

**American Psychiatric Association (APA):****DIAGNOSTISCHES UND STATISTISCHES MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN – DSM-5®**

Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen unter Mitarbeit von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig

Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2015. 1298 S., € 169,-

ISBN 978-3-8017-2599-0 (auch als E-Book erhältlich).

Kein psychiatrisches Standard-Werk hat in den letzten Jahren so viel Interesse, Nutzung, aber auch kontroverse Diskussionen ausgelöst wie das US-amerikanische Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM. Jetzt liegt die deutsche Übersetzung der 5. Revision vor, ein „wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Optimierung von Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen“, wie die deutsche Herausgeber-Gruppe in ihrem Vorwort formuliert.

Grundlage ist eine über zehnjährige Diskussion unter Klinikern und Wissenschaftlern ganz unterschiedlicher Orientierungen (z. B. neurobiologisch, psychodynamisch, kognitiv, verhaltensbezogen, interpersonal, systemisch u.a.m.). Keine Frage: Es ist nicht einfach, für alle – unanhängig von ihrer theoretischen Perspektive – *eine* gemeinsame Sprache zu finden – und das sind nicht nur Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen, das sind auch Ärzte anderer Fachgruppen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Berater, forensische und rechtliche Spezialisten sowie solche aus dem beruflichen Rehabilitations-Sektor und einer Vielzahl weiterer Gesundheitsberufe. Das DSM-5® ist also auch ein Werkzeug, um genauere öffentliche Gesundheitsstatistiken psychischer Störungen zu sammeln und zu kommunizieren, um Mobilitäts- und Mortalitätsfragen zu beantworten und schließlich auch als ergänzend-beschreibender Text als Lehrbuch für Studierende und Berufsanfänger zu dienen. Oder kurz: Wie erkennt, diagnostiziert und klassifiziert man psychische Störungen.

Nun gibt es daneben aber auch noch die Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie ist die weltweit verbindliche Nomenklatur und als diagnostisches Klassifikationssystem für alle Erkrankungen unter Einschluss psychischer Störungen entscheidend. Ihr Nachteil, dass sie einzelne Krankheitsformen nicht ausführlicher erörtert und vor allem kriteri-

um-basiert darstellen kann. Das DSM-5<sup>®</sup> dagegen bietet sich deutlich gezielter auch als diagnostisches Klassifikationssystem mit entsprechender Nomenklatur an. Deshalb ist es auch ein praxis-orientiertes Manual, nach welchen Regeln und Richtlinien eine Diagnose abgeleitet und begründet werden kann. Damit ist es für die Lehre und die Ausbildung aller Gesundheitsberufe prädestiniert, wenn es um die Versorgung psychisch kranker Menschen geht. Und es bietet sich zudem für die Erforschung psychischer Störungen an, wenn international mit einheitlicher Sprache und Struktur vorgegangen werden muss.

Letztlich ergänzen sich natürlich ICD und DSM in vielen Fällen und sind auch nicht völlig anderer Fach-Meinung. Auch ist davon auszugehen, dass die 11. Auflage der ICD-10 sich in so manchem der DSM-5<sup>®</sup>-Vorarbeit anschließen könnte.

Neu ist in der 5. Auflage des DSM allerdings auch nicht wenig, vor allem was konzeptuelle und inhaltliche Veränderungen anbelangt. So wurden beispielsweise einige Störungen im Rahmen einer übergreifenden Meta-Struktur neu geordnet, um vor allem neue klinische Perspektiven zu eröffnen (was dann auch bei der ICD-11 der Fall sein soll). Auch wurden entwicklungs-bezogene Aspekte stärker berücksichtigt, die Integration neuer genetischer und Bildgebungs-Erkenntnisse genutzt u.a. Im Detail sind das beispielsweise die Zusammenfassung von Autismus, Asperger-Syndrom und Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen unter der Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung, die „verschlankte Klassifikation“ der bipolaren und depressiven Störungen, eine „konsistentere und klarere Strukturierung“ der Substanzstörungen, eine „Erhöhung der Spezifität“ für leichte und schwere neuro-kognitive Störungen, die Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen und „neue Störungen und Merkmale“.

