Was sind psychische Erkrankungen?

Zur Unterscheidung zwischen psychischen Leiden und psychischen Störungen

Richard J. McNally

2.1 Einleitung – 12

2.2 Warum waren die DSM bei aller Fehlerhaftigkeit so erfolgreich? – 13

2.3 Sind psychische Störungen nichts anderes als soziale Konstruktionen? – 13

2.4 Die Lösung eines evolutionären Paradoxons – 14

2.5 Die „Harmful Dysfunction Analysis" nach Wakefield – 14

2.6 Die Netzwerkperspektive zu psychischen Störungen – 16

Literatur – 16

Die Übersetzung des Textes stammt von Mag. Karl Thomanek.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017
F. Riffer, E. Kaiser, M. Sprung, L. Streibl (Hrsg.), *Die Vielgestaltigkeit der Psychosomatik*,
Psychosomatik im Zentrum, DOI 10.1007/978-3-662-54146-3_2

Die Veröffentlichung der 5. Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association 2013) hat nicht dazu beigetragen, das Abgrenzungsproblem der Unterscheidung zwischen psychischen Störungen und psychischen Leiden zu klären. Zweck dieses Kapitels ist es, die Schlüsselauslöser dieser Kontroverse zu besprechen, einschließlich sozialkonstruktivistischer und evolutionärer Modelle. Das Kapitel thematisiert zum Abschluss die neue Netzwerkperspektive zu psychischen Störungen, eine radikale Alternative zu den traditionellen kategorischen und dimensionalen Modellen, die ungeachtet ihrer vielen Einschränkungen unser Fachgebiet dominieren.

2.1 Einleitung

Vor einigen Jahren gab die American Psychiatric Association (APA) unter heftigen Kontroversen die 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association 2013) heraus (dt. Ausgabe: Falkai u. Wittchen 2015). Unmittelbar vor ihrer Enthüllung verlautbarte der Direktor des National Institute of Mental Health (NIMH), dass das DSM nicht mehr als erforderliches Rahmenwerk für die dem NIMH zur Förderung vorgelegte Anträge gelten werde (Insel 2013). Er gab an, dass das Institut „seine Forschung ohne DSM-Kategorien neu orientieren" sowie Anträgen, die sich transdiagnostischen Mechanismen widmeten, wie von der Initiative Research Domain Criteria (RDoC) erläutert, der Vorzug gegeben werde (ebd.). Sogar der Vorsitzende der vorangegangenen Ausgabe des Manuals verurteilte das DSM-5 als „weitgehendes Fiasko" (Frances 2014, S. 372) in der Medikalisierung normaler Formen emotionalen Leidens (Frances u. Nardo 2013).

Letztlich betrifft dieser Tumult das **Abgrenzungsproblem** in unserem Fachgebiet – das heißt, wie unterscheiden wir psychische Störungen von gewöhnlichen psychischen Leiden (McNally 2011)? Die durch mehrfache Ereignisse verschärfte Kontroverse über den eigentlichen Zuständigkeitsbereich der Psychopathologie hat sich in den letzten Jahren vertieft. Eine der gründlichsten je durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen hat ergeben, dass 50% aller Erwachsenen in den USA zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrem Leben einmal (Kessler et al. 2005a) und 25% im vorangegangenen Jahr psychisch krank gewesen waren (Kessler et al. 2005b). Solche Befunde erregten vielfach die Sorge, etwa dass die Psychiatrie viel zu viel Raum im emotionalen Alltagsleben einnehme, normale Traurigkeit als wesentliche depressive Störung interpretiere und die gewöhnliche Schüchternheit als Sozialphobie fehldeute.

Tatsächlich war die Anzahl der einzelnen diagnostischen Kategorien im DSM seit dem Ersterscheinen im Jahr 1952 mit 106 distinkten psychischen Störungen stark ausgeweitet worden. Als die vierte Auflage 1994 erschien, war die Anzahl der Störungen auf 365 angewachsen. Man fragte sich, wie Gesundheitsexperten tatsächlich mehr als 250 neue Wege des psychischen Krankseins entdeckt hatten, so wie Botaniker neue Pflanzenspezies entdecken. Oder würden durch die Psychiatrie nichtpsychopathologische Zustände als psychische Erkrankungen klassifiziert werden, wie Diagnosen des Stotterns, der Koffeinintoxikation und des Jetlag-Subtyps der zirkadianen Dysrhythmie nahezulegen schienen?

