutiques sont utilisées dans le domaine clinique (Garfield & Bergin, 1994 ; Karasu, 1992) et les possibilités de diagnostics ainsi que l'« inventaire méthodique » thérapeutique sont complétés par d'autres recherches et de nouveaux aspects et toujours et encore élargis. Ce qui a pour résultat qu'il existe une incroyable multitude, mais qui cache aussi le risque d'isolement de l'approche thérapeutique sélectionnée soi-même. Les questions centrales sont : « Comment je me positionne dans le processus thérapeutique ? » ; « Comment je me définis et comment je définis ma responsabilité dans ce processus ? » et « quel est mon objectif de processus thérapeutique depuis la première rencontre avec la personne avec des affectations/troubles ? ».

Certes, le thème actuel est l'*établissement clinique de diagnostics*, mais cela constitue déjà une première étape importante vers la thérapie qui peut avoir un effet favorable et/ou défavorable sur tout le déroulement de la thérapie. Dans cette première étape, il s'agit notamment de poser « la première pierre » en tant « qu'accompagnant, auxiliaire ou peut-être modèle », et notamment exactement de la manière dont on se définit ou se caractérise soi-même en tant que thérapeute. Par ailleurs, l'identité thérapeutique est consciemment développée par l'intersubjectivité et la maturité de la personnalité. Ce cadre significatif défini individuellement de l'établissement de diagnostics et le rôle des thérapeutes dans la psychothérapie influencent la position de départ définie soi-même dans le contexte thérapeutique, et également le processus thérapeutique ultérieur.

Si un individu avec des troubles est considéré comme malade (patient(e)) ou traité même comme handicapé, cela a pour conséquence qu'il s'adapte consciemment ou inconsciemment à ce rôle et aux attentes qui y sont associées. Inconsciemment, ces personnes vont se structurer dans le rôle « inférieur, moins que toi » (Comer, 2005) et par la communication thérapeutique, la représentation que les thérapeutes ne veulent pas se confirmer en

se construisant sur ce modèle : « je ne suis pas OK, tu es OK » – Philosophie de vie (Berne, 2010). Ce qui peut faire naître rapidement une position hiérarchique dans la relation thérapeutique, qui porte préjudice aux critères de la réciprocité.

Au final, mon interrogation reste sans réponse concrète. Cela incite toutefois à émettre quelques réflexions : Serait-il possible à un moment à l'aide d'une méthode intégrante de travailler à la fois sur l'auto-développement personnel et dans la psychothérapie et de prendre consciemment pour objectif les deux parties ensemble de la thérapie ? Déjà pendant le processus de l'établissement de diagnostics ? Indépendamment du statut : La personne avec des affections/troubles et la personne avec l'expertise sur les troubles physiques et organiques ainsi que psychiques agissent de la même manière.

Est-ce que cela reste une utopie du 21<sup>e</sup> siècle ou est-il possible de concrétiser que l'auto-responsabilité soit définie par un processus ouvert, dynamique basé sur la réciprocité, au lieu d'être définie par une vision polarisée qui a légitimement pour conséquence une autodétermination orientée vers le statut et le pouvoir de forcer les patients dans une hiérarchie ? Que le « trompe-l'œil » médical ou thérapeutique dans la position liée au travail repose plutôt sur l'humanité et déplace l'intégrité de l'accentuation d'exclusivité, chacun(e) peut le décider

pour soi-même. Tous ont le choix et le potentiel de décision !

### L'auteure

*Angéla Szalontainé Krasznai*, MSc, études à l'université ELTE Budapest (Hongrie), est psychothérapeute déléguée dans le cadre ambulatoire dans le domaine psychosomatique. Elle est membre des organisations et associations suivantes : FSP (Fédération suisse des psychologues), SSCP (Swiss Society for Coaching Psychology), ASMPP (Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale), ICF (International Coach Federation), et membre extraordinaire de Systemis.ch (Association suisse de la thérapie et des conseils systémiques). Le point central de ses recherches est l'analyse du développement de la personnalité ainsi que la promotion de la base motivationnelle et la discipline.

### Contact

Angéla Szalontainé Krasznai  
Psychologue FSP  
Waldeggstrasse 1  
CH-9500 Wil  
Suisse  
E-mail : smileka@gmail.com

# Erzählen statt nur Zählen<sup>1</sup>

Peter Müller-Locher

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 47–52 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.09

*Zusammenfassung:* Der Autor zeigt, wie die Bemühungen nach hoher Reliabilität in diagnostischen Interviews Gefahr laufen, ihre Qualität des freien Erzählens zugunsten einer standardisierten Exploration der Patient/innen zu opfern und dadurch dem Zeitgeist des Zählens zu folgen. Als Beispiel dient ihm die Erfahrung als Schulungsverantwortlicher der Ratergemeinschaft in einer Forschungsstudie. Im Fokus steht dabei das Verfahren der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2), in welchem eine hohe Einschätzungsübereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Diagnostiker/innen zu erreichen versucht wurde.

*Schlüsselwörter:* Reliabilität, Beziehungsgestaltung, Mathematik, Literatur, Politik

Was hat Psychodiagnostik mit Politik zu tun? Was hat die Politik mit der Psychodiagnostik zu tun? Und welche Unterschiede sollen Erzählen und Zählen bezüglich psychologischer Diagnostik einerseits und hinsichtlich einer Politik psychologischer Diagnostik andererseits machen? Denn was haben das Erzählen von Geschichten als Literatur und das Rechnen mit Zahlen als Mathematik überhaupt mit Psychodiagnostik und was gar mit Politik zu tun?

Meine Ausführungen zu diesen prinzipiellen und weit ausgreifenden Fragen stützen sich auf konkrete und sehr begrenzte Erfahrungen, die ich als Psychodiagnostiker im Rahmen einer Psychotherapiepraxisstudie gemacht habe. Es handelt sich um die Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S). Sie ist ein inzwischen abgeschlossenes Forschungsprojekt der Schweizer Charta für Psychotherapie in Kooperation mit dem Klinikum der Universität Köln und dem Departement Angewandte Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Zürich. 81 verschiedene Psychotherapeut/inn/en, die neun verschiedenen therapeutischen Schulen angehören, liessen während sieben Jahren die Therapieprozesse von 362 Patient/inn/en in einem gemeinsamen Forschungsdesign untersuchen (von Wyl et al., 2016).

Aus diesen Untersuchungen resultierte eine immense Fülle von Daten. Diese bestehen aus Fragebogen, ausgefüllt von den Patient/inn/en und den Psychotherapeut/inn/en, und aus Audioaufnahmen der meisten Therapiestunden. Alle Patient/inn/en wurden ausserdem zu Beginn und zum Abschluss der Therapie sowie ein Jahr nach Abschluss von Assessor/inn/en bzw. Diagnostiker/inn/en in sogenannte Assessment-Center eingeladen.

Während sechs Jahren durfte ich als Schulungsverant-

wortlicher dieser Rater/innen an der Studie mitwirken (vgl. Müller-Locher, 2016). In 40 halbtägigen Workshops versuchten mehr als 20 psychotherapeutische Rater/innen<sup>2</sup>, die als externe Diagnostiker/innen in den verschiedenen Assessment-Centern eingesetzt wurden, eine gute Übereinstimmung in ihren Befunderhebungen zu erreichen. Für die Diagnostik wurden sowohl diverse Fragebogen als auch die Strukturierten Klinischen Interviews SKID-I<sup>3</sup> und SKID-II<sup>4</sup> und die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)<sup>5</sup> eingesetzt. Die Herausforderung, mit diesen Mess- bzw. Einschätzungs-

1 Der Titel meiner Reflexion nimmt einen Gedanken von Jonas Lüscher auf, der unserem Denken eine Tendenz des Zählens attestiert, wogegen er als Schriftsteller das Erzählen favorisiert. Denn das Erzählen negiere die Komplexität der Welt weniger als es jede mathematische Theorie tue.

2 Als Rater/innen wurden erfahrene Psychotherapeut/inn/en gesucht, die aus einer dritten Perspektive mit breit ausgewählten Diagnoseverfahren am Anfang und am Ende der Therapie und ein Jahr nach Therapieende die Therapieerfolge der an der Studie teilnehmenden Patient/inn/en untersuchen sollten.

3 Das SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen ambulanter oder stationärer Patient/inn/en, wie sie im DSM-IV auf der Achse 1 («Klinisches Syndrom») definiert sind.

4 Beim SKID-II handelt es sich um ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen und einem nachfolgenden Interview. Der Fragebogen dient dem Screening für die Merkmale der elf erfassten Persönlichkeitsstörungen. Im nachfolgenden Interview brauchen dann nur noch diejenigen Fragen gestellt zu werden, für die im Fragebogen eine «ja»-Antwort angekreuzt wurde.

5 «Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik hat die Form eines multiaxialen Systems. Die OPD basiert auf den Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (I), Beziehung (II), Konflikt (III), Struktur (IV) sowie psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10. Nach einem ein- bis zweistündigen Erstgespräch kann der Kliniker (oder der Forscher) die Psychodynamik des Patienten auf diesen Achsen einschätzen und in die Evaluationsbögen eintragen» (Arbeitskreis OPD, 2006 – Klappentext OPD-2). «Auch das neue System der OPD wurde während der letzten Jahre durch eine grosse Gruppe von psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeuten aus den Gebieten der Psychoanalyse, Psychosomatik, Psychiatrie und psychologischen Psychotherapie entwickelt, die versucht, Operationalisierungen der therapie relevanten psychodynamischen Aspekte zu formulieren» (ebd., S. 9). «60 Stunden Training (aufgeteilt in drei Kurse an drei Terminen) sind erforderlich, um das Manual reliabel anwenden zu können» (ebd., S. 8).

verfahren die teilnehmenden Patient/inn/en zu Beginn, am Ende sowie ein Jahr nach Abschluss ihrer Psychotherapie zu untersuchen, um die Wirkung ihrer Therapie auch aus externer Sicht einzuschätzen, war beträchtlich. Schliesslich sollten die Einschätzungen doch bei allen Erhebungszeitpunkten zu personenunabhängigen Befunden führen, und zwar in dreifacher Perspektive. Nicht nur sollten die befragten Patient/inn/en und ihre Therapeut/inn/en mit dem Resultat ihrer therapeutischen Bemühungen mehr oder weniger übereinstimmend zufrieden sein. Nein, auch der Anspruch, dass externe Einschätzungen aus dritter Sicht bei allen Zeitpunkten auch zwischen den diagnostizierenden Rater/innen übereinstimmen, sollte eingelöst werden können. Diese dritte Perspektive auf die untersuchten Therapieprozesse sollte gar eine besonders kritische Sicht auf die Wirksamkeit von den verschiedenen beteiligten Psychotherapieverfahren ermöglichen und deren Gültigkeit belegen. Als Voraussetzung für diesen Beleg an Validität sollte zwingend eine respektable Interraterreliabilität erzielt werden können. Das heisst, unabhängig von den jeweiligen Rater/innen sollten übereinstimmende Befunde bei jedem Erhebungszeitpunkt festgestellt werden können.

Die Ausgangslage war herausfordernd. Sie war aber auch prekär.

Die Rater/innen gehörten unterschiedlichen psychotherapeutischen Methoden und Verfahren an. Wie die an der Studie teilnehmenden Institutionen sprachen sie gewissermassen unterschiedliche Dialekte. Ihre praktische Erfahrung als Psychotherapeut/inn/en war ebenfalls sehr unterschiedlich und deckte ein weites Spektrum ab. Die Studie begann mit einem Pilotprojekt. Die erste Schulung der wenigen ersten Rater/innen in der anspruchsvollen Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik begann zeitgleich mit dem Start der Pilotphase. Zur zweiten Schulung nach zehn Monaten wiederum durch denselben zertifizierten Experten in der OPD stiessen 16 neue Rater/innen dazu. Nach den zwischenzeitlich selbst anberaumten und selbstorganisierten Übungsworkshops schritten die nun etablierten Rater/innen nach zwei Jahren zu einer ersten internen Messung der Interraterreliabilität. Nach weiteren drei Jahren und regelmässigen intervisorisch praktizierten Workshops organisierten sie gegen Ende der Studie eine zweite Messung der gefragten Einschätzungsübereinstimmung.

Zwischenzeitlich waren sechs Rater/innen ausgestiegen und vier neue ohne offizielle Schulung dazugestossen. Auch die Verteilung der durchzuführenden Assessments mit den Patient/inn/en und der dadurch entstehende Gewinn an Erfahrung blieben sehr unterschiedlich.

Die Prä- und Postinterviews wie auch die katamnestischen Assessments konnten ebenfalls nicht immer auf verschiedene Rater/innen verteilt werden. Interviewer-Verzerrungen konnten somit nicht ausgeschlossen werden. Die auf Video aufgenommenen Interviews von maximal 60 Minuten Dauer sollten den versammelten Re-Rater/innen verlässliche Aussagen und szenische Interaktionen liefern, um Struktur, Konflikt und Funktionsniveau des Patienten bzw. der Patientin übereinstimmend einschätzen zu können. Anders als in der normalen klinischen Praxis

war es im Studiensetting nicht möglich, in einem zweiten Interview fragliche Einschätzungen nochmals überprüfen zu können. Wurden den Rater/innen in den dem OPD-Interview folgenden Tests, zum Beispiel dem Strukturierten Klinischen Interview SKID, anhand geschilderter biografischer Episoden verständlicher, wie sie die Einschätzung in einer der OPD-Achsen präzisieren könnten, war diese Quelle der Erkenntnis den Re-Rater/innen, die sich nur auf das OPD-Video beziehen konnten, nicht zugänglich. Die Interviews sollten zudem gewissermassen auch didaktisch geführt werden. In der Video-Aufzeichnung sollte für alle teilnehmenden Re-Rater/innen gleichsam als beobachtende Zaungäste sichtbar und hörbar werden, woran die interviewführenden Diagnostizierenden gerade dachten. Das 60-minütige OPD-Interview sollte also nicht nur verlässliche Aussagen aus der biografischen und aktuellen Welt des Patienten bzw. der Patientin und szenische Interaktionen aus der Interviewbeziehung für eine Einschätzung liefern, sondern die weiteren Re-Rater/innen auch am Denken der Interviewführenden teilnehmen lassen.

Wie sollte aus so vielen Variablen bloss eine zuverlässige Einschätzungsübereinstimmung entstehen können? Sechs Jahre arbeitete die schliesslich verbliebene Gemeinschaft von einem guten Dutzend Psychotherapeut/inn/en auf dieses Ziel hin. Verglichen mit der publizierten Reliabilität der OPD blieben die Werte an Übereinstimmung eher bescheiden, in Zahlen festgehalten wenig bedeutsam.

Selbstkritisch gefragt: Was wäre alles erforderlich gewesen, um einen bedeutsameren zahlenmässigen Wert erreichen zu können?

Ressourcenorientiert gewendet: Was haben wir getan, um trotzdem einen mehrheitlich sehr bedeutsamen Prozess erlebt zu haben?

Zunächst jedoch zur Frage, wie denn ein psychodiagnostisches Testverfahren beschaffen sein muss, damit seine Reliabilität genügend, ja sogar hochstehend ist? Die einschlägige Literatur hält fest: Ein psychodiagnostisches Verfahren, so die allgemeinen Gütekriterien nach Lienert und Raatz (1998), muss objektiv, reliabel und valide sein. Die Ergebnisse müssen demnach unabhängig von Einflüssen der Untersuchenden oder der Untersuchungssituation bei der Durchführung, der Auswertung und der Interpretation zustande kommen. Solche Ansprüche sind am ehesten bei den psychometrischen Tests erfüllt. Schon weniger gut schneiden standardisierte psychologische Verfahren wie die strukturierten klinischen Interviews ab, welche zwar ausschliesslich deskriptive, symptomzentrierte Diagnosen erheben, aber bei der Befragung und Auswertung bereits einen grösseren Interpretationsspielraum öffnen.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik wiederum setzt sich zum Ziel, die eigentlich unbefriedigende «symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegenden psychodynamischen Dimensionen zu erweitern» (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 27). Der OPD-Arbeitskreis entwickelte hierzu ein spezifisch konzipiertes OPD-Interview. In der offenen Eingangsphase wird dem Patienten in unstrukturierter Gesprächsführung Gelegenheit gegeben, sein



Verständnis seines Leidens in beziehungs-dynamischer Hinsicht mit dem Interviewer zu entfalten. Im folgenden mässig strukturierten Vorgehen wird nach biografisch relevanten Beziehungsepisoden zur Ermittlung von Konfliktmustern, dem Selbst- und Objekterleben und weiteren Struktureigenheiten wie der Selbst- und Beziehungssteuerung, der Kommunikation und der Bindung gefragt und die Patient/inn/en auch vertieft danach exploriert. Dieses im Prinzip mehrstündige diagnostische Verfahren, das «eine Synthese aus einem psychodynamischen Interview und einer Reihe von strukturierteren Interviewstrategien» (2006, S. 281) versucht, zeigt in den seither erforschten Gütekriterien gute bis sehr gute Übereinstimmungen in der Reliabilität, dies vor allem in der Strukturachse. Da die strukturellen Merkmale verhaltensnah definiert sind und wenig theoriegeleitet interpretiert werden müssen, zeigt speziell die Strukturachse eine gute klinische Praktikabilität und im Vergleich der Achsen die beste Interrater-Reliabilität.

Und wenn wir uns noch weiter wegbewegen vom verhaltensnahen Messen und Zählen, stossen wir noch tiefer in die Welt des bedeutungsvollen Erzählens vor. Die sogenannten narrativen Interviews stützen sich auf die Erzähltheorie und methodisch auf die biografisch-narrative Gesprächsführung. Will die Erzähltheorie noch Gesetzmässigkeiten von universaler Gültigkeit in einer systematischen Beschreibung der Darstellungsform eines Textes anstreben, so zielt das narrative Interview nicht mehr auf die Ermittlung objektiver Daten wie zum Beispiel eines Lebenslaufs. Vielmehr will das narrative Interview durch die Erfassung und Erzählung der Biografie des Interviewten dessen eigene Perspektive in Form der von ihm konstruierten subjektiven Sinnzusammenhänge zeigen. Zentral ist dabei die Annahme, dass die soziale Wirklichkeit jeweils erst im Rahmen kommunikativer Interaktionen hergestellt wird (vgl. hierzu Küsters, 2009 S. 18). Im freien Erzählen über selbsterlebte Ereignisse ergeben sich subjektive Bedeutungsstrukturen, die sich einem systematischen Befragen im Interview eher verschliessen würden. Narrative Kommunikation, so die These, sei eine spezifische Form der Selbstreflexion.

Was zeigt dieses breite Spektrum in Sachen Gütekriterien bei psychologischen Diagnoseverfahren auf? Von offenbar hochgradig erzielten Werten insbesondere der Reliabilität bei psychometrischen Tests bis hin zur individuellen Gewinnung subjektiver Bedeutungsstrukturen bei narrativen Interviews, bei deren Anwendung schon gar nicht mehr nach Reliabilität gefragt wird?

Wissenschaftstheoretisch eröffnet sich ein Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichem Realismus einerseits, der von Objekten und einer Annäherung an deren Wahrheit ausgeht, und andererseits dem sozialen und radikalen Konstruktivismus, wonach auch scheinbar objektive naturwissenschaftliche Tatsachen das Ergebnis von Prozessen der sozialen Konstruktion seien und somit jede Wahrnehmung vollständig subjektiv werde.

Psychologische Diagnoseverfahren können Erfragtes und Beobachtetes zu Daten reduzieren und diese als erzielte Werte zählen und verrechnen. Narrative, das heisst

erzählende Interviews, die sich gerade nicht mehr als Diagnoseverfahren verstehen, öffnen Zugänge zum subjektiven Verstehen eigener Deutungen des Interviewten. Die Psychologie des Verstehens in der ganzen Vielgestaltigkeit der Hermeneutik unter Einschluss der Fremdheit des zu Verstehenden und der Intentionalität des Interviewers zeigt, dass das Kriterium der Überprüfbarkeit entfällt.

Je offener also ein Interviewter zum Erzählen eingeladen wird, desto geringer fällt jede Reliabilität aus. Je strukturierter und standardisierter ein Interviewter exploriert wird, desto höher wird das Gütekriterium der Reliabilität ausfallen.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik versucht zwischen sich offen entfaltender Erzählung und strukturierender Exploration eine Synthese zustande zu bringen. Denn je strenger die Interviewer geschult werden, die strukturierenden Teile im OPD-Interview internalisiert anwenden zu können, und je strenger vor jeder offiziellen Interraterreliabilitätsmessung eine angeblich vorgängige selektionierende Befundunsicherheitseinschätzung vorgenommen wird (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 60), umso höher würden die Zählwerte ausfallen.

Was wäre also angezeigt gewesen? Zuerst seriöse Ausbildung durch Experten mit nachfolgender Zertifizierung der Rater/innen und dann erst der Start der Studie?

Das wollte und konnte die Leitung der PAP-S Studie nicht leisten. Es war auch nicht nötig. Die Wirksamkeit der untersuchten Psychotherapien konnte auch durch andere Ergebnisse hinreichend bestätigt werden.

Wie aber ging die Rater/innengemeinschaft um mit der Vielzahl von Variablen, mit den realen Beschränkungen im Studiensetting und mit den Variablen, die im Vorhinein den geforderten Gütekriterien eines psychologischen Diagnoseverfahrens widersprachen?

In den von den Rater/innen selbst anberaumten OPD-Übungsworkshops, die sie während gut fünf Jahren durchführten, entwickelten sie bald eine hilfreiche Struktur.

«Ohne leitenden Experten, sondern in einer intervisio-nischen Zusammenarbeit bemühten wir uns grundsätzlich, voneinander zu lernen. Zwei Vorgehensweisen wurden praktiziert. Entweder sahen wir uns ohne Unterbrechung ein Interview an und machten uns ohne Diskussion gleich an unsere individuellen Einschätzungen. Die danach festgehaltenen Werte zeigten dadurch ungeschminkt das weite Spektrum unserer Einschätzungen auf. Das Resultat war oft ernüchternd, was wiederum längere klärende Diskussionen provozierte. Oder wir unterbrachen ein wiedergegebenes Interview und entwickelten in Kleingruppendiskussionen Hypothesen zur Einschätzung. Wir liessen uns dabei von zwei Fragen leiten: Was hat die Interviewführung ansatzweise schon zutage gefördert? Was müssen wir durch welche Exploration noch wissen, um am Ende zu einer verlässlichen Einschätzung zu gelangen? Mit dieser Vorgehensweise schärften wir einerseits unsere Wahrnehmung und förderten andererseits unsere Explorationsplanung. Aber nur zu oft stiessen wir dabei auf unsere verbreitete suboptimale OPD-Interviewführung» (ebd., S. 54).

In der Planung der Workshops einigten sich die Ratenden auf zwei Übungstermine pro Quartal à fünf Stunden. Die

Teilnahme an den Übungsworkshops war freiwillig und wurde nicht bezahlt. In ihrer demokratischen Selbstorganisation einigten sie sich auf eine Teilnahmeverpflichtung von 50 Prozent an den jeweils acht Workshops pro Jahr. Jede/r Rater/in musste in diesen Jahren zwei Interviews vorstellen: ein erstes, welches sie unter dem Aspekt der Interviewführung konsensuell rateten, und ein zweites, welches sie einer inoffiziellen Interraterreliabilitätsmessung unterzogen.

«Beim ersten Interview halfen uns bewusst würdigende und teils auch übertragungsfokussierte Fragen bei unseren Unterbrüchen im Abspielen der Videos. Nach der entwertend angekommenen Kritik des Experten zur Interviewführung wollten wir uns in unserer grossen Unterschiedlichkeit nicht auseinanderdividieren lassen. So interessierten uns Fragen, durch welche Besonderheiten interviewte Patienten die Interviewerin zu welchen Haltungen und Interventionen veranlasst haben könnte? Motiviert beispielsweise eine strukturelle Schwäche des Patienten die Interviewerin zu einer Vielzahl von strukturierenden Fragen? Oder beeinflusst eine tiefe Angst der Patientin den Interviewer zu einer schonenden Gesprächsführung?» (ebd., S. 56).

In diesen Diskussionen hörte die Interviewerin, deren Video besprochen wurde, zu und beteiligte sich ganz bewusst nicht an den diskutierten Erwägungen. Beim zweiten Interview, das zuerst einer diskussionslosen Einzeleinschätzung unterzogen wurde, zeigte das Spektrum der Werte, wie gut die Ratenden schon aufeinander abgestimmt waren. Es galt ja, zwei Kompetenzen weiterzuentwickeln, die Kompetenz der Interviewführung und die Kompetenz der Einschätzung.

«Andererseits: Unterschiedliche Patient/innen, unterschiedliche Interviewführung und unterschiedliche Rater/innen, so folgerten wir, generieren wohl kaum je eine erwünschte gänzliche übereinstimmende Einschätzung. Und je mehr Rater/innen an wenigen Interviews ihre Einschätzung vornehmen, desto breiter wird das Spektrum der erzielten Werte sein. Je weniger Rater/innen sich an vielen Interviews diagnostisch versuchen, umso kohärenter wird ihre Übereinstimmung in der Einschätzung ausfallen.

Am ehesten gelang uns mit der Zeit eine gute Annäherung in der Einschätzung der psychischen Struktur der Interviewten, d.h. der Wahrnehmung, der Steuerung, der Kommunikation und der Bindung in ihren jeweils weiter differenzierten Ausprägungen. Am wenigsten gelang uns eine Annäherung in der Konfliktachse, insbesondere beim ödipalen Konflikt.

Nach den Workshops verfasste ich jeweils eine inhaltliche Zusammenfassung, die an alle Rater/innen ging. Ich wollte auch die Abwesenden an den Fragen und Erkenntnissen teilhaben lassen.

Dabei motivierten mich die geführten breiten Diskussionen zunehmend, eine diagnostische Gesamtschau zum geschilderten Leiden der interviewten Patient/innen zu versuchen. Eine Gesamtschau entlang der Fragen: Woran leidet dieser Mensch? Wie zeigt sich seine Not? Wie geht er mit seinen Schwierigkeiten um? Was sind die Folgen? Meine Sätze in Prosa und nicht in Werten stiessen zunehmend auf weiterführende Resonanz bei einigen Kolleg/innen. Das Nach- und gemeinsame Weiterdenken im Mailkontakt war mir stets ein Gewinn» (ebd., S. 56f.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Ein intervisorisches Voneinander-Lernen, längere, klärende, ressourcenorientierte Reflexionen, gemeinsam würdigendes Anerkennen von Unterschiedlichkeiten, Versuche einer Gesamtschau in Prosa inklusive Resonanzinteresse und weiterem Nachdenken entsprechen eher einem narrativen Zugang zu konstruktivistischen Verstehenskonzepten. Eine Steigerung der an sich erwünschten Interraterreliabilität war somit kaum mehr zu erwarten. Vielmehr hatten wie bei den Teilnehmenden in narrativen Interviews die Rater/innen eigene Perspektiven entwickelt, subjektive Sinnzusammenhänge durch kommunikative Interaktionen generiert und eigene Bedeutungsstrukturen im subjektiven Verstehen der eigenen Deutung erkennen können.

Je mehr erzählende Offenheit auch in den Einschätzungsbemühungen der Rater/innen zugelassen wird, desto geringer fällt die zu erzielende Reliabilität aus. Denn die Beziehungsgestaltung lenkt den Erzählprozess – ob im Verhältnis Patient/in und Diagnostiker/in oder im Verhältnis Diagnostiker/in und den beratenden Kolleg/inn/en. Nicht nur die zurückhaltende, respektvolle Beziehungsgestaltung zum Beispiel in narrativen Interviews bzw. dem eröffnenden Teil des OPD-Interviews, nein, auch die Beziehungsgestaltung in den Einschätzungsbemühungen der Rater/innen lenkt den Erzählprozess. Und dieser Prozess beeinflusst die Resultate. Jede Erzählung, in welchem Setting auch immer, ist ein Stück spontantündlicher Autobiografie. Als solche ist sie auslegungsbedürftig und verlangt einen individuellen verstehenden Zugang. Diese Auslegung darf nicht beliebig sein, soll aber auch nicht in Zahlen gegossen werden. Diese hermeneutische Arbeit ist beziehungsabhängig. Sie ist mehr Kunst als strenge Wissenschaft. Sie ist nicht zuletzt auch abhängig von der Passung zwischen den Beteiligten. Zwar weiss der Erzähler mehr über sich, auch mehr als ihm lieb ist, und mehr als er dem Zuhörenden mitteilt. Der zuhörende Interpret weiss jedoch auch oft mehr als der Erzähler. Diese unterschiedliche Passung kann in keine vergleichende Wiederholung hineinkopiert werden. Die klassischen Gütekriterien der Objektivität, der Reliabilität und der Validität von psychologischen Diagnosen können bei solchem Vorgehen nicht mehr verlangt werden. Was bleibt ist ein besonderer Erzählprozess mit der Gefahr der Beliebigkeit, aber der Chance individueller Einzigartigkeit in der unüberschaubaren Komplexität einer Lebenswelt.

Was hat der hier skizzierte Weg im diagnostischen Prozess vom Zählen zum Erzählen mit Politik zu tun? Zugespitzt: der Weg des Mathematischen und der Weg des Literarischen mit Politik? Jonas Lüscher (2017) spricht von der quantitativen Blendung in den Theorien des Zählens und von der narrativen Beliebigkeit im Erzählen. Allerdings seien Erzählungen besser geeignet, die Komplexität der Gegenwart zu beschreiben als mathematische Theorien. Das einzelne Leiden komme im Erzählen konkreter zum Vorschein als ein verrechneter Befund. Aber auch Zahlen müssten in Geschichten umgedeutet werden. Ohne Übertragung in eine Geschichte würden Zahlen nichts bedeuten. Hier schliesst auch Peter von Matt (2014) an. Die Zahlen der Naturwissenschaften

seien von den Metaphern der Geisteswissenschaften gar nicht so weit entfernt, folgert er: «Metaphern und Formeln, Modell und Erzählung: Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften trennt kein tiefer Graben der Erkenntnis. Sie sind aufeinander angewiesen.»

Nochmals: Was haben das Zählen und das Erzählen im diagnostischen Prozess letztlich mit Politik zu tun?

Eine Psychodiagnose isoliert den Menschen zu einem Individuum. Je mehr die Befunde aufgrund von verrechenbaren Aussagen erhoben werden, umso mehr sind sie die Folge einer Politik unseres westlichen Zeitgeistes: Der Mensch als auszählbares Einzelwesen.

Zuerst die Diagnose, dann die Therapie. Was für die somatische Medizin als wissenschaftlich unerlässlich gilt, ist für eine bio-psycho-soziale Herangehensweise an den Menschen reduktionistisch. Erst die Sprache macht ja den Menschen zum Menschen. Und die Sprache ist ein Beziehungsgeschehen. Verständigung ist das Ziel. Das gelingt nur in einem längeren Prozess. Und der Verständigungsprozess kann auch eine Therapie sein, an deren Ende – nach langem Dialog, nach langer Erzählung – die Sprechenden und Zuhörenden näher an eine Diagnose gelangen, die Unterschiede kennt und Unterschiede macht. Am Anfang stehen stets Hypothesen und keine Diagnosen. Der Mensch ist primär ein soziales Wesen, die Verständigung unter den Menschen verändert sie. Und die Verständigungsprozesse beginnen mit Erzählen und nicht mit Zählen und Verrechnen. Nur: Sowohl das Zählen als auch das Erzählen sind politisch. Das Erzählen erzeugt jedoch mehr Resonanz. Wie eine Politik mit bedeutungsvollen Metaphern gegenüber einer Politik mit bedeutungsleeren Zahlen. Das Narrative und vielleicht auch die narrative Diagnostik kehren nach neuester Tendenz in die Politik zurück. Gute, überzeugende Erzählungen sind gefragt für die Meinungsbildung, nicht bloss quantifizierte Daten, Listen und Statistiken.

Politisches Handeln, so ein Merksatz von Bernauer (2015), könne charakterisiert werden als «soziales Handeln, das auf Entscheidungen und Steuerungsmechanismen ausgerichtet ist, die allgemein verbindlich sind und das Zusammenleben von Menschen regeln.»

Auch die psychologischen Diagnostiken führen zu einem sozialen Handeln, das auf Entscheidungen ausgerichtet ist, um das Zusammenleben von Menschen zu regeln.

Psychologische Diagnostik in der Krankenbehandlung muss sich sicher auf die verlangten Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität stützen. Was objektiv messbar ist, scheint mehr Einfluss auf die Gestaltung und Durchsetzung von Forderungen und Zielen in der Öffentlichkeit zu haben. Und wird so zur Macht.

Eine psychologische Diagnostik als vermeintlich objektiver Zahlenwert neigt dazu, der politischen Macht und ihrem ökonomiefokussierten Zeitgeist zu dienen. Denn seelisches Leiden muss zwingend zuerst einen vermeintlich objektiv erhobenen Krankheitswert erreichen. Darum wachsen auch die Diagnosekompendien.

Psychologische Diagnostik als Erzählung mit akzentuierter Beziehungsgestaltung bewegt sich eher in Richtung Partizipieren statt in Richtung Verschreiben, bevorzugt

Verständigung statt Herrschaft. Sie problematisiert autoritatives Expertenwissen mehr und reduziert die unübersichtliche Komplexität eines verstehbaren und auch unverständlichen Seelenlebens weniger. Zwei Wege zeigen sich: Der eine von einer letztlich in Zahlen festgehaltenen, bedeutungsarmen Diagnostik zur störungsbezogenen Therapie. Der andere von der störungsbelasteten Erzählung zur Erkenntnis, worum es den Leidenden geht.

Fazit: Eine quantitativ orientierte psychologische Diagnostik entscheidet vor allem über den Zugang zu den Versicherungsträgern und steht dadurch notwendigerweise im Dienste politischer Entscheidungen. Eine verstehensorientierte Diagnostik unterscheidet ebenso, zögert jedoch Entscheidungen hinaus. Sie steht mehr im Dienst eines erzählenden Erkennens, das die Unterschiedlichkeit des Individuellen und die Vielfalt der Möglichkeiten eigenen Lebens und Leidens anerkennt.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern: Huber.
- Bernauer, T., Jahn, D., Kuhn, P. & Walter, S. (2015). *Einführung in die Politikwissenschaft*. Baden-Baden: Nomos.
- Küsters, Y. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen* (2. Auflage). Wiesbaden: Hagener Studententexte zur Soziologie, Springer VS Verlag.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6. Auflage). Weinheim: BeltzPVU.
- Lüscher, J. (2017). Sternstunde Philosophie 06.04.2017. Schweizer Fernsehen.
- Müller-Locher, P. (2016). Der OPD-Ratingprozess. Persönliche Erfahrungen und Einsichten. In A. von Wyl, V. Tschuschke, A. Cramer, M. Koemeda-Lutz & P. Schulthess (Hrsg.), *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren* (S. 51–63). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Matt, P. von (2014). Wie wir die Welt im Geist ordnen. Vortrag zit. nach *Tages Anzeiger* vom 09.08.2017.
- Wyl, A. von, Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda-Lutz, M. & Schulthess, P. (Hrsg.). (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

## Telling stories instead of enumerating facts

The author demonstrates how the efforts towards greater reliability in diagnostic interviews run the risk of sacrificing their characteristically unstructured narrative in favour of a standardized exploration of the patient, thus, following the zeitgeist of enumerating. An example of this is the experience as a training coordinator of the evaluator community in a research study. The focus here is on the method of Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2), that aimed to achieve a high degree of estimation consistency between the different diagnosticians.

**Keywords:** Reliability, Managing Relationships, Mathematics, Literature, Politics

### **Raccontare invece di contare soltanto**

*Sommario:* L'autore mostra come gli sforzi verso una maggiore affidabilità nelle interviste diagnostiche corre il pericolo di sacrificare la loro qualità di racconto libero a favore di un'esplorazione standardizzata del/della paziente e quindi di seguire lo spirito del tempo riguardo il numero. Ad esempio, si serve della sua esperienza come responsabile della formazione di una società di valutazione in uno studio di ricerca. In merito, egli si concentra sulla procedura di diagnostica psicodinamica operazionalizzata (OPD-2), in cui si è cercato di raggiungere un'elevata uniformità di valutazione tra i diversi diagnostici.

*Parole chiave:* affidabilità, forma di relazione, matematica, letteratura, politica

### **Der Autor**

*Peter Müller-Locher*, Dr. phil., Msc in Organisationsentwicklung, ist niedergelassener psychologischer Psychotherapeut (ASP), Daseinsanalytiker, Supervisor und Gruppenanalytiker. Er ist Vorsitzender der Kommission für Qualitätssicherung der Schweizer Charta für Psychotherapie und Teilnehmer an der Praxisstudie ambulante Psychotherapie (PAP-S) in verschiedenen Chargen.

### **Kontakt**

[peter.mueller-locher@bluewin.ch](mailto:peter.mueller-locher@bluewin.ch)

# À propos de la politique des diagnostics – Raconter au lieu de compter<sup>1</sup>

Peter Müller-Locher

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 53–54 2018

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

DOI: 10.30820/8242.10

*Mots-clés* : Fiabilité, concept relationnel, mathématique, littérature, politique

L'auteur démontre comment les efforts d'une fiabilité plus élevée dans les entretiens diagnostiques risquent de sacrifier leur qualité de liberté de narration au profit d'une exploration standardisée du/de la/des patient(e)s et de suivre l'air du temps du comptage. À titre d'exemple, il se sert de l'expérience en tant que responsable de formation de la communauté de conseillers dans une étude de recherche. On y trouve au centre la procédure du Diagnostic psychodynamique opérationnalisé (OPD-2) dans lequel il a été essayé d'obtenir une forte concordance d'évaluation entre les différents diagnosticiens.

Quel est le lien du diagnostic psychique avec la politique ? Quel est le lien de la politique avec le diagnostic psychique ? Et quelles sont les différences que peuvent faire la narration et le comptage en ce qui concerne le diagnostic psychologique d'une part et concernant une politique de diagnostic psychologique d'autre part ? Et enfin, quel est le lien de la narration d'histoires en tant que littérature et le calcul avec des chiffres en tant que mathématique avec le diagnostic psychique et voire même avec la politique ?

Les conceptions de l'auteur concernant ces questions de principe et à grande portée s'appuient sur des expériences concrètes et très limitées en tant que psychodiagnosticien dans le cadre de l'étude de cas Psychothérapie ambulatoire Suisse (PAP-S). Il s'agit d'un projet de recherche entre temps terminé de la Charte suisse de Psychothérapie en coopération avec la Clinique universitaire de Cologne et le département de Psychologie Appliquée de l'Institut supérieur Zürcher des Sciences Appliquées Zurich. 81 différents psychothérapeutes appartenant à neuf différentes écoles thérapeutiques ont laissé analyser pendant sept ans les processus thérapeutiques de 362 patient(e)s dans un concept commun de recherche (von Wyl, A. et coll. 2016).

