

# A PSZICHIÁTRIA MISSZIÓJA A XXI. SZÁZADBAN

Harangozó Judit

pszichiáter, Ébredések Alapítvány, Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum  
harangozo@psych.sote.hu

## Bevezetés

Validak-e a pszichiátriai diagnózisok? Vajon a pszichiátriai zavarokkal összefüggésbe hozható biológiai eltérések minden esetben „versenyhátrányt” jelentenek a társadalomban? Mi határozza meg, hogy ki válik pszichiátriai beteggé, azaz pszichiátriai diagnózissal felcímkézetté? Természetesen sok más kérdést is feltehetünk a szakmánkat megalapozó, széles körű konszenzusokra és jelentős érdekeltségekre támaszkodó meghatározásokkal és e meghatározások tudományos validitásával kapcsolatban. Ahhoz, hogy megtaláljuk a pszichiátria helyét a XXI. században, hogy megértsük, mire adhat választ a pszichiátria és mire nem, érdemes kritikailag körüljárunk a szakma néhány dilemmáját. Az alábbiakban többirányú kritikai elemzést követően kíséreljük meg a szakmai megújulás kiinduló pontjait meghatározni.

## Tudományfilozófiai megfontolások

Immanuel Kant és Karl Jaspers nyomán a lelki működések magyarázatának két fő útját ismerjük: a természettudományos megközelítés belső törvényeket feltételez, ezen okok magyarázatát tűzi ki célul. A szellemtudományos megközelítés a külső és belső világ tényezői közti kapcsolatot, a döntések és a

lelki folyamatok indokait kívánja megérteni. Mindkét megközelítésmód tipizálhatónak tartja a folyamatokat, tehát szabályszerűségeket, az embereknél azonos módon működő jelenségeket feltételez. Ezzel szemben az egzisztencialista filozófusok (köztük Edmund Husserl, Martin Heidegger és Jean-Paul Sartre) az egyediséget hangsúlyozzák: minden ember egyéni sorsot él meg, egyedi módon. Fontos elképzelésük volt az *encounter*, az emberek közti egyedi kapcsolat, találkozás. A lelki jelenségek nem tipizálhatóak, de fenomenológiai módszerekkel megismerhetőek, leírhatóak. A pszichiátriai zavarok így a személy szubjektív tapasztalatából és másokkal való kapcsolataiból érthetőek meg. Az *I. táblázat* a háromféle megközelítésből levezethető, illetve ezekkel szemléleti kapcsolatot mutató megközelítéseket foglalja össze. Nyilvánvaló, hogy a pszichiátriának mindegyik megközelítéssel van dolga, így része a biológia és a szociálpszichiátria, és figyelemmel kell lennie az antipszichiátriai irányzatra is. Bármennyire is nehéz a különféle nézőpontok közti egyeztetés, kiegyezés, illetve e nézőpontok integrálása, a XXI. század pszichiátriájának ezt meg kell kísérelnie. A jó szakmai válaszok a viták, a párbeszéd, az integráció és koordináció során születhetnek meg a szakma minden szintjén, beleértve a gyógyítást.