Zweck dieses Kapitels ist es, neuere Versuche, das Abgrenzungsproblem zu lösen, zu besprechen – wie können wir psychische Leiden von psychischen Störungen unterscheiden?

2.2 Warum waren die DSM bei aller Fehlerhaftigkeit so erfolgreich?

Was ist angesichts der von ihnen ausgelösten Kontroverse der Nachweis für die nachhaltige Wirkung der DSM? Zunächst einmal wurden seit dem Erscheinen des DSM-III (American Psychiatric Association 1980) in jeder nachfolgenden Ausgabe psychische Störungen durch die Angabe expliziter diagnostischer Kriterien charakterisiert. Dadurch wurde die Wahrscheinlichkeit zunehmend erhöht, dass ausgebildete Kliniker eine zufriedenstellende Interrater-Reliabilität erzielen konnten. Zweitens erhalten Psychopathologen mit (relativ) atheoretischen Kriterien eine Lingua Franca. So könnten sich Kliniker verschiedener (etwa psychoanalytischer, biologischer, kognitiv-verhaltenswissenschaftlicher) Orientierungen im Prinzip trotz Uneinigkeit im Hinblick auf die Ätiologie über das Vorhandensein von Zeichen und Symptomen einigen. Drittens haben die DSM ab der 3. Ausgabe eine Grundlage für die massive Zunahme an Forschungen zu den Ursachen und Therapien psychischer Störungen geschaffen.

2.3 Sind psychische Störungen nichts anderes als soziale Konstruktionen?

Eine radikale Kritik behauptet, dass unsere diagnostischen Kategorien nicht wirkliche Krankheitsentitäten beschreiben, sondern vielmehr sozial konstruierte Idiome des Leidens identifizieren (für eine Übersicht: s. McNally 2011, S. 128–158). Anders als die Grippe, der Krebs oder AIDS sind demnach psychische Störungen die Produkte sozialer, in spezifischen kulturellen sowie historischen Nischen befindlicher Prozesse.

Unter Berücksichtigung der Verdienste dieser Kritik ist es wichtig, zwischen dem **Konzept** und dem **Referenten** zu unterscheiden – in unserem Bereich also der diagnostischen Kategorie und der Störung. Ganz offenkundig sind diagnostische Kategorien von Menschen konstruiert. Die Kontroverse bezieht sich darauf, ob die Störungen selbst Produkte sozialer Prozesse oder Erzeugnisse natürlicher Prozesse sind.

Zu starr ist allerdings die Dichotomie zwischen sozial oder kulturell Konstruiertem versus in der Natur Entdecktem. Tatsächlich variieren Störungen je nach dem Grad ihrer kulturellen Durchdringung. Manchmal kratzt die Kultur kaum an der Oberfläche, wie im Fall der Inhalte von Wahnvorstellungen bei psychotischen Erkrankungen. Patienten, die noch nie von der CIA gehört haben, können diesbezüglich auch keinen Verfolgungswahn entwickeln.

Bei Panikstörungen und anderen Syndromen dringt die Kultur etwas tiefer ein. Während westliche Patienten sich z.B. charakteristischerweise vor Palpitationen und Schwindelanfällen als Vorboten für einen drohenden Herzstillstand oder Schlaganfall fürchten (McNally 1990), verfallen Angehörige der traditionellen kambodschanischen Kultur bei Genickstarre in Panik, da diese als Vorbote für potenziell fatale „Windblockaden" im Kreislauf aufgefasst werden (Hinton et al. 2006). Die volkstümliche kambodschanische Physiologie vertritt die Auffassung, dass die Arterien sowohl von Winden als auch von Blut durchströmt werden. Das Fazit der körperlichen Sinnesempfindung → katastrophale Fehlinterpretation der Empfindung → erhöhte Furcht → als richtig angenommene Einschätzung der bevorstehenden Gefahr → Panik (Clark 1986) ist über alle Kulturen hinweg gleich, wiewohl der Fokus der Besorgnis sehr unterschiedlich sein kann.