Bei letzteren aber gibt es auch Diskussions-Bedarf, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) betont (und nicht nur diese). Ihr Argument lautet: „Auch wenn eine treffende Diagnostik durchaus erwünscht ist, so sollten doch entsprechende Krankheits-Konzepte nur dann ausgeweitet werden, wenn sich dadurch klinisch relevante Leiden besser als bisher erkennen lassen. Die Einführung neuer Diagnosen psychischer Störungen und die Ausweitung der Grenzen von bereits bestehenden psychischen Störungen können aber zu einer Medikalisierung von Problemen unserer Ge-

sellschaft führen“. Dazu gehört beispielsweise die Einführung bestimmter neuer Krankheits-Diagnosen (mit z. T. monströs neuen „Wort-Ungebilden“) und die damit verbundene Verschiebung diagnostischer Grenzen von „gesund“ zu „krank“. Denn einige dieser neu geplanten psychischen Beeinträchtigungen besitzen keinen Krankheitswert. Sie bilden natürliche Anpassungs- oder Alterungsprozesse ab. Macht man sie aber zu Krankheiten, dann hat das nicht nur sehr individuelle Konsequenzen („plötzlich psychisch krank“), die daraus ggf. resultierende Leistungsansprüche dürften auch das medizinische Versorgungssystem überlasten und damit eine gerechte Verteilung der begrenzten (und bisher „gedeckelten“) Ressourcen des Gesundheitswesens überlasten, wenn nicht gar eines Tages überfordern.

Neben dem Vorwurf, dass nicht wenige, bisher normal-psychologisch interpretierbare Zustände „pathologisiert“ werden und damit zu einer Inflation an (neuen) Krankheiten beitragen, gibt es auch auf neuro-wissenschaftlicher Seite Kritik. Denn eine rein syndrom-orientierte Klassifikation (also nach entsprechenden Symptom-Konstellationen) müsse zu einer fehlerhaften Nosologie (Krankheitslehre) führen, da sich bekanntlich unterschiedliche Ursachen auch in ähnlichen Krankheits-Kombinationen zeigen können.

Diese und andere Experten-Diskussionen dürften sich vermutlich noch ausweiten, wenn sich die entsprechenden Konsequenzen im Alltag abzuzeichnen beginnen.

Ansonsten ist die 5. erweiterte, überarbeitete und gewaltig gewachsene Ausgabe des DSM (fast 5 Pfund schwer) ein eindrucksvolles Opus, die Frucht tausender von intensiven Arbeitsstunden einer eindrucksvollen Zahl renommierter Experten aus aller Welt. Den in der Mühsal des Alltags verhafteten Ärzten dürfte es auch zu verdanken sein, dass manche – inzwischen nicht nur immer häufiger werdende, sondern auch stigmatisierende – Fachbegriffe ersetzt werden, z. B. statt Demenz lieber „neuro-kognitive Störung“. Eindrucksvoll ist auch der umfassende Katalog „anderer klinisch relevanter Probleme“ wie zwischenmenschliche Schwierigkeiten, Missbrauch, seelische und körperliche Misshandlung, sexuelle Gewalt durch Partner, Probleme im Zusammenhang mit Ausbildung und Beruf, mit Wohnbedingungen oder wirtschaftlichen Verhältnissen u. a. m.

So etwas gab es in diesem Ausmaß wohl noch nie und dürfte wohl auch die Richtung vorgeben, wie es in Zukunft weitergeht. Denn die Klientel, die es betrifft, wächst ebenfalls – weltweit. Wie man sie diagnostisch, differenzialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein), präventiv und therapeutisch einzuordnen versucht, ist das eine. Dass man sich ihrer annehmen muss, das andere, wichtigere. Und dazu dient erst einmal die Diagnose, eine zutreffende, detaillierte, weitgehend abgesicherte und die erfolgreiche Therapie einleitende Diagnose, wozu das DSM-5<sup>®</sup> ein Meilenstein sein dürfte (einschließlich zusätzlicher Online-Informationen unter [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5)). Darüber hinaus werden zur Berücksichtigung kultureller Aspekte entsprechende Module angeboten.

Kurz: schwergewichtig (im wahrsten Sinne des Wortes), eindrucksvoll, detailliert hilfreich, wissenschaftlich wegweisend, diskussions-fördernd, den gesellschaftlichen Notwendigkeiten angepasst (VF).