Tudományfilozófiai irányzatok	Természettudományos megközelítés: az egyén nem választ, nem felelős, belső törvényei határozzák meg, ami okok magyarázatát tűzi ki.	Szellemtudományos megközelítés: az egyén választása, döntései indokai, felelőssége megmérhető	Egzisztencialista megközelítés: fenomenológiai leírás, amely egyedi tapasztalatból és az egyén kapcsolataiban való megnyilvánulásokról szól.
Társadalomfilozófiai irányzatok	Individualizmus: az egyén belső meghatározottságú.	Konstruktivizmus: az egyént társadalmi interakciók és hatások határozzák meg	Az <i>encounter</i> egyedi tapasztalata, átélése segíti a megértést.
	Pozitivizmus: bizonyítékokon alapuló eljárások, szoros tudományos kritériumok a kutatásban.	Pszichoterápiák többsége: az indokok megértése, értelmezése	Személyközpontú megközelítés: az egyén „növekedését” facilitálja, a nonspecifikus tényezők állnak a terápia középpontjában, minden terápia egyedi,
	Bio-medikális megközelítés: a belső természeti törvények magyarázatát és befolyásolási lehetőségeit keresi	Szociálpszichiátria: az egyén megértésében a társadalmi hatásokat hangsúlyozza, pl. stigma	Encounter-terápiák
	Biológiai pszichiátria: agyi eredetű zavarok magyarázata és kezelése, biokémiai, genetikai háttér feltárása, tudományosan megalapozott betegség-kategóriák kidolgozása, biológiai kezelések. Betegségrész, medikalizáció veszélye, egyre több minden válik „betegséggé”.	Antipszichiátria: a személy felelős döntéseiért, szabadon választ, a „betegség” a személy sorsa, a bio-medikális kategóriák nem léteznek. A medikalizáció elemzése, a betegé minősítés mint társadalmi reakció. A bio-medikális szemlélet „antitézise”.	Felépülés alapú rehabilitáció: az egyén személyes céljai, szükségletei irányítják a folyamatot. A rehabilitációs terv egy „tárgyalássorozat” eredménye. A kliens személyes választásait, önkompetenciáját, szabadságát, öngyógyító aktivitását, az <i>empowerment</i> segíti.

## I. táblázat

A párbeszéd és az integráció egyik terepe lehet a *pszichiátriai diagnosztika megújítása*. A hagyományos, kategóriákra épülő diagnosztikus rendszerek ugyanis kritikák keretében állnak évtizedek óta.

## A pozitívista kritika

Emil Kraepelin és követői a klinikai szindrómák meghatározásával foglalkoztak. Ahhoz

azonban, hogy egy bizonyos tünetegyüttesről kijelentsük, hogy egy adott betegség fennállásával magyarázható, szükséges a tipizálást alátámasztó egyéb tényezők összegyűjtése (azonos kor, nem, kiváltó okok, körlefofolyás, laboratóriumi leletek stb.). Ez a mentális betegségek esetében nem sikerült:

- a betegeket nem lehet jól elkülöníteni a normál populációtól

- a mentális betegségeket nem lehet jól elkülöníteni más mentális betegségektől
- eltérő lefolyási típusok
- változó kórkiemenetel
- nincs laboratóriumi igazolás.

Több kutató is levonta a következtetést: a pszichiátriai diagnosztika nem valid, nem különbözik lényegesen a „népi osztályozástól” (folk taxonomy) (Blashfield, 1984; Sadler, 2005). A pszichiátriának a biológiához hasonlóan több, egymással átfedést és interakciót mutató elméleteket integráló, úgynevezett *interlevel* modellre volna szüksége. Mondhatjuk persze, hogy a pszichiátria más medikális szakmákhoz hasonlóan elsősorban gyakorlat, amely tudományos megalapozottságra törekszik. Nem nélkülözheti a tapasztalati megközelítést, és helye van a „józan ésszel” történő megértésnek. Ezzel az érveléssel azonban újabb kritikai nézőpontoknak adunk alapot.

#### *A konstruktivista és antipszichiátriai kritika*

Ezek az irányzatok azt hangsúlyozzák, hogy a pszichiátriai diagnosztika „szociális konstruktum”, amely lényegében társadalmi konszenzusokon alapul, a társadalom dönti el, hogy kit címkéz elmebetegnek. A medicina más ágaihoz hasonlóan a pszichiátria is kontrollfunkcióval rendelkezik, amely egyre kifinomultabb eszközökkel, a társadalmi normák és az érdekeltségek „belsővé tételével” éri el a kontrollt (Foucault 1965, 1980). Amikor például a pszichiátriai betegeket pszichoedukáljuk, valóban nem a direkt kontroll érvényesül, nem „nézzük meg a szájukat, hogy lenyelték-e a gyógyszert”, hanem megtanítjuk őket arra, hogy önmagukat betegnek tekintsék, és kezelésre tartsanak igényt. Ahogyan egy remekül edukált hozzátartozó mondta az általa bipoláris zavarban szenvedőnek ítélt házastársának: „Kezeltetned kell az agyadban lévő ké-