Une kyrielle de données ont été collectées avec ces analyses. Elles se composent de questionnaires, remplis par les patient(e)s et les psychothérapeutes, et d'enre-

gistements audio de la plupart des heures de thérapie. Tous(tes) les patient(e)s ont par ailleurs été invité(e)s par des assesseurs ou diagnosticiens dans ce qu'on appelle un Assessment-Center au début et à la fin de la thérapie ainsi qu'une année après l'achèvement.

Pendant 40 demi-journées d'ateliers, plus de vingt conseillers en psychothérapie impliqués en tant que diagnosticiens externes dans les différents Assessment-Centers ont essayé d'obtenir une bonne concordance dans leurs constatations médicales. Pour le diagnostic, divers questionnaires ainsi que les Entretiens structurés cliniques SKID-I et SKID-II et le diagnostic psychodynamique opérationnalisé (OPD-2)<sup>2</sup> ont été utilisés. Le défi d'analyser au début, à la fin et un an après l'achèvement avec ces procédés de mesure et d'estimation les patient(e)s participants, afin d'évaluer l'effet de leur thérapie également d'un point de vue externe, fut considérable. Les appréciations devaient au final toutefois occasionner des constatations indépendantes des personnes à tous les moments de collecte, et notamment dans une perspective triple.

Cette concordance d'appréciation généralement recherchée comme critère de qualité et à atteindre n'a été malheureusement obtenue que dans une certaine mesure pour l'entretien OPD spécifiquement conçu. On a pu toutefois constater le gain, que

- l'apprentissage mutuel organisé de façon autonome et conçu d'une manière intervisuelle dans les ateliers,
- les réflexions plus longues, explicatives et orientées vers les ressources,

1 Le titre de la réflexion reprend une pensée de Jonas Lüscher (auteur et philosophe) qui atteste à notre pensée une tendance au comptage, tandis que lui en tant qu'écrivain privilégie la narration. En effet, la narration nie la complexité du monde moins que ne le fait chaque théorie mathématique.

2 « Le Diagnostic psychodynamique opérationnalisé a la forme d'un système aux axes multiples. L'OPD repose sur les axes Vécu de la maladie et conditions préalables au traitement (I), Relations (II), Conflit (III), Structure (IV) ainsi que des troubles psychiques et psychosomatiques visés au chapitre V (F) de l'ICD-10. Après un premier entretien de une à deux heures, le clinicien (ou le chercheur) peut estimer la dynamique psychique du patient sur ces axes et renseigner dans le questionnaire d'évaluation (2006 quatrième de couverture OPD-2). » Le nouveau système de l'OPD a aussi été développé ces dernières années par un large groupe de psychothérapeutes travaillant avec une approche psychodynamique et issus des domaines de la psychanalyse, de la psychosomatique, de la psychiatrie et de la psychothérapie psychologique, et qui essaie de formuler l'opérationnalisation des aspects psychodynamiques en lien avec la thérapie. » (2006, p. 9) « 60 heures de formation (réparties en trois cours sur trois dates) sont nécessaires pour pouvoir utiliser le manuel d'une manière fiable. » (2006, p. 8)

- la reconnaissance commune, digne de diversités dans l'estimation,
- la tentative de créer un tableau d'ensemble en prose sur la souffrance des interviewés et
- la réflexion ultérieure sur les résonances qui apparaissent dans le cercle de la communauté des conseillers ont généré à plusieurs reprises des liens sensoriels subjectifs et ont révélé des structures propres de signification dans la compréhension de l'estimation personnelle.

Par ailleurs, il est clair qu'un diagnostic psychologique à orientation quantitative qui ne décrit pas seulement le phénomène mental, mais qui au final porte ses fruits, décide surtout de l'accès à des organismes d'assurance et de cette façon se situe obligatoirement au service des décisions politiques de répartition.

Un diagnostic psychologique qui se veut être une nar-

ration réduit en revanche moins la complexité confuse d'une vie spirituelle compréhensible, mais également inintelligible. Il conduit au contraire plutôt à une reconnaissance de ce que vivent les personnes qui souffrent.

### **L'auteur**

*Peter Müller-Locher*, Dr. phil., Msc en développement organisationnel, est psychothérapeute psychologique résident (ASP), analyste de l'existence, superviseur et analyste de groupes. Il est président de la Commission de l'Assurance-Qualité de la Charte Suisse de Psychothérapie et participe à l'étude de cas Psychothérapie ambulatoire (PAP-S) dans différentes charges.

### **Contact**

peter.mueller-locher@bluewin.ch

# Die neuen Herausforderungen der Epidemiologie im politischen und sozialen Umfeld

## Vom öffentlichen Gesundheitswesen bis zur Präventionspolitik

Clelia Di Serio

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 55–64 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.11

**Zusammenfassung:** Ziel dieses Beitrags ist, einen breiten Überblick darüber zu geben, wie die Evolution biomedizinischer Informationen – aus epidemiologischer und aus gesundheitspolitischer Sicht – zwangsläufig zu einer Veränderung der Analysewerkzeuge und -methoden geführt hat.

Um den Herausforderungen zu begegnen, die mit der wechselnden Bevölkerungsdynamik, den neuen grossen Migrationsströmen, der Veränderung der Alterungsdynamik und der sehr schnellen Entwicklung der Medizin in Richtung «Precision Medicine» zusammenhängen, ist es notwendig, dass die gesellschaftlich-organisatorische Antwort des Sozial- und Gesundheitssystems den Veränderungen des Fortschritts und den neuen Bedürfnissen angepasst wird.

Im Beitrag werden wir darlegen, wie mit dem Übergang von einer individuellen zu einer Perspektive von epidemiologisch typischer Population auch viele Paradigmen ändern, die mit einer Eigenschaft des Anhaltspunkts zusammenhängen. Wir positionieren uns in einem Modell-Typ «Global System», in dem die Integration zwischen verschiedenen Informationsquellen und Präventionsmassnahmen unerlässlich wird.

**Schlüsselwörter:** Öffentliche Gesundheit, Überwachung, Altern, Massendaten, psychische Gesundheit

### 1. Einführung

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, die grundlegenden Konzepte der Epidemiologie und ihre Rolle in der Gesellschaft zu erläutern. Seit den ersten Versuchen der Pockenimpfung, die der alten indischen Medizin zugeschrieben wurden, sind Epidemiologie, Volksgesundheit und Politik stets miteinander verbunden gewesen. Dies gilt insbesondere für Konfuzius, der bald herausgegeben hatte, was wir heute als «Leitlinien» für die Zubereitung von Lebensmitteln bezeichnen würden, um Krankheiten fernzuhalten, die «durch den Mund in uns gelangen». Hippokrates selbst beschrieb die abführende Wirkung von Vollkorngerste im Vergleich zu kleiefreier Gerste genau und die medizinische Fakultät von Salerno identifizierte in einigen Essgewohnheiten die Grundlage für die Pflege einer guten Gesundheit. Aber wenn wir Epidemiologie im engeren Sinne einführen wollen, müssen wir feststellen, dass diese keine «alte» Disziplin wie die anderen exakten Wissenschaften ist, sondern mit der Evolution der Gesellschaft verbunden ist.

Man kann von einem integrativen historischen Ansatz ausgehen, der die Geburt der Epidemiologie und der medizinischen Statistik parallel zur Entstehung und Entwicklung von Disziplinen wie Genetik und Informatik (Abbildung 1) ansetzt, die mit der Epidemiologie stark integriert sind. Oder wir können die Geburt der Epidemiologie als eng verknüpft mit den ersten relevanten Wahrscheinlichkeitstheorien des 17. Jahrhunderts von Pascal bis Fermat (1654) betrachten.

Aber der wahrscheinlich beste Weg, die Entstehung der Disziplin der Epidemiologie richtig zu datieren, besteht in ihrer Verknüpfung mit den ersten demographischen Datenerfassungen. Letztere führten zur Berechnung der ersten Sterbetafel durch einen der Begründer der modernen Demographie, John Graunt, der 1662 das Buch «Natural and political observations mentioned in a following index» verfasste, in dem er Geburtenrate, Sterblichkeit und Geschlechterdifferenzierung der Londoner Bevölkerung auswertete.

Die Arbeit wurde von De Moivre fortgesetzt, der 1.725 Begriffe wie Zensur und die ersten linearen Risikofunktionen einführte und entwickelte. Gompertz und Makeham vertieften diese später weiter und implementierten reale Modelle für die unmittelbare Todesgefahr.

Neben der Entwicklung statistischer Verfahren zur prädiktiven Analyse von Daten wurden auch erste Modelle der Verbreitung von Krankheiten entwickelt. Zu diesen zählt das Modell von John Snow, der als Vater der Epidemiologie anerkannt wird. 1854 gelang es ihm dank der räumlichen Analyse der Cholera-Anhäufungen in London, die Epidemie zu stoppen, indem er die für die Epidemie verantwortliche Ursache in einem der beiden Wasserversorgungen Londons (Broad Street Water Pump) identifizierte und ausser Betrieb setzte, ohne den *Vibrio cholerae* zu kennen.

Gleichgültig, mit welchem Ansatz man sich der Epidemiologie nähert, ob vom statistisch-mathematischen oder vom medizinisch-demographischen Standpunkt,

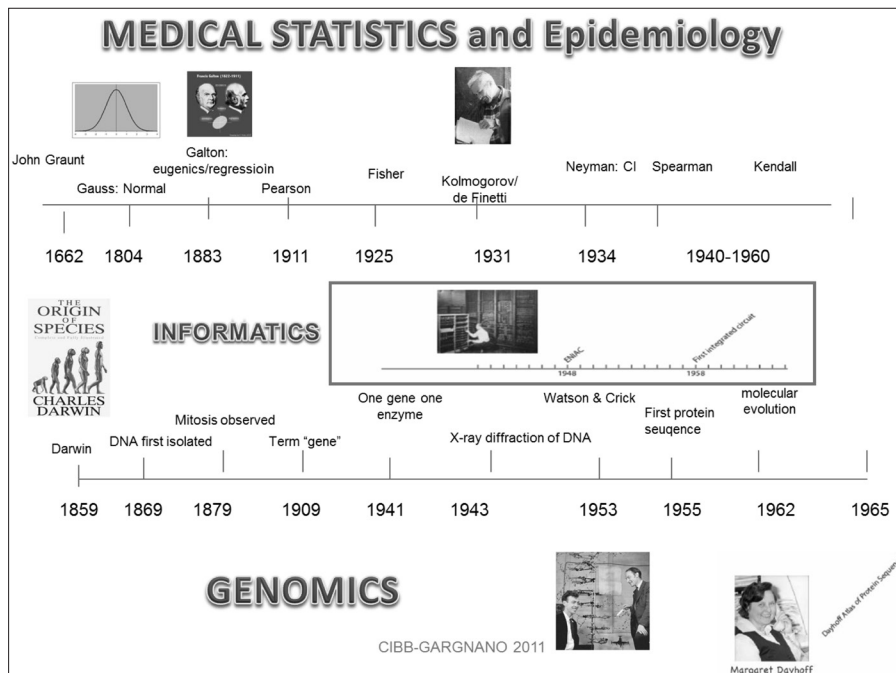


Abb. 1: Die Abbildung zeigt, wie sich die statistische Disziplin parallel und in integrierter Form mit Disziplinen wie Genomik und Informatik entwickelt hat.

Tatsache ist: Die Disziplin entwickelt sich erst ab Mitte des 16. Jahrhundert, als sich eine deutliche Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung des Menschen abzeichnete.

Erst von diesem historischen Moment an beginnt der Begriff der «Vorhersage», das heißt «voraus sehen» (prae-dicere, im Voraus behaupten) Sinn zu machen, an der Grenze zu esoterischen Disziplinen. Begriff, der sich dann in die eher mathematische Idee des «vorher Sehens» oder der «Voraussicht» (prae videre, voraussehen) mit den prädiktiven linearen Modellen von Francis Galton und der Regressionstheorie wandelt. Heutzutage wird alles, was epidemiologische Studien in biomedizinischen Disziplinen betrifft, von der klinischen bis zur Grundlagenforschung, Grundlage für «Prävention» (prae-venire, «vorher kommen»), das heißt für Tätigkeiten und Massnahmen, die auf die «Früherkennung» von Krankheiten abzielen; dadurch wird die Epidemiologie unmittelbar in die Gesellschaft und den öffentlichen Gesundheitsdienst integriert.

Tatsächlich sind der Versuch, das Auftreten einer Krankheit, eines bestimmten Symptoms oder deren Verschlimmerung bzw. Rückfalls bis hin zu einem möglichen tödlichen Ereignis zu verhindern sowie die zu diesem Zweck eingesetzten Verfahren grundlegende Aspekte der Politik der Gesundheitsintervention.

## 2. Epidemiologie: individuelle oder bevölkerungsbezogene Perspektive?

Im Bereich der öffentlichen Gesundheit lassen sich zwei Standpunkte unterscheiden, die nicht immer übereinstimmen und deren Konfrontation zu ethischen und po-

litischen Konflikten führen kann: eine individuelle Perspektive und eine Bevölkerungsperspektive. Die individuelle Perspektive fokussiert sich auf die Gesundheits-, Risiko- und Expositions-faktoren des Probanden und das Vorhandensein möglicher Abhängigkeitsmechanismen zwischen diesen Faktoren, die Krankheiten im Individuum verursachen können. Koronare Herzkrankheit, Krebs, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Asthma, neurodegenerative Erkrankungen, all dies sind potenziell katastrophale Ereignisse im Leben des Einzelnen.

Nach moderner Auffassung beschäftigt sich die medizinische Statistik damit, der modernen Medizin die Beweisgrundlagen zu liefern: Anfänglich mit der «translationalen Medizin» (Translational Medicine), dann mit der so genannten «personalisierten Medizin» (Personalized Medicine). Heute spricht man hingegen von «Präzisionsmedizin» (Precision Medicine).

Die Entwicklung der «Datentechnologie» hat auch zur Entstehung neuer Interaktionsprozesse zwischen Epidemiologie, Überwachung, Prävention und öffentlicher Gesundheit geführt, wie in Abbildung 2 dargestellt wird.

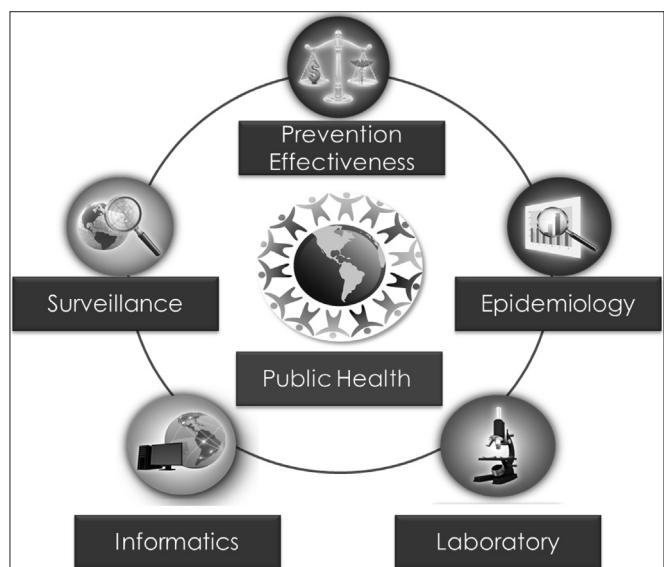


Abb. 2: Interaktionsprozess zwischen den Disziplinen im Gesundheitswesen.

Was steht hinter diesem ständigen Perspektivenwechsel der Medizin und wie hat die medizinische Statistik ihre Paradigmen entsprechend verändert? Der wesentliche Punkt ist die Veränderung der Art der Daten, die die Welt der Biomedizin zu einem einzigen «globalen System» (Global System) gemacht hat.



Bis vor wenigen Jahrzehnten war das Problem der Verwendung von Statistiken in der Medizin ein Problem des «Nachweis Erbringens» durch einen reinen «Induktionsprozess»: In einem Inferenzprozess wurde, ausgehend von einer relativ kleinen Stichprobe, mithilfe statistischer Inferenzinstrumente eine «Inferenz» der Bevölkerung erstellt, um dann von «evidenzbasierter Medizin» (Evidence Based Medicine EBM) zu sprechen. Heute, in der Ära von BIG DATA, auf die wir im letzten Abschnitt zurückkommen werden, hat sich das Statistik-Paradigma in der Medizin verändert und die Medizin ist zu einem integrierten Informationssystem geworden. Mit dem Aufkommen von Genomik, Proteomik, mit den grossen Konsortien und dem Föderalismus biomedizinischer Daten eröffnet sich eine enger gefasste «deduktive» Perspektive der Disziplin.

In der Tat geht es in der «translationalen Medizin» darum, heterogene Datenquellen und interdisziplinäres Wissen, das in der Grundlagen- und klinischen Forschung nutzbar ist, zusammenzuführen und transversal zu integrieren. Ziel ist, die Kenntnis der Pathologien zu verbessern, um einen «Deduktionsprozess» zu initiieren, bei dem man von der allgemeinen Pflege zu einer «personalisierten» und auf den Patienten abgestimmte Therapie zurückzukehren versucht. In der modernen medizinischen Auffassung spricht man eher von «Präzisionsmedizin», um eine im Vergleich zur personalisierten Medizin grössere Dimension wiederzufinden. Zumal selbst massgebliche Stellen, wie der National Research Council (Nationaler Forschungsrat) festgestellt haben, dass hinsichtlich der Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems eine nur anhand der Merkmale eines Individuums patientierte Therapie unwirtschaftlich und zuweilen auch moralisch fragwürdig ist.

Heute spricht man lieber von «Präzisionsmedizin» oder «Präzision», bei der Therapien auf der Basis von

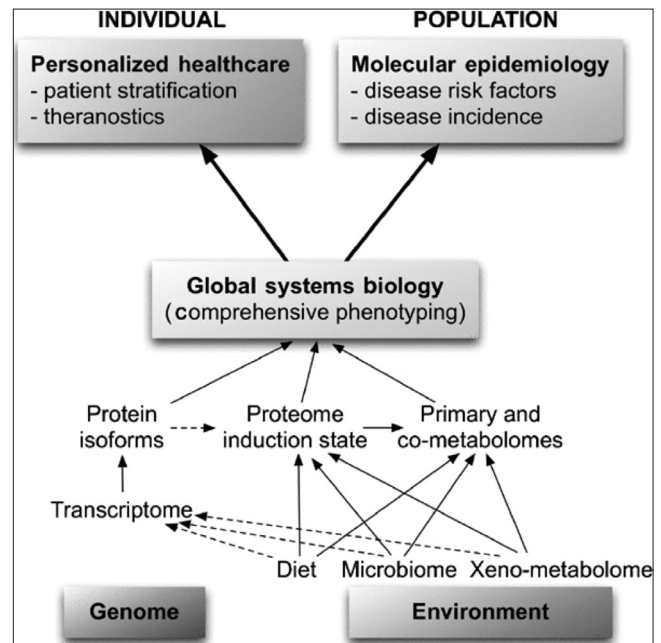


Abb. 3: Beziehungen zwischen Systembiologie, personalisierter Medizin und molekularer Epidemiologie.

genetischen, ökologischen und Lifestyle-Faktoren patientiert werden; und zwar, um zu Therapien einzusetzen, die sich an eine «Gruppe» von Patienten anpassen lassen, statt an das einzelne Individuum. Es lässt sich dennoch nachvollziehen, wie die «individuelle» Perspektive zu Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit führen könnte, die stark von denjenigen abweichen, die durch eine «Bevölkerungsperspektive» identifiziert wurden, wie in Abbildung 3 dargestellt wird.

Die authentische Bedeutung der Epidemiologie, die sie

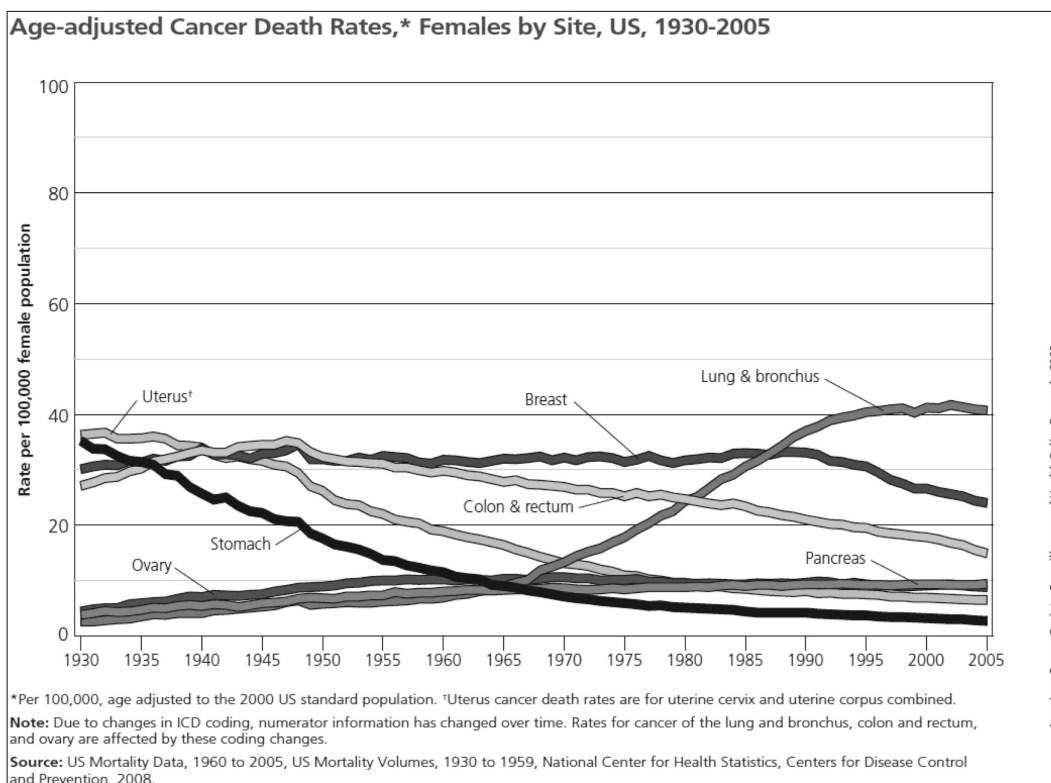


Abb. 4: Die Veröffentlichung der American Cancer Society «Cancer Facts & Figures» basiert auf Daten des National Center for Health Statistics und des Bureau of the Census.

auch von der medizinischen Statistik unterscheidet, liegt in ihrer Etymologie, das heißt im griechischen «epi-demos», Studium der Bevölkerung. Die Bevölkerungsperspektive fokussiert sich auf eine Pathologie hinsichtlich einer grossen Anzahl von Individuen, bis hin zu den sogenannten Massenerkrankungen. Die Exposition gegenüber Risikofaktoren wird im Rahmen der Exposition von Menschengruppen bewertet.

Abbildung 4 zeigt die Sterblichkeitsraten von sieben Krebsarten [Kolon und Rektum, Leukämie, Leber, Lunge und Bronchien, Bauchspeicheldrüse, Prostata und Magen] bei Männern in den USA in einem Zeitraum von 1930 bis 2005. Was lesen wir in einer solchen Grafik, die kennzeichnend ist für Epidemiologie? Einerseits sehen wir der Entwicklung von sieben Tumorarten über die Zeit, zum Beispiel in den Longitudinaldiagrammen, wo wir gegenüber der Stabilität fast aller Tumore den dramatischen Anstieg des Lungenkrebses feststellen und insbesondere einen Wendepunkt identifizieren können.

Wir sehen, dass sich der Spitzenwert von 1965 aus epidemiologischer Sicht als fundamentale Interpretation für die Forschung nach den Ursachen des Anstiegs erweist. In jenen Jahren wurde die Tabak-Eskalation von der WHO als «die tragischste Entwicklung in der modernen Geschichte der Medizin» (Jan Stjernsward, WHO) erkannt. Seither wurde auf globaler gesellschaftlicher Ebene eine Kampagne gegen das Rauchen gestartet, die bis heute andauert. Sie begann mit dem Verbot der expliziten Werbung, dem Hinzufügen von abschreckenden Sätzen auf den Zigarettenpackungen um schliesslich das obligatorische Rauchverbot an jedem öffentlichen Ort einzuführen.

Der Lungenkrebs stellt einen klaren Beweis dar für die Notwendigkeit einer Bevölkerungsperspektive zur Eindämmung einer als «Massenerkrankung». Die Bevölkerungsperspektive untersucht daher nicht so sehr die klinisch-biologischen Risikofaktoren für das Individuum, sondern bezieht sich vielmehr auf die Umweltfaktoren und die damit verbundenen Veränderungen im politischen Gesundheitssystem.

Ein weiteres Beispiel von Pandemie im 20. Jahrhundert ist die HIV/AIDS (Humane Immundefizienz-Virus bzw. erworbenes Immunschwächesyndrom). In der «individuellen Perspektive» auf HIV konzentrieren sich die Behörden auf das Vorbeugen und Verhindern von riskanten Verhaltensweisen des Einzelnen. Tatsächlich haben die «Centers for Disease Control and Prevention (CDC)» etliche Millionen

Dollar in erzieherische Programme investiert, einschliesslich des Erwerbs von HIV-Tests, die auf breiter Ebene an die Bevölkerung verteilt werden. Eine Bevölkerungsperspektive hingegen basiert auf sozioökonomischen und demographischen Faktoren, die zur Verbreitung des Virus beigetragen haben (1). Dazu zählen die Einwanderungsströme von Arbeitnehmern aus Gebieten mit hoher Pandemierate – wie dem südöstlichen Teil von Subsahara-Afrika (2), wo die untergeordneten afrikanischen Frauen in den Stämmen vom Kindesalter an zu promiskuen Verhaltensweisen gezwungen werden, die das Krankheitsrisiko stark erhöhen (3); die Explosion des Flugverkehrs und die Globalisierung im Allgemeinen haben zu einer raschen Ausbreitung des Virus beigetragen.

Die individuelle Perspektive beruht auf der «Diagnostik» und strebt nach einer «massgeschneiderten» Behandlung des Patienten. Die Bevölkerungsperspektive befasst sich mit «Screening», Massenprävention sowie mit der Ermittlung der primären und sekundären Interventionsstufe der Prävention.

### 3. Altersepidemiologie und Überwachung

Der Alterungsprozess tritt in bestimmten Entwicklungsphasen der Bevölkerung auf und ist das Ergebnis eines Rückgangs der Fruchtbarkeit bei gleichzeitiger Erhöhung von Lebensdauer und Lebenserwartung. Diese Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung, obwohl absehbar, haben sich schneller vollzogen als erwartet. Sie lassen daher oft keine effiziente Anpassung des sozioökonomischen Systems an die Entwicklung zu. Folglich wurden sie von den meisten Institutionen als negative Phänomene eingestuft und lange als typisches «Problem des Alterns» betrachtet.

Seit den 1970er Jahren hat sich diese Sichtweise langsam geändert, vor allem dank dem Demographen Edward Rosset. Er führte 1978 eine Untersuchung durch, die eine höhere Entwicklung der Bevölkerungen, verbunden mit einem raschen Wachstum der durchschnittlichen Lebensdauer offenbarte.

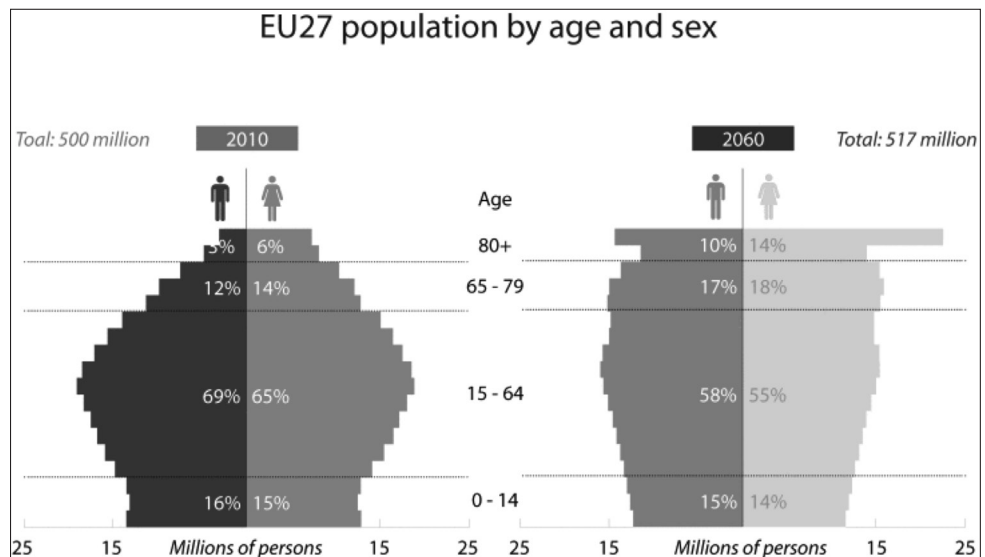


Abb. 5: Nach Geschlecht geschichtetes Bevölkerungswachstum.

Der Eurostat-Bericht 2010–2060 zeigt eine sehr schnelle Wachstumsdynamik, wie aus Abbildung 5 hervorgeht; wobei ein besonderer Spitzenwert für ältere Frauen sichtbar ist, für die ein starkes Wachstum zu erwarten ist. Obgleich die Auswirkungen der sozioökonomischen Entwicklung weitgehend auf den Frauen lasten, sind die spezifischen Politiken immer noch wenig geschlechtsspezifisch differenziert. Sie passen sich nur langsam an das grössere Engagement der Frauen auf dem Arbeitsmarkt, ausserhalb der Familie, und an die Schwächung des Familien- und Elterngefüges an. Dies führt dazu, dass Frauen sich zuerst um ihre Kinder kümmern müssen und dann oft gleichzeitig den Ehemann und die Eltern.

In Übereinstimmung mit dem «Ageing and Life Course» der WHO hat sich gezeigt, wie eng das Altern mit *Wohlbefinden* verbunden ist. Tatsächlich wirft die demografische Entwicklung viele wichtige Fragen im Zusammenhang mit der Nachhaltigkeit der Sozial- und Gesundheitssysteme auf, die mit einer steigenden Nachfrage nach Dienstleistungen und Pflegedienstleistungen konfrontiert sind, insbesondere mit *langfristiger* Pflege oder dauerhafter Pflege im Zusammenhang mit Behinderung älterer Menschen.

Die Prognosen der UNO (1) zeigen, dass im Jahr 2050 fast 2 Milliarden Menschen über 60 Jahre alt sein werden, also mehr als dreimal so viele wie im Jahr 2005; dies entspricht etwa einem Viertel (22%) der Weltbevölkerung, wobei einige Länder in die entgegengesetzte Richtung tendieren, wie die Schweiz, wo der Prozentsatz auf 16 Prozent sinkt.

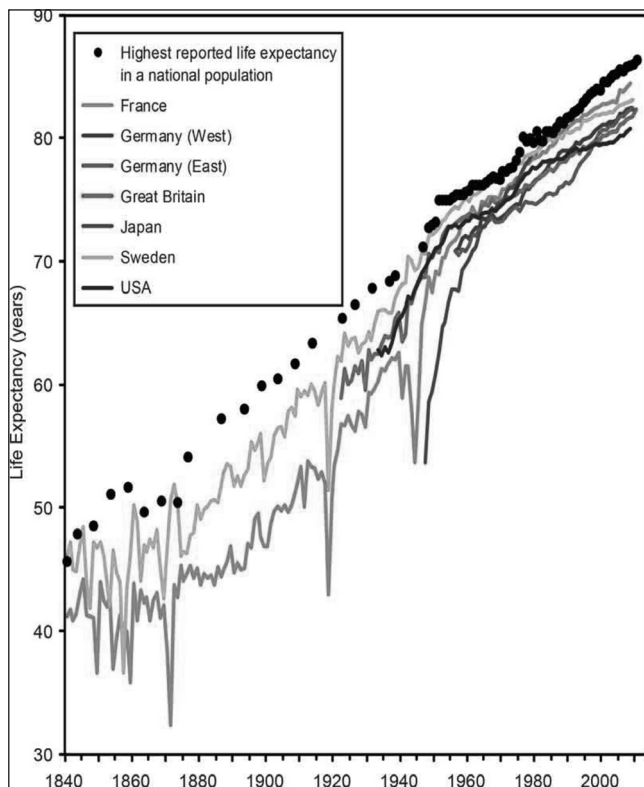


Abb. 6: Quelle: Highest reported life expectancy for the years 1840 to 2000 from online supplementary material to Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 2002, S. 296.

Insbesondere in den 27 EG-Ländern wird ein dramatischer Anstieg der Bevölkerung über 64 Jahre erwartet, die sich in den nächsten 40 Jahren von fast 87 Millionen auf rund 148 Millionen Menschen praktisch verdoppeln wird (2). Abbildung 6 veranschaulicht diese Entwicklung in einigen der wichtigsten europäischen Länder (<http://www.who.int/ageing/en/>).

Der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, der bis zum Jahr 2050 auf sechs Jahre geschätzt wird, macht daher eine sehr gezielte sozialmedizinische Interventionspolitik erforderlich. Diese umfasst auch die Förderung einiger Berufsfiguren wie die Betreuer für ältere Menschen und die Stärkung der Gesundheitsfürsorge in Bezug auf die mit dem Altern verbundenen Pathologien.

Eurostat hat darauf hingewiesen, dass die Mehrheit der europäischen Staaten noch nicht auf eine Politik des aktiven Alterns vorbereitet sind. Dies ist eine Politik, bei der ältere Menschen, die bei guter Gesundheit sind, zu einem aktiven und nicht nur passiven Teil der Gesellschaft werden können. Dies bedeutet, dass sie wo immer möglich an allen wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Gütern der Gesellschaft teilnehmen, die deshalb anders ausgerichtet sein müssen.

Der globale Charakter und die enormen Auswirkungen des Phänomens erfordern koordinierte Reaktionen der verschiedenen Staaten, um sektorübergreifende Politiken zu fördern, die ein breites Spektrum sozialer und wirtschaftlicher Fragen abdecken.

#### 4. Die Rolle der Überwachung in der Gesellschaft der psychischen Störungen

Wenn man von «Überwachung» spricht, kommt man nicht umhin, die entscheidende Rolle der öffentlichen Gesundheitsversorgung bei der Förderung der «psychischen» Gesundheit auf der Grundlage von Überlegungen zur Lebensqualität, zur Nachhaltigkeit eines sozioökonomischen Systems und zur öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen in Betracht zu ziehen. Probleme der psychischen Gesundheit sind zu einer der Hauptursachen für Fehlbleiben am Arbeitsplatz und Frühpensionierung in Europa geworden. Darüber hinaus führen der derzeitige wirtschaftliche Abschwung und seine Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt zu Problemen bei der Beschäftigung und bei der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen und ihren Familien.

Die Veröffentlichung von Oms Europa «Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times» (Psychische Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz – Schutz und Eingliederung in schwierigen Zeiten) ... Tatsächlich leiden weltweit etwa 450 Millionen Menschen an psychischen Erkrankungen, wenn man davon ausgeht, dass ein Viertel der Weltbevölkerung schätzungsweise irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung leidet. Psychische Erkrankungen machen in den Vereinigten Staaten, Kanada und Westeuropa etwa 25 Prozent aller Behinderungen aus und sind, wenn man auch kognitive

Erkrankungen mit einbezieht, eine der Hauptursachen für vorzeitigen Tod.

Zum Beispiel wird in den Vereinigten Staaten geschätzt, dass die Prävalenz im Leben von Erwachsenen von Angst- und Depressionsstörungen bei 29 Prozent, von Kontrollverlust und Zwangsstörungen bei 25 Prozent, von Stimmungsschwankungen bei 21 Prozent und von anderen Störungen bei 46 Prozent liegt. Die Auswirkungen psychischer Störungen sind während des gesamten Lebens auf allen sozioökonomischen Ebenen feststellbar.

Die Kosten für das Gesundheitssystem sind ebenfalls enorm. In den USA werden die geschätzten jährlichen Kosten auf 150 Milliarden Dollar pro Jahr ausschliesslich Forschungskosten geschätzt. Die nächste Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen Prävalenz und Behandlung bei einer der wichtigsten psychischen Störungen, der Depression.

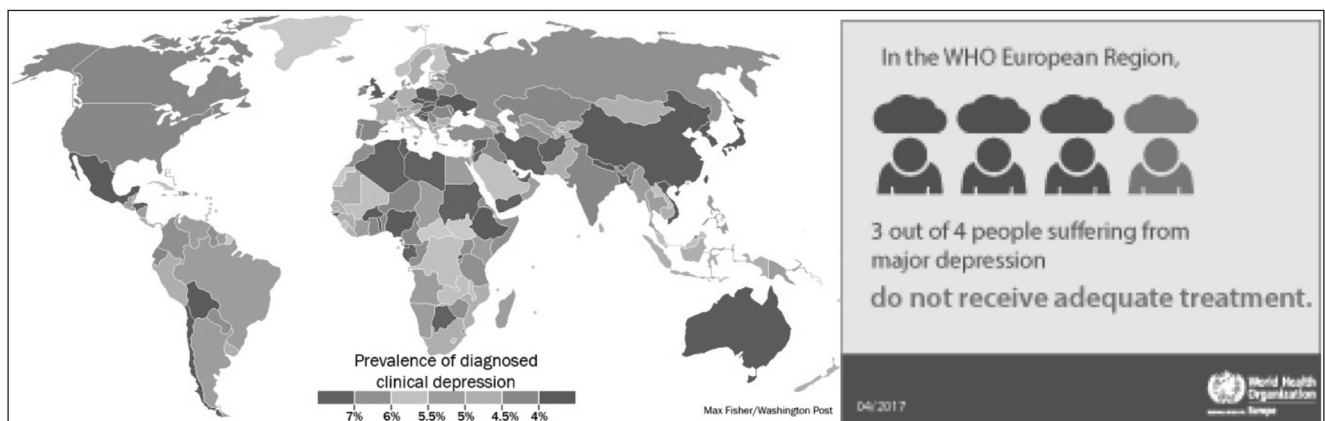


Abb. 7: Prävalenz in der Diagnose von psychischen Störungen versus fehlende Behandlungen.

In Europa machen psychische Gesundheitsprobleme fast 20 Prozent der Gesamterkrankungen aus und betreffen sogar jeden vierten Menschen im Laufe seines Lebens. Von den zehn Ländern mit den höchsten Selbstmordraten der Welt befinden sich neun in Europa. Trotz dieser Zahlen entsprechen die angebotenen Gesundheitsdienste häufig nicht den Anforderungen und Bedürfnissen der Patienten: Die Kluft zwischen der Pflege, die die Patienten benötigen würden, und dem, was sie erhalten, ist immer noch sehr gross. So wird beispielsweise die Hälfte der an Depressionen Erkrankten nie behandelt, und ganz allgemein werden sogar in Ländern mit einem entwickelten Gesundheitssystem 44–70 Prozent der an psychischen Pathologien Leidenden überhaupt nicht behandelt (Abbildung 7).