Schließlich scheinen einige Syndrome durch soziale Prozesse in hohem Ausmaß geformt – vielleicht konstruiert – zu sein. Die Dissoziative Identitätsstörung, vormals Multiple Persönlichkeitsstörung, ist ein klassisches Beispiel für ein Idiom des Leidens, das durch soziale Prozesse

stark geformt ist und ausschließlich in gewissen kulturellen und historischen Nischen gedeiht (Lilienfeld et al. 1999).

Zusammenfassend variieren Störungen nach dem Grad der kulturellen Durchdringung. Umgekehrt impliziert diese Variabilität, dass viele davon eine biologische Substanz besitzen, wodurch Fragen zu ihrem evolutionären Stellenwert entstehen.

2.4 Die Lösung eines evolutionären Paradoxons

Psychische Störungen sind schädlich, vererblich und verbreitet. Warum hat dann die natürliche Selektion nicht Risikoallele aus dem Genpool eliminiert? Noch rätselhafter ist, dass junge Menschen von psychischen Störungen überproportional betroffen sind, und das lange vor dem Ende der reproduktiven Phase. In der Tat brechen 50% aller psychischen Störungen vor dem 15. Lebensjahr und 75% aller Störungen vor dem 25. Lebensjahr aus (Kessler et al. 2005a). Risikoallele für später ausbrechende Störungen, wie etwa die Alzheimer-Krankheit, bleiben für die Selektion unerkennbar, da Personen, die für die Entwicklung solcher Störungen anfällig sind, zu diesem Zeitpunkt bereits ihre Gene an ihre Nachkommen vererben konnten.

Obwohl die Herpetophobie, Akrophobie und einige andere Störungen Formen der Überanpassung an die pleistozäne Umgebung, in welcher sich der Mensch entwickelte, darstellen könnten (für eine Übersicht: s. McNally 2011, S. 98–127), eignet sich eine solche Erklärung für die meisten Syndrome nicht. Auch die Fähigkeit, Trauer und andere aversive Emotionen zu erleben, zählt zu den entwickelten Anpassungen, aber das bedeutet nicht, dass das Syndrom der Depression selbst eine Anpassung darstellt.

Warum bestehen psychische Störungen fort? Die plausibelste Erklärung für die meisten Syndrome bietet die „polygenic mutation-selection balance theory" (Keller u. Miller 2006). Etwa 55% unserer proteinkodierenden Gene sind im Gehirn exprimiert, und dementsprechend ist die Mutationszielgröße des Gehirns sehr groß. Dinge können auf verschiedene Art und Weise im Gehirn genetisch schiefgehen. Dementsprechend ereignen sich viele Fehlanpassungen wahrscheinlich in gemeinsamen Genen, die geringe Wirkungen auf das psychopathologische Risiko haben (daher „polygenes" Risiko). Es gibt auch seltene Varianten größerer Effekte, die wahrscheinlich zur Psychopathologie beitragen. Die Schlüsselerkenntnis ist allerdings, dass die Rate und die Anzahl der Mutationen vermutlich eine schnellere Entwicklung nehmen als jene der natürlichen Selektion. Das Ergebnis des erfolgreichen Rüstungswettlaufs von Mutationen gegen die Selektion ist, dass psychische Störungen ungeachtet ihrer Häufigkeit, Schädlichkeit und Vererblichkeit fortbestehen, auch wenn sie junge Menschen betreffen.

2.5 Die „Harmful Dysfunction Analysis" nach Wakefield

Nach Wakefield (1992, 1999) ist die Essenz von Störungen die schädliche Dysfunktion. Er argumentiert, dass die Störung ein Hybrid-Konzept darstellt. Dieses enthält eine faktische Komponente, die angibt, was an einer natürlichen (entwickelten) psychobiologischen Funktion fehlgeschlug, sowie ein soziales Werturteil, das die sich ergebenden Schäden angibt. Natürliche Funktionen sind diejenigen, welche in anzestralen Populationen die Fitness – das Überleben und die Fortpflanzung – gefördert haben und daher auch heute noch präsent sind. Die soziale Wertkomponente legt die Art und Weise fest, in der eine Störung einer natürlichen Funktion Schaden anrichtet. Zweckloses Leiden, das nicht durch ein begleitendes Benefit eingelöst wird, die Zunahme der Sterblichkeit, der Freiheitsverlust, die Arbeitsunfähigkeit und Beeinträchtigung der sozialen Funktionalität zählen allesamt zu den Schäden.

