

Bis und mit ICD-9 und DSM-II basierte die psychiatrische Diagnostik auf einer Kombination von klinischen Befunden und ätiologischen Annahmen, wobei letztere wissenschaftlich nicht belegt waren. Damit hingen klinische Diagnosen weitgehend von der Subjektivität und der therapeutischen Ausrichtung des Untersuchers ab. Sie waren deshalb nicht reliabel und für Dritte schwer nachvollziehbar. Wie bereits Eugen Bleuler erkannt hatte [3], stellt diese Vorgehensweise eine Behinderung für die rationale Therapieentwicklung dar. Ein für den wissenschaftlichen Zugang – und damit sind neben den biologischen die psychologischen und soziologischen Methoden mit eingeschlossen – wichtiger Schritt war die Einführung von transparenten Kriterien für die psychiatrische Diagnostik. Damit liessen sich Erkrankungszustände qualitativ und quantitativ beschreiben und mittels objektivierbaren, nachvollziehbaren Diagnosen klassifizieren. Da sowohl Ätiologie als auch Pathophysiologie der meisten psychischen Erkrankungen – dasselbe gilt übrigens auch für viele somatische Erkrankungen – weitgehend unbekannt sind, wurde lediglich der klinische Phänotyp einbezogen. Tatsächlich wird durch diesen operationalisierten Ansatz ein Teil der Komplexität psychischer Krankheiten ausgeblendet. Er ist aber derzeit die einzige Möglichkeit, Krankheitszustände und deren Veränderung unter Therapie reliabel zu beschreiben.

Mit der Feststellung von Dr. Bloch, moderne diagnostische Klassifikationssysteme seien reduktionistisch, sind wir durchaus einverstanden. Die implizite Schlussfolgerung jedoch, frühere Systeme seien besser gewesen, ist kaum haltbar. Die darin enthaltene Hermeneutik hält weder einer wissenschaftlichen Überprüfung stand, noch ist sie im klinischen Alltag nützlich. Dass der Depressionsbegriff, wie Dr. Bloch ausführt, heute inflationär angewandt würde, kann diskutiert werden. Die Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit sowie zwischen verschiedenen Krankheitsbildern ist in vielen Bereichen der Medizin, und nicht nur in der Psychiatrie, ein grundsätzliches Problem. Denken wir nur etwa an den Grenzwert des Blutdrucks für die Diagnose einer Hypertonie oder des Blutzuckerspiegels für die Diagnose eines Diabetes mellitus. Dass das von Dr. Bloch erwähnte fehlende Ansprechen auf Antidepressiva in etwa einem Drittel der Fälle Hinweis auf einen zu weit gefassten Depressionsbegriff sei, lässt sich so nicht nachvollziehen. In der gleichen Logik könnte man folgern, dass bei Unwirksamkeit von Zytostatika

---

### Replik

Wir danken Dr. René Bloch für die ausführliche Stellungnahme zu den im SMF veröffentlichten Schweizer Behandlungsempfehlungen zur Akut- und Erhaltungstherapie depressiver Episoden [1, 2]. Er greift die Tatsache auf, dass eine exakte Diagnose die Grundlage für jede Therapie ist, und beklagt, dass die aktuellen operationalisierten Klassifikationssysteme die Komplexität psychischer Erkrankungen unvollständig widerspiegeln. Zudem kritisiert er, dass evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen die psychosoziale Komponente mangelhaft einbeziehen würden.

kein maligner Tumor vorliegt. Vielmehr weist das unterschiedliche Ansprechen auf spezifische Therapien auf unterschiedliche Krankheitsuntergruppen hin sowie auf individuelle Faktoren und pathophysiologische Prozesse. Diese Zusammenhänge gilt es weiter zu erforschen und in innovative Diagnose- und Therapieverfahren zu überführen. Ein grundsätzlich neuer methodischer Ansatz ist die «Research Domain Criteria»(RDoC)-Initiative des National Institute of Mental Health [4]. Sie teilt psychische Krankheitsbilder in umschriebene symptomatische und pathophysiologische Elemente auf, mit dem Ziel, sie einer spezifischen Therapie zugänglich zu machen. Zukünftige Studien müssen diese Konzepte mit spezifischen Stratifizierungskriterien basierend auf biologischen, psychologischen und sozialen Markern anwenden, um homo-

gene Patientengruppen zu definieren und personalisierte Therapieverfahren zu entwickeln. Hoffnungsvolle erste prädiktive Marker für das Ansprechen auf antidepressive Medikationen liegen bereits vor und wurden in die aktuellen Behandlungsleitlinien [1] einbezogen.

Diese Forschung ist sehr aufwändig. Bis klinisch verwertbare und zuverlässige Resultate mit personalisierten Therapiealgorithmen vorliegen, muss die praktische Psychiatrie und Psychotherapie im klinischen Alltag das verfügbare Wissen nutzen, die ärztliche Erfahrung einbringen und die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung sowie die sozialen Massnahmen mit gesundem klinischen Menschenverstand integrieren. Evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen spielen dabei eine wichtige Rolle als Entscheidungsgrundlage.

*Für die Autoren der Behandlungsempfehlungen:  
Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Dr. med. Josef Hättenschwiler und Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler*

#### Literatur

- 1 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, Keck ME, et al. Die Akutbehandlung depressiver Episoden. *Swiss Med Forum.* 2016;16:716–24.
- 2 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, Keck ME, et al. Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe unipolarer depressiver Störungen. *Swiss Med Forum.* 2016;16:739–43.
- 3 Bleuler E. Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 1. Ausgabe 1919, Julius Springer Berlin.
- 4 Kozak MJ, Cuthbert BN. The NIMH Research Domain Criteria Initiative: Background, Issues, and Pragmatics. *Psychophysiology.* 2016;53:286–97.