miai egyensúlyzavart.” Ez a mondat egyben a medikalizáció példáját is szemlélteti, hogyan lesz könnyedén „kémiai egyensúlyzavar” egy házassági krízisből, amely az adott esetben fennállt.

A betegségkonstrukciók betegszerep-konstrukciókat is létrehozhatnak, az egyén azonosul ezzel a szereppel. Stuart A. Kirk és Herb Kutchings (1992) megfogalmazása szerint mindez úgy működik, mint egy „*önmagát beteljesítő jóslat*”. Könnyen felfedezhetőek ennek a folyamatnak az ártalmi a stigma (megbélyegzés) jelenségében. A mai kutatások egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a stigma és ön-stigmatizáció jelenségének, amely mint egy „második betegség”, gyakran lehetetlenné teszi a betegek számára a felépülést (Thornicroft, 2006). A konstruktivista szempontú kritika szerint a pszichiátriát, mint tudományosan kevésbé validálható társadalmi konstruktumot jelentős, szinte támadhatatlan érdekeltségi rendszerek stabilizálják, amely a tudományos viták nehézségét eredményezi. Ennek – a fejlett országokhoz mérten is – nagymértékben foglya a mai magyar pszichiátria, amelynek hagyományos kereteit szinte a gyógyszeripari források és ezekhez kapcsolódó érdekeltségi rendszerek tartják fenn az egyébként súlyosan alulfinanszírozott ellátórendszerben. Ezek az érdekeltségi rendszerek teszik aztán sokszor tabuvá azokat a tudományos kételyeket és vitákat, amelyek a külföldi szakirodalomban szinte közhelyszerűek. A tudományos érvelés helyett ezért kerül gyakran elő inkább egymás minősítése vagy agyonhallgatása, ezért maradhatnak fenn erőteljesen a szocialista idők óta töretlenül a „fortélyos félelmek”, az információ-visszatartás vezetői stratégiája és a paternalisztikus vezetési kultúrához kapcsol-

ódó szakmai infantilizálódás – annak ellenére, hogy a 70-es, 80-as években a pszichiátria egyes műhelyei a „reform-értelmiség” gyűjtőpontjai voltak Magyarországon.

#### *Szellemtudományi és egzisztencialista kritika*

A DSM-rendszer tehát kikerülte a diagnózisok validitásának kérdését, és a tudományos fokozását a reliabilitás javításánál kezdte: egy-egy diagnózis felállítása megfelelő kritériumokhoz kötött, amely kritériumokat egy szakember ítél meg. Így a tünetek leírása, megléte, vagy hiánya az elsődleges a diagnózis felállításánál. Ebben a folyamatban a *megértés elvész*, nincs többé a betegnek (fejlődés)története: „the patient's story is lost” (Schimmel, 1976). Így egy súlyos veszteségeket átél, pl. hajléktalanná vált ember a kritériumok megléte esetén ugyanúgy major depressziós, esetleg az életviteli stresszorokat külön jelezve a DSM ötödik tengelyén, mint egy évtizedek óta súlyos depressziós fázissal küzdő egyén, és a kezelésük is hasonló terápiákkal történik egy bio-medikális hangsúlyú ellátórendszerben. Ebben a modellben gyakran elvész az egyén: a látásmód tárgyyszerű, nem személyközpontú, azaz a fenti példával élve, gyakran megelégszünk a keresztmetszettel észlelhető tünetek leírásával, és kimarad a tünetek háttérében álló történetek, döntések, életesemények, stresszorok megértése és elvész az „encounter”. Ezekkel összefüggésben a pozitívista, redukcionista szemlélet dehumanizáló gyakorlatnak adhat helyet, betegségek ké uniformizálja a szenvedők összetett problémáit, amelyeket „előkészít” a döntően biomedikális kezelésre (Schwartz és Wiggins, 1987).