In einem Viertel der europäischen Länder sind Pflegedienste nicht einmal verfügbar, und in einigen Ländern sind mehr als 50 Prozent der Patienten in zu grossen und unzureichenden Strukturen untergebracht.

Wie aus dem Bericht der WHO 2013–2020 über die Prävention in Fragen der psychischen Gesundheit (<http://www.euro.who.int/en/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/policy>) hervorgeht, erfahren Menschen mit psychischen Störungen signifikant höhere Behinderungs- und Sterblichkeitsraten als der Durchschnitt.

Zum Beispiel haben Menschen mit schweren Depres-

sionen und Schizophrenie eine 40–60 Prozent grössere Wahrscheinlichkeit als der Rest der Bevölkerung auf einen vorzeitigen Tod, und zwar aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen, die oft nicht behandelt werden (wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder HIV-Infektion), und wegen Selbstmord. Letzterer ist die zweitwichtigste Todesursache bei jungen Menschen weltweit.

Zwölf Psychische Störungen wirken sich häufig auch andere Krankheiten aus wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und HIV/AIDS-Infektionen und werden ihrerseits von diesen beeinflusst. Daher erfordern sie gemeine, übereinstimmende Pflege und eine aktive Mobilisierung der Ressourcen. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass Depressionen zu einer Prädisposition für Herzinfarkt und Diabetes führen können, was wiederum das Risiko des Auftretens von Depressionen erhöht. Es

gilt ausserdem als erwiesen, dass psychische Störungen häufig mit Störungen durch Gebrauch von psychotropen Substanzen einhergehen.

Insgesamt bringen psychische, neurologische Störungen und psychotrope Substanzkonsumstörungen hohe Kosten mit sich, die 2004 weltweit 13 Prozent der globalen Krankheitslast (Global Burden of Disease) für die Gemeinschaft ausmachen. Depression allein macht 4,3 Prozent der globalen Krankheitslast aus und ist eine der Hauptursachen für Behinderungen weltweit (11% der Lebensjahre, die weltweit mit einer Behinderung gelebt werden), insbesondere bei Frauen.

Die wirtschaftlichen Folgen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind ebenso wichtig: Eine kürzliche Studie schätzt, dass sich die kumulativen Auswirkungen von psychischen Störungen in Bezug auf den Verlust von Wirtschaftsleistung zwischen 2011 und 2030 weltweit auf 16.300 Milliarden US-Dollar belaufen werden.

Die erste epidemiologische Studie über die Prävalenz psychischer Störungen ist Teil des europäischen Projekts European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), an dem sechs Länder (Italien, Belgien, Frankreich, Deutschland, Niederlande, Spanien) teilgenommen haben.

Die Studie gibt einen Überblick über die Häufigkeit von psychischen Störungen in der italienischen Bevölke-

zung, die Beziehungen untereinander, die Assoziation mit möglichen Risikofaktoren und die Behandlungen, die in Anspruch genommen wurden (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128382>).

Diese und andere Projekte wurden im Rahmen der WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative durchgeführt, an der sich mehr als 30 verschiedene Länder beteiligen. Das umfangreiche epidemiologische Forschungsprojekt wurde gemeinsam von WHO und der Universität Harvard (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>) gefördert. Auf europäischer Ebene wurde das Projekt von der Europäischen Union und GlaxoSmith-Kline finanziert.

In der Schweiz leiden 27 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (18–65) im letzten Jahr mindestens an einer von mehreren psychischen Störungen (u. a. Depressionen, Angstzustände, Ernährungsstörungen, Substanzabhängigkeit). Bei fast allen Erkrankungen – mit Ausnahme der Substanzabhängigkeit (5,6% bei Männern, 1,3% bei Frauen) – sind die Raten bei Frauen geringfügig höher als bei Männern. Die Prävalenzwerte dieser Krankheiten liegen in der Schweiz sogar über dem europäischen Durchschnitt. Sie kombinieren sich jedoch mit einem sehr effizienten, auf die Zugänglichkeit der Gesundheitsdienste ausgerichteten, föderalen Gesundheitssystem. Die Schweiz steht in Europa an erster Stelle hinsichtlich der Zugänglichkeit von Dienstleistungen und der Gesundheitsergebnisse nach dem Euro Health Consumer Index 2015, die jedes Jahr die europäischen Gesundheitssysteme klassifiziert.

Aus diesem Grund weist die Schweiz mit 30 Psychiaterinnen und Psychiatern pro 100.000 Einwohner eine der höchsten Zahlen in Europa auf, während der europäische Durchschnitt bei 9 liegt (vgl. Euro Health Consumer Index. <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>).

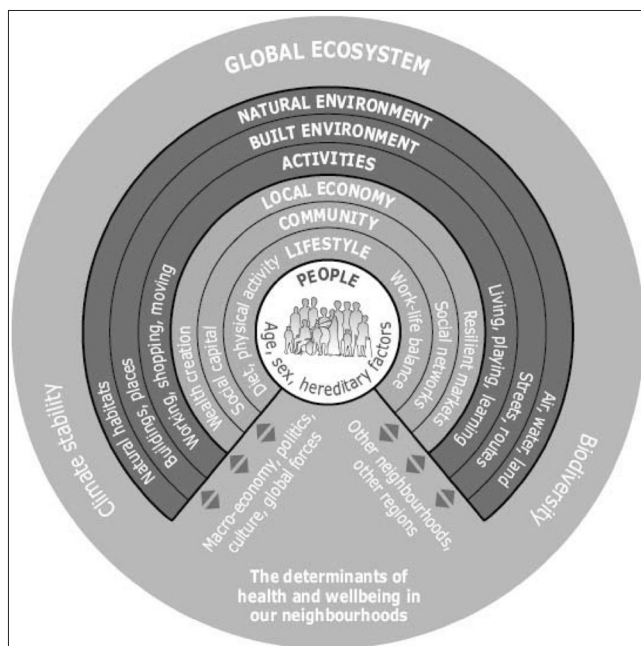


Abb. 8: Determinants of health and wellbeing. Quelle: Barton & Grant.

Die Einstufung der psychischen Gesundheit als ein dringendes und integrales Problem weltweit ist von vorrangiger Bedeutung. Es sollte von den Institutionen mit der gleichen Dringlichkeit behandelt werden wie jede andere körperliche Störung, da die Ursachen klar identifiziert wurden, wie aus Abbildung 8 hervorgeht.

Psychische Störungen zeigen auch eine Komorbidität mit anderen Krankheiten, da sie zu gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Drogenmissbrauch, Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch und Bewegungsmangel führen können. Depression ist heute bekannt als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch für Diabetes, der durch Essstörungen ausgelöst wird. Ganz zu schweigen von den gesundheitspsychologischen Problemen, das heißt dem Nachweis der Nicht-Reaktion auf Behandlungen (onkologisch, kardial), die hauptsächlich auf postoperative Depressionen zurückzuführen sind. Die nach wie vor geringen Kenntnisse in Bezug auf psychische Erkrankungen und die vorherrschenden kulturellen Vorurteile sind dafür verantwortlich, dass die meisten diagnostizierten Menschen nicht auf Behandlungen zurückgreifen, obwohl es für viele dieser Krankheiten wirksame Behandlungen gibt.

Diese sehr spezifischen soziokulturellen Aspekte psychischer Störungen erzeugen verheerende Auswirkungen aufgrund fehlender Diagnose: Krankheiten, die weniger schwerwiegend wären, wenn sie rechtzeitig erkannt und wirksam behandelt würden, werden deshalb chronisch. Eine der wichtigsten Herausforderungen an die öffentliche Gesundheit besteht deshalb darin, Risikofaktoren zu identifizieren, das Bewusstsein und die Kenntnis über die Wirksamkeit von Therapien zu stärken, die Stigmatisierung zu beseitigen, die in vielen Ländern noch immer mit psychologischer Behandlung verbunden ist und die Verfügbarkeit von tragbarem medizinischem Personal aus dem Gesundheitssystem für die primäre und sekundäre Prävention oder Früherkennung zu erhöhen, vor allem in den Bevölkerungsgruppen, die überproportional betroffen sind.

Die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens müssen Präventionsprogramme für psychische Störungen in die allgemeine epidemiologische Überwachung (Surveillance) chronischer Krankheiten einbeziehen, um einige der in den WHO-Berichten (WHO) ermittelten Schlüsselaspekte angehen zu können.

1. Identifizierung von Personen mit psychischen Störungen (95% aller Länder)
2. Früherkennung von Problemen (86%);
3. Die Kapazität, Patienten mit Erkrankungen, die das Nervensystem und die psychische Behinderung betreffen, regelmäßig zu behandeln (85%).
4. Die Bereitstellung umfassender, integrierter und reaktionsfähiger Dienste für psychische Gesundheit und soziale Unterstützung auf territorialer Ebene.
5. Die Stärkung der Informationssysteme, der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen unterstreicht der Globale Aktionsplan 2013–2010 die Bedeutung der

Annäherung an ein Gesundheitssystem, in dem die psychische Gesundheit geschätzt, gefördert und geschützt wird. Psychischen Störungen soll vorgebeugt werden und Menschen mit diesen Störungen müssen in der Lage sein, alle Menschenrechte in vollem Umfang wahrzunehmen und rechtzeitig Zugang zu qualitativ hochwertigen, kulturell angemessenen und qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Sozialdiensten zu erhalten, die die Genesung fördern. Mit dem Ziel, ein möglichst hohes Gesundheitsniveau zu erreichen und uneingeschränkt, frei von Stigmatisierung und Diskriminierung, am sozialen und beruflichen Leben teilnehmen zu können.

### 5. Präzision, Prävention: von Big Data bis zur individuellen Gesundheit

In der modernen Gesellschaft hat die Evolution der biomedizinischen Datenproduktionstechnologie den Fokus auf «grosse Informationen» aus den «BIG DATA» verlagert. Die Biostatistik ist heute Teil der grösseren Disziplin der «Data Science». Technologische und biomedizinische Fortschritte haben einen rasch und kontinuierlich wachsenden Strom biologischer und Volksgesundheits-Daten sowie eine solide Wissensbasis geschaffen; diese hat das Potenzial hat, die Gesundheitsversorgung durch wirksamere und individuellere Ansätze zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten zu verbessern. Ausserdem trägt die Fähigkeit dazu bei, die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen effizienter zu gestalten und Innovation und Wirtschaftswachstum zu unterstützen.

Die BIG DATA beziehen sich auf die Menge an Informationen, ihre Komplexität und die Geschwindigkeit, mit der sie genutzt werden können. Tatsächlich werden die «grossen» biomedizinischen Daten nach den sogenannten 3V klassifiziert: «Volume», das sich auf die Anzahl der Stichproben und die Anzahl der Variablen und Merk-

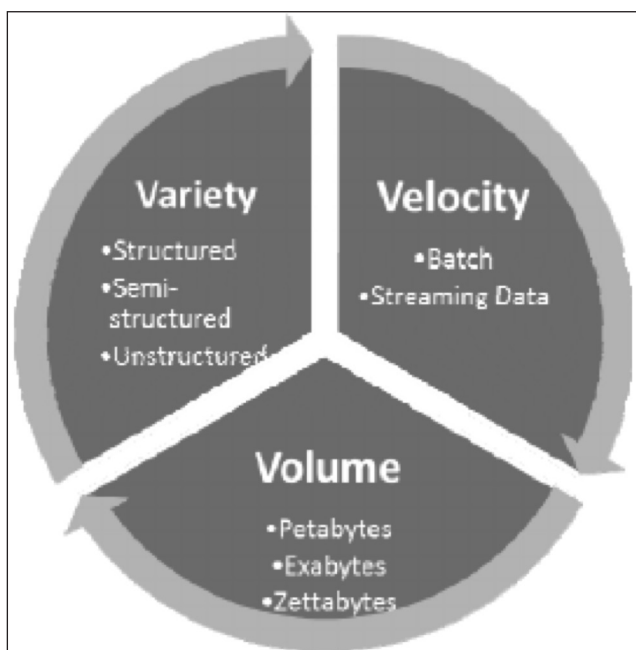


Abb. 9: Die Architektur des 3V-Modells für Big Data.

male pro Stichprobe bezieht. Dieser Aspekt betrifft zum Beispiel die Bildung grosser internationaler Konsortien zur Sammlung biomedizinischer Daten, an denen verschiedene Gesundheitsorganisationen, Krankenhäuser und Forschungszentren beteiligt sind. «Velocity» bezieht sich auf die Geschwindigkeit der Datengenerierung im Zusammenhang mit neuen Technologien und «Variety» bezieht sich auf verschiedene Datenquellen wie klinische, genomische und biomolekulare Daten, wie in Abbildung 9 dargestellt wird.

Der in Abbildung 10a und b dargestellte sogenannte «Garnter Hyper Cycle» (Hype-Zyklus) repräsentiert die Lebens- und Entwicklungsphasen wissenschaftlicher Entdeckungen über die Zeit sehr gut. Insbesondere ist er bezeichnend für die Tatsache, dass wir für die «Big Data» heute fast den Gipfel der sogenannten «technologischen Erwartungen» erreicht haben.

Man ahnt sofort, wie einer der «heikelsten» Aspekte des Beitrags der BIG DATA zum biomedizinischen Wissen das betrifft, was viele als das vierte «V» oder als «Veracity» (Wahrhaftigkeit) bezeichnen: Wie viel «gute Information» lässt sich aus den «BIG DATA» ableiten?

Inwieweit können wir diese Daten, die ohne experimentelle Planung erhoben wurden und über deren Qualität wenig Informationen vorliegen, dazu verwenden, in «kausaler» Hinsicht Rückschlüsse auf Pathologien oder Risikofaktoren zu ziehen, zumal sie ja bereits in allen Beobachtungsstudien komplexe Aspekte darstellen, die es zu behandeln gilt?

Die Nutzung von BIG Data in den biomedizinischen Wissenschaften ist auch unter dem Gesichtspunkt der öffentlichen Gesundheit und Bioethik sehr aktuell geworden. 2015 widmete der Nuffield Council on Bioethics dem Thema «The collection, linking and use of data in biomedical research and health care: ethical issues» einen ganzen Abschnitt. In diesem Zusammenhang wurde das wachsende öffentliche Interesse an einem verantwortungsvollen Umgang mit Daten deutlich, die Wissen generieren, Innovationen fördern und zur Verbesserung der Gesundheit. Dazu gesellen sich berechtigte Bedenken hinsichtlich des Schutzes der Privatsphäre.

Im Zusammenhang mit Transparenz, Datenschutz und Einverständniserklärung taucht eine Reihe kritischer

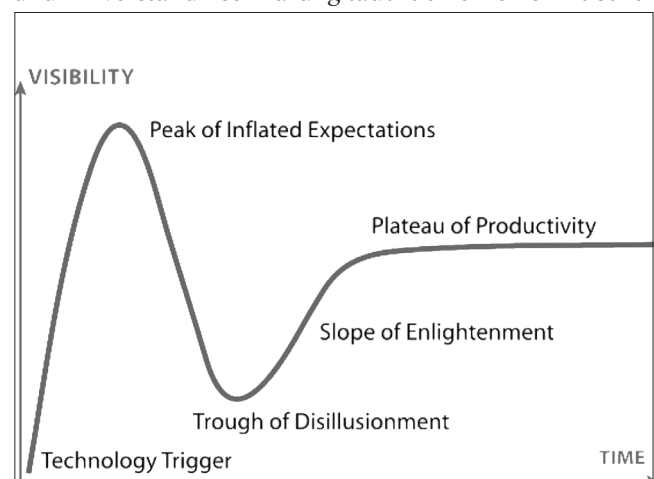


Abb. 10a

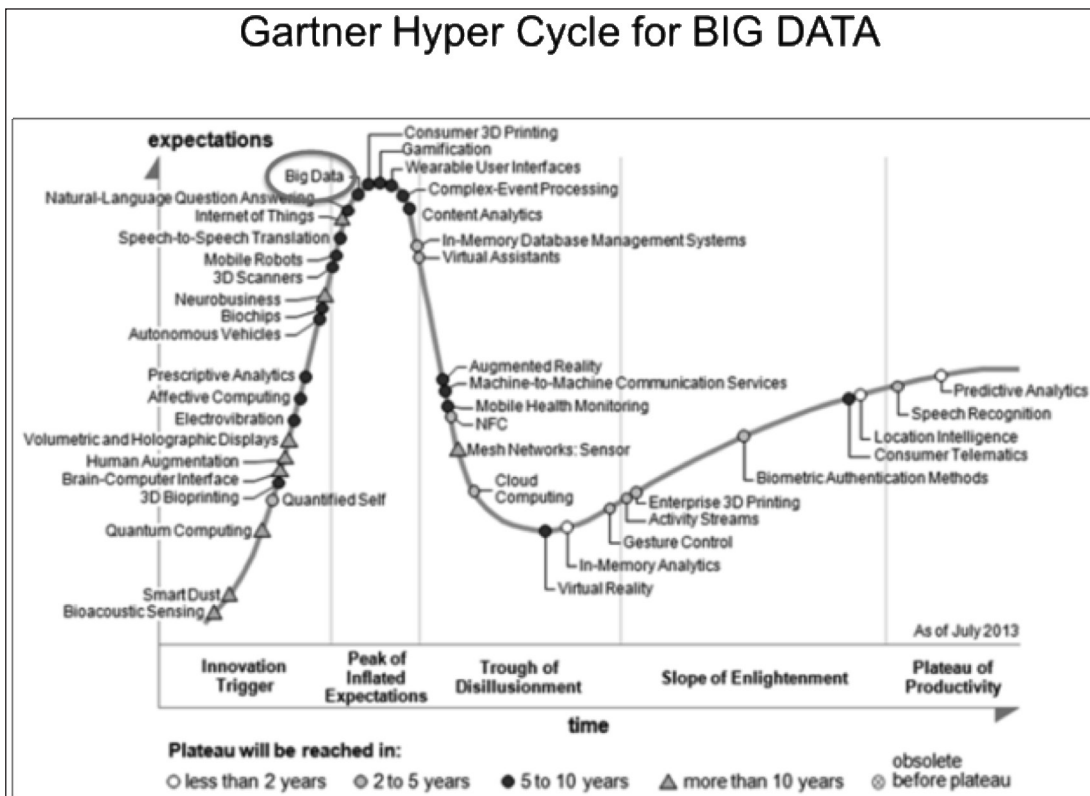


Abb. 10b: Gartner Hype Cycles bieten eine grafische Darstellung des Reifegrades und der Akzeptanz von Technologien und Applikationen sowie deren potenzielle Relevanz.

Fragen auf, die angemessen angegangen werden sollte. Es geht darum, sicherzustellen, dass diese enorme Datenverfügbarkeit und alle daraus resultierenden Veränderungen des globalen Wissens besser verwaltet und genutzt werden. Ab 2012 werden täglich ca. 2,5 Exabyte Daten erzeugt (Zahl, die sich in den nächsten Jahren voraussichtlich verdoppeln wird) und dass eine unsachgemäße Verwendung dieser riesigen Datenmenge Zusammenhänge mit Krankheiten offenlegen könnte, so dass eine Person für bestimmte Berufe oder bestimmte Voraussetzungen für Kranken- oder Lebensversicherung als ungeeignet eingestuft wird.

In der Tat entsteht neu die sogenannte «Digital Epidemiology», die aus einer neuen Generation von Systemen zur Überwachung der öffentlichen Gesundheit besteht. Diese agieren über internationale Grenzen hinweg und integrieren traditionelle Systeme, indem sie den weit verbreiteten Zugang zum Internet und das explosionsartige Wachstum mobiler Geräte und Online-Plattformen nutzen.

Mit Hilfe globaler Daten in Echtzeit verspricht die digitale Epidemiologie beispielsweise, den Infektionsherd einer Krankheit frühzeitig zu erkennen. Der jüngste Fall ist die Ebola-Epidemie in Westafrika im Jahr 2014 zeigt: Es geschieht heute viel schneller als früher, zum Beispiel als John Snow im Jahr 1854 die Cholera nach monatelanger Arbeit entdeckt hat.

Das Sammeln, Verknüpfen und Nutzen von Daten in der biomedizinischen Forschung und im Gesundheitswesen: ethische Fragen (<http://nuffieldbioethics.org/project/biological-health-data/>)

## 6. Schlussfolgerungen

Die «Daten»-Technologie ist parallel zu den biomedizinischen Technologien vorangeschritten und hat das Konzept der epidemiologischen Analyse, der prädiktiven Analyse und der Überwachung in integrierte Teile eines einzigen Prozesses verwandelt, der der Prävention und den Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zugrunde liegt.

So wie die Präzisionsmedizin die Daten einzelner Patienten nutzt, um die am besten geeignete therapeutische Massnahme zu planen, so nutzt die präzise Prävention «Big Data», um die Auswirkungen von Risikofaktoren auf die Entwicklung bestimmter Krankheiten innerhalb einer Bevölkerung zu untersuchen und Strategien zu identifizieren, um deren Ausbruch zu verhindern oder die Nutzung bestehender therapeutischer Praktiken und Ressourcen zu optimieren.

Auf politischer Ebene ist daher erforderlich, auf Präventionsstrategien zu fokussieren, die Ärzte, Epidemiologen, Genetiker und Gesundheitsorganisationen wirkungsvoll umsetzen könnten. Durch Datenzugang wären sie in der Lage, diese enorme Datenmenge mit hoher Geschwindigkeit, Komplexität und Variabilität zu durchkreuzen und interagieren zu lassen. Ausserdem könnte diese grosse Menge an Daten über Einzelpersonen zu ethischen und rechtlichen Problemen führen, die bei der Planung von Bevölkerungsstudien berücksichtigt werden müssen.

Es trifft durchaus zu, dass aus der Integration verschiedener Datenquellen grundlegende Inputs für die Identifizierung von Risikofaktoren, neuen Biomarkern oder Infektionsherden im Zusammenhang mit neuen Viren entstehen können. Dennoch bleiben die Bewertung

der Einstellung und des Verhaltens der Leute gegenüber der Gesundheit und die Pharmakovigilanz nach wie vor von primärem Interesse.

## Literatur

- de Moivre, A. (1725). *Annuities upon Lives: or, The Valuation of Annuities upon any Number of Lives; as also, of Reversions. To which is added, An Appendix concerning the Expectations of Life, and Probabilities of Survivorship*. London: Fayram, Motte and Pearson.
- Eurostat (2006). EU integration seen through statistics. Luxembourg: Publications of the European Union. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF) (18.03.2013).
- Gompertz, B. (1825). On the nature of the function expressive of the law of human mortality. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series A* 115, 513–580.
- Hald, A. (1990). *A History of Probability and Statistics and Their Applications before 1750*. New York: Wiley.
- Makeham, W.M. (1860). On the law of mortality, and the construction of mortality tables. *Journal of the Institute of Actuaries*, 8, 301
- Makeham, W.M. (1860). *On the law of mortality, and the construction of mortality*.
- Neff, G. (2013). Why big data won't cure us. *Big Data*, 1, 117–123. pmid:25161827.
- Salathé, M., Bengtsson, L., Bodnar, T.J., Brewer, D.D., Brownstein, J.S. et al. (2012). Digital epidemiology. *PLoS Comput Biol*, 8: e1002616. pmid:22844241.
- Stjernsward, J. (WHO) (1989). Battle against tobacco. Editorial. *Journal of the National Cancer Institute*, 81, 1524–1525.
- United Nations Economic Commission for Europe (2010). Regional Ministerial Conference on Ageing will review 10 years of implementation of Madrid International Plan of Action on Ageing. Genf: UNECE. [http://www.unece.org/press/pr2010/10env\\_p40e.html](http://www.unece.org/press/pr2010/10env_p40e.html) (19.07.2013).
- Vayena, E., Salathé, M., Madoff, L.C. & Brownstein J.S. (2015). Ethical Challenges of Big Data in Public Health. *PLoS Comput Biol*, 11(2): e1003904.

## New challenges of epidemiology in political and social contexts. From public health service to prevention policies

This contribution is addressed to provide a large spectrum overview on how the evolution of biomedical information has

brought unavoidably about a change of tools and modes of analysis both from the epidemiology and public health service point of view. In order to face the challenges connected to the change of population dynamics, to the large migration fluxes, the change of ageing dynamics and the very rapid evolution of medicine towards «precision medicine», it is necessary that the social-organizational response of social and health system adapts itself to the ongoing changes and new needs. In this article we will show how, moving from an individual perspective to the one of a population typical of epidemiology, a lot of paradigms connected to data also change and this positions us in a «global system» model type where the integration of different sources of information and prevention interventions become unavoidable.

**Keywords:** Public Health, surveillance, Ageing, big data, mental health

## Die Autorin

Prof. Clelia Di Serio, Professorin für medizinische Statistik und Epidemiologie. 1991: Hochschulabschluss in Volkswirtschaft mit Fachrichtung Statistik. 1995: Executive Master in Statistics (UNC-USA) 1992–1996. Promotion in Statistik (Chapel Hill, PhD-Programm University of North Carolina-USA gemeinsam mit der University of Trento). Seit 2007 Professorin für Statistik an der Universität der italienischen Schweiz in Lugano. Seit 2005 Direktorin des CUSSB (Universitätszentrum für Statistik in den biomedizinischen Wissenschaften). Veröffentlichungen einsehbar unter: <http://www.unisr.it/k-teacher/diserio-mariacleliastefania/#1456841975415-dfc853c9-c0d3>.

## Kontakt

diserio.clelia@hsr.it  
clelia.di.serio@usi.ch  
Centro Universitario di Statistica per le Scienze Biomediche (CUSSB: [www.cussb.unisr.it](http://www.cussb.unisr.it))  
Università Vita-Salute San Raffaele  
Via Olgettina 58  
20132 Milano  
Università della Svizzera Italiana, Via Buffi, Lugano.



# Le nuove sfide dell'epidemiologia in contesti politici e sociali

## Dalla sanità pubblica alle politiche di prevenzione

Clelia Di Serio

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 65–73 2018

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

DOI: 10.30820/8242.12

**Abstract:** Questo contributo è rivolto a fornire una panoramica ad ampio spettro su come l'evoluzione dell'informazioni biomediche abbia inevitabilmente portato ad un cambio di strumenti e modalità di analisi sia dal punto di vista dell'epidemiologia che della sanità pubblica. Per affrontare le sfide legate al cambiamento delle dinamiche di popolazione, ai nuovi grandi flussi migratori, al cambiamento delle dinamiche di invecchiamento, e all'evoluzione rapidissima della medicina nella direzione della «precision medicine» è necessario che la risposta socio-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze. Nel l'articolo mostreremo come passando da una prospettiva individuale a quella di popolazione tipica dell'epidemiologia, cambino anche molti paradigmi legati ad una natura del dato, e ci si collochi in un modello tipo «global-system» in cui l'integrazione tra fonti diverse di informazione e interventi di prevenzione diventano imprescindibili.

**Keywords:** Public Health, surveillance, Ageing, big data, mental health

### 1. Introduzione

Esistono molti modi di introdurre i concetti fondamentali dell'epidemiologia e del suo ruolo nella società. Epidemiologia, sanità pubblica e politica sono sempre state legate fin da quando ci sono stati i primi tentativi di vaccinazione antivaiolosa attribuiti all'antica medicina indiana; e in particolare a Confucio che aveva emanato subito quelle che oggi chiameremmo «linee guida» sul modo di cuocere i cibi per tener lontane le malattie che 'entrano dalla bocca'. Ippocrate stesso descrisse con precisione il ruolo lassativo dell'orzo integrale rispetto a quello raffinato, privato della crusca, e la Scuola medica di Salerno individuò in alcune abitudini alimentari il fondamento per mantenersi in buona salute. Ma se vogliamo introdurre l'epidemiologia vera e propria bisogna riconoscere come questa non sia una disciplina «antica» come le altre scienze dure, ma legata all'evolversi della società.

Si può partire da un approccio di tipo storico integrativo che collochi la nascita della epidemiologia e della statistica medica in parallelo alla nascita e l'evoluzione di discipline con essa fortemente integrate come la genetica e l'informatica (Figura 1). Oppure considerare la nascita della epidemiologia come fortemente legata alle prime teorie importanti della probabilità nel seicento, da Pascal a Fermat (1654). Ma probabilmente il modo più corretto per collocare la nascita della disciplina dell'epidemiologia è di associarla alle prime indagini demografiche che portarono alla costituzione delle prime tavole della sopravvivenza da parte di uno dei fondatori della demografia John Graunt che nel 1662 scrisse «Natural and political observations mentioned in a following index»

valutando la natalità, mortalità e distinzione fra sessi della popolazione londinese. Il lavoro fu poi portato avanti da De Moivre che nel 1725 introdusse e sviluppo' concetti come la censura e le prime funzioni di rischio lineari approfondite poi da Gompertz e Makeham che hanno implementato veri e propri modelli per il rischio istantaneo di morte. A lato dello sviluppo delle tecniche statistiche per l'analisi dei dati in termini predittivi nascono anche i primi modelli di diffusione delle malattie, come quello di John Snow, riconosciuto come il padre dell'epidemiologia, che nel 1854 grazie all'analisi spaziale dei dati di diffusione del colera a Londra riuscì a fermare l'epidemia identificando in uno dei due fornitori di acqua di Londra (Broad Street water pump) il responsabile dell'epidemia pur senza conoscere il *Vibrio cholerae*, e fermandola.

Qualunque sia l'approccio con cui ci si avvicina all'epidemiologia, più' statistico-matematico oppure più' medico-demografico, una cosa è certa: la disciplina comincia a svilupparsi solo a partire da metà del 1600 quando comincia a evidenziarsi un marcato aumento della «sopravvivenza» media dell'uomo. Solo a partire da tale momento storico comincia ad avere senso prima il concetto di «predizione», ovvero «vedere-prima» (prae-dicere, affermare in anticipo) quasi al confine con le discipline esoteriche, concetto che poi si trasforma in quello più' matematico di «vedere prima» ovvero di «previsione» (prae videre, vedere prima) con i modelli previsivi lineari di Francis Galton e la teoria della regressione, fino ai giorni d'oggi, in cui tutto ciò che riguarda lo studio epidemiologico nelle discipline biomediche, dalla clinica alla ricerca di base, diventa fondamentale per la «prevenzione» (prae-venire, «arrivare prima») ovvero a

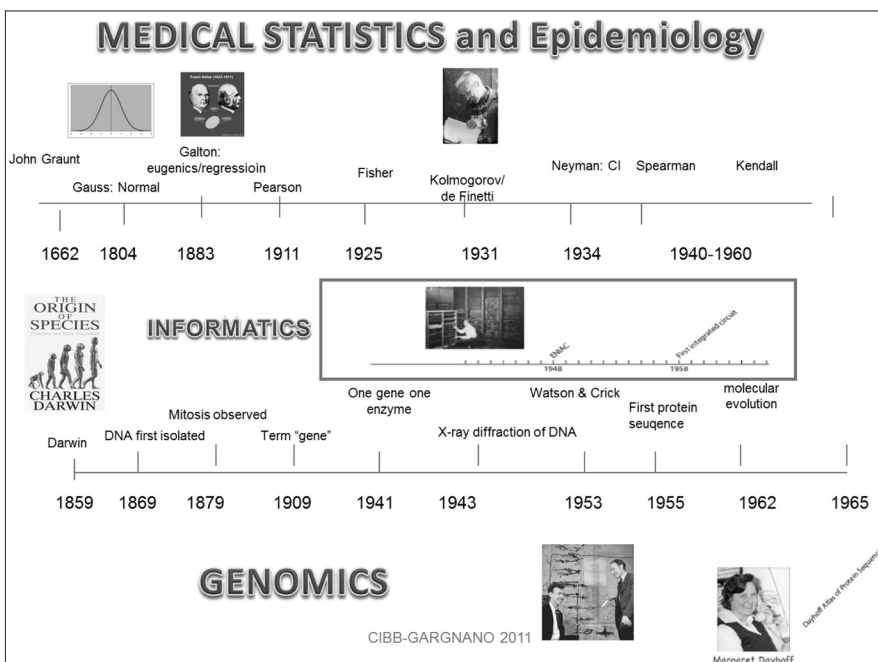


Figura 1: La figura mostra come la disciplina statistica si sia evoluta parallelamente e in modo integrato con discipline come la genomica e l'informatica.

fini operativi e di intervento volti alla «early detection» delle malattie, che quindi rendono la disciplina immediatamente integrata con la società e con la salute pubblica. Infatti il tentativo tentativo di evitare la comparsa di una malattia, o di una sua specifica manifestazione o di un suo aggravamento o recidiva fino a un possibile evento fatale, nonché il complesso delle procedure messe in atto a tale fine rappresentano aspetti fondamentali delle politiche di intervento sanitarie.

**2. Epidemiologia: una prospettiva individuale o di popolazione?**

Nella sanità pubblica si possono distinguere due prospettive che non sempre sono in accordo e il cui confronto può portare a conflitti etici e politici: una prospettiva individuale ed una prospettiva di popolazione. La prospettiva individuale focalizza sulla salute del soggetto, i fattori di rischio e di esposizione e sull'esistenza di eventuali meccanismi di dipendenza tra questi fattori che possano essere causa di malattia nell'individuo. Malattie coronariche, tumore, infarto, ipertensione, asma, malattie neurodegenerative, tutti questi sono eventi potenzialmente catastrofici nella vita dell'individuo. La statistica medica in una concezione moderna si occupa di dare la base dell'evidenza alla medicina moderna: prima si è partiti con la «medicina traslazionale» (translational medicine), poi la cosiddetta «medicina personalizzata» (personalized medicine) e oggi invece si parla di «medicina di precisione» (precision medicine). L'evoluzione della «tecnologia del dato» ha avuto come conseguenza anche la generazione di nuovi processi di interazione tra epidemiologia, sorveglianza, prevenzione e sanità pubblica come illustrato dalla figura 2.

Cosa c'è sotto questo continuo cambio di prospettiva della medicina e come la statistica medica ha cambiato i suoi paradigmi conseguentemente?

Il punto fondamentale è il cambio del tipo di dato che ha portato il mondo della biomedicina a diventare un unico «sistema globale» (global system). Fino a pochi decenni fa il problema dell'utilizzo della statistica in medicina era un problema di «fornire evidenza» attraverso un processo puramente di «induzione» ovvero un processo inferenziale in cui, partendo da un campione anche relativamente piccolo, tramite gli strumenti dell'inferenza statistica si arrivasse a «fare inferenza» sulla popolazione per poter parlare di «evidence based medicine» (EBM). Oggi, nell'epoca dei BIG DATA, di cui parleremo nell'ultima sezione, il paradigma della statistica in medicina si è invertito e la medicina si è trasformata in un sistema integrato di informazioni. Con l'avvento della genomica, della proteomica, dei grandi consorzi e del federalismo dei dati biomedici, si apre una prospettiva più strettamente «deduttiva» della disciplina. Infatti la «medicina traslazionale» si occupa di mettere insieme fonti di dati eterogenee e conoscenze interdisciplinari, fruibili nella ricerca di base e nella clinica, e di integrarle in modo trasversale per migliorare la conoscenza delle patologie per inizializzare un processo di «deduzione» in cui dalla cura generale si cerca di tornare indietro ad una terapia «personalizzata» e calibrata sul paziente. Tuttavia nell'accezione moderna di medicina si preferisce parlare di «precision medicine» per ritrovare una dimen-

dicina si è invertito e la medicina si è trasformata in un sistema integrato di informazioni. Con l'avvento della genomica, della proteomica, dei grandi consorzi e del federalismo dei dati biomedici, si apre una prospettiva più strettamente «deduttiva» della disciplina. Infatti la «medicina traslazionale» si occupa di mettere insieme fonti di dati eterogenee e conoscenze interdisciplinari, fruibili nella ricerca di base e nella clinica, e di integrarle in modo trasversale per migliorare la conoscenza delle patologie per inizializzare un processo di «deduzione» in cui dalla cura generale si cerca di tornare indietro ad una terapia «personalizzata» e calibrata sul paziente. Tuttavia nell'accezione moderna di medicina si preferisce parlare di «precision medicine» per ritrovare una dimen-



Figura 2: Processo di interazione tra discipline in sanità pubblica.

sione piu' allargata rispetto alla medicina personalizzata, dopo che anche le agenzie piu' autorevoli, come National Research Council, hanno verificato che da un punto di vista della sostenibilit  del sistema sanitario pensare ad una terapia brevettata unicamente per le caratteristiche di un individuo risulta anti-economico e anche a tratti poco etico. Oggi si preferisce parlare di «precision medicine» ovvero di «precisione» in cui le terapie vengono brevettate sulla base di fattori genetici, ambientali e di «lifestyle» per giungere a delle terapie che siano adattabili ad un «gruppo» di pazienti che le condividono piuttosto che all'individuo singolo. E' possibile tuttavia comprendere come la prospettiva «individuale» potrebbe portare a interventi a livello di sanit  pubblica che sono molto diversi rispetto a quelli identificati da una «prospettiva di popolazione» come illustrato in Figura 3.

Il senso autentico della epidemiologia, e che la distingue dalla statistica medica, risiede nella sua etimologia ovvero «epi-demo-logos», studio della popolazione. La prospettiva di popolazione si focalizza sulla una patologia rispetto ad un grande numero di persone, fino ad estendersi alle cosiddette epidemie di massa. L'esposizione a fattori di rischio viene valutato all'interno delle esposizioni di gruppi di individui.

Nella Figura 4 vengono rappresentati i tassi di decesso per sette tipi di tumore [colon & rectum, leukemia, liver, lung & bronchus, pancreas, prostate, and stomach] nei maschi degli Stati Uniti nel un periodo dal 1930 al 2005. Cosa leggiamo in un grafico di questo tipo tipico dell'epidemiologia? Da una parte vediamo l'andamento di sette tipi di tumore nel tempo come in tutti i grafici longitudinali dove a fronte della stabilit  di quasi tutti i tumori si vede il drammatico incremento del tumore al polmone e in particolare si puo' individuare un change point.

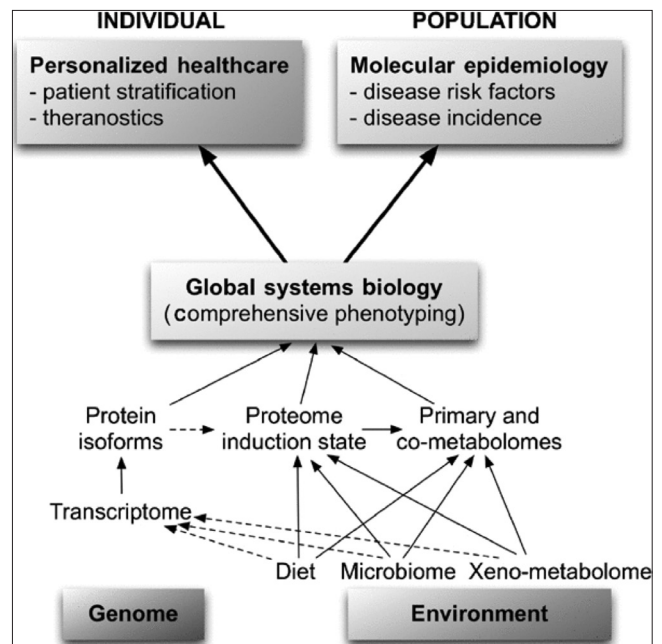


Figura 3: Relazioni tra systems biology, personalized healthcare e molecular epidemiology.