Gemäß der „Harmful Dysfunction Analysis“ (HDA) ist eine Dysfunktion, die der betroffenen Person keinen Schaden zufügt, keine Störung. Daher würden Dysfunktionen in den „gender modulatory systems“ (Cosmides u. Tooby 1999, S. 458) nicht als Störungen gelten, wenn etwa homosexuelle Personen kein Leiden im Hinblick auf ihre sexuelle Orientierung empfinden. Umgekehrt ist der Schaden, der nicht aus einer Dysfunktion entsteht, ebenfalls nicht als Störung qualifiziert. So gilt auch das Leiden von Hinterbliebenen nicht als psychische Erkrankung.

In das Rahmenwerk Wakefields passen einige Syndrome recht bequem hinein. Nach Klein (1993) rühren Panikattacken von einer Unordnung in einem entwickelten Alarmsystem her, das ansteigende Mengen an zentralem Kohlenstoff und damit eine drohende Erstickung andeutet. Genauso wie ein defekter Rauchmelder auch ohne Feuer ausgelöst werden kann, signalisiert die Dysfunktion im Erstickungsalarmsystem auch ohne bestehende Gefahr die Möglichkeit zu ersticken. Im Gegensatz dazu hat Clark (1986) argumentiert, dass die katastrophale Fehlinterpretation harmloser körperlicher Sinneswahrnehmungen (z.B. Herzrasen, Schwindel) als Vorboten für ein bevorstehendes Unglück Furcht auslöst. Diese wiederum verschärft die Wahrnehmungen und bestätigt gleichsam ihre katastrophale Fehlbeurteilung. So wird die Panik durch die Dysfunktion in den kognitiven Mechanismen, welche die Einschätzung der Bedrohung vermitteln, als Störung bestätigt.

Bedauerlicherweise fällt die HDA konzeptuellen und klinischen Problemen zum Opfer (McNally 2001). Beispielsweise impliziert die Dysfunktion Fehler, um eine Funktion zu erfüllen. Urteile dieser Art sind ausnahmslos normativ und nicht rein deskriptiv. Beurteilungen einer Dysfunktion sind nicht bloß Aussagen zur Evolutionsgeschichte. Berücksichtigen wir den Fall der Homosexualität, die vor Jahrzehnten aus dem DSM entfernt wurde, um zu erkennen, wie Normativität in die Beurteilungen von Dysfunktionen eindringt. Wie Wakefield sind auch Cosmides und Tooby der Meinung, dass die Homosexualität nicht als Störung gilt, da sie nicht schädlich ist, obwohl sie auf etwas aufbaut, „das mit ziemlicher Gewissheit eine evolutionäre Dysfunktion ist“ („what is almost certainly an evolutionary dysfunction“, Cosmides u. Tooby 1999, S. 458). Ich nehme an, dass wenige Homosexuelle auf die Behauptung gleichgültig reagieren würden, sie wären „dysfunktional“ oder gar „gestört“. In der Tat sind sowohl „Dysfunktion“ als auch „Störung“ normative Begriffe.

Das Ziel der HDA ist, Nicht-Störungen aus dem DSM zu löschen. Leiden ohne Nachweis von Dysfunktion kann nicht als Störung gelten, und Dysfunktion in Abwesenheit von Leiden zählt ebenfalls nicht. Allerdings ist das Ergebnis ein Paradoxon (Henriques 2002). Berücksichtigen wir z.B. eine Person, deren Depressionssymptome sich in Folge des Verlusts des Arbeitsplatzes, des Ehepartners oder einer Zwangsräumung entwickeln. Im Geiste der HDA könnten Kliniker dieser Person, deren Depression eine normale Antwort ihrer entwickelten Stimmungsregulationsmechanismen darzustellen scheint, die Diagnose (und damit eine erstattungsfähige Therapie) verweigern. Dieselben Kliniker könnten hingegen bereitwillig eine wohlhabende Frau diagnostizieren, deren Depression ausgebrochen war, ohne dass sie derartigen substanziellen Stressoren ausgesetzt gewesen wäre, da ihre Stimmungsregulationsmechanismen einen Verlust signalisierten, der sich nicht ereignet hatte.