#### *A diagnosztika megújulása*

A XXI. század pszichiátriája előtt nagy feladat áll: tudományosan valid, az egyén személyes

tapasztalatát és fejlődéstörténetét megjelenítő, a természet- és szellemtudományos megközelítést ötvöző, az egységiséget integráló diagnosztikus rendszert kellene megalkotnia.

A DSM-V előkészítési munkálatai során nagy erőfeszítések történének e szempontok figyelembevételének megvalósítására. Ahogy Ian Brockington, Nagy-Britannia vezető pszichopatológusa javasolta: „Fontos elveszíteni azokat a korlátokat, amelyeket a szkizofrénia-konceptió okoz a szakemberek gondolkodásában. A szkizofrénia lényegét tekintve egy kétértelmű elképzelés, egy természetes határok nélküli nozológiai kategória, egy pusztán hipotézis. Egy ilyen homályos koncepció nem lehet tárgya a tudományos vizsgálódásnak.” (idézi: Dutta et al., 2007). Hozzátehetnénk: nem szolgáltat megfelelő alapot a kezeléshez sem, viszont maga a diagnózis jelentős társadalmi hátrányokat eredményez.

A vezető szaklapokban egyre másra jelennek meg olyan közlemények, amelyek a pszichiátriai diagnosztika megújulását egy dimenziális, és a változásokat, egyedi fejlődést megjelenítő rendszerben képzelik el. Ennek kidolgozása természetesen nagyon nehéz feladat, amelynek során a medikális szemléletű kategorizálás felől inkább a pszichológiában megszokott numerikus taxonómia felé való elmozdulásra van szükség. A társszakmákhoz való kapcsolódás abban a tekintetben is szükséges, hogy keresnünk kell a többszintű és többdimenziós értelmezésre alkalmas „csomópontként” használható szakmai kategóriákat.

Buda Béla (2003) figyelemreméltó tanulmányában az *identitás* kérdését elemzi: amennyiben a különböző értelmezések között konszenzus születne, az identitás alkalmas lehet az egyén sok szempontú megjelenítésére és megértésére. Buda elemzése szerint az

identitás holisztikus koncepció, amely a személyt bio-pszichoszociális egységként fogja fel, fejlődési folyamatában képes megjeleníteni. Az identitás fogalma összekapcsolható a főbb személyiség-elméleti irányzatokkal, így a pszichoanalititussal, pszichodinamikussal és kognitív elméletekkel, valamint a karakter fogalmával. Figyelembe veszi a személyiség folyamatos aktivitását, nyílt rendszerben teszi értelmezhetővé az élmények és viselkedés összefüggéseit, ennek szabályozását. Előtérbe állítja az önmegfigyelés, önértelmezés és önkifejezés szerepét, kapcsolhatóak hozzá az énkép, énídeál és önértékelés jelenségei, továbbá a külső világ hatása megjeleníthető a identitás-fejlődés értelmezésében. Közismert az identitás szerepe az egyén, a kultúra és a társadalom vonatkozásában, amelyet számos szociológiai, kulturális antropológiai, a csoportok működését elemző pszichológiai elmélet és kutatás értelmez, valamint a társadalmi szerepek tekintetében, amelyek visszahatnak az identitás fejlődésére. Fontos segítséget jelent az identitásfogalom a szexuális és viselkedészavarok, a diszkriminációval járó lélektani hátrányok megértésében. Az identitás zavarainak leírása és értelmezése helyet kap a pszichopatológiában és a pszichoterápiás gyakorlatban is. Buda elemzése és szintézis-kísérlete azért is nagyon előremutató, mert gondolkodásunk gyakran átjárhatatlan „szakmai határvonalait” bátran járja át egy új értelmezési szintet keresve.