Vediamo che il picco del 1965 in una prospettiva epidemiologica risulta di lettura fondamentale per la ricerca delle cause dell'incremento. In quegli anni l'escalation del tabacco   stato rilevato dalla WHO come «the most tragic developments in the modern history of medicine» (Jan Stjernsward (WHO)). Da allora fino ai giorni nostri   iniziata una campagna contro il fumo a livello di societ  mondiale, partendo dal divieto di pubblicit  esplicita, all'inserimento di frasi dissuasive sulle sigarette stesse per arrivare a rendere obbligatorio il divieto di fumo in ogni luogo pubblico. Il tumore al polmone rappresenta una

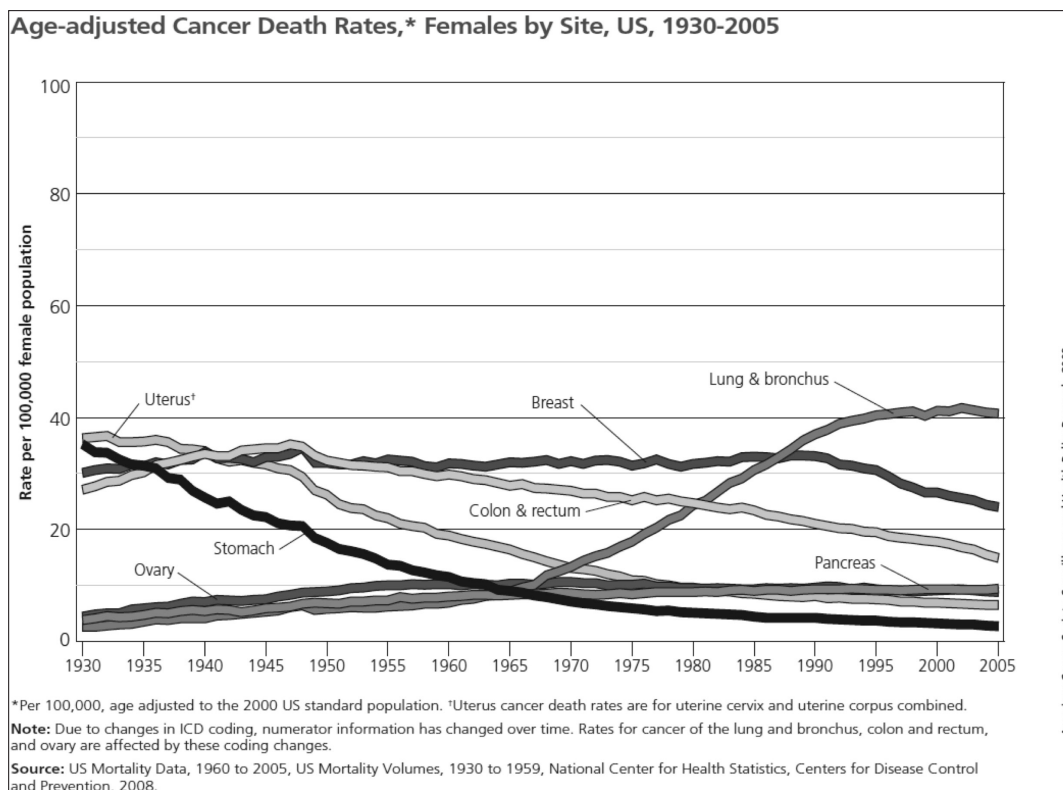


Figura 4: American Cancer Society's publication Cancer Facts & Figures and is based on data from the National Center for Health Statistics and the Bureau of the Census.

chiara dimostrazione di «epidemia di massa» del bisogno di una prospettiva di popolazione per arginarla. Quindi la prospettiva di popolazione non indaga tanto i fattori di rischio clinico-biologico per il soggetto, riferendosi piuttosto a fattori ambientali e a conseguenti modifiche nel sistema politico sanitario.

Un altro esempio di fenomeno pandemico del 20th viene rappresentato dall'HIV/AIDS (immunodeficiency virus e acquired immunodeficiency syndrome). In una *prospettiva individuale* su HIV l'istituzione si focalizza nel prevenire e nell'evitare comportamenti rischiosi negli individui, per cui il «Centers for Disease Control and Prevention (CDC)» ha investito molti milioni di dollari per programmi educativi inclusivi dell'acquisto di test HIV da distribuire a livello largo di popolazione. In una *prospettiva di popolazione* in contrasto, ci si basa su elementi socio-economico e demografici che hanno contribuito a diffondere il virus quali (1) il flusso migratorio di lavoratori da aree ad alto tasso di pandemia- come il sud-est sub-sahariano (2) sud-ditanza delle donne africane all'interno delle tribù per cui fin da età infantile sono costrette a comportamenti promiscui che aumentano abbondantemente il rischio di malattia (3) l'esplosione del traffico aereo e la globalizzazione più in generale che hanno alla rapida disseminazione del virus. La prospettiva individuale si basa sulla «diagnostica» e porta quindi alla ricerca del trattamento «tailored» sul paziente. La prospettiva di popolazione si occupa di «screening», prevenzione di massa, ricerca del livello di intervento primario e secondario della prevenzione.

### 3. Epidemiologia dell'Ageing e Surveillance

Il processo di Ageing appare in certe fasi di sviluppo della popolazione, ed è il risultato di un calo della fertilità simultaneo ad un aumento della sopravvivenza e delle aspettative di vita. Questi cambiamenti nella composizione della popolazione per quanto prevedibili sono avvenuti con maggiore velocità rispetto alle attese tanto da non sempre consentire al sistema socio-economico di adeguarsi con efficienza alla trasformazione e pertanto sono stati recepiti dalla maggioranza delle istituzioni come fenomeni negativi, tanto da essere considerati come il «problema dell'invecchiamento» per lungo tempo. A partire dagli anni '70 questa visione è lentamente mutata, soprattutto grazie al demografo Edward Rosset che nel 1978 condusse una ricerca che dimostrava uno sviluppo

più elevato nelle popolazioni con rapida crescita della vita media.

Il rapporto di Eurostat 2010–2060 mostra una dinamica di crescita molto rapida come si può osservare nella figura 5 con un particolare picco evidente per le donne anziane previste in grande aumento. Sebbene il peso dello sviluppo socio-economico gravi in gran parte sulla donna, le politiche di intervento sono ancora poco differenziate per gender, e tardano ad adeguarsi a fronte del maggiore impegno delle donne nel mercato del lavoro, al di fuori famiglia, e per l'indebolimento del tessuto familiare e parentale che porta le donne a dover accudire prima i figli e poi spesso contemporaneamente il marito e i genitori.

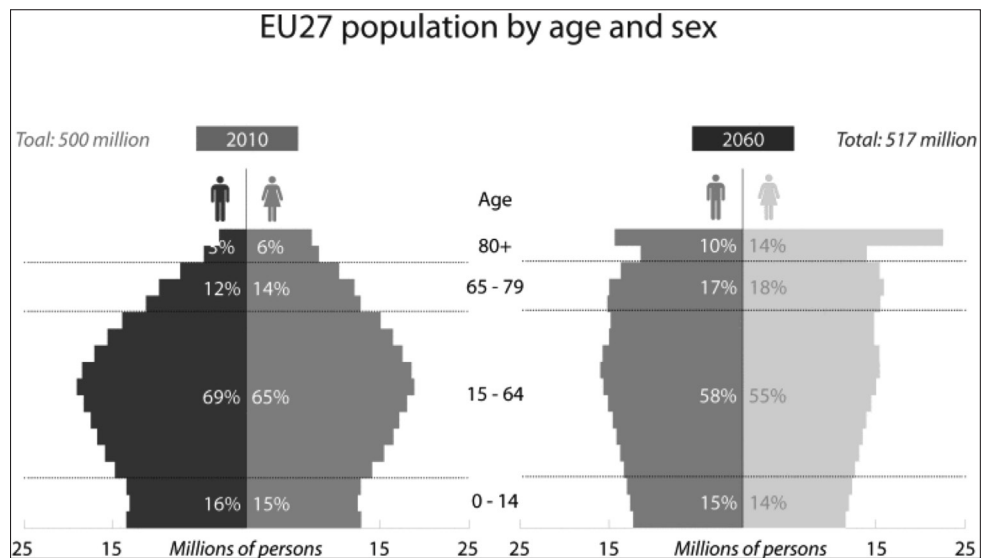


Figura 5: Population growth stratified by gender.

In accordo al programma «ageing and life course» dello WHO (<http://www.who.int/ageing/en/>) è emerso come l'invecchiamento sia strettamente legato al *well being*. Infatti l'evoluzione demografica pone molte questioni importanti in relazione alla sostenibilità dei sistemi socio-sanitari che devono far fronte ad un aumento delle richieste di servizi e prestazioni di cura, soprattutto di *long-term care* o assistenza continuativa legati alle condizioni di disabilità degli anziani. Le previsioni delle Nazioni Unite (1) indicano che nel 2050 le persone con più di 60 anni saranno quasi 2 miliardi (oltre il triplo rispetto al 2005) e rappresenteranno circa un quarto (22%) della popolazione mondiale, con qualche paese in controtendenza come la Svizzera in cui la percentuale scende al 16%. In particolare, nei 27 Paesi dell'Unione europea, è previsto un aumento vertiginoso della popolazione ultra64enne che, nei prossimi 40 anni, è destinata a raddoppiare passando dai quasi 87 milioni di persone a circa 148 milioni di persone (2). La figura 6 illustra questa evoluzione a livello di alcuni dei maggiori paesi europei.

L'aumento della sopravvivenza media atteso essere di 6 anni entro il 2050 rende quindi necessarie delle politiche di intervento socio sanitarie molto mirate tra cui si include il potenziamento di alcune figure sanitarie come i caregiver per gli anziani nonché il potenziamento dell'assistenza sanitaria su quelle patologie legate all'invecchiamento.

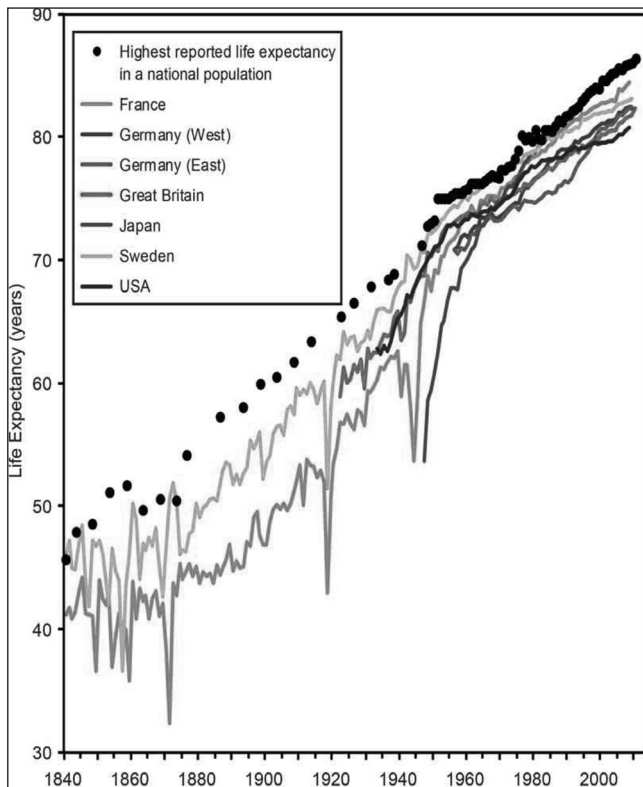


Figura 6: Source: Highest reported life expectancy for the years 1840 to 2000 from online supplementary material to Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. Science 2002: 296.

Eurostat ha rilevato come la maggioranza degli stati europei non siano ancora predisposti a politiche di «active ageing» ovvero politiche in cui l'anziano qualora in buone condizioni di salute possa diventare parte attiva della società, e non solo passiva, partecipando laddove possibile a tutte le attività economiche, culturali e sociali della società che devono essere quindi diversamente targettate.

Il carattere globale e le enormi implicazioni del fenomeno richiedono risposte coordinate da parte dei vari Stati, al fine di promuovere politiche intersettoriali che riguardano un ampio spettro di questioni sociali ed economiche.

#### 4. Il ruolo della sorveglianza nella società dei disturbi mentali

Quando parla di «surveillance» non si può non considerare il ruolo cruciale della sanità pubblica nel promuovere la salute «psicologica» alla base di considerazioni inerenti la qualità della vita, la sostenibilità di un sistema socio-economico, e la salute pubblica in generale. I problemi di salute mentale sono diventati infatti una delle principali cause di assenteismo sui luoghi di lavoro e di pensionamento anticipato in Europa. Inoltre, l'attuale recessione economica e i suoi effetti sul mercato del lavoro aggiungono problemi all'occupazione e alla qualità della vita delle persone che soffrono di disturbi mentali e delle loro famiglie. La pubblicazione dell'Oms Europa «Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times» Infatti le malattie mentali nel mondo affliggono circa 450 milioni di persone, considerando che un quarto della popolazione mondiale si stima che svilupperà un disturbo mentale o comportamentale in qualche momento della propria vita. Le patologie mentali pesano circa per il 25% delle disabilità negli stati uniti in Canada e Europa occidentale e, se includiamo anche le patologie cognitive, rappresentano una tra le cause principali di morte prematura.

Per esempio negli Stati Uniti si stima una prevalenza durante la vita della popolazione adulta di circa il 29% per disturbi di ansia e depressione, il 25% per disturbi da perdita di controllo e OCD, 21% disturbi dell'umore e altri disturbi al 46%. Gli effetti dei disturbi mentali sono evidenti nel corso della vita a qualunque livello socioeconomico. Anche il costo per il sistema sanitario è enorme. In US si valuta un costo stimato annuale di \$150 billione escludendo i costi della ricerca.

La figura successiva vuole visualizzare il rapporto tra prevalenza e trattamento in uno dei maggiori disturbi psichici, ovvero la depressione.

In Europa i problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono addirittura una persona su quattro nell'arco della propria vita. Dei dieci Paesi con i più alti tassi di suicidio nel mondo, nove si trovano in Europa. Nonostante questi dati, molto spesso i servizi sanitari che vengono offerti non rispon-

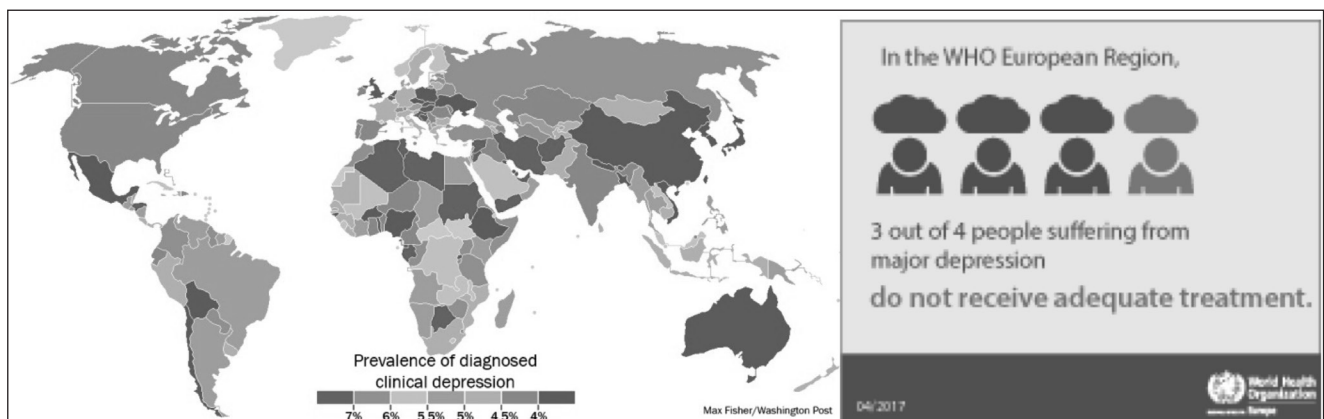


Figura 7: Prevalence in diagnosis of mental disorders versus lack of treatments.

dono alle necessità e alle esigenze dei pazienti: il gap tra il tipo di cure di cui i malati avrebbero bisogno e quello che invece ricevono è ancora molto ampio. Per esempio, la metà di coloro che soffrono di depressione non viene mai curata e, più in generale, anche in Paesi dotati di un sistema sanitario sviluppato il 44–70% di coloro che soffrono di malattie mentali non è sottoposto ad alcuna terapia (figura 7). In un quarto degli Stati europei non sono neanche disponibili i servizi di assistenza e in alcuni Paesi oltre il 50% dei pazienti viene ospitato in strutture troppo grandi e inadeguate.

Come riporta il rapporto dell'WHO 2013–2020 sulla prevenzione in temi di salute mentale (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/policy>) le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Per esempio persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Esso è la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale. Spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie, quali ad esempio il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS, e sono a loro volta influenzate da queste; e pertanto necessitano di servizi comuni e un'attiva mobilitazione di risorse. Per esempio, è stato infatti dimostrato che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete; i quali a loro volta aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione. Si è constatato inoltre che spesso i disturbi mentali si accompagnano ai disturbi da uso di sostanze psicoattive. Nel loro complesso, i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive, comportano costi elevati, che ha raggiunto il 13% del carico globale di malattia su scala mondiale nel 2004. La depressione da sola rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente nelle donne. Le conseguenze economiche di queste condizioni di compromissione della salute sono altrettanto importanti: un recente studio ha stimato che l'impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica ammonta a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030.

Il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali rientra nel progetto europeo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), al quale hanno preso parte sei paesi (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna). Lo studio fornisce un quadro della frequenza dei disturbi mentali nella popolazione italiana, delle relazioni tra di loro, dell'associazione con i possibili fattori di rischio e dei trattamenti ricevuti. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128382>)

Questo e altri progetti sono stati realizzati nell'ambito della WHO World Mental Health (WMH) Survey

Iniziativa, al quale partecipano più di 30 paesi diversi; questo ampio progetto di ricerca epidemiologica è stato promosso congiuntamente dall'O. M. S. e dall'Università di Harvard (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). A livello europeo il progetto è stato finanziato dall'Unione Europea e dalla GlaxoSmithKline.

In Svizzera il 27% della popolazione adulta (18-65) ha sperimentato almeno uno di una serie di disturbi mentali nell'ultimo anno (incluso depressione, ansia, disordini dell'alimentazione, dipendenza da sostanze). I tassi sulle donne sono leggermente più alti di quelli sugli uomini per quasi tutti i disturbi tranne la dipendenza da sostanze (5.6% uomini; 1.3 nelle donne). I valori di prevalenza in Svizzera di queste patologie anche più alti rispetto alla media europea si combina tuttavia ad un sistema sanitario federale molto efficiente ed orientato all'accessibilità dei servizi sanitari, che rende la Svizzera al primo posto anche integrandola con l'Europa per l'accessibilità dei servizi e i risultati sulla salute secondo l' 'Euro Health Consumer Index', che ogni anno classifica i sistemi sanitari europei. Per questo motivo la Svizzera vanta uno dei più alti numeri di psichiatri in Europa, pari a 30 per 100 000 abitanti, laddove la mediana europea è pari a 9.

Risulta quindi prioritario considerare la salute mentale come un problema urgente ed integrale in tutto il mondo che dovrebbe essere trattato dalle istituzioni con la stessa urgenza di qualunque altro disturbo fisico, dato che le determinanti sono state bene identificate come di può vedere dalla Figura 8.

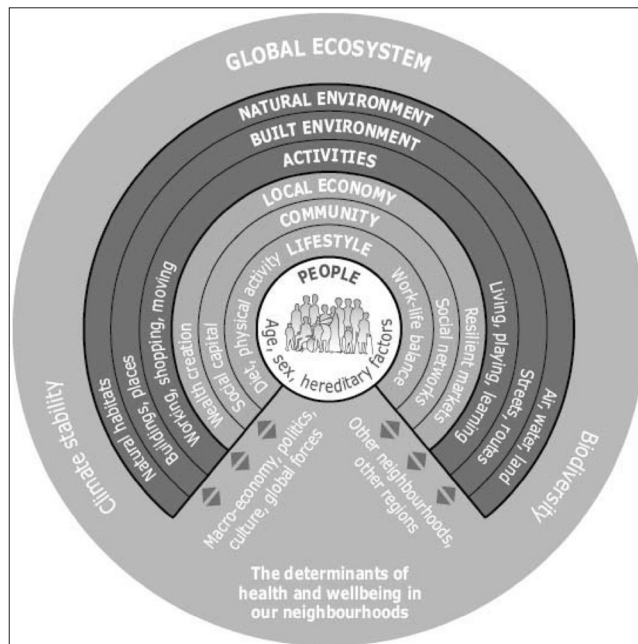


Figura 8: (fonte Barton and Grant). Determinants of health and wellbeing.

I disturbi mentali inoltre presentano co-morbidità con altre patologie in quanto inducono comportamenti dannosi per la salute, come l'abuso di sostanze, l'abuso di droga e alcool e la mancanza di attività fisica. La depressione oggi si conosce come uno dei fattori di rischio maggiori per l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, e anche

per il diabete causato da disturbi alimentari. Per poi non parlare di tutti i problemi connessi alla psicologia della salute, ovvero evidenze di mancata risposta ai trattamenti (oncologici, cardiaci) dovuta principalmente alla depressione post operatoria. Lo scarso livello di literacy che continua ad esistere circa le malattie mentali e il pregiudizio culturale prevalente fa sì che nonostante esistano trattamenti efficaci per molte di queste malattie la maggior parte delle persone con diagnosi non ricorre ai trattamenti. Questi aspetti socio-culturali molto specifici dei disordini mentali producono effetti devastanti delle mancate diagnosi per cui patologie che sarebbero leggere qualora rilevate e curate con efficacia si cronicizzano. Una delle sfide principali per la sanità pubblica diventa quindi l'identificazione dei fattori di rischio, l'aumento di consapevolezza e di literacy sull'efficacia dei trattamenti, la rimozione dello stigma associato ancora oggi in molti paesi ai trattamenti psicologici, l'aumento della disponibilità del personale medico sostenibile dal sistema sanitario per la prevenzione primaria e secondaria o la diagnosi precoce soprattutto in quelle popolazioni che ne sono affette in modo sproporzionato.

Le istituzioni di sanità pubblica è necessario incorporino dei programmi di prevenzione per i disturbi mentali nella surveillance generale delle malattie croniche per essere in grado di affrontare i alcuni aspetti principali rilevati nei report del OMS (WHO)

1. Identificazione dei soggetti affetti da disturbi mentali (95% dei paesi)
2. Diagnosi precoce dei problemi (86%);
3. Capacità di trattare regolarmente i soggetti affetti delle malattie che coinvolgono il sistema nervoso e lo stato di disabilità psichica (85%)
4. fornire servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di risposta a livello territoriale
5. rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca per la salute mentale

Alla luce di queste considerazioni il piano di azione globale 2013–2010 mette in luce come sia importante spostarsi verso un sistema sanitario in cui la salute mentale venga valorizzata, promossa e protetta, nel quale i disturbi mentali siano prevenuti e le persone affette da questi disturbi siano in grado di esercitare appieno tutti i diritti umani e di accedere in tempo utile a servizi di cura sanitari e sociali di alta qualità e culturalmente appropriati che promuovano la recovery, affinché possano ottenere il più alto livello possibile di salute e di partecipare pienamente alla vita sociale e lavorativa, libere da stigma e discriminazione.

## 5. Precisione, prevenzione: dai big data alla salute individuale

Nella società moderna l'evoluzione della tecnologia di produzione del dato biomedico ha spostato l'attenzione sulla «grande informazione» derivabile dai «BIG DATA».

La biostatistica oggi rientra nella più ampia classe disciplinare di «data science». I progressi tecnologici e biomedici hanno creato un flusso dei dati biologici e di salute pubblica in rapida e continua crescita, generando una robusta base di conoscenze potenzialmente in grado di migliorare l'assistenza sanitaria grazie ad approcci più efficaci e personalizzati per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle malattie e alla possibilità di rendere più efficiente l'erogazione dei servizi di salute e sostenere l'innovazione e la crescita economica. I BIG DATA si riferiscono al volume dell'informazione, alla sua complessità e alla velocità di fruizione della stessa. Infatti i «grandi» dati biomedici vengono classificati in base alle cosiddette 3V: «Volume», che si riferisce al numero di campioni e al numero di variabili e caratteristiche per campione. Questo aspetto riguarda per esempio la creazione di grandi consorzi internazionali di raccolta di dati biomedici che coinvolgono diverse istituzioni di sanità, ospedali e centri di ricerca; «Velocity» che si riferisce alla velocità di generazione dei dati legata alle nuove tecnologie e «Variety» che riguarda le fonti differenti di dati come dati clinici, genomici e biomolecolari come illustrato nella Figura 9.

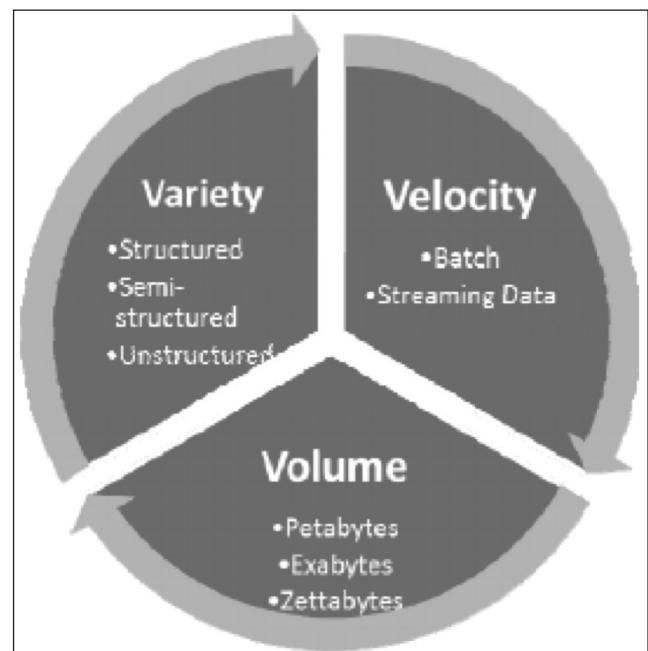


Figura 9: L'architettura del modello a 3V per Big Data.

Il cosiddetto «Garnter Hyper Cycle» raffigurato in figura 10 ben rappresenta le fasi di vita e di evoluzione delle scoperte scientifiche nel tempo e in particolare il fatto che per i «big data» oggi abbiamo raggiunto quasi il picco della cosiddetta «aspettativa tecnologica».

E' immediato intuire come uno degli aspetti più «delicati» del contributo dei BIG DATA alla conoscenza biomedica riguardi quella che molti definiscono la quarta «V» ovvero la «veracity», la veridicità: quanta «buona informazione» si può dedurre dai «Big data»? Quanto è possibile utilizzare questi dati raccolti senza alcun disegno sperimentale e sulla cui qualità ci sono poche informazioni, per trarre conclusioni in termini «causali».

su patologie o fattori di rischio, aspetti già complessi da trattare in tutti gli studi osservazionali?

L'utilizzo dei Big Data nelle scienze biomediche è diventato materia molto attuale anche dal punto di vista della sanità pubblica e della bioetica. Nel 2015 il Nuffield Council on Bioethics ha dedicato una intera sezione al tema «*The collection, linking and use of data in biomedical research and health care: ethical issues*». In questo

contesto è emerso chiaramente come ci sia crescente interesse pubblico per un uso responsabile dei dati che generi conoscenza, promuova l'innovazione e migliori la salute. A questo si accompagnano le legittime preoccupazioni riguardo alla privacy. Emerge quindi una

serie di criticità legate alla trasparenza, alla privacy, al consenso informato, i, che dovrebbero essere adeguatamente affrontate per fare in modo di gestire al meglio e valorizzare questa enorme disponibilità di dati e tutti i cambiamenti che ne deriveranno a livello di conoscenza globale. A partire dal 2012, ogni giorno vengono generati circa 2,5 exabyte (numero che dovrebbe raddoppiare nei prossimi anni) e che un uso improprio di questa enorme mole di dati potrebbe rivelare correlazioni con malattie tali da far ritenere una persona non adatta a determinati lavori piuttosto che ad ottenere determinate condizioni per le assicurazioni sanitarie o sulla vita. Nasce infatti quella che viene definita «digital epidemiology» che consiste in una nuova generazione di sistemi di sorveglianza di sanità pubblica che operano attraverso i confini internazionali e integrano i sistemi tradizionali, sfruttando l'accesso diffuso a Internet e la crescita esplosiva dei dispositivi mobili e delle piattaforme di condivisione online. Utilizzando i dati globali in tempo reale,

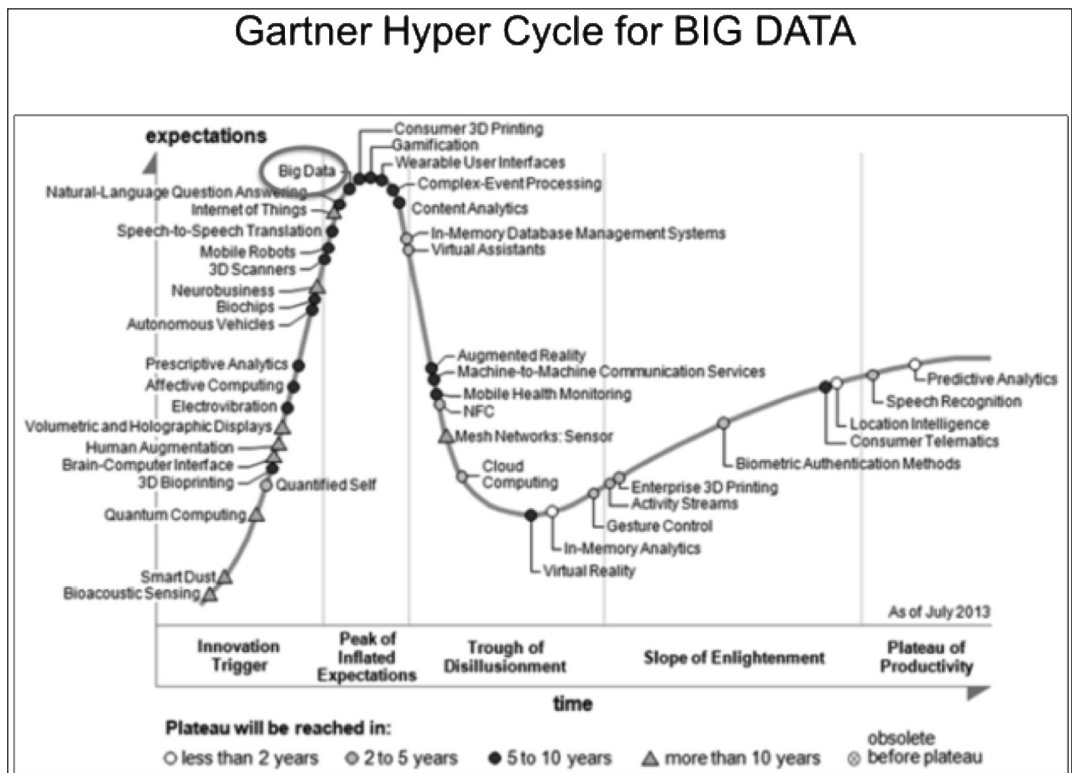
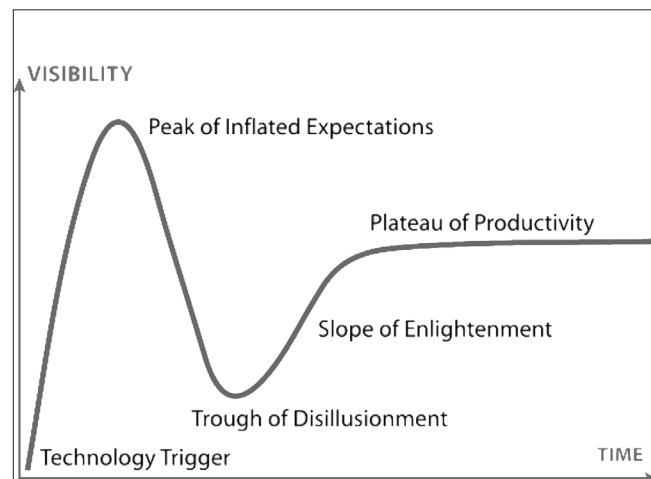


Figure 10: Gartner Hype Cycles provide a graphic representation of the maturity and adoption of technologies and applications, and how they are potentially relevant.



l'epidemiologia digitale promette ad esempio di rilevare tempestivamente il focolaio di una malattia. Il caso più recente è l'epidemia di Ebola in Africa occidentale del 2014, ovvero di fare in tempi molto più rapidi quello che John Snow nel 1854 ha fatto per scoprire il colera impiegando mesi di lavoro.

## 6. Conclusioni

Le tecnologie del «dato» è progredita parallelamente alle tecnologie biomediche rendendo trasformando il concetto di analisi epidemiologica, analisi predittiva e surveillance parti integrate di un unico processo alla base della prevenzione e degli interventi di sanità pubblica.

Così come la medicina di precisione impiega dati sui singoli pazienti per pianificare l'intervento terapeutico più adatto, così la prevenzione di precisione fa uso dei «Big Data» per studiare l'impatto dei fattori di rischio



sullo sviluppo di determinate patologie all'interno di una popolazione e per identificare strategie atte a prevenirne l'insorgenza o per ottimizzare l'uso delle pratiche e delle risorse terapeutiche esistenti.

E' necessari quindi focalizzarsi a livello di policy sulle strategie di prevenzione che i medici, gli epidemiologi, i genetisti, le istituzioni sanitarie, potrebbero mettere in atto avendo accesso, incrociando e facendo dialogare tra loro questo enorme volume di dati ad alta velocità, complessità e variabilità». Inoltre questa grossa mole di dati generata su singoli individui potrebbe creare problemi etici e giuridici, di cui bisogna tener conto al momento di pianificare studi di popolazione. Se quindi è vero che dalla integrazione delle diverse fonti di dati possano nascere apporti fondamentali per l'individuazione dei fattori di rischio, di nuovi biomarcatori, di focolai di infezioni legati a nuovi virus, tuttavia la valutazione del comportamento e degli atteggiamenti di salute delle persone e la farmacovigilanza restano di interesse primario.

## Bibliografia

- de Moivre, A. (1725). *Annuities upon Lives: or, The Valuation of Annuities upon any Number of Lives; as also, of Reversions. To which is added, An Appendix concerning the Expectations of Life, and Probabilities of Survivorship*. London: Fayram, Motte and Pearson.
- Eurostat (2006). EU integration seen through statistics. Luxembourg: Publications of the European Union. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-71-05-691/EN/KS-71-05-691-EN.PDF) (18.03.2013).
- Gompertz, B. (1825). On the nature of the function expressive of the law of human mortality. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series A* 115, 513–580.
- Hald, A. (1990). *A History of Probability and Statistics and Their Applications before 1750*. New York: Wiley.
- Makeham, W.M. (1860). On the law of mortality, and the construction of mortality tables. *Journal of the Institute of Actuaries*, 8, 301
- Makeham, W.M. (1860). *On the law of mortality, and the construction of mortality*.
- Neff, G. (2013). Why big data won't cure us. *Big Data*, 1, 117–123. pmid:25161827.
- Salathé, M., Bengtsson, L., Bodnar, T.J., Brewer, D.D., Brownstein, J.S. et al. (2012). Digital epidemiology. *PLoS Comput Biol*, 8: e1002616. pmid:22844241.
- Stjernsward, J. (WHO) (1989). Battle against tobacco. Editorial. *Journal of the National Cancer Institute*, 81,1524–1525.
- United Nations Economic Commission for Europe (2010). Regional Ministerial Conference on Ageing will review 10 years of implementation of Madrid International Plan of Action on Ageing. Genf: UNECE. [http://www.unece.org/press/pr2010/10env\\_p40e.html](http://www.unece.org/press/pr2010/10env_p40e.html) (19.07.2013).
- Yayena, E., Salathé, M., Madoff, L.C. & Brownstein J.S. (2015). Ethical Challenges of Big Data in Public Health. *PLoS Comput Biol*, 11(2): e1003904.

## Autore

Professore Clelia Di Serio, Ordinario di Statistica Medica ed Epidemiologia presso Univr. 1991: Laurea in Economia con indirizzo statistico. 1995; Executive Master in Statistics (UNC-USA) 1992–1996. Dottorato in Statistica ( Chapel Hill, PhD program University of North Carolina-USA joint with University of Trento). Dal 2007 Professore incaricato di Statistica presso l'Università degli Studi della Svizzera Italiana sede Lugano. Dal 2005 Direttore del CUSSB (University Centre for Statistics in the Biomedical Sciences). Pubblicazioni: <http://www.univr.it/k-teacher/diserio-mariacleliastefania/#1456841975415-dfc853c9-c0d3>.

## Contatto

diserio.clelia@hsr.it  
clelia.di.serio@usi.ch  
Centro Universitario di Statistica per le Scienze Biomediche (CUSSB: [www.cussb.univr.it](http://www.cussb.univr.it))  
Università Vita-Salute San Raffaele  
Via Olgettina 58  
20132 Milano  
Università della Svizzera Italiana, Via Buffi, Lugano.

# Les nouveaux défis de l'épidémiologie dans des contextes politiques et sociaux

## De la santé publique vers des politiques de prévention

*Clelia Di Serio*

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 74 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.13

*Mots-clés* : Santé publique, surveillance, vieillissement, big data, santé mentale

L'épidémiologie et la santé publique ont toujours représenté deux instruments intégrés de mesure d'une part et de prévention des maladies d'autre part. L'épidémiologie peut aider à mesurer l'état de santé de la population, ses déterminants et le système sanitaire dans ses aspects fonctionnels. Le besoin sanitaire doit être exploré sur un plan quantitatif avec une ampleur plus importante que celle qui existe aujourd'hui, en identifiant de nouvelles priorités. En fait, l'évolution du type de données biomédicales d'une part et du type de communication sur la santé d'autre part ont rendu indispensable une action continue de « surveillance » par le système de la santé publique. Cette nécessité a augmenté en raison de phénomènes géopolitiques et démographiques qui ont modifié la structure de la population. D'une part, les flux migratoires ont contribué à propager de nouvelles maladies infectieuses vers l'Europe dans une situation généralisée d'abaissement des barrières de vaccination qui a créé un sol fertile pour de nouvelles implantations. Ce qui rend nécessaire des interventions de dépistage de masse, et l'émission de nouvelles lignes directrices par les institutions et les organismes de réglementation sur la définition des maladies et comportements à risque, ainsi que l'étude de nouveaux biomarqueurs qui pourraient détecter, pendant la phase pré-clinique, les maladies présentant un fort taux de mortalité, comme la tuberculose. Un autre aspect fondamental du changement dans la dynamique et la composition de la population concerne le vieillissement progressif de la population qui est maintenant connu. Ce qui est le plus marquant dans le paysage du 21<sup>e</sup> siècle c'est l'observation d'une redistribution démographique sans précédent, dans laquelle d'ici 2050, la proportion des aînés aura tendance à doubler, en passant de 11 % à 22 % de la population totale. Dans les 5 prochaines années, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, le nombre d'individus âgés de 65 ans et plus dépassera le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans. Le segment de la population qui va

le plus augmenter est celui des personnes de plus de 80 ans, dont le nombre absolu, d'ici 2050, va pratiquement quadrupler. Cela implique une transition épidémiologique dans la pathologie émergente : nous sommes passés d'une situation dans laquelle les maladies infectieuses et déficientes dominent vers une prépondérance de maladies chroniques dégénératives. Le vieillissement est donc un point d'attention fondamentale portée à la fois sur les aspects étiologiques et épidémiologiques des maladies et sur le changement dans les politiques sanitaires. Tous ces aspects ne peuvent toutefois pas être traités sans un regard prospectif tourné vers le futur, vers l'ère des big data et du « fédéralisme » des informations biomédicales qui vont contribuer à accélérer les politiques d'intervention.