Abgesehen von diesen paradoxen Implikationen entstehen auch andere Schwierigkeiten bei der Anwendung der HDA in der diagnostischen Praxis – ein an sich schon großes Problem. Da die Kognition keine Fossilberichte hinterlässt, ist es z.B. schwierig, die Naturgeschichte der Kognition so zu rekonstruieren, dass entwickelte, natürliche und dysfunktional gewordene Funktionen identifiziert werden können. Darüber hinaus sind die afrikanische Savanne im Pleistozän, in der sich der Mensch entwickelte, und die heutige postindustrielle Welt in vielerlei Hinsicht vollkommen unterschiedlich. Warum sollten dann heute prähistorische Standards als Richtwert für die Zuschreibung einer Dysfunktion herangezogen werden? Statt uns auf Spekulationen zu evolutionären Ursprüngen zu verlassen, könnten wir Störungen in der gegenwärtigen Kausalrolle

einer psychobiologischen Funktion als Basis für die Annahme einer Dysfunktion identifizieren (Wouters 1995). Das heißt, dass distale, evolutionäre Funktionen mit ihren undeutlichen historischen Ursprüngen gegenwärtig nicht der beste Maßstab für die Formulierung eines geeigneten Konzepts zur Störung sind. In der Tat hat William Harvey die proximale Funktion des Kreislaufs erkannt, ohne überhaupt etwas über die Evolution zu wissen.

2.6 Die Netzwerkperspektive zu psychischen Störungen

Die meisten Ansätze konzeptualisieren psychische Störungen in kategorischer oder in dimensionaler Weise (für eine Übersicht: s. McNally 2011, S. 184–211). Wie von Borsboom (2008) beobachtet, werden in einigen kategorischen und dimensionalen Modellen Symptome so interpretiert, dass sie auf zugrunde liegende Störungen, welche ihre Entstehung und Kovarianz bewirken, hinweisen. Diese Modelle basieren auf dem Axiom der lokalen Unabhängigkeit. Das heißt, dass Symptome unkorreliert sind, sobald auf das Vorhandensein einer zugrunde liegenden „Krankheitsentität" konditionalisiert wird. Wie Borsboom betont, funktioniert dieses Modell bei vielen Erkrankungen, wie etwa beim bösartigen Tumor, der als gemeinsame Ursache der auf seine Präsenz hinweisenden Symptome fungiert.

Allerdings scheint es unwahrscheinlich, dass dieses Modell auf die meisten psychischen Störungen Anwendung finden kann (Borsboom u. Cramer 2013). In der Tat ist es offensichtlich, dass Störungssymptome nicht lokal unabhängig sind, wie von den traditionellen, latenten, kategorischen oder dimensionalen Modellen gefordert. Vielmehr interagieren Symptome, statt auf eine bestimmte zugrunde liegende Entität hinzuweisen (die Furcht bewirkt Vermeidung, Obsessionen bewirken Zwänge, die Schlaflosigkeit verursacht Erschöpfung). Dementsprechend haben Borsboom und Mitarbeiter eine radikal andere Perspektive zu psychischen Störungen im Sinne von Kausalnetzwerken interagierender Symptome vorgelegt (Borsboom u. Cramer 2013; Cramer et al. 2010). Der Netzwerkansatz argumentiert, dass Symptome für Störungen grundlegend und nicht auf sie hinweisend sind. Störungen sind Phänomene, die aus den zwischen ihren Symptomen bestehenden Interaktionen entstehen. Borsbooms Team hat leistungsstarke rechnerische Verfahren entwickelt, um Syndrome als Symptomnetzwerke charakterisieren zu können (z.B. Epskamp et al. 2012). Diese Verfahren sind etwa zur Verdeutlichung der Netzwerkstrukturen der Depressionsstörung (z.B. Cramer et al. 2012), der komplexen Trauerstörung (Robinaugh et al. 2014) sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung (McNally et al. 2015) angewendet worden.