A tünettannal leírásában újra nagyobb szerepet kaphat a *fenomenológiai megközelítés*. Egy úttörő kezdeményezés Massimo Moscarelli (2008) értelmezése, aki a szkizofrénia diagnosztikájában megkülönbözteti az aktív és passzív tüneteket. A passzív tünetek a fájdalomhoz hasonlíthatóak, amelyek kivédhetetlenül, intruzívan jelentkeznek, és amelyek

a betegek szubjektív tapasztalatai, míg az aktív tünetek a passzív tünetekre való reakciókat jelenthetik, pl. „a hallucinációkat magyarázó gondolatokat”, a passzív tünetek által indukált viselkedést. Moscarelli elmélyülten tanulmányozza a nagy európai pszichopatológusok munkásságát, amelyek e megközelítéshez sok támpontot adnak (pl. Jaspers, Schneider). Nézőpontja azért is szerencsés, mert más betegségekhez ismert folyamatokhoz, pl. a fájdalomhoz kapcsolja a passzív pszichotikus tüneteket, visszaállítja a beteg szubjektív megélésének fontosságát a diagnosztikában, és e szubjektív nézőpontra, a személyes, szubjektív élményekre alapozott diagnosztika jól kapcsolódhat a személyes célokra alapozott felépülés-alapú rehabilitációs szemlélettel, tehát a különböző nézőpontok és szemléleti szintek közötti integrációs lehetőséget teremti meg. Ebben a rendszerben a beteg személyes élményei és szükségletei irányítják a terápiát.

Egy megújuló diagnosztikus rendszernek meg kellene jelenítenie a „külső-belső” kölcsönhatásokat, a vulnerabilitási tényezőket és a stresszorokat is. Az elmúlt évek biológiai pszichiátriai kutatásai ugyanis jelentősen megújítják a mentális zavarok természetére vonatkozó elképzeléseinket. Ezek az elképzelések még legtöbbször nagyon is statikusak. Miközben nagy erőfeszítésekkel keresik a betegségekért felelős géneket, agyi eltéréseket, egyre több kutatás igazolja, hogy a biológiai, genetikai tényezők folyamatos környezeti interakcióban vannak – és elsősorban a környezeti stresszorokra adott, egyénre jellemző választ határozzák meg (van Os et al., 2008). Nyilvánvaló, hogy a megújuló diagnosztikus rendszereknek képesnek kell lenniük a külső-belső kölcsönhatásoknak és a változókonyságnak a szemléltetésére is, azaz az egyéne

jellemző „fejlődéstörténet” megjelenítésére. E rendszer megalkotása talán a XXI. századi pszichiátria legnagyobb kihívása.

#### *A biológiai terápiák, a pszichoterápiák és pszichoszociális intervenciók hatékonysága*

Az utóbbi években medikális elképzeléseinket alapvetően megkérdőjelező eredmények láttak napvilágot a gyógyszeres terápiák hatékonyságával és kockázataival kapcsolatban. Egyesek szerint az atípusos antipszichotikumok előnyei a klasszikus szerekhez képest elenyészőek (Lieberman et al., 2005), az antidepresszívumok hatékonysága pedig a placebohoz hasonlít (Kirsch et al., 2008). A kutatások objektivitása sérült a gyógyszergyárak befolyása nyomán, amelyet az elhallgatott, negatív eredményű közlemények is jeleznek (Turner et al., 2008). A természettudományos, pozitívista alapokon álló kutatások értelemszerűen igyekeznek kizárni az „encountert” és más „non-specifikus tényezőket” a hatékonyság kutatása során. Ez a szemlélet az utóbbi évtizedekben a pszichoterápiák és más pszichoszociális eljárások kutatására is kiterjedt, ahol az intervenció-jellegű eljárások, így a kognitív viselkedésterápiák kerültek előnybe. Egyre világosabb azonban, hogy nem intervenció jellegű, „non-specifikus” tényezők: a terapeuta személyisége, a segítő kapcsolat megléte és minősége, a megtartó kapcsolati háló, a biztonságos menedék, a jó család, a barátok, általában az emberi megértés és támogatás, az elesettek védelme, ezek a tényezők hatékonyak, még ha ez a hatékonyság nem könnyen mérhető is. Azt lehet mondani, hogy a felépülés értékei, így az emberi méltóság, a méltányos bánásmód, az empowerment, a személyes szükségletek tisztelete és integrálása a terápiás folyamatok során, az önszempontú aktivitás hozzájárulnak a beavatko-