### Auteur

*Clelia Di Serio*, professeure titulaire de Statistiques médicales et d'Épidémiologie à l'université. 1991 : Diplôme en Économie avec une spécialisation en Statistiques. 1995 ; Executive Master en Statistiques (UNC-USA) 1992-1996. Doctorat en statistiques (Chapel Hill, programme PhD Université de Caroline du Nord-USA jointe à l'Université de Trente). Depuis 2007, professeure en Statistiques à l'Université de la Suisse italienne, bureau de Lugano. Depuis 2005 Directrice de CUSSB (Centre universitaire de statistiques dans les sciences biomédicales)

### Contact

diserio.clelia@hsr.it  
clelia.di.serio@usi.ch  
Centro Universitario di Statistica per le Scienze Biomediche (CUSSB : [www.cussb.unisr.it](http://www.cussb.unisr.it))  
San Raffaele Vita-Salute University  
Via Olgettina 58  
20132 Milano  
Université de la Suisse italienne, Via Buffi, Lugano

# Gibt es «Schizophrenie»?

## Reliabilität und Validität

John Read (übersetzt von Dörte Fuchs)<sup>1</sup>

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 75–83 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.14

*Zusammenfassung:* Die Aussage, dass «Schizophrenie» nicht existiert, bedeutet nicht, dass es nicht Menschen mit sehr ungewöhnlichen oder schwer verständlichen Erfahrungen gibt, die unter extremer Verzweiflung und Verwirrung leiden. Doch hier soll es um zwei andere Fragen gehen: (a) Erfüllt «Schizophrenie» allgemein anerkannte wissenschaftliche Voraussetzungen für den Nachweis der Existenz eines Konzepts (Reliabilität)?, und (b): Ist «Schizophrenie» zweckdienlich, das heisst, trägt das Konstrukt irgendetwas zum Verständnis oder zur Vorhersage bei (Validität)?

*Schlüsselwörter:* Schizophrenie, Konzepte, Reliabilität

### Reliabilität: Können wir uns darauf einigen, wer «schizophren» ist?

#### Die ersten 50 Jahre

Vor gut 90 Jahren konstatierte das Lehrbuch *Mental Diseases*: «They [psychiatric diagnoses] do not contribute anything of value whatever to our knowledge of symptomatology, diagnosis or treatment» (May, 1922, S. 246). 1938 kam Boisen, der bei der Anwendung der Diagnose «Schizophrenie» eine enorme Schwankungsbreite festgestellt hatte, zu dem Schluss: «It is clear that the Kraepelian system is inadequate.» Dennoch wurde damals zutreffend vorausgesagt: «There always will be many who will use the existing system of classification irrespective of whether or not it has any meaning, and even those who decry the orthodox classification will invoke it as an atheist when off guard invokes God» (Jellinek, 1939, S. 161). Ein Jahrzehnt später war man zu der Erkenntnis gekommen: «The psychiatric taxonomy which psychologists have been constrained to adopt is so inadequate, even for psychiatry, that no patching can fix it up» (Roe, 1949, S. 38). Im selben Jahr zeigte sich, dass die Diagnosen von Klinikärzten nur in 33 bis 50 Prozent der Fälle übereinstimmten (vgl. Ash, 1949). In einer grossen Test-Retest-Reliabilitätsstudie lag die diagnostische Übereinstimmung im Hinblick auf «Schizophrenie» bei gerade 37 Prozent (vgl. Hunt et al., 1953).

#### Ein «Frontalangriff» auf die Suche nach der Schizophrenie

Forscher wurden aufgefordert, «einen Frontalangriff» zu starten, um herauszufinden, weshalb Experten sich auch 50 Jahre nach der Erfindung der Schizophrenie nicht

einigen konnten, wer daran litt (vgl. Kreitman, 1961). Unter künstlichen Forschungsbedingungen, die die Reliabilität maximieren sollten, gelang es einer Gruppe von Diagnostikexperten (Beck et al., 1962), die Übereinstimmungsrate bei zwei Diagnostikerpaaren auf 53 Prozent – bzw. 42 Prozent unter Berücksichtigung der Zufallsübereinstimmung – zu steigern (vgl. Read, 2004).

1974 gaben führende Forscher bekannt, dass die durchschnittliche Reliabilität noch immer bei nur 0.57 liege – es scheine «no essential change in diagnostic reliability over time» gegeben zu haben: «There are no categories for which reliability is uniformly high». In den üblichen klinischen Settings sei die Reliabilität «even poorer» als in wissenschaftlichen Studien (vgl. Spitzer & Fleiss, 1974, S. 344). Als man 134 US-amerikanischen und 194 britischen Psychiatern die Beschreibung eines Patienten vorlegte, stellten 69 Prozent der amerikanischen Psychiater, aber nur 2 Prozent der britischen die Diagnose «Schizophrenie» (vgl. Copeland et al., 1971). Die Absurdität all dessen wurde durch Rosenhans berühmte Studie «On Being Sane in Insane Places» (1975) demonstriert: Acht «normale» Menschen sollten sich in psychiatrischen Kliniken vorstellen und erklären, dass sie ständig die Wörter «hohl», «leer» und «plopp» hörten. Sieben von ihnen wurden als «schizophren» diagnostiziert. Ein grosser Teil der echten Patienten, aber niemand vom Fachpersonal erkannte, dass die Pseudopatients «normal» waren. Für den zweiten Teil der Studie wurde den Psychiatern einer Klinik mitgeteilt, dass irgendwann in den kommenden Monaten Pseudopatients eingewiesen würden. Dies führte zu einer «Aufdeckungsrate» von 21 Prozent – allerdings war nie ein Pseudopatient eingewiesen worden. (Der erste Teil der Studie wurde 30 Jahre später teilweise repliziert, vgl. hierzu Slater, 2004.)

<sup>1</sup> Übersetzung der englischen Originalfassung des 5. Kapitels aus John Read & Jacqui Dillon (2013). *Models of Madness* (Second Edition, S. 47–61). London: Routledge.

### Die Neudefinition der «Schizophrenie»

Der «Frontalangriff» war fehlgeschlagen, doch es gab noch ein anderes Vorgehen: das der Neudefinition. Dem Vorbild von Kraepelin folgend, der seine Erfindung wiederholt neu definiert hatte, hatte Bleuler die Definition der «Schizophrenie» weiter verändert. Diese Neudefinitionen setzten sich während des gesamten 20. Jahrhunderts fort; die meisten bekanntlich basierend auf Schneiders «Symptomen ersten Ranges» wie Wahn oder Halluzinationen (vgl. hierzu Bentall, 2009). Sie spiegelten sich in Veränderungen der zahlreichen offiziellen Versionen der «Schizophrenie», einschliesslich der diversen Fassungen des *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM). Die für die 1980 erschienene dritte Auflage verantwortlich zeichnenden «Neo-Kraepelianer» (Bentall, 2009) hatten ein umfangreiches Forschungsprojekt betreut, in dem neue Definitionen und Checklisten von Symptomen entwickelt werden sollten, die am Ende möglicherweise zu einer hinreichenden Reliabilität führen würden. Doch 1987 räumte die American Psychiatric Association (APA) ein: Trotz ausgiebiger Felderprobung der DSM-III-Diagnosekriterien vor ihrer offiziellen Übernahme hätten die Erfahrungen seit der Veröffentlichung, wie erwartet, gezeigt, dass die Kriterien in vielen Fällen nicht wirklich klar, kategorienübergreifend inkonsistent oder sogar widersprüchlich seien (vgl. APA, 1987, S. XVII).

Dieses Eingeständnis der Mängel des DSM-III stand nicht am Anfang einer Abhandlung mit der Forderung, die Psychiatrie möge endlich die Vergeblichkeit weiterer Neudefinitionen erkennen und Begriffe wie «Schizophrenie» aufgeben. Es war vielmehr die Einleitung für ein 560 Seiten starkes Buch mit dem Titel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition, revised) (DSM-III-R).

### Eine disjunktive Kategorie

Schon 1968 war der britische Psychologe Don Bannister (1968, S. 181f.) zu dem Schluss gekommen:

«Schizophrenia as a concept, is a semantic Titanic, doomed before it sails, a concept so diffuse as to be unusable in a scientific context. [...] We may, therefore, diagnose one person as schizophrenic because he manifests characteristics A and B and diagnose another as schizophrenic because he manifests characteristics C, D and E. The two individuals are now firmly grouped in the same category – even though they do not specifically possess one common characteristic [...]. Precisely because of such anomalies, it can be argued that, logically, disjunctive categories are logically too primitive for scientific use.»

Die Kategorie ist bis heute disjunktiv. Um eine Schizophrenie-Diagnose gemäss DSM-IV (APA, 1994) oder seiner revidierten Fassung (APA, 2000, S. 312) zu erhalten, muss man zwei von fünf «charakteristischen Symptomen» aufweisen: Wahn, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise, grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten und negative Symptome. Bei zwei Personen gibt es rechnerisch

15 Möglichkeiten (1+2 vs. 3+4; 1+2 vs. 3+5 etc.), diese Kriterien zu erfüllen, ohne auch nur ein einziges Symptom gemeinsam zu haben.

Bei (a) »akustischen Halluzinationen mit einer kommentierenden« oder (b) »mindestens zwei sich unterhaltenden Stimmen« oder (c) »bizarrem Wahn« genügt sogar schon ein einziges der «charakteristischen Symptome». Wie zu erwarten, haben Studien ergeben, dass es noch keine reliablen Kriterien für «bizarren Wahn» gibt («a reliable concept of bizarre delusion has yet to be achieved», so Bell et al., 2006) und dass es vor allem jenen Studien, die am ehesten reale klinische Situationen abbilden, an Realibilität fehlt (vgl. Cermolacce et al., 2010).

Der APA ist zugutezuhalten, dass sie für die «elimination of requirement that only one characteristic symptom be present» im DSM-5 plädierte, denn: «No unique diagnostic specificity for these characteristic symptoms in comparison to others has been identified» (APA, 2011). Sie schlägt ausserdem vor, dass mindestens eins der zwei für eine Schizophrenie-Diagnose erforderlichen Symptome Wahn, Halluzinationen oder eine desorganisierte Sprechweise sein müsse. Damit verringern sich die Möglichkeiten, dass zwei Menschen dieselbe Diagnose erhalten, ohne ein Symptom gemeinsam zu haben, von 15 auf 12. Das Konstrukt wird also disjunktiv bleiben – und damit unbrauchbar für die Wissenschaft.

Die APA (2011) empfahl, in das DSM-5 eine neue Diagnose, das «Psychoserisikosyndrom», aufzunehmen. Diese Diagnose hätte zu einer weiteren Zunahme der Stigmatisierung und medizinischen Behandlung problembelasteter, aber nicht psychotischer junger Menschen geführt. Genau das geschieht bereits immer häufiger: im Namen der Behandlung von etwas, das sich «prodromale Psychose» bei Heranwachsenden nennt (vgl. Morrison et al., 2010), obwohl Forscher keine Definition für «prodromal» finden können, die Psychosen hinreichend vorhersagen würde (vgl. hierzu Larkin & Marshall, 2010; Ross, 2010). Glücklicherweise wurde der Vorschlag – den Allen Frances, Vorsitzender der für das DSM-IV verantwortlichen Arbeitsgruppe, als «single worst DSM-5 proposal» bezeichnete (Maxmen, 2012) – abgelehnt.

Ein alternatives Diagnosesystem, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1992) herausgegebene und in vielen europäischen und Entwicklungsländern verwendete ICD-10, ist sogar noch problematischer als das DSM. Während Letzteres verlangt, dass Anzeichen der Störung kontinuierlich über «mindestens sechs Monate» aufgetreten sein müssen, fordert die ICD-10 nur einen Monat. Sie führt ausserdem den Subtypus «Schizophrenia simplex» mit auf, für den keinerlei psychotische Symptome erforderlich sind – eine Negativsymptomatik genügt. Die ICD-10 ist sogar noch disjunktiver als das DSM, weil sie eine längere Liste von Einzelsymptomen beinhaltet, die für sich genommen bereits die Diagnose «Schizophrenie» rechtfertigen. Sie enthält nicht einmal die im DSM genannte Bedingung von «sozialen/beruflichen Leistungseinbussen» und macht es so möglich, dass Menschen als «schizophren» diagnostiziert werden, deren «Symptome» ihr Leben gar nicht beeinträchtigen.

Bannister (1968) hatte empfohlen: «Research into schizophrenia as such, should not be undertaken.» Diese Empfehlung ist auch von anderen wiederholt geäußert worden (zum Beispiel von Bentall et al., 1988; Boyle, 1990; Ross & Pam, 1995). Der britische Psychiater Ian Brockington, der sich sein Leben lang mit Fragen der Diagnostik beschäftigte, kam 1992 zu dem Schluss:

«It is important to loosen the grip which the concept of ›schizophrenia‹ has on the minds of psychiatrists. Schizophrenia is an idea whose very essence is equivocal, a nosological category without natural boundaries, a barren hypothesis. Such a blurred concept is not a valid object of scientific enquiry» (Brockington, 1992, S. 207).

Der US-amerikanische Psychiater Howard James erklärte 1996, Schizophrenie sei «an unscientific and unprovable nosological construct» (James, 1996, S. 148). Im selben Jahr, in dem Brockington (1992) «a babble of precise but different formulations of the same concept» beklagte, ermittelten Forscher 16 verschiedene Klassifizierungssysteme für «Schizophrenie». Bei insgesamt 248 Patienten reichte die Zahl derer, die unter Anwendung dieser Systeme als schizophren diagnostiziert wurden, von 1 bis 203. Diese Studie war «designed to maximise reliability and agreement» (Herron et al., 1992). Hinzu kommt, dass in jedem dieser 16 Systeme unterschiedliche Wege der Erhebung und Interpretation von Informationen existieren. Eine Studie nutzte vier verschiedene anerkannte Methoden, um Patienten 8 DSM-IV-Diagnosen zuzuordnen, die auf eine Psychose (einschliesslich «Schizophrenie») hindeuteten. Die Übereinstimmung zwischen den Systempaaren lag zwischen 53 und 65 Prozent (vgl. McGorry et al., 1995). Eine weitere Studie fand keine statistisch signifikante Beziehung zwischen klinischen Schizophrenie-Diagnosen und Diagnosen, die jeweils auf einem von zwei von Forschern benutzten Diagnostikverfahren basierten (vgl. Whaley, 2001). Der britische Psychiater Robin Murray, ein anerkannter Schizophrenie-Experte, konstatierte im Jahr 2008:

«Some psychiatrists react to such criticisms by totally denying their validity and by reasserting a simplistic medical disease model of schizophrenia. However, this is less than satisfactory because there remains widespread confusion regarding the meaning, boundaries and even value of the term schizophrenia» (Murray & Dean, 2008, S. 285).

«Today, few would argue that syndromes such as schizophrenia and depression are single, homogeneous diseases», bestätigte 2012 Hans Christian Fibiger, Wissenschaftler am Psychiatry Department der University of British Columbia und Ex-Vizepräsident der Abteilung Neuroscience beim Pharmakonzern Eli Lilly, und stimmte in den Chor derer ein, die dafür plädieren, den Fokus auf spezifische Symptome zu legen. Seine Prognose: «Concepts such as schizophrenia will surely be discarded and future generations will look back and might rightfully ask: What were they thinking?» (Fibiger, 2012, S. 50).

## Validität: Ist «Schizophrenie» das, was sie angeblich ist?

Wie Brockington, Bannister, Boyle, Bentall und andere seit Jahrzehnten erklären, ist es sinnlos, Validität ohne Reliabilität zu untersuchen. Wenn sich Forscher nicht darauf einigen können, wer an «Schizophrenie» leidet, dann können die mutmasslichen Merkmale der «Schizophrenie» auch nicht evaluiert werden. Die Menschen, die der eine Wissenschaftler untersucht, unterscheiden sich von den Menschen, mit denen sich andere Wissenschaftler beschäftigen.

Hätte eine Reliabilität nachgewiesen werden können, würden wir untersuchen, ob das Konstrukt «Schizophrenie» tatsächlich auf bestimmte Dingen bezogen ist, wie die dem Konstrukt zugrunde liegende Theorie behauptet. Im Falle der Krankheitstheorie der Schizophrenie würde man – wie Kraepelin und Bleuler es vergeblich taten – (a) nach einem Set von Symptomen suchen, die hier, nicht aber bei anderen «psychischen Erkrankungen» gemeinsam auftreten, (b) nach einem vorhersagbaren Ergebnis und (c) nach einer biologischen Ursache suchen sowie (d) erforschen, ob die Erkrankung auf medizinische Therapien anspricht.

Die bekannten Diagnostikforscher Zigler und Phillips (1961, S. 612) haben dargelegt, dass selbst bei nachgewiesener Reliabilität Validität nicht gewährleistet ist: «Class membership conveys little information beyond the gross symptomatology of the patient and contributes little to the solution of the pressing problems of aetiology, treatment procedures, prognosis, etc.»

1988 kam eine Übersichtsarbeit zur Forschung in jedem der vier Validitätsbereiche (Symptome, Ätiologie, Prognose und Behandlung) zu dem Schluss: «›Schizophrenia‹ is not a useful scientific category and [...] for all these years researchers have been pursuing a ghost within the body of psychiatry» (Bentall et al., 1988, S. 318).

Ich betrachte im Folgenden die beiden anderen Validitätsbereiche Symptomspezifität und Ergebniskonsistenz.

### Symptome

Es gibt keinen Beleg für die Existenz eines Sets von «schizophrenen» Verhaltens- und Erfahrungsweisen, die gemeinsam, aber nicht bei anderen psychiatrischen Erkrankungen auftreten würden. Guertin suchte 1952 mithilfe der Faktorenanalyse Antwort auf die Frage: «Gibt es etwas wie Schizophrenie überhaupt?» Er fand keinen Hinweis auf einen Gruppenfaktor, der «Schizophrenie» genannt werden könnte. 1973 verglich die Weltgesundheitsorganisation Symptomcluster, die bei realen Menschen auftreten, mit den von den Diagnosekategorien vorgegebenen Gruppierungen. Das Ergebnis: «The clusters are defining different and more homogeneous groups than are the clinical diagnoses», und: «Patients diagnosed as schizophrenic are distributed in all clusters. No single ›schizophrenic profile‹ was elicited» (WHO, 1973, S. 350). «Schizophrenie»-Symptome sind auch bei vielen anderen Störungen häufig. Die meisten Menschen, die als schizophren diagnostiziert werden, zeigen genügend Symptome anderer Störungen, um weitere Diagnosen zu

erhalten. So wurde eine «Komorbidität» mit Depression, Zwangsstörung, Panikstörung, dissoziativen Störungen, bipolarer Störung, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, posttraumatischer Belastungsstörung und Angststörungen festgestellt (vgl. Craig & Hwang, 2000; Crow, 2010; Torgalsboen, 1999). In einer Studie wiesen Personen mit dissoziativer Identitätsstörung mehr «Schizophrenie»-Symptome auf als Personen, die eine Schizophrenie-Diagnose erhalten hatten (vgl. Ellason & Ross, 1995).

### Prognose

Es gibt keinerlei Hinweise auf eine konsistente Prognose (Outcome) bei Menschen mit der Diagnose «Schizophrenie». Schon Eugen Bleuler (1911) hatte eingeräumt, dass es nicht möglich sei, alle Verlaufsvarianten der Schizophrenie zu beschreiben. Am Ende des 20. Jahrhunderts kam eine Übersichtsarbeit zu dem Schluss: «Heterogeneity in outcome across individuals with schizophrenia remains the rule» (Davidson & McGlashan, 1997, S. 34).

Drei Befunde sind charakteristisch für die durchgeführten Langzeit-Ergebnisstudien: (a) Es gibt eine immense Variationsbreite der Outcomes, (b) viele als «schizophren» etikettierte Menschen werden gesund, (c) psychosoziale Faktoren sind die besten Prädiktoren.

Schätzungen der Langzeit-Genesungsraten variieren, teilweise abhängig von der Definition, zwischen 13 Prozent (Stephens et al., 1997) und 72 Prozent (Thara & Eaton, 1996), wobei die meisten im Bereich zwischen 30 und 55 Prozent liegen (z. B. Harrison et al., 2001; Jobe & Harrow, 2010; McGlashan, 1988). Manfred Bleuler ermittelte in einer über mehr als 20 Jahre laufenden Langzeitstudie mit hospitalisierten «Schizophrenen» in der Klinik Burghölzli (wo schon sein Vater Eugen gearbeitet hatte) folgende stabile Outcomes: Weiterhin schwere Symptome hatten 15 Prozent, mittelgradige 17 Prozent, milde 38 Prozent, und als geheilt galten 30 Prozent der Patienten. Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi (1980) kam in einer Verlaufsstudie über 37 Jahre zu einer ähnlichen Verteilung: Schwere Symptome zeigten noch 20 Prozent, mittlere 26 Prozent, leichte 22 Prozent und 30 Prozent der Probanden waren gesundet.

In Vermont untersuchten Harding et al. (1987) «the sickest group in the hospital». Diese Patienten waren zu Beginn der Studie bereits seit zehn Jahren hospitalisiert. In den 12 Monaten, die dem Follow-up-Assessment (durchschnittlich 32 Jahre später) vorausgingen, war bei 82 Prozent der Patienten kein Klinikaufenthalt erforderlich gewesen; 40 Prozent hatten eine Arbeitsstelle (obwohl zwei Drittel der Probanden 55 Jahre und älter waren), und 68 Prozent hatten nur noch wenige oder gar keine Symptome mehr. 2001 ermittelte eine in 18 Städten durchgeführte Übersichtsstudie der WHO eine durchschnittliche Genesungsrate von 48 Prozent nach 15 oder 25 Jahren (vgl. Harrison et al., 2001). Ciompi resümiert:

«There is no such thing as a specific course for schizophrenia. Doubtless, the potential for improvement of schizophrenia has for a long time been grossly under-

estimated. What is called ›the course of schizophrenia‹ more closely resembles a life process open to a great variety of influences of all kinds than an illness with a given course» (Ciompi, 1980, S. 420).

Der Mythos von einem konsistenten negativen Outcome war nach einem Jahrhundert des Pessimismus, der das Leben von Millionen von Menschen beschädigt hatte, endlich ins Wanken geraten. Ein Review über die International Study of Schizophrenia (ISoS) der WHO folgte 2001:

«Because expectation can be so powerful a factor in recovery, patients, families and clinicians need to hear this. [...] [T]he ISoS findings join others in relieving patients, carers and clinicians of the chronicity paradigm which dominated thinking throughout much of the 20<sup>th</sup> century» (Harrison et al., 2001, S. 515).

Im Widerspruch zu früher wie heute zu hörenden Behauptungen, bei «Schizophrenie» handele es sich um eine degenerative Gehirnerkrankung, kam eine jüngere Übersichtsarbeit zu dem Schluss: «There is overwhelming evidence that very few patients with schizophrenia show a progressive downhill course» (Jobe & Harrow, 2010, S. 223). Trotzdem beklagten führende Forscher, dass die Forschung auf diesem Gebiet nur begrenzte Wirkung auf das dominante pessimistische Paradigma und die tatsächliche Praxis gehabt habe. Sie führen elf Studien an, die zu dem Ergebnis kamen, dass zwischen 48 und 68 Prozent der an Schizophrenie leidenden Menschen eine bedeutende Besserung und oft sogar eine vollständige Heilung erreichen können, und verweisen in diesem Zusammenhang auf die seit Kraepelins Zeiten zwar häufig geäußerte, aber «absurde» These, dass jemand, der geheilt werde, schlicht keine Schizophrenie gehabt haben könne (vgl. Ciompi et al., 2010).

Folglich hat die Diagnose «Schizophrenie» eine sehr geringe prädiktive Validität. Hinzu kommt, dass sich die hohe Variabilität des Outcomes bei Menschen mit ein und derselben Diagnose durch psychosoziale Faktoren am besten erklären lässt. Zu den Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf zählen: mangelnde soziale oder kognitive Kompetenzen, schlechte Schul- oder Arbeitsleistungen, starke Bindung an eine von Kritik und Überengagement geprägte Familie, Unverheiratetsein (insbesondere bei Männern), belastende Lebensereignisse, ein hohes Mass an Angst, externale Kontrollüberzeugungen und Substanzmissbrauch (vgl. Harrison et al., 2001; Jobe & Harrow, 2010; McGlashan, 1988). Der britische Psychiater Richard Warner (2004) konnte ausserdem nachweisen, dass die Gesundung von Menschen mit einer «Schizophrenie»-Diagnose in Phasen wirtschaftlicher Rezession beeinträchtigt ist. Die Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht ist ein besonders starker Prädiktor für einen ungünstigen Langzeitverlauf (vgl. Moller et al., 2010), doch selbst dieser Befund zeigt länderspezifische Variationen (vgl. Cohen et al., 2008).

Es gibt noch ein Beispiel sowohl für inkonsistente Outcomes als auch für psychosoziale Verlaufsprädik-

toren: So ist wiederholt nachgewiesen worden, dass die Outcomes in ärmeren Ländern (wie Nigeria oder Indien) weit besser sind als in wohlhabenden industrialisierten Gesellschaften (vgl. Harrison et al., 2001; Hopper et al., 2007).

### Fortschritt in ein theoretisches Vakuum

Die oben erörterten wiederholten Neudefinitionen gründeten nicht auf einem soliden theoretischen Fundament, sondern vielmehr auf der Hoffnung, auf diese Weise die Übereinstimmung der Fachleute in der Frage, was genau man vor sich hat, zu erhöhen. Eine der Konsequenzen atheoretischer Neudefinitionen ist die Suche nach einem Verhalten, über das unter Klinikern Einigkeit bestehen kann – gleichgültig, ob es irgendetwas mit der ursprünglichen Theorie zu tun hat oder nicht –, um es dann «schizophren» zu nennen. Ein Beispiel dafür ist die obsessive Suche nach Unterschieden – irgendwelchen Unterschieden – zwischen «Schizophrenen» und «Normalen». Im Folgenden einige Beispiele (die an Kraepelins vor 100 Jahren erstellte umfangreiche Symptomliste erinnern) aus der langen Liste theoretisch inkohärenter Variablen, die sich den Ansätzen «Reliabilität um jeden Preis» und «In der Not ist jede Variable recht» verdanken:

- Reaktion auf körperliche Ausscheidungsprodukte (Diamond & Hirt, 1974)
- unzureichende körperliche Attraktivität (Archer & Cash, 1985)
- DMPEA, eine mit Tannin verwandten Substanz, im Urin (Proctor et al., 1985) [verursacht durch den Teekonsum in psychiatrischen Krankenhäusern]
- Anzeichen für Homosexualität (Chaudhury & Jyothi, 1996)
- Merkmale der Handschrift (Agardi et al., 1997)
- Störungen des Riechvermögens (Striebel et al., 1999) [eine Nebenwirkung von Antipsychotika]
- unangemessene Masturbation (Brooks & Waikar, 2000)
- Form der Ohren, Position der Augen, Abstand der Zehen, Fingerkrümmung, Schnauzreflex, Breite der Oberlippe (Lawrie et al., 2001)
- Nichtvorliegen von rheumatoider Arthritis (Torrey & Yolken, 2001)
- Kontakt zu Katzen in der Kindheit (Torrey & Yolken, 2001)
- Kopfumfang (zu gross oder zu klein), weiche Ohren, dritter Zeh länger als der zweite (Schiffman et al., 2002)
- Niederschlagsmenge in den drei Monaten vor der Geburt (Messias et al., 2006)
- fehlende Krankheitseinsicht (Arango & Amandor, 2011; Bleuler, 1911)

1973 stellte die Weltgesundheitsorganisation fest: «Kraepelin's attempt to create a concept of dementia praecox was unsuccessful as all later attempts in this direction have been», lieferte jedoch zugleich ein Argument für die Fortsetzung dieser Vorgehensweise:

«The word schizophrenia has come into such widespread use that it is necessary to have a practical definition of it in order to keep public discussion of schizophrenia within reasonable limits [...] for the benefit of non-professional contemporaries who enjoy talking about schizophrenia without knowing what it is» (WHO, 1973, S. 17).

Stellen Sie sich eine «Schizophrene» vor, die beteuert, dass sie über ihre Halluzinationen nicht etwa deshalb rede, weil sie immer noch daran glaube, sondern weil alle anderen jetzt daran glaubten und sie sichergehen wolle, dass sie richtig informiert seien.

### Diagnose im Dienste sozialer Kontrolle

Vor 60 Jahren stellten Zigler und Phillips, nachdem sie eingeräumt hatten, dass Diagnosen wie die der Schizophrenie nichts zum Verständnis der Ursachen und Therapien beitragen, klar:

«The present diagnostic system is quite useful when evaluated in terms of its administrative implications. [...] Examples would include legal determination of insanity, declaration of incompetence, type of ward required for custodial care, census figures and statistical data upon which considerable planning is based, screening devices for the military services, etc.» (Zigler & Phillips, 1961, S. 615).

Die Implikationen der Tatsache, dass die einzigen Felder, auf denen solche Diagnosen irgendeine Validität besitzen, nicht medizinischer, sondern gesellschaftspolitischer Natur sind, impliziert, scheinen den Autoren nicht bewusst gewesen zu sein. Würden sie ihren Beitrag heute verfassen, würden sie vermutlich die Krankenversicherung in ihre Aufzählung einschliessen – eine machtvolle Institution, die die Anwendung unwissenschaftlicher Diagnosen perpetuiert.

### Alternativen

Die Notwendigkeit, dieses unwissenschaftliche, nichtsagende und wenig hilfreiche Konstrukt aufzugeben, wird erkannt, und diese Erkenntnis hat Folgen: 2012 beschlossen die Mitglieder der International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia (ISPS), dem Beispiel anderer internationaler Organisationen folgend, mit überwältigender Mehrheit, das Wort «Schizophrenia» aus ihrem Namen zu streichen (vgl. Martindale, 2012).

Es gibt wissenschaftliche und fruchtbare Ansätze zum Verständnis des «Verrücktseins». Sie werden, so ist zu hoffen, das theoretische Fundament für die zukünftige klinische Praxis und Forschung bilden.

### Reliable Konstrukte

Kategorisierung an sich ist nicht das Problem. Die Neigung, Kategorien zu bilden, ist fest im menschlichen Gehirn verankert und sichert unser Überleben. Die Aufgabe besteht vielmehr darin, Kategorien zu finden, auf die wir uns erstens einigen können (Reliabilität) und die

zweitens sinnvoll und nützlich sind (Validität). Das ist nicht schwierig.

Die Heterogenität des Konstrukts «Schizophrenie» ist seit über 100 Jahren bekannt. Bleuler hob sie hervor, indem er seine berühmte Monografie von 1911 *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* nannte. Es hat viele Versuche gegeben, dieses Konstrukt auf kleinere und reliablere Einheiten herunterzubrechen. Die letzte offizielle Version, die des DSM-IV, unterschied in «paranoider Typus», «desorganisierter Typus», «katatoner Typus», «undifferenzierter Typus» und «residualer Typus». Die APA hat dankenswerterweise vorgeschlagen, all diese Subtypen im DSM-5 zu streichen (APA, 2011).

Der beste Weg, das Konstrukt in Subtypen zu unterteilen, ist, zu erforschen, welche Symptome tatsächlich gemeinsam auftreten. Die erste evidenzbasierte Unterteilung unterschied «positive» Symptome (im Vergleich zum «normalen» Erleben zusätzlich auftretende oder übersteigerte Erfahrungs- und Verhaltensweisen wie Wahn und Halluzinationen) und «negative» Symptome (Defizite wie Affektverflachung und sozialer Rückzug) (Andreasen & Olson, 1982). Ein Beispiel für den Gewinn, der aus der Anwendung reliabler Konstrukte resultiert, ist der Befund, dass Menschen ohne Negativsymptomatik besonders günstige Verlaufsprognosen haben (vgl. Strauss et al., 2010). Die positiven Symptome liessen sich, wie sich schnell herausstellte, reliabel in «Realitätsverzerrung» (Wahn und Halluzinationen) und «Desorganisation» (Denkstörungen, inadäquate Affekte und bizarres Verhalten) unterteilen, was zusammen mit den Negativsymptomen ein Drei-Faktoren-Modell (vgl. Liddle, 1987) ergibt. Andere Wissenschaftler ermittelten vier oder fünf Faktoren (vgl. Davidson & McGlashan, 1997; Demjaha et al., 2009; Murphy et al., 2010; van Os & Kapur, 2009).

Neben diesen hilfreichen Versuchen, reliable Gruppierungen von Verhaltens- und Erlebensweisen zu finden, gibt es eine zunehmende Fokussierung auf bestimmte Verhaltens- und Erlebensformen. Wir werden an späterer Stelle sehen, dass wir, sobald wir das Gespenst der «Schizophrenie» vergessen und uns stattdessen auf definierbare und messbare Konstrukte wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen konzentrieren, bedeutende Fortschritte sowohl im Verständnis als auch bezüglich der Hilfsmöglichkeiten machen. Konstrukte wie Wahn und Halluzinationen können selbst wiederum auf klinisch wertvolle und reliable dimensionale Variablen wie Dauer, Intensität, Häufigkeit, Überzeugungsgrad, Störungsausmass und Leidensdruck heruntergebrochen werden.

### Dimensionen

Neben der ausschliesslichen Verwendung reliabler Variablen besteht ein zweites wichtiges Prinzip darin, eher in Dimensionen als in Kategorien zu denken (vgl. McGorry, 1998). «Normales» menschliches Verhalten, Denken und Fühlen verändert sich über die Zeit und in unterschiedlichen sozialen Kontexten. Das trifft auch auf als «anormal» geltendes Verhalten, Denken und Fühlen zu (vgl. Pilgrim, 2000). Das DSM-IV widmet seinem einzi-

gen dimensional Mass gerade drei seiner 886 Seiten (S. 32–34). Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) erfasst die ärztliche Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus auf einer Skala von 0 bis 100. Ihre Aufnahme kam dem Eingeständnis gleich, dass psychische Gesundheit eine Frage des Grades ist. Dimensionale Massstäbe psychischer Gesundheit sind reliabler als Diagnosen. Kliniker, die 258 Patienten nach dem Grad ihrer Psychopathologie beurteilen sollten, berichteten über eine hohe Übereinstimmung (vgl. Rosenthal et al., 1975). Das führte zu dem Schluss, dass sich unabhängige Beurteiler vielleicht nicht einig sind, wenn es um die Frage geht, an was eine Person leidet, aber doch eine bemerkenswerte Übereinstimmung zeigen, was die Einschätzung des Schweregrads betrifft. Die GAF im DSM-IV (und ihre beiden zusätzlichen Erhebungsskalen, die das Beziehungs- und das soziale/berufliche Funktionsniveau messen, siehe S. 758–760), haben eine sehr hohe Interrater-Reliabilität (vgl. Hilsenroth et al., 2000).

Der dimensionale Ansatz ist ausserdem hilfreich, um zu zeigen, dass psychotische oder «psychoähnliche» Erfahrungen auch in der «normalen» Bevölkerung häufiger vorkommen (vgl. Johns & van Os, 2001), und die Zusammenhänge zwischen Psychosen und Risikofaktoren zu erforschen (vgl. Demjaha et al., 2009). Wer überzeugt ist, dass es ein Kontinuum zwischen «Schizophrenie» und «Normalität» gibt, hegt weniger Klischeevorstellungen in Bezug auf Menschen mit dieser Diagnose (vgl. Wiesjahn et al., 2013). Ein Review über Studien zum Vergleich dimensionaler und kategorialer Verhaltensrepräsentationen, die als Anzeichen für Schizophrenie gelten, kam zu dem Schluss, dass der dimensionale Ansatz insofern nützlicher zu sein schien, als er mehr Informationen über Patientenbedürfnisse und Outcomes lieferte (vgl. van Os & Verdoux, 2003).

Es war ermutigend zu sehen, dass die APA – vor allem dank der Bemühungen des niederländischen Psychiaters Jim van Os – erwog, dimensionale Massstäbe für spezifische psychotische Symptome in das DSM-5 aufzunehmen. Leider wurden sie nicht für den Haupttext akzeptiert und sollen nur als Anhang publiziert werden, was vermutlich bedeutet, dass Psychiater und andere professionelle Therapeuten weiter so agieren werden, als seien «Schizophrenie» und «Psychose» Kategorien, unter die einige von uns fallen und andere nicht. Die Kombination des Spezifischen/Messbaren mit dimensional Ansätzen macht die Beschreibung realer Menschen möglich, die zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Ausmassen ein bestimmtes Verhalten, Denken oder Fühlen zeigen, hauptsächlich abhängig von dem, was um sie herum geschieht.

### Konzentration auf Bedürfnisse und Heilung

Auf Fragen wie «Was würde Heilung für Sie bedeuten?» und «Was brauchen Sie?» sollte mindestens so viel Aufmerksamkeit verwendet werden wie auf die Frage «Was stimmt nicht mit Ihnen?» und «Wie sollen wir das nennen?» Zunehmend kommen Massstäbe der Lebensqualität zum Einsatz, die Bereiche wie Selbstwertgefühl, familiäre Beziehungen, Freundschaften, Wohnsituation,



Einkommen, Autonomie, Empowerment, körperliche Gesundheit, Gefühlsleben usw. abdecken. Mehrere Instrumente mit guter Reliabilität sind speziell für Menschen mit «Schizophrenie»-Diagnose entwickelt worden (z. B. Boyer et al., 2010), auch wenn nicht ohne Weiteres ersichtlich ist, weshalb jemand mit dieser Diagnose andere Lebensbedürfnisse haben sollte als andere Menschen. Fragt man Betroffene beispielsweise nach ihren Gesehungsvorstellungen, gehen die Antworten deutlich über eine Symptomreduktion hinaus (vgl. Pitt et al., 2007) und richten sich eher auf die Qualität des Soziallebens (vgl. Byrne et al., 2010). Ein in Zusammenarbeit mit Betroffenen entwickelter Fragebogen enthält sowohl «intrapersonelle» als auch «interpersonelle» Items. Anders als das stigmatisierende und unwissenschaftliche Konstrukt «Schizophrenie» besitzt dieses Mass eine gute Reliabilität und Validität (vgl. Neil et al., 2009) und einen echten Nutzen.