Zusammenfassend stellt die Netzwerkperspektive zu psychischen Störungen eine radikale Alternative zu kategorischen wie auch dimensionalen Ansätzen dar, welche unsere Disziplin ungeachtet ihrer Beschränkungen dominieren (für eine Übersicht: s. McNally 2011, S. 184–211). Der Netzwerkansatz führt eher zu einer Auflösung als zu einer Lösung des Abgrenzungsproblems, das impliziert, dass alle Beispiele für psychische Störungen gemeinsame Essenzen teilen, die sie zu Störungen machen (Wakefield 1999), und dass die konzeptuelle Aufgabe der Psychopathologie darin besteht, diese Essenzen zu artikulieren. Die Netzwerkperspektive ist ein nichtessentialistischer Ansatz zu psychischen Störungen (Borsboom u. Cramer 2013), der für die Verbesserung unseres Verständnisses der Ursachen psychischer Erkrankungen vielversprechend ist.

Literatur

American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington, DC

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Press, Arlington, VA

Borsboom D (2008) Psychometric perspectives on diagnostic systems. Journal of Clinical Psychology 64: 1089–1108
Borsboom D, Cramer AOJ (2013) Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. Annual Review of Clinical Psychology 9: 91–121
Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy 24: 461–470
Cosmides L, Tooby J (1999) Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. Journal of Abnormal Psychology 108: 453–464
Cramer AOJ, Borsboom D, Aggen SH, Kendler KS (2012) The pathoplasticity of dysphoric episodes: Differential impact of stressful life events on the pattern of depressive symptom inter-correlations. Psychological Medicine 42: 957–965
Cramer AOJ, Waldorp LJ, van der Maas HLJ, Borsboom D (2010) Comorbidity: A network perspective. Behavioral and Brain Sciences 33: 137–150
Epskamp S, Cramer AOJ, Waldorp LJ, Schmittmann VD, Borsboom D (2012) qgraph: Network visualization of relationships in psychometric data. Journal of Statistical Software 48(4): 1018
Falkai P, Wittchen H-U (Hrsg) (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen
Frances A (2014) ICD, DSM and the Tower of Babel. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 48: 371–377
Frances A, Nardo JM (2013) ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. British Journal of Psychiatry 203: 1–2
Henriques GR (2002) The harmful dysfunction analysis and the differentiation between mental disorder and disease. Scientific Review of Mental Health Practice 1: 157–173
Hinton DE, Chhean D, Pich V, Um K, Fama JM, Pollack MH (2006) Neck-focused panic attacks among Cambodian refugees: A logistic and linear regression analysis. Journal of Anxiety Disorders 20: 119–138
Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P (2010) Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of Psychiatry 167: 748–751
Keller MC, Miller G (2006) Resolving the paradox of common, harmful, heritable mental disorders: Which evolutionary genetic models work best? Behavioral and Brain Sciences 29: 385–452
Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005a) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry 62: 593–602
Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE (2005b) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry 62: 617–627
Klein DF (1993) False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. Archives of General Psychiatry 50: 306–317
Lilienfeld SO, Lynn SJ, Kirsch I, Chaves JF, Sarbin TR, Ganaway GK, Powell RA (1999) Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. Psychological Bulletin 125: 507–523
McNally RJ (1990) Psychological approaches to panic disorder: A review. Psychological Bulletin 108: 403–419
McNally RJ (2001) On Wakefield's harmful dysfunction analysis of mental disorder. Behaviour Research and Therapy 39: 309–314
McNally RJ (2011) What is mental illness? The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, MA
McNally RJ, Robinaugh DJ, Wu GWY, Wang L, Deserno MJ, Borsboom D (2015) Mental disorders as casual systems: A network approach to posttraumatic stress disorder. Clinical Psychological Science 3: 836–849
Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Vuletich HJ, McNally RJ (2014) Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. Journal of Abnormal Psychology 123: 510–522
Wakefield JC (1992) The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. American Psychologist 47: 373–388
Wakefield JC (1999) Mental disorder as a black box essentialist concept. Journal of Abnormal Psychology 108: 465–472
Wouters A (1995) Viability explanation. Biology and Philosophy 10: 435–457

■ Internetadresse

Insel T (2013) Transforming diagnosis. My Blog, Tom Insel, M.D., NIMH Director. http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml?utm_source=rss_readers&utm_medium=rss&utm_campaign=rss-full (Retrieved February 12, 2015)

http://www.springer.com/978-3-662-54145-6

Die Vielgestaltigkeit der Psychosomatik

Riffer, F.; Kaiser, E.; Sprung, M.; Streibl, L. (Hrsg.)
2017, XXIII, 216 S. 13 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-662-54145-6