## Literatur

- Agardi, T., Bartkó, Gy., Vitrai, J. & Simon, L. (1997). Study of the handwriting of schizophrenics. *Psychiatria Hungarica*, 12, 603–610.
- Andreasen, N. & Olsen, S. (1982). Negative v. positive schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789–794.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association [dt. (1989): *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Göttingen: Hogrefe].
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association [dt. (1996): *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe].
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association [dt. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe].
- APA (2011). [www.dsm5.org/ProposedRevisions](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions) (20.02.2018).
- Arango, C. & Amador, X. (2011). Lessons learned about poor insight. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 27–28.
- Archer, R., & Cash, T. (1985). Physical attractiveness and maladjustment among psychiatric inpatients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 170–180.
- Ash, P. (1949). The reliability of psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 4, 272–277.
- Bannister, D. (1968). The logical requirements of research into schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 114, 181–188.
- Beck, A., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. & Erbaugh, J.E. (1962). Reliability of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351–357.
- Bell, V., Halligan, P.W. & Ellis, H.D. (2006). Diagnosing delusions. *Schizophrenia Research*, 86, 76–79.
- Bentall, R. (2009). *Doctoring the Mind*. London: Penguin.
- Bental, R.P., Jackson, H.F., Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of «schizophrenia»: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303–324.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig/Wien: Deuticke.
- Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Thieme.
- Boisen, A. (1938). Types of dementia praecox. *Psychiatry*, 1, 233–236.
- Boyer, L., Simeoni, M.-C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., Lanco, C. & Auquier, P. (2010). The development of the S-QoL 18. *Schizophrenia Research*, 121, 241–250.
- Boyle, M. (1990). *Schizophrenia: A Scientific Delusion?* London: Routledge.
- Brockington, I. (1992). Schizophrenia: Yesterday's concept. *European Psychiatry*, 7, 203–207.
- Brooks, J. & Waikar, M. (2000). Inappropriate masturbation and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 451.
- Byrne R., Davies, L. & Morrison, A.P. (2010). Priorities and preferences for the outcomes of treatment of psychosis. *Psychosis*, 2, 210–217.
- Cermolacce, M., Sass, L. & Parnas, J. (2010). What is bizarre in bizarre delusions? *Schizophrenia Bulletin*, 36, 667–679.
- Chaudhury, S. & Jyothi, S. (1996). Relationship between homosexuality and paranoid schizophrenia. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 3, 147–152.
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*, 136, 413–420.
- Ciampi, L., Harding, C.M. & Lehtinen, K. (2010). Deep concern. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 437–439.
- Cohen, A., Pater, V., Thara, R. & Gureje, O. (2008). Questioning an axiom: Better prognosis for schizophrenia in the developing world? *Schizophrenia Bulletin*, 34, 229–244.
- Copeland, J., Cooper, J.E. & Kendell, R.E. (1971). Differences in usage of diagnostic labels amongst psychiatrists in the British Isles. *British Journal of Psychiatry*, 118, 629–640.
- Craig, T. & Hwang, M. (2000). Comorbidity in schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 30, 76–78.
- Crow, T. (2010). The continuum of psychosis: 1986–2010. *Psychiatric Annals*, 40, 115–119.
- Davidson, L. & McGlashan, T. (1997). Recovery from severe mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34–43.
- Demjaha, A., Morgan, K., Morgan, C. & Landau, S. (2009). Combining dimensional and categorical representation of psychosis. *Psychological Medicine*, 39, 1943–1455.
- Dimond, R. & Hirt, M. (1974). Investigation of the generalizability of attitudes toward body products as a function of psychopathology and long-term hospitalisation. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 251–252.
- Ellason, J. & Ross, C. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative disorder and schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 236–241.
- Fibiger, H. (2012). Psychiatry, the pharmaceutical industry, and the road to better therapeutics. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 649–650.
- Guertin, W. (1952). An inverted factor-analytic study of schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 371–375.
- Harding, C., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718–726.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T. & Laska, E. (2001). Recovery from psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506–517.
- Herron, W., Schultz, C.L., Welt, A.G. (1992). A comparison of 16 systems to diagnose schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 711–721.
- Hilsenroth, M., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith, S.R., Price, J.L., Smith, C.L., Heindselman, T.L., Mount, M.K. & Holdwick, D.J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858–1863.
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. & Sartorius, N. (2007). *Recovery from Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Hunt, W., Wittsln, C. & Hunt, E. (1953). Theoretical and practical analysis of the diagnostic process. In P. Hoch & J. Zubin (Hrsg.), *Current Problems in Psychiatric Diagnosis* (S. 53–65). New York: Grune & Stratton.
- James, H. (1996). Requiem for «schizophrenia». *Integrative Physiological Behavioral Sciences*, 31, 148–154.
- Jellinek, E. (1939). Some principles of psychiatric classification. *Psychiatry*, 2, 161–165.

- Jobe, T. & Harrow, M. (2010). Schizophrenia course, long-term outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 220–225.
- Johns, L. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125–1141.
- Kreitman, N. (1961). The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Mental Science*, 107, 876–886.
- Larkin, W. & Marshall, M. (2010). DSM-5 and the «Psychosis Risk Syndrome». *Psychosis*, 2, 191–195.
- Lawrie, S., Byrne, M., Miller, P. & Hodges, A. (2001). Neurodevelopmental indices and the development of psychotic symptoms in subjects at high risk of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178, 524–530.
- Liddle, P. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145–151.
- Martindale, B. (2012). Hope and the ISPS change of name. *Psychosis*, 4, 93–94.
- Maxmen, A. (2012). Psychosis risk syndrome excluded from DSM-5. *Nature* (9. Mai). [www.nature.com/news/psychosis-risk-syndrome-excluded-from-dsm-5-1.10610](http://www.nature.com/news/psychosis-risk-syndrome-excluded-from-dsm-5-1.10610) (20.02.2018).
- May, J. (1922). *Mental Diseases*. Boston, MA: Gorham.
- McGlashan, T. (1988). A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 515–542.
- McGorry, P. (1998). The dimensional structure of first episode psychosis. *Psychological Medicine*, 28, 935–947.
- McGorry, P., Mihalopoulos, C., Henry, L. & Dakis, J. (1995). Spurious precision. *American Journal of Psychiatry*, 152, 220–223.
- Messias, E., Mourao, C., Maia, J., Campos, J.P.M., Ribeiro, K., Ribeiro, L. & Kirkpatrick, B. (2006). Season of birth and schizophrenia in Northeast Brazil. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 870–873.
- Moller, H.-J., Jäger, M., Riedel, M., Obermeier, M., Strauss, A. & Bottlender, R. (2010). The Munich 15-year follow-up study on first-hospitalised patients with schizophrenic or affective disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260, 367–394.
- Morrison, A., Byrne, R. & Bentall, R.P. (2010). DSM-5 and the «Psychosis Risk Syndrome». *Psychosis*, 2, 96–99.
- Murphy, J., Shevlin, M., Adamson, G. & Houston, J.E. (2010). Positive psychosis symptom structure in the general population. *Psychosis*, 2, 199–209.
- Murray, R. & Dean, K. (2008). Schizophrenia and related disorders. In R. Murray, K.S. Kendler, P. McGuffin, S. Wessely & D.J. Castle (Hrsg.), *Essential Psychiatry* (S. 284–319). Cambridge: Cambridge University Press.
- Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M. & Sellwood, W. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR). *Psychosis*, 1, 145–155.
- Pilgrim, D. (2000). Psychiatric diagnosis. *Psychologist*, 13, 302–305.
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M. & Morrison, A.P. (2007). Researching recovery from psychosis: A user-led project. *Psychiatric Bulletin*, 31, 55–60.
- Proctor, C., Cho, J.B. & Nicolls, A.A. (1985). Projection of an endocoid involved with schizophrenic reaction. *Progress in Clinical & Biological Research*, 192, 387–393.
- Read, J. (2004). Does «schizophrenia» exist? In J. Read et al. (Hrsg.), *Models of Madness* (S. 43–56). London: Routledge.
- Roe, A. (1949). Integration of personality theory and clinical practice. *American Psychologist*, 44, S.36–41.
- Rosenthal, D. (1975). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250–258.
- Rosenthal, D., Wender, P.H. & Kety, S.S. (1975). Assessing degree of psychopathology from diagnostic statements. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 35–45.
- Ross, C. (2010). DSM-5 and the «Psychosis Risk Syndrome». *Psychosis*, 2, 107–110.
- Ross, C. & Pam, R. (1995). *Pseudoscience in Biological Psychiatry*. New York: Wiley.
- Schiffman, J., Ekstrom, M., LaBrie, J., Schulsinger, F., Sorensen, H. & Mednick, S. (2002). Minor physical anomalies and schizophrenia spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 238–243.
- Slater, L. (2004). *Opening Skinner's Box*. New York: Norton [dt. (2005): *Von Menschen und Ratten. Die berühmten Experimente der Psychologie*. Weinheim: Beltz].
- Spitzer, R. & Fleiss, J. (1974). A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnoses. *British Journal of Psychiatry*, 125, 341–347.
- Stephens, J., Richard, P. & McHugh, P.R. (1997). Long-term follow-up of patients hospitalised for schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 715–721.
- Strauss, G., Harrow, M., Grossmann, L.S. & Rosen, C. (2010). Periods of recovery in deficit syndrome schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 788–799.
- Striebel, K.-M., Beyerstein, B., Remnick, R.A., Kopola, L. & Honer, W.G. (1999). Olfactory identification and psychosis. *Biological Psychiatry*, 45, 1419–1425.
- Thara, R. & Eaton, W. (1996) Outcome of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 516–522.
- Torgalsboen, A. (1999) Comorbidity in schizophrenia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 147–152.
- Torrey, E. & Yolken, R. (2001) The schizophrenia-rheumatoid arthritis connection. *Brain, Behavior, and Immunity*, 15, 401–410.
- van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635–645.
- van Os, J. & Verdoux, H. (2003). Diagnosis and classification of schizophrenia. In R. Murray et al. (Hrsg.), *The Epidemiology of Schizophrenia* (S. 364–409). Cambridge: Cambridge University Press.
- Warner, R. (2004). *Recovery from Schizophrenia*. London: Routledge.
- Whaley, A. (2001). Cultural mistrust and the clinical diagnosis of paranoid schizophrenia in African American patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 93–100.
- WHO (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia* (Vol. 1). Genf: World Health Organization.
- WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Genf: World Health Organization.
- Wiesjahn, M., Brabban, A., Jung, E., Gebauer, U.B. & Lincoln, T.M. (2013). Are continuum beliefs about psychotic symptoms associated with stereotypes about schizophrenia? *Psychosis*. doi:10.1080/17522439.2012.740068.
- Yanos, P., Roe, D. & Lysaker, P.H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 73–93.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1961). Psychiatric diagnosis: A critique. *Journal of Social and Abnormal Psychology*, 63, 607–618.

## Does «schizophrenia» exist? Reliability and validity

The statement that «schizophrenia» does not exist does not deny the existence of people with very unusual or complex experiences who suffer from extreme despair and confusion. This article is concerned with two other questions: (a) Does «schizophrenia» fulfil commonly accepted scientific criteria for providing evidence for the existence of a concept (reliability)? And (b): Is «schizophrenia» useful, that is, does the construct contribute anything to understanding or predicting (validity)?

**Keywords:** Schizophrenia, Concepts, Reliability, Validity

## Esiste la «schizofrenia»? Affidabilità e validità

**Sommario:** L'affermazione che la schizofrenia non esiste, non significa che non ci siano esseri umani con esperienze molto inusuali o difficili da comprendere, i quali soffrono di dispera-

zione o confusione. Si tratta di altre domande: (a) La «schizofrenia» soddisfa in generale dei requisiti scientifici riconosciuti per l'evidenza dell'esistenza di un concetto (affidabilità)? e (b) La «schizofrenia» è utile, vale a dire, il costrutto porta a comprensione o alla prognosi di qualcosa (validità)?

*Parole chiave:* schizofrenia, concetti, affidabilità, validità

### Der Autor

*John Read*, PhD, Professor für Klinische Psychologie an der University of East London, arbeitete fast 20 Jahre lang als Klinischer Psychologe und Leiter psychosozialer Dienste im Vereinigten Königreich und in den USA, bevor er 1994 an die University of Auckland (Neuseeland) wechselte, wo er bis 2013 tätig war. Er leitete sowohl in Auckland als auch später an der University of Liverpool das Graduiertenprogramm.

2010 wurde er mit dem Hunter Award der New Zealand Psychological Society ausgezeichnet. Read gehört dem Vorstand der International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis ([www.isps.org](http://www.isps.org)) an und ist Herausgeber der Zeitschrift *Psychosis*. Für mehr Informationen siehe:

<http://www.tandfonline.com/toc/rpsy20/current>

<https://www.uel.ac.uk/Staff/r/john-read>

Publizierte Monografien:

Geekie, J., & Read, J. (2009). *Making Sense of Madness: Contesting the Meaning of Schizophrenia*. London: Routledge.

Read, J., & Dillon, J. (2013). *Models of Madness* (2. Aufl.). London: Routledge.

### Kontakt

[j.read2@uel.ac.uk](mailto:j.read2@uel.ac.uk)

# La « schizophrénie » existe-t-elle ?

## Fiabilité et validité

*John Read*

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 84–85 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.15

*Mots-clés* : Schizophrénie, concepts, fiabilité

La déclaration selon laquelle la « schizophrénie » n'existe pas ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'individus avec des expériences très inhabituelles ou difficilement compréhensibles, qui souffrent d'un désarroi et d'une confusion extrêmes. Mais le sujet ici tourne autour de deux autres questions : (a) La « schizophrénie » satisfait-elle à des conditions scientifiques préalables généralement reconnues de la preuve de l'existence d'un concept (fiabilité) ?, et (b) : La « schizophrénie » est-elle pertinente, à savoir la structure contribue-t-elle d'une quelconque façon à la compréhension ou à la prévision (validité) ?

La nécessité d'abandonner cette structure non scientifique, qui ne veut rien dire et peu utile, est reconnue, et cette reconnaissance a des conséquences : En 2012, les membres de l'International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia (ISPS), en suivant l'exemple d'autres organisations internationales, ont décidé à la majorité écrasante, de rayer le mot « schizophrénie » de leur nom. Il existe des approches scientifiques et fructueuses pour comprendre la « folie ». Elles formeront, c'est à espérer, la base théorique de la pratique et la recherche clinique à venir.

La catégorisation n'est en soi pas un problème. La tendance à créer des catégories est fortement ancrée dans le cerveau humain et assure notre survie. La mission est davantage de trouver des catégories sur lesquelles nous pouvons d'une part nous entendre (fiabilité) et d'autre part qui sont pertinentes et utiles (validité). Ce n'est pas difficile. L'hétérogénéité de la structure « schizophrénie » est connue depuis des centaines d'années. Bleuler la souligne en nommant sa célèbre monographie de 1911 *Dementia praecox* ou groupe des schizophrénies. Il y a eu de nombreuses tentatives d'éclater cette structure en unités plus petites et plus fiables. La dernière version officielle, celle de la DSM-IV, faisait la différence entre le « type paranoïde », « type désorganisé », « type catatonique », « type indifférencié » et « type résiduel ». L'APA a heureusement proposé de rayer tous ces sous-types dans les DMS-5 (APA, 2011). La meilleure façon de répartir la structure en sous-types est de rechercher quels sont les symptômes qui apparaissent en réalité ensemble. La première subdivision basée sur la preuve faisait la distinction entre les symptômes « positifs » (en comparaison avec le vécu

« normal » de modes d'expérience et de comportements qui apparaissent en plus ou exagérés comme le délire ou les hallucinations) et les symptômes « négatifs » (des déficits comme l'aplatissement affectif et le repli social). Un exemple du gain résultant de l'application de structures fiables est la constatation que des individus sans symptomatologie négative ont des pronostics d'évaluation particulièrement favorables. Les symptômes positifs se laissent sous-diviser d'une manière fiable, comme cela a été rapidement constaté, entre « déformation de la réalité » (délire et hallucination) et « désorganisation » (troubles de la pensée, émotions inadéquates et comportement bizarre), ce qui donne avec les symptômes négatifs un modèle à trois facteurs. D'autres scientifiques ont déterminé quatre ou cinq facteurs. Outre ces tentatives utiles de trouver des regroupements fiables de comportements et de modes de vécu, il existe une focalisation croissante sur des formes précises de comportement et de vécu. Nous verrons plus loin que nous faisons des progrès significatifs à la fois dans la compréhension et également en ce qui concerne les possibilités d'assistance, dès que nous oublions le spectre de la « schizophrénie » et nous concentrons à la place sur des structures définissables et mesurables telles que des idées délirantes et des hallucinations. Les structures telles que le délire et les hallucinations peuvent même à leur tour être décomposées en variables dimensionnelles fiables et cliniquement précieuses telles que la durée, l'intensité, la fréquence, le degré de conviction, l'ampleur du trouble et la souffrance psychique.

Il est nécessaire d'apporter une attention tout aussi importante aux questions « Que signifierait pour vous la guérison ? » et « De quoi avez-vous besoin », qu'à la question « Qu'est-ce qui ne va pas avec vous ? » et « Quel nom devons-nous lui donner ? ». De plus en plus, des dimensions de la qualité de vie sont utilisées, qui couvrent les domaines comme le respect de soi, les relations familiales, les amitiés, la situation de l'habitat, le revenu, l'autonomie, l'empowerment, la santé physique, la vie affective, etc. Plusieurs instruments présentant une bonne fiabilité ont été spécialement développés pour les personnes diagnostiquées avec « schizophrénie » (par ex. Boyer et coll., 2010), également même s'il n'apparaît pas clairement pourquoi quelqu'un avec ce diagnostic devrait

avoir d'autres besoins vitaux que d'autres individus. Si l'on interroge par exemple la personne concernée sur ses représentations de la guérison, les réponses vont clairement au-delà d'une réduction des symptômes (Pitt et coll., 2007) et s'orientent plutôt sur la qualité de la vie sociale (Byrne et coll., 2010). Un questionnaire développé en collaboration avec les personnes concernées contient à la fois des items « intrapersonnels » et « interpersonnels ». Contrairement à la structure « schizophrénie » stigmatisante et non scientifique, cette dimension possède une bonne fiabilité et validité (Neil et coll., 2009) et un réel intérêt.

### L'auteur

John Read, PhD, professeur de Psychologie clinique à l'Université d'East London, travaillait depuis 20 ans en tant que psychologue clinique et chef des services psychosociaux au

Royaume-Uni et aux États-Unis, avant d'entrer en 1994 à l'Université d'Auckland (Nouvelle-Zélande), où il y a travaillé jusqu'en 2013. Il a dirigé à la fois à Auckland et également plus tard à l'Université de Liverpool le programme doctoral. En 2010, il a été récompensé par le Hunter Award de la New Zealand Psychological Society. Read fait partie du comité d'administration de l'International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis ([www.isps.org](http://www.isps.org)) et est l'éditeur du magazine *Psychosis*. Pour de plus amples informations, cf. :

<http://www.tandfonline.com/toc/rpsy20/current>

<https://www.uel.ac.uk/Staff/r/john-read>

Monographies publiées :

Geekie, J., & Read, J. (2009). *Making Sense of Madness: Contesting the Meaning of Schizophrenia*. London: Routledge.

Read, J., & Dillon, J. (2013). *Models of Madness* (2. éd.). London : Routledge.



# Diagnose als Metapher

## Manfred Bleuler im Gespräch mit R. D. Laing

Theodor Itten (Übersetzung Dörte Fuchs)<sup>1</sup>

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 87–90 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.16

Wir, Ronald David Laing (1927–1989) und ich, Theodor Itten (1952), treffen um 3 Uhr nachmittags ein. Wir hatten zuvor telefonisch ein einstündiges Gespräch mit Manfred Bleuler (1903–1994) vereinbart. Laing läutet an einer Tür, hinter der die Büro- und Praxisräume zu liegen scheinen. Nach kurzem Warten öffnet uns Professor Bleuler. Wir werden in die Eingangshalle geführt, an deren Wänden Bilder von nordafrikanischen Agrarlandschaften hängen. Über eine kurze Treppe gelangen wir zu der Etage, auf der sich seine Arbeitszimmer befinden. Wir werden gebeten, im Besucherzimmer Platz zu nehmen. Professor Bleuler verlässt den Raum, um seiner Frau mitzuteilen, dass wir uns beide für Kaffee entschieden haben und er gerne Tee möchte. Der Raum ist nüchtern eingerichtet und voller Bücher. Uns fällt auf, dass Professor Bleuler beim Gehen ein Bein nachzieht und den Kopf nach rechts geneigt hält. Der Klang seines offenen Lachens liegt, für mich, irgendwo zwischen seriösem Fachmann und begeistertem Jugendlichen. Er kommt zurück, setzt sich Ronald David Laing gegenüber und schlägt sein linkes Bein über das rechte.

**Manfred Bleuler (MB):** Es freut mich sehr, dass Sie es einrichten konnten zu kommen.

**Ronald D. Laing (RL):** Ich freue mich auch. Wir sind uns ja nie auf Tagungen begegnet, und jetzt bin ich für ein paar Tage in Zürich und freue mich, dass wir so kurzfristig ein Treffen vereinbaren konnten.

**MB:** Ja, was mich betrifft, versuche ich psychiatrische Tagungen und Konferenzen seit einigen Jahren zu meiden. Diese Art von Veranstaltungen liegt mir nicht. Aber ich interessiere mich sehr für Ihre Arbeit, denn ich habe ja auch Familienforschung betrieben und den sozialen Aspekt der Schizophrenie erforscht. Erzählen Sie mir doch von Ihrer Arbeit!

**RL:** Nun (*lehnt sich zurück und legt den linken Arm auf die Rückenlehne des Sessels*), meine Arbeit teilt

sich in zwei Bereiche. Ich habe meine eigene Praxis, und darüber hinaus engagiere ich mich in der Philadelphia Association (PA). Die PA betreibt mehrere Häuser. Momentan gibt es drei Wohngemeinschaften (in London) und einen Bauernhof in der Nähe von Oxford. Dort lassen wir Menschen durch das hindurchgehen, durch was sie glauben, hindurchgehen zu müssen. Ausserdem gibt es ein Ausbildungsprogramm, ein Studienprogramm und Netzwerktreffen. In meiner Praxis behandle ich Menschen aus der ganzen Welt aus allen möglichen Gründen. Ich habe schon vor einiger Zeit damit aufgehört, reguläre Therapie zu praktizieren. Wir verordnen keine Medikamente. Wie ist das bei Ihnen?

**MB:** Oh, ich behandle immer noch Patienten, und immer zu viele (*lacht*), aber ich habe mich [1969] aus der Leitung des Burghölzli [Psychiatrische Universitätsklinik Zürich] zurückgezogen. Ich gebe manchmal Medikamente, vor allem dann, wenn jemand sehr erregt ist. Auf welche Weise finden die Menschen zu Ihnen; wie werden sie überwiesen? Und wie verteilen Sie sie auf Ihre Hausgemeinschaften?

**RL:** Manchmal sind es mehr Menschen, als wir Plätze haben. Manchmal haben wir vier, zu anderen Zeiten auch acht Häuser. Seit unseren Anfängen vor 17 Jahren haben über 600 Menschen bei uns gelebt. Wir bekommen jeden Tag Anrufe und werden nach freien Plätzen gefragt. In eine Hausgemeinschaft aufgenommen wird jemand nur dann, wenn alle, die bereits dort leben, einverstanden sind. Das kann so aussehen wie in folgendem aktuellen Beispiel: Der jüngste Bewohner dieser Hausgemeinschaft ist drei Jahre alt und schwer gestört, ein psychotisches Kind. Wer dort einziehen möchte, muss von diesem Dreijährigen akzeptiert werden. Vor manchen Menschen hat er Angst, vor anderen nicht. Rollt jemand mit ihm auf dem Boden herum, ist alles okay, und die Person kann einziehen. Hat er vor jemandem Angst, dann kann sie oder er nicht einziehen. Es gibt Menschen, deren Störung so schwer ist, dass sie in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Aber das ist bis jetzt nur ein- oder zweimal vorgekommen.

**TI:** Und es ist noch nie jemand aus einer PA-Gemeinschaft in eine psychiatrische Klinik gewechselt,

<sup>1</sup> Das Interview wurde am Donnerstag, den 16. April 1981, in Zollikon geführt, verbatim aufgezeichnet von Theodor Itten. Der englische Text wurde korrigiert und akzeptiert von Bleuler und Laing. Hier erscheint er zum ersten Mal in deutscher Sprache. Die Erstveröffentlichung ist unter folgenden Angaben zu finden: Itten, Th. (2012). R.D. Laing in Conversation with Manfred Bleuler. In Th. Itten & C. Young (Hrsg.), *R. D. Laing – 50 years since The Divided Self* (S. 31–38). Monmouth: PCCS Books.

der nicht schon zuvor in einer solchen Institution gewesen ist. Diejenigen, die uns verlassen und in eine Klinik gehen, haben [immer] schon eine Vorgeschichte der Hospitalisierung.

**RL:** Wenn jemand in starke Aufregung gerät, versuchen wir eine Umgebung zu schaffen, in der sie oder er gefahrlos durch diesen Zustand hindurchgehen kann.

**MB:** Ich lebte 61 Jahren im Burghölzli; erst als Kind, später als Klinikleiter.

**RL:** Wie kam es dazu, dass Ihr Vater, Eugen Bleuler, all diese Studien über Schizophrenie erstellte, die Sie dann fortgeführt und erweitert haben? Welche Rolle hat Ihr Grossvater dabei gespielt?

**MB:** Mein Grossvater war Bauer und hat das Land bewirtschaftet, auf dem dieses Haus steht. Dieses Grundstück [befindet sich] seit Anfang des 19. Jahrhunderts in Familienbesitz. Die Menschen hier in der Gemeinde Zollikon wurden von Züricher Aristokraten regiert, die auch die Universität kontrollierten. Niemand aus der lokalen Bevölkerung hatte an dieser Universität studiert, seit sie gegründet worden war. Die Professoren kamen alle aus dem Ausland, und die Ärzte, die für den Bereich verantwortlich waren, aus dem später das Burghölzli wurde, waren alle Deutsche und verstanden den hiesigen Dialekt nicht. Wenn also jemand aus der Landbevölkerung in die Klinik überwiesen wurde, konnte er sich nicht verständlich machen. Mein Grossvater hat sich zusammen mit anderen zu einer Art Kollektiv zusammengeschlossen, um wichtige Bücher zu lesen, sich mit wichtigen Themen zu beschäftigen und sich darüber auszutauschen. Damals wurde in dieser Region immer noch Seide verarbeitet, und jeder Haushalt war auf irgendeine Weise daran beteiligt. Die Seidenherstellung war ein arbeitsteiliger Prozess.

**RL:** Oh, ich wusste nicht, dass sie damals Seide produziert haben. Also haben sie gewebt und all das ...

**MB:** Ja, und auf diese Weise kamen die Menschen zusammen und diskutierten miteinander. *(Er steht auf und nimmt fünf Bände aus dem Regal hinter RL.)* Dies sind alte Bücher und der Grundstock der Bibliothek meines Grossvaters. *(Er gibt sie RL, der sie betrachtet. Es handelt sich um eine Art populärwissenschaftliche Anthropologie über das Leben und Überleben in fremden Ländern, illustriert nach dem Geschmack des frühen 19. Jahrhunderts.)*

*(Tee, Kaffee und Gebäck werden serviert. Frau Bleuler wird uns vorgestellt, und wir stehen auf.)*

**MB:** Interessieren Sie sich dafür? Möchten Sie mehr darüber wissen?

**RL:** Ja, das ist interessant. Bitte fahren Sie fort.

**MB:** *(lächelt erfreut, und seine Sprechweise wird lebhafter, ja sogar ein bisschen sprudelnd)* Die Begründer der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich waren grösstenteils Deutsche und Franzosen und hatten deshalb grosse Schwierigkeiten, die Bevölkerung zu verstehen. Verrücktheit interessierte sie [nur] als eine Erkrankung des Gehirns oder des Nervensys-

tems. Als mein Vater Eugen dann als Erster aus der hiesigen Bevölkerung Psychiatrie an der Universität studierte, hielt er es deshalb für das Beste, am Burghölzli zu arbeiten. Die Hoffnung war [damals] gross, dass es am Burghölzli endlich einen Arzt geben würde, der die Sprache der Leute verstand. Eugen studierte bei Hitzig und Forel und verliess dann das Burghölzli, um an die psychiatrische Klinik Rheinau zu wechseln, wohin er sechs seiner schizophrenen Patienten mitnahm. Beim Abendessen sassen sie mit ihm am Tisch, und er wurde eine Art Vater für sie. So nannte man ihn später auch im Burghölzli. Die Bevölkerung akzeptierte dieses Arrangement. Als er dann als Direktor ans Burghölzli zurückging [1898], wo ich geboren und aufgewachsen bin, sassen immer Schizophrene mit uns am Tisch.

**RL:** Hatte Ihr Vater Einwände gegen die Theorie, Schizophrenie sei eine Gehirnerkrankung, und gegen die Art, wie die Klinik Burghölzli organisiert war? Wie sehen Sie seine Theorie der Schizophrenie? Wenn man sich vor Augen hält, dass die Dorfbewohner von Rheinau diese Patienten als Menschen akzeptierten, die so waren wie sie selbst – wenn auch vielleicht ein bisschen «verrückt» –, aber ihre Art zu sein im Kontext von Eugen Bleulers Theorie trotzdem als schizophren klassifiziert wird, also in der Erwartung, dass es sich um eine Krankheit handelt, oder nicht? Schizophrenie ist ein Begriff für Menschen, die psychotisch sind. Was ist Psychose dann?

**MB:** Psychose bezeichnet einen Zustand hochgradiger Erregung einer Person, sodass ich, wenn diese Person mir in einer Konsultation gegenüber sitzt, kein Wort von dem verstehe, was sie sagt.

**RL:** Kommen Sie, das ist ein bisschen simpel und vernichtend dem anderen gegenüber – was für eine Position *(wir lachen)*, wenn man bedenkt, was Menschen unter dem Namen oder im Namen der Psychose angetan worden ist. Es ist also eine fiktive Krankheit, und wenn Sie jemand anderen in Ihrem eigenen Setting nicht verstehen, nennen Sie ihn oder sie einfach psychotisch.

**MB:** Sie haben recht! *(Er lacht und lächelt sein jugendliches Lächeln.)* Es geht eher um ein Konzept und einen sozialen Begriff. Sie werden mir zustimmen, dass jede Gesellschaft soziale Normen hat und dass es Menschen gibt, die nicht nach dieser Norm leben. Und um diese Menschen davor zu schützen, dass ihre Angehörigen ihnen Schaden zufügen, nennen wir sie «krank». Schizophrenie ist für die forensische Psychiatrie von Bedeutung. «Schizophrenie» ist ein Name für die Symptome, die mein Vater beobachtet hat und die zuvor «Dementia praecox» genannt wurden. Die Prozesse hinter den Symptomen sind Primärprozesse, und hier [entsteht] die Psychose. Aber eigentlich geht es um einen sozialen Schutz.

**RL:** Leute wie Thomas Szasz sprechen von einer Metapher; Schizophrenie ist eine Metapher.

**MB:** In gewisser Weise, ja, es ist eine Metapher.

**RL:** Nun, im Alten Testament können wir einige Ge-



schichten über Menschen lesen, die Stimmen hörten und ihnen Folge leisteten: Propheten und andere. Halluzinierten diese Menschen? Aber wenn jemand nicht an das Alte Testament und seinen Wert glaubt, dann glaubt er sicher auch nicht an die forensische Psychiatrie.

**MB:** Richtig! Es würde mich sehr interessieren, etwas über Ihre Kritik an meiner Arbeit zu erfahren.

**RL:** Ich würde es nicht Kritik nennen, ich würde eher sagen, ich hatte ... dass ich Ihnen meine Bedenken im Hinblick auf Ihre Arbeit erläutern kann, meine Einwände und die Unterschiede zwischen uns. (*Er rollt mit den Augen, atmet ein paarmal rasch ein und aus, hält dann inne und ...*) Wenn Sie in Ihrem Werk, das nicht sehr gut übersetzt wurde, schreiben, dass wir, was die Schizophrenie betrifft, nicht sicher seien; [dass] es sich um keine biologische oder Gehirnerkrankung handelt, [weil] die sozialen Einflüsse grösser sind; wenn die «Ursache» der Schizophrenie so unsicher ist und wenn Sie mir zustimmen, dass es sich nur um eine Metapher handelt, dann können Sie nicht einfach sagen «Weil ich den anderen nicht verstehe, ist er oder sie schizophran». Und das hat Konsequenzen für Ihre Aussagen und die Ihres Vaters, für dieses umfangreiche Werk. Darin treten diese Zweifel an dem ganzen Problem der Schizophrenie nicht so deutlich zutage wie jetzt in unserem Gespräch.

Wenn Sie sagen, dass jemand nicht Schritt hält bei diesem Im-Gleichschritt-Gehen (*er verdeutlicht dies mit einer Geste*) und deshalb zum Schutz vor seiner Familie und seinen Nächsten und Liebsten «schizophran» genannt werden sollte, und dann tun Sie ihm das an, was, wie wir wissen, allen Schizophrenen überall auf der Welt angetan wird; vielleicht nicht am Burghölzli, während Sie dort waren; [aber] in der Brutalität, die wir kennen ... Wenn Sie sagen, es ist eine Metapher, dann ist all das eine riesengrosse Dummheit. Bei mir in der Praxis kann jemand, der sehr erregt ist, mir Musik vorspielen oder tanzen oder irgendetwas anderes tun, und ich denke niemals, dass jemand nur, weil ich ihn oder sie bei unserer ersten Begegnung nicht verstehe, krank oder verrückt ist; besonders, wenn ich nicht begreife, was der- oder diejenige meint.

Wenn Sie und Ihr Vater also über jene [Menschen], die nicht im Gleichschritt gehen, geschrieben und mit ihnen zusammengelebt haben, aber die Mehrheit in einer Gesellschaft – vom Standpunkt derer aus gesehen, die im Gleichschritt gehen –, wie Sie sagen, «normal» ist, dann werden diese Werke über das Aus-dem-Gleichschritt-Geraten von denen, die im Gleichschritt gehen – und dazu gehören die meisten Psychiater –, als Aussage und als Argument dafür verstanden, diejenigen, die nicht im Gleichschritt gehen, als krank zu behandeln. Dann haben Sie den nicht im Gleichschritt gehenden Menschen einen schlechten Dienst erwiesen. Dann sind Ihre Schriften missbraucht worden und decken den Miss-

brauch [dieser Menschen] durch die Psychiatrie nicht auf. Doch wenn Sie glauben, dass Schizophrenie eine Metapher ist, dann haben Sie den Menschen in Ihrer Obhut vielleicht nicht das angetan, was andernorts mit ihnen passiert.

**MB:** Aber Sie stimmen mir zu, dass es eine unleugbare soziale Tatsache ist, dass manche Menschen normal sind und andere nicht; deshalb haben wir im Burghölzli versucht, mehr wie eine Familie zu sein und Menschen vor der Ungerechtigkeit der Gesellschaft zu schützen.

**RL:** Wurden diese Menschen damals von ihren Mitmenschen als verrückt oder vom bösen Geist besessen betrachtet?

**MB:** Verrückt, ja, ja.

**TI:** Damit auch ich das richtig verstehe: Sagen Sie, Professor Bleuler, dass wir, weil Eugen Bleuler und Sie vom Land kamen, wo jemand, der verrückt war, als besessen und böse galt, und weil es ihn oder sie davor zu schützen galt, so einen Menschen krank nennen sollten? Und noch eine Frage: Wie war Ihre Erfahrung als Kind, das der Sprache noch nicht mächtig war, aber mit sogenannten Schizophrenen am Abendbrottisch sass, und wie hat sich diese Erfahrung verändert, als Sie die Macht der Konzeptualisierung kennenlernten, die in dem Begriff «Schizophrenie» zum Ausdruck kommt, und als Sie dann später Direktor der Klinik waren? Worin besteht der Unterschied, falls es einen gibt?

**MB:** Im Zuge der Aufklärung verschwanden Vorstellungen wie die des «Bösen» oder der «Besessenheit», und die Auffassung, dass diese Menschen krank waren, nervlich und so weiter, setzte sich durch. Was meine Erfahrung mit Schizophrenen betrifft, habe ich mehr von ihnen kennengelernt und sie anders erlebt. Als Eugen an die Klinik Burghölzli kam, geriet er unter den Einfluss der damaligen Auffassung, dass Verrücktheit eine Krankheit sei. Ich persönlich glaube, dass wir weder aus der Familienforschung noch aus der Forschung an Gehirnen von Schizophrenen die Genese dieser Krankheit begründen können. In den Worten der forensischen Psychiatrie: Die Primärprozesse, also die Phänomene hinter den Symptomen, die mein Vater «schizophran» genannt hat, werden nur vermutet, aber nie tatsächlich gesehen oder erfahren. Doch es war ein Fortschritt für die forensische Medizin, als mein Vater den Begriff «Schizophrenie» einführte, der über Kraepelins «Dementia praecox» hinausging.

**RL:** Aber Sie benutzen noch immer die Sprache der Symptome, auch wenn Sie über Primärprozesse jenseits der tatsächlichen und beobachtbaren Erfahrung zu sprechen versuchen, die nicht das Symptom selbst ist. Die Sprache der Primärprozesse ist sicherlich nicht die Sprache des Symptoms.

**MB:** Der Begriff ist ein Schutz; sein Wert ist sozialer, nicht medizinischer Art. Aber wir können die medizinische Metapher als einen sozialen Schutz nutzen. Meine derzeitige Auffassung können Sie einem Beitrag

entnehmen, der gerade publiziert wird und den ich Ihnen geben kann, wenn Sie möchten.

**RL:** Ja, bitte.

*(Bleuler verlässt den Raum, geht in sein Arbeitszimmer und kehrt mit einigen Papieren zurück.)*

**MB:** Hier sind sie, aber sie sind alle auf Deutsch geschrieben.

**RL:** Nun, vielleicht können Theodor und ich sie gemeinsam durchsehen? – Ja, in Ordnung, wir können sie zusammen lesen. Wären Sie so freundlich, sie zu signieren?

**MB:** Ja. *(Er geht wieder in sein Arbeitszimmer.)*

*(Wir stehen auf, weil wir vereinbart hatten, um kurz vor vier zu gehen bzw. abzuwarten, wie Bleuler auf unsere Aufbruchsgesten reagiert.)*

**RL:** Ich habe aus zuverlässigen Quellen erfahren, dass Eugens Schwester, Ihre Tante, Patientin im Burghölzli war – ich hoffe, es macht Ihnen nichts aus, wenn ich Sie zu dieser Familienangelegenheit befrage, denn wir wären froh, wenn wir dieses Gerücht klären könnten.

**MB:** Es macht mir nichts aus, und es ist kein Gerücht; es stimmt, dass meine Tante eine Zeit lang Patientin im Burghölzli war.

**RL:** Machte es Ihrem Vater etwas aus? Hatte er Schwierigkeiten damit? War das für ihn eine schwierige Situation?

**MB:** Nun, meinem Vater machte das nichts aus, er kam gut damit zurecht. Als mein Vater die Idee der Nemesis als eine mögliche Erklärung für die Symptome der Schizophrenie entwickelte, brach er damit den starren biochemischen Determinismus auf, der die [heutige] Psychiatrie dominiert. Er zeigt, wie gross die Geheimnisse sind, die die Schizophrenie umgeben, und auf welche Weise Menschen möglicherweise schizophr werden oder in die Schizophrenie getrieben werden.

**RL:** Aber da Sie ja zugestimmt haben, dass es sich um eine Metapher handelt: Wie kann man zu einer Metapher werden?

**MB:** Nur jemand, der bereits psychotisch gewesen ist, kann schizophr werden, entweder schwer oder leicht schizophr. Mein Vater wusste nicht, was Psychose ist, doch die Konstellation aus Gedächtnismerkmalen oder Gedächtnismerkmalen und Merkmalen der damaligen gesellschaftlichen Rea-

lität, die in unsere Normen hineinreicht, triggert in irgendeiner Weise diese primären Prozesse, die dann Symptome erzeugen, die wir schizophr nennen. Es ist eine Konstellation aus sozialen, historischen und biologischen [Faktoren]. In diesem Punkt liegen wir theoretisch nahe beieinander.

**RL:** Nun ... Es wird Zeit aufzubrechen. Was für ein Glück, auf dem Land seiner Vorfahren zu leben und solch eine Aussicht auf den Zürichsee zu haben.

**MB:** Ja, das ist wirklich ein grosses Glück. Leben Sie wohl. Ich würde Sie sehr gern einmal in London besuchen und Ihre Arbeit kennenlernen.

**RL:** Gerne, Sie sind mir jederzeit willkommen. Ich freue mich, dass ich Ihnen endlich persönlich begegnet bin und feststellen konnte, dass wir dasselbe Anliegen und eine gemeinsame Basis haben.

#### Anmerkungen:

Eduard Hitzig (1839–1907), ein deutscher Neurologe und Neuropsychiater, war von 1875 bis 1879 Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Burghölzli).

Auguste-Henri Forel (1848–1931), Professor für Psychiatrie (1879) an der Universitätsklinik Zürich, war von 1879 bis 1898 – nach Hitzig und vor Eugen Bleuler – Direktor des Burghölzli.

Emil Kraepelin (1856–1929) prägte den Begriff der «Dementia praecox» (vorzeitige Demenz oder frühzeitig einsetzender Wahnsinn) aufgrund des (in der Regel) frühen Auftretens von Symptomen (späte Jugend- oder frühe Erwachsenenjahre) und unterschied sie von der zweiten Hauptklasse psychischer Erkrankungen der damaligen Zeit, der manisch-depressiven Psychose, weil es sich eher um eine kognitive Störung als um eine Störung der Stimmung handelte.

#### Der Herausgeber

Theodor Itten ist Psychotherapeut (ASP/UKCP) in eigener Praxis in St. Gallen. Er studierte in London Sozialwissenschaften, Psychologie, Anthropologie sowie Psychotherapie und war Schüler von R.D. Laing (1975–1981). Heute ist er im Redaktionsteam der Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft*.

#### Kontakt

[www.ittentheodor.ch](http://www.ittentheodor.ch)

# Diagnostic en tant que métaphore

## Entretien de Manfred Bleuler avec R. D. Laing

*Theodor Itten*

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 91–92 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.17

Nous, Ronald D. Laing (1927–1989) et moi-même, Theodor Itten (1952) nous rencontrons à 3 heures de l'après-midi. Nous avons au préalable convenu d'un entretien d'une heure avec Manfred Bleuler (1903–1994). Laing frappe à une porte, derrière laquelle les espaces du bureau et du cabinet semblent se situer. Au terme d'une brève attente, le professeur Bleuler nous ouvre. Nous sommes introduits dans le hall d'entrée, aux murs duquel sont accrochées des photos de paysages agraires du nord de l'Afrique. En passant par un court escalier, nous arrivons à l'étage où se situe son bureau. Nous sommes invités à prendre place dans la salle des visiteurs. Le Professeur Bleuler quitte la salle afin d'informer son épouse que nous avons tous les deux choisi un café et qu'il souhaiterait avoir un thé. La pièce est aménagée sobrement et remplie de livres. Nous constatons que le Professeur Bleuler tire la jambe en marchant et qu'il tient sa tête inclinée vers la droite. Le son de son rire franc se situe, pour moi, un peu entre un spécialiste sérieux et un adolescent enthousiaste. Il revient, s'assied face à Ronald David Laing et jette sa jambe gauche sur sa jambe droite.

**RL:** Comment se fait-il que votre père, Eugen Bleuler, ait élaboré toutes ces études sur la schizophrénie, que vous avez alors poursuivies et élargies ? Quel est le rôle de votre grand-père ici ?

**MB:** Mon grand-père était paysan et a exploité le terrain sur lequel était érigée la maison. Ce terrain [est] depuis le début du 19<sup>e</sup> siècle une propriété familiale. Les personnes ici dans la commune de Zollikon étaient régies par les aristocrates zurichois, qui contrôlaient aussi l'université. Personne dans la population locale n'avait étudié à l'université depuis qu'elle avait été créée. Les professeurs venaient tous de l'étranger, et les médecins responsables du secteur, qui devint plus tard la Burghölzli, étaient tous Allemands et ne comprenaient pas le dialecte local. Lorsque quelqu'un de la population locale était envoyé à la clinique, il ne pouvait pas se faire comprendre. Mon grand-père a formé avec d'autres personnes une sorte de collectif afin de lire des livres importants, de s'intéresser à des thèmes importants et d'en débattre. À l'époque, la soie était encore travaillée dans cette région, et chaque foyer y participait d'une quelconque manière. La fabrication

de la soie était un processus fractionné. ... Les fondateurs de la Clinique universitaire psychiatrique de Zurich étaient en grande partie des Allemands et des Français et avaient donc beaucoup de difficulté à comprendre la population. La folie [ne] les intéressait que comme une maladie du cerveau ou du système nerveux. Lorsque mon père Eugen a été le premier parmi la population locale à étudier la psychiatrie, il a jugé judicieux de travailler à la Burghölzli. L'espoir était à [l'époque] d'avoir enfin un médecin à la Burghölzli qui comprenne la langue du peuple. Eugen a étudié auprès de Hitzig et Forel et a quitté la Burghölzli pour entrer à la clinique psychiatrique de Rheinau, où il emmena six de ses patients schizophrènes. Au dîner, ils s'asseyaient avec lui à table et il était comme un père pour eux. C'est ainsi qu'on le nomma plus tard aussi à la Burghölzli. La population a accepté cet arrangement. Lorsqu'il revint en tant que directeur à la Burghölzli [1898] où je suis né et où j'ai grandi, il y avait toujours des schizophrènes assis avec nous à table.

**RL:** Votre père avait-il des objections à l'encontre de la théorie selon laquelle la schizophrénie serait une maladie cérébrale, et contre la façon dont la clinique Burghölzli était organisée ? Comment voyez-vous sa théorie sur la schizophrénie ? Si l'on garde à l'esprit que les villageois de Rheinau acceptaient ces patients en tant que personnes qui étaient comme eux – même s'ils étaient peut-être un peu « fous » –, mais être leur médecin dans le contexte de la théorie d'Eugen Bleuler est malgré tout classifié comme schizophrène, dans l'attente qu'il s'agisse d'une maladie ou quoi ? La schizophrénie est un terme pour les personnes psychotiques. Qu'est-ce que la psychose alors ?

**MB:** La psychose désigne un état de forte exaltation d'une personne, de sorte que je ne comprends rien à ce que dit cette personne assise en face de moi en consultation.

**RL:** Allons, c'est un peu simpliste et réducteur envers l'autre, quelle position (nous rions) lorsqu'on pense à ce qui a été fait aux personnes sous le nom ou au nom de la psychose. C'est donc une maladie fictive, et lorsque vous ne comprenez pas l'autre dans votre propre cadre, vous le/la traitez simplement de psychotique.

**MB:** Vous avez raison ! Il s'agit plutôt d'un concept et d'un terme social. Vous serez d'accord avec moi pour dire que chaque société a des normes sociales et qu'il existe des personnes qui ne vivent pas selon cette norme. Et afin de protéger ces personnes contre les dommages que peuvent leur occasionner leurs proches, nous disons qu'ils sont « malades ». La schizophrénie est importante pour la psychiatrie légale. La « schizophrénie » est un nom pour des symptômes que mon père a observés et qui avant étaient nommés « Dementia praecox ». Les processus derrière les symptômes sont des processus primaires,

et c'est ici [qu'apparait] la psychose. Mais, il s'agit en réalité d'une protection sociale.

**RL:** Les personnes comme Thomas Szasz parlent d'une métaphore ; la schizophrénie est une métaphore.

**MB:** D'une certaine façon, oui c'est une métaphore.

**RL:** Maintenant, dans l'Ancien Testament, nous pouvons lire certaines histoires sur des personnes qui entendent des voix et qui les suivent : Prophètes et autres. Ces personnes avaient-elles des hallucinations ? Mais, si quelqu'un ne croit pas à l'Ancien Testament et à sa valeur, il ne pense alors certainement pas à la psychiatrie légale.

# Abstracts aus *Psicoterapia e Scienze Umane*

www.psicoterapiaescienzeumane.it

Paolo Migone

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 93–99 2018  
www.psychotherapie-wissenschaft.info  
CC BY-NC-ND  
DOI: 10.30820/8242.18

**Pier Francesco Galli: Editoriale. L'anatra zoppa: DSM-5 e crepuscolo del diagnosticismo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2014, 48, 4: 567–576. DOI: 10.3280/PU2014-004001**

Vengono discussi criticamente alcuni aspetti della storia della psichiatria, in particolare per quanto riguarda il problema della diagnosi e la produzione dei DSM dell'*American Psychiatric Association* (l'ultimo, il DSM-5, è stato tradotto in italiano quest'anno). La crisi del «diagnosticismo», cioè di un'operazione di etichettatura diagnostica basata prevalentemente sull'aspetto descrittivo, inaugurata a partire dal DSM-III (1980), è diventata più evidente con la difficile gestazione del DSM-5 (2013) e le polemiche che ha suscitato. È stato soprattutto l'effetto alone, creato da una certa propaganda attorno ai DSM, ad avere avuto maggiori ripercussioni negative sullo stato della psichiatria. Vengono anche fatte alcune considerazioni sulla crisi dell'approccio psicodinamico e sul suo ruolo nella storia della psichiatria.

*Parole chiave:* diagnosi psichiatrica, diagnosticismo, DSM-5, storia della psichiatria, psichiatria dinamica

**Pier Francesco Galli: Editorial. The lame duck: DSM-5 and twilight of diagnosticism**

Some aspects of the history of psychiatry are critically discussed, particularly regarding the problem of diagnosis and the production of the DSMs of the *American Psychiatric Association* (its last edition, DSM-5, has been translated into Italian this year). The crisis of «diagnosticism» – namely of a labelling process based purely on the descriptive level – that started with DSM-III (1980) has become more apparent with the difficulties that surrounded the DSM-5 (2013) process and the polemics that ensued. Especially the halo effect, created by propaganda around the DSMs, has had negative repercussions on the state of psychiatry. Some considerations on the crisis of the psychodynamic approach and of its role in the history of psychiatry are made.

*Keywords:* psychiatric diagnosis, diagnosticism, DSM-5, history of psychiatry, dynamic psychiatry

**Pier Francesco Galli: Leitartikel. Die lahme Ente: DSM-5 und Zwielficht der Diagnostik**

Einige Aspekte der Geschichte der Psychiatrie werden kritisch diskutiert, insbesondere bezüglich der Problematik der

Diagnose und der Erstellung der DSMs durch die *American Psychiatric Association* (dessen neueste Ausgabe, das DSM-5, wurde in diesem Jahr ins Italienische übersetzt). Die mit dem DSM-III (1980) begonnene Krise der «Diagnostik» – d. h. eines rein deskriptiven Kennzeichnungsverfahrens – ist durch den mit Schwierigkeiten verbundenen DSM-5 (2013) Prozess und der darauffolgenden Polemik nur deutlicher geworden. Dabei hat sich vor allem der Haloeffekt, der infolge der Propaganda um die DSMs entstand, negativ auf den Stand der Psychiatrie ausgewirkt. Es erfolgen einige Überlegungen zur Krise des psychodynamischen Ansatzes und seiner Rolle in der Geschichte der Psychiatrie.

*Schlüsselwörter:* Psychiatrische Diagnostik, Diagnostik, DSM-5, Geschichte der Psychiatrie, Dynamische Psychiatrie

**Pier Francesco Galli: Éditorial. Le canard boiteux : DSM-5 et le crépuscule du diagnosticisme**

Certains aspects de l'histoire de la psychiatrie sont sévèrement discutés, en particulier le problème de diagnostic et la production des DSM de l'*American Psychiatric Association* (sa dernière édition, DSM-5, a été traduite en italien cette année). La crise du « diagnosticisme », autrement dit d'un processus d'étiquetage basé purement sur le niveau descriptif qui a commencé avec le DSM-III (1980), est devenue plus marquée avec les difficultés qui entourent le processus du DSM-5 (2013) et les polémiques qui ont suivi. Notamment, l'effet de halo créé par la propagande autour des DSM a eu des répercussions négatives sur l'état de la psychiatrie. Des réflexions ont été faites sur la crise de l'approche psychodynamique et son rôle dans l'histoire de la psychiatrie.

*Mots-clés :* diagnostic psychiatrique, diagnosticisme, DSM-5, histoire de la psychiatrie, psychiatrie dynamique

**Paolo Migone: Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 4: 567–600. DOI: 10.3280/PU2013-004001**

Viene presentato il DSM-5, cioè la quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders* dell'*American Psychiatric Association* (APA), pubblicato nel maggio 2013. Dopo una discussione di cinque caratteristiche dei DSM (l'approccio «ateorico», le dicotomie politico/

monotetico, validità/attendibilità e categorie/dimensioni, e il sistema multiassiale – quest'ultimo eliminato dal DSM-5), viene presentato il dibattito critico che ha circondato la preparazione del DSM-5 sottolineando, tra le altre cose, come un abbassamento delle soglie diagnostiche possa favorire un aumento di «falsi positivi» e di consumo di farmaci. Vengono anche riportate alcune critiche al DSM-5 fatte da Allen Frances, capo della *task force* del DSM-IV. Infine viene descritta la struttura del manuale e vengono illustrate alcune delle principali novità, con una descrizione più dettagliata del «Modello alternativo per i disturbi di personalità» incluso nella Sezione III («Misurazioni e modelli emergenti»).

*Parole chiave:* DSM-5, diagnosi psichiatrica, diagnosi false positive, soglie diagnostiche, modello dimensionale dei disturbi di personalità

### Paolo Migone: Presentation of DSM-5

DSM-5, namely the Fifth Edition of the *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (APA)* published in May 2013, is presented. After a discussion of five aspects of the DSMs («atheoretical» approach, polithetic/monothetic, validity/reliability, and categorical/dimensional dichotomies, and multiaxial system – the latter abandoned in DSM-5), the critical debate that surrounded the DSM-5 process is described, and emphasized how lowered diagnostic thresholds might increase «false positive» diagnoses and use of medication. Also some critical comments made by Allen Frances (Chair of the DSM-IV Task Force) are reported. Finally, the DSM-5 structure is described, with some of its main innovations and a detailed illustration of the «Alternative DSM-5 model for personality disorders» which is included in Section III («Emerging measures and models»).

*Keywords:* DSM-5, psychiatric diagnosis, false positive diagnoses, diagnostic thresholds, dimensional model for personality disorders

### Paolo Migone: Vorstellung des DSM-5

Dieser Artikel stellt das DSM-5, d. h. die im Mai 2013 veröffentlichte fünfte Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders* der *American Psychiatric Association (APA)*, vor. Zunächst erfolgt eine Erläuterung von fünf Aspekten der DSMs («atheoretischer» Ansatz, polithematisch/monothematisch, Validität/Reliabilität und kategorische/dimensionale Dichotomien und multiaxiales System – Letzteres wurde im DSM-5 aufgegeben). Dem folgt eine Beschreibung und Hervorhebung der kritischen Debatte um den DSM-5 Prozess, wobei darauf eingegangen wird, wie die Senkung der diagnostischen Schwellenwerte die Rate der falsch positiven Diagnosen und den Einsatz von Medikamenten erhöhen könnte. Zudem wird über einige kritische Kommentare von Allen Frances (Vorsitzender der Task Force DSM-IV) berichtet. Zum Abschluss erfolgt eine Beschreibung der Struktur des DSM-5 mit einigen der wesentlichen Neuerungen und einer detaillierten Darstellung des «Alternativen DSM-5

Modells für Persönlichkeitsstörungen», welche in Abschnitt III (Aufkommende Maßnahmen und Modelle) enthalten ist.

*Schlüsselwörter:* DSM-5, Psychiatrische Diagnostik, Falsch Positive Diagnosen, Diagnostische Richtlinien, Dimensionales Modell für Persönlichkeitsstörungen

### Paolo Migone : Présentation du DSM-5

Le DMS-5, à savoir la *Cinquième Édition du Diagnostic and Statistical Manual (DSM-Manuel diagnostique et statistique) des Troubles Mentaux de l'American Psychiatric Association (APA)* publié en mai 2013, est présenté. Après une discussion sur les cinq aspects des DSM (approche « athéorique », polithétique/monothétique, validité/fiabilité, et dichotomies catégorielles/dimensionnelles, et système à axes multiples – ce dernier abandonné dans le DSM-5), le débat critique qui entoure le processus du DSM-5 est décrit, et il est souligné à quel point des seuils abaissés de diagnostic peuvent augmenter les diagnostics « faux positifs » et l'utilisation de médicaments. Certains commentaires critiques faits par Allen Frances (Chaire du Groupe de Travail DSM-IV) sont rapportés. Enfin, la structure du DSM-5 est décrite, avec certaines de ses principales innovations et une illustration détaillée du « Modèle alternatif au DSM-5 pour les troubles de la personnalité » qui est inclus dans la Section III (« Mesures et modèles émergents »).

*Mots-clés :* DSM-5, diagnostic psychiatrique, diagnostics faux positifs, seuils diagnostiques, modèle dimensionnel pour les troubles de la personnalité

**Drew Westen, Jonathan Shedler, Bekh Bradley & Jared A. DeFife: Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità (Con una Nota introduttiva di Vittorio Lingiardi e Francesco Gazzillo). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, 46, 3: 327–358. DOI: 10.3280/PU2012-003001**

Viene presentato un sistema diagnostico della patologia di personalità derivato empiricamente, clinicamente rilevante e di agevole uso quotidiano. Un campione randomizzato di 1.201 psichiatri e psicologi clinici statunitensi ha descritto un proprio paziente, selezionato in modo casuale e affetto da un disturbo della personalità, utilizzando la *Shedler-Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II)*. L'analisi fattoriale ha prodotto 10 diagnosi di personalità, clinicamente coerenti, organizzate in tre *cluster* sovraordinati: internalizzante, esternalizzante e borderline-disregolato. Le descrizioni col punteggio più elevato sono state selezionate per costruire un prototipo di ogni sindrome di personalità. In un secondo campione indipendente, i ricercatori e i clinici sono stati in grado di diagnosticare le sindromi di personalità con un elevato accordo e un livello minimo di comorbidità. Questi 10 prototipi diagnostici sono empiricamente fondati e clinicamente rilevanti.

*Parole chiave:* disturbi di personalità, diagnosi e classificazione, SWAP-II, diagnosi prototipiche, personalità sana

**Drew Westen, Jonathan Shedler, Bekh Bradley & Jared A. DeFife: An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality**

A system for diagnosing personality pathology that is empirically derived, clinically relevant, and practical for day-to-day use is described. A random US sample of psychiatrists and clinical psychologists (N=1,201) described a randomly selected patient with any degree of personality dysfunction using the *Shedler-Westen Assessment Procedure-II* (SWAP-II). Factor analysis to identify naturally occurring diagnostic groupings yielded 10 clinically coherent personality diagnoses organized into three higher-order clusters: internalizing, externalizing, and borderline-dysregulated. The most highly rated descriptors to construct a diagnostic prototype for each personality syndrome were selected. In a second, independent sample, researchers and clinicians were able to diagnose the personality syndromes with high agreement and minimal comorbidity. These 10 prototypes provide a framework for personality diagnosis that is both empirically based and clinically relevant.

**Keywords:** personality disorders, diagnosis and classification, SWAP-II, prototype diagnosis, personality styles and health

**Drew Westen, Jonathan Shedler, Bekh Bradley & Jared A. DeFife: Eine empirisch abgeleitete Taxonomie für die Persönlichkeitsdiagnostik: Die Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis bei der Konzeption von Persönlichkeit**

Es erfolgt eine Beschreibung eines Systems zur Diagnose von Persönlichkeitspathologie, das empirisch abgeleitet, klinisch relevant und für den täglichen Gebrauch praktisch ist. Im Rahmen einer Stichprobe von amerikanischen Psychiatern und klinischen Psychologen (N = 1.201) wurde ein zufällig ausgewählter Patient mit einem beliebigen Grad an Persönlichkeitsstörung mit Hilfe des *Shedler-Westen Assessment Procedure-II* (SWAP-II) beschrieben. Eine Faktorenanalyse zur Identifizierung natürlich vorkommender diagnostischer Gruppierungen ergab 10 klinisch kohärente Persönlichkeitsdiagnosen, die sich in drei übergeordnete Gruppen aufteilen ließen: Internalisierung, Externalisierung und Borderlinedysregulation. Die am höchsten bewerteten Deskriptoren zur Erstellung eines diagnostischen Prototyps wurden für jedes Persönlichkeitssyndrom ausgewählt. In einer zweiten, unabhängigen Stichprobe konnten Forscher und Therapeuten die Persönlichkeitssyndrome mit hoher Übereinstimmung und minimaler Komorbidität diagnostizieren. Diese 10 Prototypen geben einen Rahmen für die Persönlichkeitsdiagnostik vor, der sowohl empirisch abgeleitet als auch klinisch relevant ist.

**Schlüsselwörter:** Persönlichkeitsstörungen, Diagnostik und Klassifizierung, SWAP-II, Prototypendiagnose, Persönlichkeitsstile und Gesundheit

**Drew Westen, Jonathan Shedler, Bekh Bradley & Jared A. DeFife: Une taxonomie fondée sur l'empirisme du diagnostic de personnalité : Rapprochement science et pratique dans la personnalité de conceptualisation**

Un système de diagnostic de pathologies de la personnalité fondé sur l'empirisme, cliniquement pertinent et pratique pour l'utilisation au quotidien est décrit. Un échantillon aléatoire américain de psychiatres et de psychologues cliniques (N=1 201) ont décrit un patient sélectionné de manière aléatoire avec un quelconque degré de troubles de la personnalité en utilisant le *Shedler-Western Assessment Procedure-II* (SWAP-II). L'analyse des facteurs visant à identifier des groupements de diagnostics survenant naturellement rapporte 10 diagnostics de personnalité cliniquement cohérents organisés en trois regroupements de niveau supérieur : internalisant, externalisant, et dysfonctionnel limite. Les descripteurs les mieux notés pour construire un prototype de diagnostic pour chaque syndrome de la personnalité ont été sélectionnés. Dans un deuxième échantillon indépendant, des chercheurs et des cliniciens ont été capables de diagnostiquer les syndromes de la personnalité avec un niveau élevé de concordance et une morbidité minimale. Ces 10 prototypes apportent un cadre au diagnostic de la personnalité qui est à la fois basé sur l'empirisme et pertinent cliniquement.

**Mots-clés :** troubles de la personnalité, diagnostic et classification, SWAP-II, diagnostic de prototype, styles de personnalité et santé

**Incontro con Allen Frances, organizzato da *Psicoterapia e Scienze Umane*: «Psichiatria tra diagnosi e diagnosticismo. Il dibattito critico sulla preparazione del DSM-5», Bologna, 22 ottobre 2011**

Video su YouTube: <https://youtu.be/bnYluMWN6dI>

Sito Internet: [www.psicoterapiaescienzeumane.it/Frances\\_22-10-11.htm](http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Frances_22-10-11.htm)

Robert L. Spitzer & Allen Frances, *Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5 [con una Nota redazionale]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45, 2: 247–262. DOI: 10.3280/PU2011-002007*

Robert L. Spitzer, *Intervista. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45, 2: 248–250. DOI: 10.3280/PU2011-002007*

**Allen Frances: Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45, 2: 251–262. DOI: 10.3280/PU2011-002007**

In due diversi contributi, Robert L. Spitzer (che era capo della *task force* del DSM-III del 1980) e Allen Frances (che era capo della *task force* del DSM-IV del 1994) muovono dure critiche ai lavori di preparazione del DSM-5, la quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* dell'American Psychiatric Association, prevista nel maggio 2013. Spitzer («Guerre psicologiche: il dibattito sul DSM-5») ricorda la sua esperienza alla guida del DSM-III e critica soprattutto la mancanza di trasparenza nei lavori sul DSM-5. Frances («Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5») discute alcuni aspetti problematici della bozza del DSM-5 e

ne elenca varie proposte diagnostiche che non sono adeguatamente supportate da evidenze empiriche e che inevitabilmente porteranno a un aumento di diagnosi false positive e di inutili e potenzialmente dannose prescrizioni farmacologiche (questo contributo di Allen Frances è aggiornato al maggio 2011).

*Parole chiave:* DSM-5, diagnosi psichiatrica, trasparenza, diagnosi false positive, disturbo mentale

### **Allen Frances: Psychological warfare: Robert L. Spitzer and Allen Frances criticize the DSM-5 process**

In two separate comments, Robert L. Spitzer (who was Head of the task force on DSM-III, of 1980) and Allen Frances (who was Head of the task force on DSM-IV, of 1994) strongly criticize the preparation of DSM-5, the fifth edition the American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, scheduled for release in May 2013. Robert L. Spitzer («Psychological Warfare: The DSM-5 Debate») recounts his experience in leading the DSM-III task force, and points out especially the lack of transparency in the DSM-5 process. Allen Frances («Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5») discusses some problematic aspects of DSM-5 and lists several suggested diagnoses that are not adequately supported by empirical research and would inevitably increase the rate of false positive diagnoses and the use of potentially harmful medication (Allen Frances' contribution is updated May 2011).

*Key words:* DSM-5, psychiatric diagnosis, mental disorder, false positive diagnoses, transparency

### **Allen Frances: Psychologische Kriegsführung: Robert L. Spitzer und Allen Frances kritisieren den DSM-5-Prozess**

In zwei separaten Kommentaren üben Robert L. Spitzer (Leiter der Task Force zum DSM-III, 1980) und Allen Frances (Leiter der Task Force zum DSM-IV, 1994) starke Kritik an der Vorbereitung des DSM-5 aus, der fünften Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der *American Psychiatric Association*, welche im Mai 2013 erscheinen soll. Robert L. Spitzer («Psychological Warfare: The DSM-5 Debate» [Psychologische Kriegsführung: Die DSM-5-Debatte]) erzählt von seinen Erfahrungen als Leiter der DSM-III Task Force und verweist dabei insbesondere auf den Mangel an Transparenz im DSM-5-Prozess. Allen Frances («Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5» [Öffnung der Büchse der Pandora: Die 19 schlimmsten Vorschläge für das DSM-5]) erläutert einige problematische Aspekte des DSM-5 und listet mehrere vorgeschlagene Diagnosen auf, zu denen keine entsprechende empirische Forschung besteht, die unweigerlich zu einer höheren Rate falscher positiver Diagnosen und Verwendung potenziell schädlicher Medikamente führen würden (Allen Frances Beitrag wurde im Mai 2011 aktualisiert).

*Schlüsselwörter:* DSM-5, Psychiatrische Diagnostik, Psychische Störung, Falsch Positive Diagnosen, Transparenz

### **Allen Frances: Lutte psychologique : Robert L. Spitzer et Allen Frances critiquent le processus du dsm-5**

Dans deux commentaires distincts, Robert L. Spitzer (qui était responsable du groupe de travail sur le DSM-III, de 1980) et Allen Frances (qui était responsable du groupe de travail sur le DSM-IV, de 1994) critiquent sévèrement la préparation du DSM-5, la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux) de l'American Psychiatric Association, dont la parution était prévue en mai 2013. Robert L. Spitzer (« Lutte psychologique : Le débat DSM-5 ») relate son expérience dans la direction du groupe de travail du DSM-III et souligne en particulier le manque de transparence dans le processus du DSM-5. Allen Frances (« Ouvrir la boîte de pandore : Les 19 pires suggestions du DSM-5 ») aborde certains aspects problématiques du DSM-5 et énumère plusieurs diagnostics suggérés qui ne sont pas soutenus d'une manière adéquate par la recherche empirique et qui augmenteraient inévitablement le taux de diagnostics faux positifs et l'utilisation d'une médication potentiellement nocive (la contribution d'Allen Frances a été mise à jour en mai 2011).

*Mots-clés :* DSM-5, diagnostic psychiatrique, trouble mental, diagnostics faux positifs, transparence

### **Jerome C. Wakefield: Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 3: 295-314. DOI: 10.3280/PU2010-003001**

Quando la psichiatria si è trasformata da un'attività basata sul lavoro nei manicomi a una professione inserita nella comunità, le diagnosi false positive hanno rappresentato una vera sfida alla validità dei sistemi diagnostici. L'introduzione, col DSM-III del 1980, di criteri diagnostici operazionalizzati basati sui sintomi descrittivi ha esacerbato questa difficoltà a causa della natura contestuale della distinzione tra normale disagio e disturbo mentale. Viene discusso, anche con esempi clinici, se i DSM-III e DSM-IV sono riusciti a evitare i falsi positivi, e viene fatta un'analisi concettuale dei criteri di alcune diagnosi, proponendo contro-esempi alla pretesa dei DSM di identificare un disturbo. A tutt'oggi la psichiatria non è riuscita a risolvere il problema dei falsi positivi. Permangono lacune riconoscibili persino da non specialisti, e questo anche se il problema è puramente concettuale e non dipende da nuove informazioni provenienti da ricerche.

*Parole chiave:* diagnosi psichiatrica, falsi positivi, validità dei criteri diagnostici, filosofia della psichiatria, significatività clinica

### **Jerome C. Wakefield: Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment**

In psychiatry's transformation from an asylum-based to a community-oriented profession, false positive diagnoses



became a major challenge to the validity of the diagnostic system. The shift to descriptive, symptom-based operationalized diagnostic criteria of DSM-III further exacerbated this difficulty because of the contextually based nature of the distinction between normal distress and mental disorder. Through selected examples, the degree of success with which DSM-III and DSM-IV have attended to the challenge of avoiding false positive diagnoses is examined. Conceptual analysis of selected criteria sets, with a focus on counterexamples to the claim that DSM criteria imply disorder, is performed. Psychiatry has so far failed to systematically confront the problem of false positives. Flaws in criteria, which can be recognized even by lay people, remain unaddressed, despite the fact that the issue is purely conceptual and is not sensitive to any new research information.

*Key words:* diagnosis in psychiatry, false positives, validity of diagnostic criteria, philosophy of psychiatry, clinical significance

**Jerome C. Wakefield: Fehldiagnose Normalzustand: Wie die Psychiatrie dabei versagt, die Problematik der falsch positiven Diagnosen psychischer Störungen in einem sich wandelnden beruflichen Umfeld anzugehen.**

Falsch positive Diagnosen stellen für die Psychiatrie im Rahmen ihrer Umwandlung von einem institutionsbasierten zu einem gemeinschaftsorientierten Beruf zunehmend eine Herausforderung für die Validität ihres Diagnosesystems dar. Diese Situation wurde zusätzlich erschwert, nachdem das DSM-III auf deskriptive, symptombasierte operationalisierte Diagnosekriterien übergang, da die Unterscheidung zwischen normalem Leiden und psychischer Störung bezeichnenderweise kontextbezogen ist. Anhand ausgewählter Beispiele wird untersucht, mit welchem Erfolg das DSM-III und DSM-IV sich der Herausforderung falsch positive Diagnosen zu vermeiden gestellt haben. Zudem wird eine begriffliche Untersuchung ausgewählter Kriterien mit dem Schwerpunkt auf Gegenbeispielen zur Behauptung, dass DSM-Kriterien eine Störung andeuten, durchgeführt. Bislang hat die Psychiatrie ein systematisches Angehen der falsch positiven Diagnosen versäumt. Schwächen in den Kriterien, die sogar von Laien erkannt werden können, bleiben unberührt, obwohl es sich hierbei um ein rein konzeptionelles Thema handelt, welches sich gegenüber neuen Forschungserkenntnissen als unempfindlich erweist.

*Schlüsselwörter:* Diagnostik in der Psychiatrie, Falsch Positive Ergebnisse, Validität der Diagnostischen Kriterien, Philosophie der Psychiatrie, Klinische Signifikanz

**Jerome C. Wakefield : La normalité du diagnostic erroné : L'échec de la psychiatrie à résoudre le problème des diagnostics faux positifs de troubles mentaux dans un environnement professionnel en évolution**

Dans la transformation de la psychiatrie, qui est passée d'une profession fondée sur l'asile à une profession orientée vers la communauté, les diagnostics faux positifs sont devenus un

défi majeur concernant la validité du système de diagnostics. Ce basculement du DSM-III vers des critères de diagnostics opérationnalisés descriptifs et basés sur les symptômes exacerbe encore plus cette difficulté en raison de la nature contextuelle de la distinction entre la détresse normale et le trouble mental. Au travers d'exemples choisis, le niveau de réussite avec lequel le DSM-III et DSM-IV se sont occupés du défi visant à éviter les diagnostics faux positifs est examiné. L'analyse conceptuelle d'ensembles de critères sélectionnés, avec une focalisation sur des contre-exemples à la contestation selon laquelle les critères DSM impliquent le désordre est réalisée. La psychiatrie a jusqu'à présent échoué à affronter systématiquement le problème des faux positifs. Les défauts de critères, qui peuvent être reconnus même par des profanes, restent non résolus, malgré le fait que le problème est purement conceptuel et n'est pas sensible à de nouvelles informations de recherche quelles qu'elles soient.

*Mots-clés :* diagnostic dans la psychiatrie, faux positifs, validité des critères de diagnostic, philosophie de la psychiatrie, portée clinique

**Gian Maria Galeazzi & Paolo Curci: Una controversia di trent'anni: Rosenhan, la diagnosi psichiatrica e il rapporto utenti-operatori. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2007, 41, 1: 39-58**

Il classico lavoro di Rosenhan «On being sane in insane places» (*Science*, 1973, 179: 250-258) continua a suscitare controversie. Vengono illustrati i termini del dibattito recente che verte sulla validità e il significato della diagnosi in psichiatria, la sua dipendenza dal contesto, gli effetti di reciproco condizionamento tra diagnosi e tipo di relazione utente-operatore. Si sostiene che questi problemi sono ancora vivi e in gran parte irrisolti dopo più di trent'anni, seppur trasferiti dall'ambito manicomiale a quello della moderna salute mentale aziendale. Gli autori propongono che (1) l'approfondimento del concetto di giudizio clinico, (2) una maggiore disponibilità dell'operatore all'incontro con l'utente e (3) una capacità riflessiva sulle pressioni extra-cliniche sulle scelte terapeutiche possano costituire antidoti al rischio di aridità dell'attuale prassi diagnostica e di stereotipia degli interventi.

*Parole chiave:* diagnosi psichiatrica, nosologia, giudizio clinico, relazione utente-operatore, DSM-IV

**Gian Maria Galeazzi & Paolo Curci: A thirty years old controversy: Rosenhan, psychiatric diagnosis, and user-mental health professionals relationship**

Rosenhan's classic paper «On being sane in insane places» (*Science*, 1973, 179: 250-258) continues to spark controversy. The authors review the debate on psychiatric diagnosis, its validity and meaning, its reliance on the observational setting, and the mutual effects between diagnosis and the user-professionals relationship. These problems are still topical and unresolved after more than thirty years, albeit a shift can be registered from the asylum-influenced environment to current psychiatry dominated by managed care. It is suggested that (1)

a better focus on the concept of clinical judgment, (2) a deeper commitment of mental health professionals to the relationship with users, and (3) a reflexive critical effort against extra-clinical pressures influencing therapeutic choices may represent antidotes against the high risk of superficiality of current diagnostic practices and of stereotypy of proposed interventions.

*Key words:* psychiatric diagnosis, nosology, clinical significance, user-mental health professionals relationship, DSM-IV

### **Gian Maria Galeazzi & Paolo Curci: Eine dreißig Jahre alte Kontroverse: Rosenhan, psychiatrische Diagnostik und das Verhältnis zwischen Kunden und Gesundheitsfachkräften**

Die Kontroverse um Rosenhans Klassiker «On being sane in insane places» [Gesund in kranker Umgebung] (*Science*, 1973, 179: 250-258) scheint kein Ende zu nehmen. Die Autoren betrachten die Diskussion über die psychiatrische Diagnostik, ihre Validität und Bedeutung, ihre Abhängigkeit vom Beobachtungsrahmen und die wechselseitigen Auswirkungen zwischen Diagnose und dem Verhältnis zwischen Kunden und Fachkräften. Auch nach mehr als dreißig Jahren sind diese Probleme weiterhin aktuell und ungelöst, wenngleich sich eine Verschiebung von dem Asyl geprägtem Umfeld hin zum heutigen Managed-Care-Modell der Psychiatrie beobachten lässt. Dabei lautet der Vorschlag, dass sowohl (1) eine vermehrte Konzentration auf das Konzept der klinischen Urteilsbildung, (2) eine intensiviertere Auseinandersetzung von Gesundheitsfachkräften mit dem Kundenverhältnis, wie auch (3) eine reflexive kritische Anstrengung gegen den außer-klinischen Druck auf therapeutische Entscheidungen, als Gegenmittel dem erheblichen Risiko der Oberflächlichkeit der gegenwärtigen Diagnoseverfahren und der Stereotypie der vorgeschlagenen Interventionen entgegenwirken könnten.

*Schlüsselwörter:* Psychiatrische Diagnostik, Nosologie, Klinische Signifikanz, Verhältnis zwischen Kunden und Gesundheitsfachkräften, DSM-IV

### **Gian Maria Galeazzi & Paolo Curci: Une controverse vieille de trente ans : Rosenhan, diagnostic psychiatrique, et relation utilisateurs-professionnels de santé mentale**

L'article classique de Rosenhan « On being sane in insane places » (sur être sain dans des lieux qui ne le sont pas) (*Science*, 1973, 179 : 250-258) continue à jeter la controverse. Les auteurs examinent le débat sur le diagnostic psychiatrique, sa validité et signification, sa dépendance sur le cadre observationnel et les effets communs entre le diagnostic et la relation utilisateurs-professionnels. Ces problèmes sont toujours actuels et non résolus depuis plus de trente ans, nonobstant un mouvement qui peut être enregistré de l'environnement influencé par l'asile vers la psychiatrie actuelle dominée par un soin géré. Il est suggéré qu'une (1) meilleure focalisation sur le concept du jugement clinique, (2) un engagement plus profond des professionnels de santé mentale dans la relation avec les utilisateurs, et (3) un effort crucial

réfléchi envers les pressions extra-cliniques qui influencent les choix thérapeutiques pourraient constituer des antidotes face au risque élevé de superficialité des pratiques actuelles de diagnostic et de la stéréotypie des interventions proposées.

*Mots-clés :* diagnostic psychiatrique, nosologie, portée clinique, relation utilisateurs-professionnels de santé mentale, DSM-IV

### **Paolo Migone: La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2006, 40, 4: 765-774**

Viene presentato il Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), pubblicato nel 2006 da cinque organizzazioni psicoanalitiche: l'American Psychoanalytic Association, l'International Psychoanalytic Association, la Division 39 («Psychoanalysis») dell'American Psychological Association, l'American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, e il National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. Il PDM include un sistema multiassiale basato su tre assi: asse P (la Personalità, in cui ciascun disturbo ha tre livelli di gravità: «sana», «nevrotica» e «borderline»), asse M (il funzionamento Mentale), e asse S (i Sintomi, in cui viene enfatizzata la esperienza soggettiva). La classificazione dell'infanzia e dell'adolescenza mantiene lo stesso sistema multiassiale ma in un altro ordine (M, P, S), mentre quella dell'età neonatale e della prima infanzia è strutturata in modo diverso dato che segue il modello ICDL-DMIC di Stanley Greenspan.

*Parole chiave:* Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), diagnosi psicoanalitica, nosologia, disturbi mentali, sistema multiassiale

### **Paolo Migone: The psychoanalytic diagnosis: Presentation of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)**

The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) has been published in 2006 by five psychoanalytic organizations: the American Psychoanalytic Association, the International Psychoanalytical Association, the Division 39 («Psychoanalysis») of the American Psychological Association, the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, and the National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. The PDM has a multi-axial system with three axes: axis P (Personality, where each disorder has three levels of severity: «healthy», «neurotic», and «borderline»), axis M (Mental functioning), and axis S (Symptoms, in which subjective experience is emphasized). The classification of children and adolescents uses the same multi-axial system but in a different order (M, P, S), while the classification of infancy and early childhood is structured differently since it follows the ICDL-DMIC system developed by Stanley Greenspan and collaborators.

*Key words:* Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), psychoanalytic diagnosis, nosology, mental health disorders, multi-axial system

**Paolo Migone: Die psychoanalytische Diagnostik:  
Vorstellung des *Psychodynamic Diagnostic Manual*  
(PDM)**

Das Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) wurde 2006 von fünf psychoanalytischen Organisationen veröffentlicht: der American Psychoanalytic Association, der International Psychoanalytical Association, Division 39 («Psychoanalyse») der American Psychological Association, der American Academy of Psychoanalysis, der Dynamic Psychiatry und dem National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. Das PDM umfasst ein multiaxiales System mit drei Achsen: Achse P (Persönlichkeit, wobei jede Störung drei Schweregrade aufweist: «gesund», «neurotisch» und «Borderline»), Achse M (geistige Leistungsfähigkeit) und Achse S (Symptome, mit einem Schwerpunkt auf subjektivem Erleben). Die Klassifizierung von Kindern und Jugendlichen verwendet das gleiche multiaxiale System, jedoch in einer anderen Reihenfolge (M, P, S), während die Klassifizierung der Säuglingszeit und frühen Kindheit wiederum anders strukturiert ist, da sie dem von Stanley Greenspan und seinen Mitarbeitern entwickelten ICDL-DMIC-System entspricht.

*Schlüsselwörter:* Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) [Psychodynamisches Diagnosehandbuch], Psychoanalytische Diagnostik, Nosologie, Psychische Störungen, Multiaxiales System

**Paolo Migone : Le diagnostic psychanalytique :  
Présentation du *Psychodynamic Diagnostic Manual*  
(PDM)**

Le Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-manuel diagnostique psychodynamique) a été publié en 2006 par cinq organisations psychanalytiques : l'American Psychoanalytic Association, l'International Psychoanalytical Association, la

division 39 (« Psychoanalysis ») de l'American Psychological Association, l'American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, et le National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work. Le PDM est doté d'un système à axes multiples, à savoir trois axes : axe P (Personnalité, dans lequel chaque trouble dispose de trois niveaux de gravité : « sain », « neurotique », et « limite »), axe M (Fonctionnement mental), et axe S (Symptômes dans lequel l'expérience subjective est accentuée). Le classement des enfants et adolescents utilise le même système à axes multiples, mais dans un ordre différent (M, P, S), tandis que le classement des bébés et des enfants en bas âge est structuré différemment puisqu'il suit le système ICDL-DMIC développé par Stanley Greenspan et des collaborateurs.

*Mots-clés :* Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), diagnostic psychanalytique, nosologie, troubles mentaux, système à axes multiples

**Literatur**

- Giovanni de Girolamo & Paolo Migone (1995). Il DSM-IV e il problema della diagnosi in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39(1), 41–80.
- Robert L. Spitzer (1995). Osservazioni sulla diagnosi in psichiatria (Intervista a cura di Giovanni de Girolamo e Paolo Migone). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39(1), 81–85.
- Paolo Migone (1985). Ancora sulla diagnosi e sul apporto tra psichiatria e psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 19(2), 74–103.
- Paolo Migone (1983). Verso un aggancio tra psichiatria e psicoanalisi: il problema della diagnosi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 17(4), 3–21.
- Otto F. Kernberg (1983). L'intervista strutturale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 17(4), 22–55.
- Paolo Migone (1983). La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 17(4), 56–90.



# Buchbesprechungen

**P. Lehmann, V. Aderhold, M. Rufer & J. Zehentbauer (2017): *Neue Antidepressiva, Atypische Neuroleptika***

Berlin: P. Lehmann Publishing. 241 Seiten. € 19.95

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 101–102 2018

[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

CC BY-NC-ND

DOI: 10.30820/8242.19

Den Auftakt dieses handlich hergestellten Buches macht der Berliner Verleger und Autor Peter Lehman, dessen Wissen und Erfahrungen bezüglich der medizinischen Behandlung von Menschen mit seelischen Schwierigkeiten und Störungen Gold wert sind. Er schreibt über die Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika. Sein 125-seitiges, in fünf Teilen daherkommendes Kapitel ist wie ein Buch im Buch. Erst erläutert Lehmann uns ausgiebig die neuen Antidepressiva. Der Blick ist jeweils gerichtet auf die pharmakologische Komponente, die erforschte Relevanz und die – neben der erwünschten sowie zu erwartenden Zielwirkung der diversen Substanzen – immer auch körperliche und seelische Schäden hervorrufenden unerwünschten Wirkungen solcher chemischen Substanzen. Im Appenzeller Land, wo die Natur- und Pflanzenheilkunde weit verbreitet ist, sagen die Menschen üblicherweise, Gift werde erst genommen, wenn alles andere nicht gewirkt hat. Ob das auch für die sogenannten atypischen Neuroleptika gelten mag? Auch hier geht der Autor gleich vor. Substanzen werden genau aufgelistet und beschrieben. Danach werden die Risiken und die Erprobungsstudien kritisch bedacht und kommentiert. Daraufhin folgt das Kapitel über einige Frühwarnzeichen chronischer und lebensgefährlicher Schäden durch Psychopharmaka.

All das bis hierher zu lesen bewirkt ein mehrmaliges leeres Schlucken. Wie wichtig es ist, sich hier als PsychotherapeutIn auszukennen, wird wieder einmal klar aufgezeigt. Mit diesem Erfahrungswissen werden wir Schädwirkungen von Medikamenten, die unsere PatientInnen nehmen, nicht als störungsspezifische Symptome analysieren. Warum und wozu der Elektroschock nach seiner wissenschaftlichen Diskreditierung wieder eingeführt wird, antwortet Lehmann plausibel und erklärt uns – erneut – über die lebensgefährlichen Risiken und bleibenden Schäden auf. Doch was für Alternativen haben wir heute, wo einerseits Unsummen mit Psychopharmaka verdient werden, die Löhne der PflegerInnen und Klinikangestellten seit Jahren sinken und die Verweildauer von Notsuchenden weiter heruntergekürzt werden? Es gibt sie, die humanistisch orientierten Alternativen zu Antidepressiva, Neuroleptika und Elektroschocks. Ein hilfreiches Glossar und ausgiebige Quellenangaben runden diese Tour de Force ab.

Marc Rufer, Arzt, Psychiater und Autor aus Zürich, nimmt sich in seinem Kapitel das immer wieder kontrovers diskutierte Thema des Placebo-Effekts vor. Die Chemie für die Seele ist gleichzeitig eine doppelzüngige Annahme, dass wir Menschen für die heutige superkapitalistische Wirtschaftswelt chemisch eben nicht auf dem neusten Stand sind. Rufer und mit ihm alle drei Ärzte, die in diesem Buch schreiben, sehen es gleich wie Blech, dass sie, als Mediziner, die gesellschaftlichen Missstände, die Seelen in Not produzieren, mit ihren verschriebenen Medikamenten nicht wegmachen können. Viele Medikamente, das haben in der Lancet veröffentlichte Studien zur Depressionsbehandlung gezeigt, wirken nicht besser als Placebo. Ohne an eine vorgegebene oder mit Placebo vorgegaukelte Zielwirkung passiert nach der Einnahme von Zuckerkügelchen nichts. Erschreckend wieder Mal, sich die nackten Zahlen zu Gemüte zu führen, dass 30–50 Prozent der heute zugelassenen Medikamente die Wirkung eines Placebos nicht übersteigen. Wie stark da die eigenen seelischen und leiblichen Selbstheilungskräfte in Aktion sind, betrachtet Rufer genauso wie die Wirksamkeitsprüfung. Schon lange schreibt er über den Lug und Trug dieser, nahe an pseudowissenschaftliche Arbeiten heranreichende Industrie. Er ist da in guter Gesellschaft mit Professor Peter C. Gotzsche, der als Facharzt für Innere Medizin, viel Jahre für die Pharmaindustrie gearbeitet und im Nachgang uns in seinem Buch *Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität* (2015) die Art und Weise, wie diese Industrie unser aller Gesundheitswesen korrumpiert, sichtbar gemacht hat. Wir als PatientInnen sind nach wie vor im Visier dieser Konzerne, die meist ohne wirkliche politische Regulationen, wirtschaften können. Rufers Fazit ist placebofrei:

«Die klinische Psychiatrie und ihr Umfeld sind indes schlecht geeignet, positive Placebo-Effekte hervorzu-rufen. Damit, dass sie sogar mit Gewalt vollzogenen Behandlungen als echte und sinnvolle Hilfe bewertet, disqualifiziert sich die Psychiatrie gleich selbst. Der Zeitgeist jedoch verhindert, dass sich diese Erkenntnis zu verbreiten vermag» (S. 183f.).

Der Autor und Arzt Josef Zehentbauer, den meisten bekannt mit seinem Buch *Körpereigene Drogen* (1992), schildert, wie die ärztliche Begleitung beim Umgang mit Psychopharmaka und die gemeinsame Suche, mit den PatientInnen nach Alternativen aussehen kann. Als medizinischer Therapeut begleitet er PatientInnen, die einen Heilungsweg ausserhalb des üblichen Klinikalltages suchen. Psychopharmaka sind, seiner Ansicht nach, keine Mittel, die zu einer Heilung von seelischen Störungen beitragen, sondern können als Hilfsmittel zur Besänftigung von sozialen Erregungen und unerwünschten Auffälligkeiten verwendet werden:

«Das Gehirn reagiert jedoch auf die neuroleptische Blockade der Rezeptoren, indem es mehr Dopamin-Moleküle produziert. Werden die Neuroleptika innerhalb von wenigen Tagen abgesetzt, so überfluten die zuviel erzeugten Dopamin-Moleküle die freigewordenen Rezeptoren, und es entsteht Chaos im Gehirn» (S. 185).

Ein künstliches Chaos wird provoziert, welches das Leben der eigenen Selbstverantwortung vorübergehend schwierig macht. Darum plädiert Zehentbauer dafür, uns, den PsychiaterInnen, nicht blind zu vertrauen, sondern sich gut genug zu informieren, darüber hinaus sich selber und anderen gegenüber toleranter zu sein und sich wieder auf die Jahrtausende alten pflanzlichen Heilmittel zu verlassen. Einige Gedanken verliert er zur Homöopathie, zu Yoga und Biorhythmus als mögliche alternative Herangehensweisen, um aus einer seelischen Krise herauszukommen. Psychotherapie ist zentral, wenn es darum geht, sich zu reflektieren und neu zu finden, nachdem aus der alten Normalität ausgebrochen (werden) musste.

Volkmar Aderhold, als Autor in diesem Heft vertreten, schreibt hier ein Kapitel zur Minimaldosierung und zum Monitoring bei Neuroleptika. Wenn die Pharmaindustrie und ihre dienenden Forscher immer mehr psychebeeinflussende Chemikalien entwickeln, die uns leistungsfähiger machen, dann werden solche Stoffe nicht nur gegen sogenannte seelische Krankheiten eingesetzt, sondern dienen dem Seelendoping. In den Schulen sollte sofort aufgehört werden, sich über junge Kiffer zu beklagen, solange LehrerInnen die Abgabe von Ritalin (ein Betäubungsmittel) befürworten. Aderhold ist heute einer der wenigen klinikerfahren Ärzte (früher im UKE Hamburg tätig), der sich intensiv mit der Psychopharmakoforschung und deren Publikationen auseinandersetzt. Die Theorien und Modelle der Dopamin-System-Relevanz, dem offenen Dialog über die subjektive Seite der erlebten Störung, die Erfahrung mit niedrig Dosierung und zeitlicher Begrenzung, die körperlichen Schäden durch Langzeit-Medikamenten-Einnahme, die Lebenszeitverkürzung welche daraus resultiert, werden dicht und trotzdem gut verdeutlicht dargestellt. Hier ist kein Ideologe am Werk, sondern ein belesener Metawissenschaftler. Seine zum Teil erschreckenden Aussagen sind allesamt durch wissenschaftliche Forschungsergebnisse belegt. Aderhold steht eindeutig für eine radikale Eindämmung der Polypharmazie, welche sich seit Jahren in den sogenannten psychiatrischen Kliniken ausbreitet.

Die vier Autoren schreiben gemeinsam im Schlusskapitel über den wichtigen Weg des Absetzens von Psychopharmaka. Wie der Absetzprozess erfolgreich vonstatten gehen kann, ist jeweils sehr individuell. Der eigene Lebenskontext, die Lebenseinstellung, die bisherige Dauer von Medikamenteneinnahme, das eigene Gesundheitsbewusstsein und die Unterstützungspersonen sind wichtige Faktoren. Entzugsprobleme nehmen zu, wenn zu schnell und zu radikal abgesetzt wird. Alle vier haben viel Erfahrung in der Begleitung von Personen und finden es schrecklich, dass ärztliche KollegInnen zwar lernen, die Medikamente zu verordnen, aber nicht wie man oder

frau diese wieder absetzen kann. Die Tipps und weisen Ratschläge zur Selbstbefähigung sind klar und deutlich. Diese könnten so direkt an PatientInnen weitergereicht werden. Ärzte sind genauso Risikofaktoren, wenn sie die PatientInnen nicht genügend über die Risiken der Medikamente informieren, wie Möchtegern-Therapeuten, denen eine fundierte Ausbildung fehlt. Etwas mehr Nachdenken über die verschiedenen gelebten Strategien in alternativen psychotherapeutischen Behandlungen, welche seit den 1960er Jahren versuchen, ohne Medikamente Menschen mit psychischen Störungen erfolgreich zu begleiten, hätte dieses, ansonsten dem Schutz der Gesundheit verpflichtenden Buches, bereichert. Trotzdem: Es ist zu diesem hochbrisanten Thema momentan das Beste auf dem Markt.

Dr. jur. Marina Langfeldt, hat das letzte Wort. Sie gibt ihr medizinjuristisches Wissen freigiebig preis und informiert uns über das Recht, welches wir als mögliche PatientInnen haben, wenn wir durch psychiatrische Behandlungen – pharmakologischer, elektrischer oder gewalttätiger (Anbindung und Handschellenlegung) Art und Weise – Schaden davontragen. Sie meint zusätzlich, dass die Wirksamkeitsprüfung von neu zugelassenen Medikamenten wissenschaftlich unabhängig von der Pharmaindustrie geleistet werden muss. Es ist von grosser Notwendigkeit, unseren politisch verantwortlichen Personen die neusten Entwicklungen aufzuzeigen, damit diese ihre Rechtsprechungen zum Schutz der PatientInnen vor Körperverletzungen und iatrogenen Erkrankungen, im «Lichte eines von diesem Buch unterstützten Bewusstseinswandels» verfassen können.

*Theodor Itten*

**Jörg Blech (2014): *Die Psychofalle. Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht***

Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag. 288 Seiten. € 19.99

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 102–103 2018  
[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)  
 CC BY-NC-ND  
 DOI:10.30820/8242.20

Mit seinem Buch über die «Krankheitserfinder» hat sich der Biologe und seit 1999 *SPIEGEL*-Redakteur Jörg Blech als kritischer Autor im Bereich des Gesundheits- und Krankheitswesens einen wachsenden Namen gemacht. Wer neue psychische Krankheiten erfinden kann, der ermöglicht vor allem der Pharmaindustrie und Medizinerinnen und Mediziner, aber auch PsychotherapeutInnen einen riesigen Markt. Das Gesundheitswesen ist, neben der Informatik- und Unterhaltungsindustrie, ein Volkswirtschaftsbereich der jahrein, jahraus grosse Wachstumszahlen und Gewinne aufweist. Die politische Ökonomie des Gesundheitswesens ist so komplex wie lukrativ zugleich. Unsere HelferInnenindustrie beschäftigt mittlerweile mehr Menschen als die Automobilindustrie.

Blechs neue These ist, dass soziale und wirtschaftli-

che Problematiken in Krankheitsmuster übersetzt werden, welche danach aus dem Bereich der Politik und Arbeitsgeber Verantwortung in den Krankheitsbereich ausgelagert werden. Die Verantwortung für einen nicht gesundheitsschädigenden Arbeitsmarkt wird von den MachthaberInnen auf das Individuum verlagert, welches, mit einer gewagten Diagnose, zu einer Patientin oder Patienten wird. ForscherInnen haben festgestellt, dass Kinder, deren elterlicher Bildungsstand niedriger als der Durchschnitt ist, mehr ADHS-Pillen schlucken. Soziale Klasse, kulturelles Bewusstsein und Lebensstandard beeinflussen die Gesundheit. Dies ist jedoch keine Schutzbezeichnung mehr. Krankheit wird zum neuen Beruf und wirkt umsatzfördernd. Was bis vor zehn Jahren «normal» war, kann es heute schon nicht mehr sein. Normal ist auch eine Diagnose: «Ein Drittel der Bürger, die Arbeitslosengeld beziehen (Hartz IV), hat aktuell eine Diagnose für eine psychische Erkrankung» (S. 262).

Sein Buch kommt in 15 flotten und zügig zu lesenden Kapiteln daher. Erst geht es darum, wie die Normalen zu Wahnsinnigen gemacht werden. Danach warnt er uns mit: «Vorsicht, Diagnose». Wie unsere Berufsgattung die Verbreitung von seelischem Leiden numerisch aufbauen kann, beschreibt er im Kapitel: «Irren mit Zahlen». Wie die Seelsorge für die Industrie funktioniert reflektiert er kurz und bündig, bevor er sich vertieft mit der Natur unserer Seele beschäftigt. Was diese Psychofallen für Kinder und Jugendliche in sich haben, lesen wir im sechsten Kapitel zum letzten normalen Kind, was nicht nur ironisch gemeint ist. Die neuesten Modediagnosen lösen die alten wie ADHS, LRs nicht ab, sondern ergänzen diese. Wie normal es ist, jedenfalls ehemals für uns Ältere, in der Pubertät nicht immer der Norm der Familie und Gesellschaft zu genügen, wird heute von angestellten Psychiater\*innen im Dienste der Big-Pharma abgestritten, und neu als bipolare Störung propagiert. Kasse machen nicht die Kranken, sondern die gewinnorientierten Tablettenverkäufer. Wenn ganz normale Angst zu einer Krankheit wird, sind wir an einer Weggabelung angelangt, in der es nicht mehr weit zum Wasser ist. «Burn-out» die moderne amerikanisierende Diagnose für die Erschöpfungsdepression (oder früher: des Vegetativen Nervenzusammenbruchs) wird heute zu einer legitimen Ausbeutungsstrategie der Arbeitgeber. Auspressen der Arbeitskraft bis zum «geht nicht mehr». Das ergibt heftige Verhaltens epidemien. Danach sollen diese Menschen während ihrer Depression Tabletten schlucken, die ihnen gar nicht dienlich sind. Weil diese, so die seit zehn Jahren aktuelle Forschung, nur bei ganz schweren Depressionen etwas bewirken. Bei leichten bis mittleren Depressionen wirken sie oft schlechter als Placebo, da diese keine unerwünschten Wirkungen zeigen. Wir werden alle älter und nun wird viel Verhalten und Erleben im Alter schon unter die Krankheitserfinder-Lupe genommen.

Sich nicht irre machen lassen von dieser rasanten Entwicklung, viele unserer Lebensschwierigkeiten und üblichen Laster, in Krankheiten und Probleme zu verwandeln, welche die Psychologie und Medizin zukünftig behandeln und lösen soll. Die Quelle der Schwierigkeiten

sind aber nicht medizinischer Art, sondern kommen aus der superkapitalistischen Produktionsform und der Entfremdungstendenz unserer Regierungsstruktur. Arbeitslosigkeit macht nach mindestens einem Jahr die trübsinnige Stimmung aus, welche sich in uns als Schwermut und Gekränktheit breitmacht und uns das Gefühl gibt, nicht mehr gebraucht zu werden. Das raubt einem die psychosoziale Identität. Das ist ein gesellschaftspolitischer Missstand, welcher, so der Autor, nicht mit medizinischen Mitteln geheilt werden kann: «Wer das scheinbar Gestörte und Störende wegmachen will, der unterdrückt Kreativität, vernichtet Vielfalt und erzeugt eine seelische Monokultur» (S. 14). Fazit ist: Wir stören und werden gestört, wir leiden an anderen, so wie andere an uns leiden. So ist das Leben. Aufpassen! Die Psychofallen sind überall aufgestellt, ebenso wie die oft unsichtbaren Sender für unsere Handys. Krisenzeiten ermöglichen frische Widerstandskräfte, welche unseren Seelen innewohnen.

*Theodor Itten*

**Paul L. Janssen (2017): *Als Psychoanalytiker in der Psychosomatischen Medizin. Eine persönliche berufspolitische Geschichte der Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik***

Gießen: Psychosozial Verlag. 434 Seiten. € 44,90

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 103–104 2018

[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

CC BY-NC-ND

DOI: 10.30820/8242.21

Dieser Rückblick auf das reiche berufliche Leben eines Menschen, der als Kind den Zweiten Weltkrieg hautnah erlebte und als Achtjähriger in den Trümmern des Dritten Reiches aufatmen konnte, dass diese megalomane Zerstörungswut der Machthaber und ihrer Nachläufer\*innen, nach zwölf Jahren sein Ende in Trümmern gefunden hatte, leistet auch seinen Beitrag gegen das kollektive Vergessen. Der junge Paul suchte neue und verlässliche sinngebende Strukturen, die er in Schule, Gymnasium und seiner ersten Psychoanalyse finden konnte. Neben seiner eigenen seelischen und somatopsychischen Entwicklung aus Schutt und Asche heraus, zum jungen Arzt und später psychosomatisch orientierten Psychoanalytiker (im Rheinland-Institut ausgebildet), beschreibt der Autor ausgiebigst, die Entwicklung der Psychosomatischen Medizin im Deutschland der vergangenen 50 Jahren. Um diese grosse, bunte und vielfältige Spanne zusammenzuhalten, braucht Janssen nur zehn Kapitel. Janssen ist vieles geworden und, nun im Lebensrückblick, gewesen. Er ist emeritierter Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Bochum und war Direktor des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Da praktizierte er zusätzlich als Lehranalytiker, wenn er nicht als Leitender Arzt an der LWL-Klinik Dortmund (Landschaftsverband Westfa-

len-Lippe), beschäftigt war. Seine eigenen, in der Literatur dieses Buches ausgewiesenen Publikationen, nehmen fast sechs Seiten in Anspruch. Er sieht dieses Buch, das vom Verleger des Psychosozial-Verlags, Hans-Jürgen Wirth, mitangeregt wurde, als Kaleidoskop «subjektiven und reflektierten psychoanalytischen Denkens und Handelns in der psychosozialen Medizin» an (S. 11).

Spannend zu lesen und mitzufühlen sind seine autobiografischen Schilderungen über seine Beweggründe, als Kriegskind in die Psychoanalyse zu gehen. Hier hätte noch etwas mehr innere Berichterstattung zu seinen Lehrjahren auf der Couch, die vorbehaltlose Kontextualisierung seines gewachsenen Wissens um die Wichtigkeit des Unbewussten, das manchmal harzig zu lesende «Namedropping» seiner vielen Lehrer\*innen und Kolleg\*innen bereichert. Jedoch: Wir kommen in den Genuss seiner Erfahrungen und Entwicklungen in der stationären Psychotherapie, wo die damals fast revolutionäre Gruppentherapie ein frischer Weg der eigenen und der anderen Befreiung von bürgerlichen Gewohnheiten – noch im Echo der ehemaligen Nazi-Moral – ermöglichte.

Zwangsläufig war Janssen, schon früh als berufspolitisch Interessierter, mit der Weiterentwicklung, Neuordnung und Akkreditierung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie in seinem Heimatland beschäftigt. Es dauerte nicht allzu lange, bis er in der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie einen Funktionärsposten übernehmen konnte. Hier stellte er sein vitales Organisationstalent in den Dienst dieser Organisation, die sich zu Themen der Weiterbildung, Krankenhausplanung und zu grundsätzlichen Fragen der ärztlichen Ausbildung vernehmen liess. Er versuchte damit die je eigenen Visionen umzusetzen. Im Kapitel zu Psychiatrie und Psychoanalyse in Dortmund und seiner Arbeit als psychosomatischer Mediziner weicht er der Wiederkehr des Verdrängten nicht aus. Er reflektiert genau und behutsam die Zeit des Nationalsozialismus in der Psychiatrie und im Krankenhaus, das er nun zu leiten hatte. Wie er es während der Dauer eines reich beladenen Berufslebens vollbrachte, die psychosomatische Medizin mit der Psychoanalyse wieder zusammenzubringen (praktische und denkerische Vorgänger sind unter anderem Groddeck und Ferenczi) ist, für einen Aussenseiter wie mich, sehr spannend zu lesen.

Plötzlich kommen wir Leser\*innen in einen Bereich der psychoanalytischen Diagnostik und erkennen spätestens jetzt, wie dieser Autor an der Entstehung des OPDs aktiv beteiligt war. Wie viele seiner Generation «musste» er ein eigenes Behandlungs- und Arbeitsmodell entwickeln. Professoren waren damals kleine Könige in ihrem Klinikreich. Wie er es angewendet hat, beschreibt er sehr einleuchtend anhand von faszinierenden Fallbeispielen. Da er in einem Spital nur mithilfe der Gruppentherapie allen Patient\*innen therapeutisch etwas anzubieten hatte, schildert er, im neunten Kapitel, ausgiebig über seine Theorie und angewandte Praxis der psychoanalytischen Haltung. Ganz der Berufspolitiker, der er sein aktives Berufsleben lang war, bedachte er die Neuordnung des Verbandswesens in diesem Berufsfeld der Gruppenanalyse.

Zum Schluss des dicht geschriebenen und auf viele seiner früheren Texte zurückgreifenden Buches, zeigt er sich nochmals von seiner subjektiven Seite, indem er über seine Erfahrungen als Dozent, Supervisor und Lehranalytiker schreibt.

Dieses Buch kann leider nicht an einem Wochenende gelesen werden. Es dient eher als ein Kompendium eines exemplarischen Berufslebens und beschreibt die historische Entwicklung unseres breiter gewordenen Tätigkeitsfeldes in der Seelenheilkunst, mit spezieller Berücksichtigung der Tatsache, dass Leben immer eine somatische Erfahrung ist. Es ist nicht zwingend ein «must have»-Buch. Jedoch, wer es in seiner Bibliothek hat, die oder der kann sich glücklich schätzen.

*Theodor Itten*

**Katharina Kriegel-Schmidt (Hrsg.). (2017):  
*Mediation als Wissenschaftszweig. Im Spannungsfeld von Fachexpertise und Interdisziplinarität***

Berlin: Springer. 566 Seiten. € 64,99

Psychotherapie-Wissenschaft 8 (1) 104–105 2018

[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

CC BY-NC-ND

DOI: 10.30820/8242.22

Dieser Sammelband ist eine Premiere zum weiten Fach- und Tätigkeitsgebiet der Mediationsbewegung, welche unsere Kultur des Streitens, des konstruktiven Austragens von Konflikten und deren friedliche Beilegung, im letzten Jahrzehnt nachhaltig verändert hat. Das Ziel dieser gemeinsamen Publikation von 58 Autor\*innen aus zwölf Disziplinen in 43 Beiträgen zeigt auf, wie dieser neue Zweig der Sozialwissenschaften, seine eigene bisher geleistete Forschung darstellt. Es ist, das sei schon anfangs gesagt, eine gelungene Gesamtschau dessen, was es heute im deutschsprachigen Lebensraum an spezifischen Forschungsprojekten gibt. Es gibt sie schon, wenn auch leider erst vereinzelt, die Lehrstühle für diesen, sich als eigenständiges Wissenschaftsfeld etablierendes Handlungs- und Forschungsgebiet. Die Vielfalt der je einzelnen Forschungsansätze wird, auch dank finanzieller Hilfe der Deutschen Stiftung für Mediation, welche die Forschergruppe Mediation, die sich für hochschulübergreifenden, transdisziplinären Austausch einsetzt, unterstützt. Hier findet die Leser\*in eine Fülle von Kommunikationen, die nicht nur über empirische sozial-phänomenologische und systemische Erforschung von Mediationserfahrungen berichten, sondern im Weiteren auch praktische politische Einsichten darüber vermitteln, was es braucht, um diese Art und Weise der Konfliktlösung dienende Aktivität erfolgreich auszuüben.

Der Band kommt in vier Teilen daher. Im ersten werden die Beziehungen des Forschungsobjektes zu Mediation, die Gegenstandsdefinition und der Blickwinkel bei der



Erforschung bedacht und beschrieben. Drei Autoren teilen sich diese Aufgabe. Mediation ist nicht nur ein Verfahren, sondern braucht eine innere Klarheit derjenigen, die sie ausüben.

In Teil zwei werden Forschungsansätze verschiedener Disziplinen vorgestellt. Die acht Autor\*innen schreiben von ihren theoretischen Zugriffen, mit denen sie Mediation als ein Forschungsfeld sozial-phänomenologisch und strukturell untersuchen, beschreiben und – hoffentlich – erklären können. Mediation kann kulturwissenschaftlich erforscht werden. Gleichzeitig wird sie hier einer bildungstheoretischen Reformulierung unterzogen, da diese Aktivität uns in der gegenwärtigen, komplexer werdenden Gesellschaft positiv begleiten kann. Als Kommunikationsmacht ist Mediation, als soziologische Konfliktforschung, gleichzeitig ein Teil der kommunikationswissenschaftlichen Grundlagenforschung. Ob sich nun eine Gesprächslinguistin oder eine angewandte Kreativitätsforscherin ans Werk machen – immer bekommen wir einen bunten Strauss von Ideen und Forschungsergebnissen.

Der dritte Teil zu problemgeleiteten Reflexionsangeboten und empirischen Forschungsergebnissen, ob auf qualitative oder/und quantitative Weise erhoben, ausserdem oft in Kombination mit theoriegeleiteten Hypothesen, kommt in – unglaublichen elf Unterteilen – daher. Es ist eine schier unglaubliche Vielfalt von Bereichen, in denen Mediationsforschung betrieben wird. Es wäre unfair, die eine oder den anderen Forscher\*in hervorzuheben. Sie sind alle in ihren Präsentationen engagiert und behalten den Blick fürs Ganze.

Erst wird die Mediation als zeitgenössisches Phänomen untersucht. Dann folgen die interkulturellen, kulturvergleichenden und internationalen Fragestellungen. Die verschiedenen Grundpositionen und kulturellen Wertsetzungen in der Mediation werden reflektiert. Die implizite und explizite Macht von Sozialstrukturen, in verschiedenen Situationen wahrgenommen, werden aufgezeigt und in narrativen Episoden analysiert. Wie Organisationen und Institutionen die Entwicklung von Konfliktmanagementsystemen beeinflussen und schon beeinflusst haben, wird untersucht. Die multifaktoriellen Konflikt- und Interventionsanalysen in komplex strukturierten Kontexten,

werden anhand von empirischen Daten belegt, bevor die, für die Praxis wichtigen, speziellen Wirkfaktoren und Wirkprozesse in diesem Berufsfeld herausgearbeitet und debattiert werden können. Vom Ist-Zustand hinüber zum neuen Was-Zustand und schlussendlich zum Wozu der Interventionen. Was für Interventionsinstrumente sind wann und wie angebracht? All das geht nicht ohne Irritationen und Widersprüche, welche sich im Handeln der Mediator\*innen, in all den Bereichen ihrer Aktivitäten – Betriebe, Schulen, Universitäten, Gemeinden, Bundesländer, Gruppen usw. – zeigen. Was das alles kosten darf und welche volks- sowie betriebswirtschaftlichen Überlegungen angestellt werden müssen, um eine diesbezügliche Klarheit zu bekommen, zeigt einmal mehr, wie praxisorientiert dieser ganze Sammelband daherkommt.

Welche Vorbedingungen für eine auszuübende Mediation gegeben sein müssen und was in der Ausbildung für Wissen aus dem Praxisalltag wieder in die Theorie einfließen kann, ist dem Test des Alltags geschuldet. Es geht um die wirklichkeitsnahe Praxis in der Theorie und die Theorie in der Praxis in dieser wichtig und doch sanft aufstrebenden neuen sozialwissenschaftlichen Disziplin. Mit ihrem dynamischen und jugendlichen Flair positioniert sich diese Forscher\*innen-Gruppe in unserem Wissenschaftsfeld. Selbstverständlich sind die je eigenen Forschungen mit denen aus dem Feld der diversen Beratungen, Life-Coachings und psychologischen Supervisionen nutzbringend in Verbindung zu setzen. Im vierten und letzten Teil wird auf die vielen Master-Qualifikationsarbeiten als Ressource für die Erforschung von Mediation hingewiesen. All dieses Erfahrungswissen, welches in Bibliotheken der Hochschulen lagert, könnte, wenn gesichtet, viele Impulse für weitere Mediationsforschung geben. Damit dieses Potenzial neu genutzt werden kann, setzt sich die Forschungsgruppe Mediation, aus der die meisten Schreiber\*innen dieses wissenschaftlich üppigen Buches kommen, für zunehmende Onlinepublikationen ein. Dieses transdisziplinäre Projekt ist geglückt. Der Preis, von Springer VS festgelegt, ist eine Hürde, die zu nehmen es sich alleweil lohnt.

*Theodor Itten*

# Gute VERHALTENSTHERAPIE lernen und beherrschen



## Bd. 1 Verhaltenstherapie-Wissen

So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome

Können baut auf Wissen auf und Therapie auf Verstehen. Um zu dem notwendigen tiefen Verständnis des Menschen zu gelangen, der zu Ihnen in Psychotherapie kommt, ist ein profundes Wissen unverzichtbar:

- umfangreiche empirische Forschung aus Psychologie und Neurobiologie und
- aktuelle wissenschaftliche Erkenntnis und Theoriebildung.

Das hilft,

- zu einer stimmigen Fallkonzeption,
- einer klaren Therapiestrategie und
- einer effektiven Behandlung zu gelangen
- eine sichere und souveräne therapeutische Haltung einzunehmen.

Wissen, das man gerne griffbereit hat.

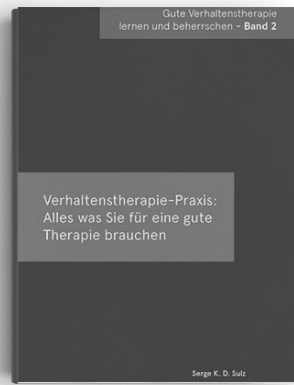
---

ISBN 978-3-86294-046-2

---

Hardcover DIN A4 | 438 S. | 59,- €

---



## Bd. 2 Verhaltenstherapie-Praxis

Alles, was Sie für eine gute Therapie brauchen

Moderne kognitive Verhaltenstherapie mit

- störungsspezifischen evidenzbasierten Therapien,
- störungsübergreifenden Interventionen und
- der Wirkungskraft des Expositionsprinzips
- auf dem Erkenntnis- und Kompetenzstand der Verhaltenstherapie der dritten Welle.
- Hinzu kommt die Perspektive der evidenzbasierten Strategisch-Behavioralen Therapie
- schemaanalytisch (dysfunktionale Überlebensregel) und funktionsanalytisch (Reaktionskette zum Symptom)

Alle wichtigen Interventionen anschaulich beschrieben ab der ersten Therapiestunde mit dem ersten Patienten

---

ISBN 978-3-86294-047-9

---

Hardcover DIN A4 | 316 S. | 59,- €

---

### PAKETPREIS

---

Serge K. D. Sulz | Band 1 Verhaltenstherapie-Wissen UND Band 2 Verhaltenstherapie-Praxis

---

Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen | ISBN 978-3-86294-049-3 | 99,- €

---

Bestellung: Herold Fulfillment GmbH | [cip-medien@herold-va.de](mailto:cip-medien@herold-va.de) | [www.cip-medien.com](http://www.cip-medien.com)  
Raiffeisenallee 10 | 82041 Oberhaching | Tel. 0 89-61 38 71 24 | Fax 0 89-61 38 71 20