zások hatásaihoz. Szkizofrénia esetén láthatjuk: olyan ellátási modellek, amelyek nem képviselnek újfajta intervenciókat, de más-képp *szervezik* az ellátást, pl. az Asszertív Közösségi Kezelés, vagy a Támogatott Foglalkoztatás bizonyítékokon alapulóan hatékonyak. Különösen elgondolkodtató, hogy a Soteria modell, amely a pszichotikus betegek gyakran gyógyszermentes „elkísérését” tűzi ki célul, és nehezen illeszkedik a bio-medikális elképzeléseinkbe, az utóbbi évek kutatásai alapján közel jutott a hatékonyság igazolásához. Bola és mtsai (2003) eredményei szerint a korrekt kutatási feltételeknek megfelelően a betegek több mint 40 %-a vészelte át gyógyszermentesen a pszichózist, a többiek kevesebb gyógyszerrel, és a hosszabb távú eredmények nem rosszabbak a hagyományos ellátási keretben kezelt betegek eredményeinél.

Mojtabai és mtsai (1998) a MEDLINE (1966-94) és a PSYCHLIST (1974-94) által referált cikkek meta-analízisét végezték el, amelyet kiegészítettek a leggyakrabban publikáló folyóiratok újabb számainak mechanikus áttekintésével. Azokat a közleményeket vizsgálták, ahol szkizofréniaiban szenvedő betegeket kontrollált körülmények között biológiai terápiákkal kezeltek, ill. ezt kiegészítették pszichoszociális intervenciókkal. Utóbbiba beletartozott a „hagyományos” pszichoterápia és az olyan újabb megközelítések is, mint a közösségi gondozás, a családi pszichoedukáció és a kognitív tréning. Az eredmények szigorú statisztikai analízise során kiderült, hogy a kombinált terápiában részesülő átlagos páciens jobban van, mint a csak biológiai terápiában részesülő: a kombinált terápiák 69 %-ban, a csak biológiai kezelés 31 %-ban tekinthető sikeresnek.

A fentebb részletesen idézett tanulmány arra is választ keresett, hogy mely pszichoszoci-

ciális intervenciók a legsikeresebbek. Előzetes, bár a többféle statisztikai megközelítés mind-egyikével nem igazolható észrevételük szerint a csoportterápiás megközelítés kevésbé hatékony az egyéni terápiánál. Különbség mutatkozott más területen is: a családok *expressed emotion*-szintjének csökkentését (tehát alapvetően a kommunikáció és a stresszkezelés javítását) kitűző pszichoszociális intervenciók kétszer olyan hatásosnak mutatkoztak, mint a pszichodinamikus (analitikusan orientált) megközelítéssel végzett pszichoterápiák. Ez az összefoglaló is azt bizonyítja, hogy a tágabb értelemben vett pszichoszociális ellátások és beavatkozások hatékonyak, és az intervenciók egyes speciális terápiás célokat tudnak hatékonyabban megközelíteni.

Miközben a pszichoterápiás kutatások a jövőben nem kerülhetik meg a nonspecifikus tényezők alaposabb elemzését, a fenti eredmények a gyógyszerek – az utóbbi időben számos területen megkérdőjelezett – hatékonyságával kapcsolatos kutatások értelmezéséhez is szempontokat adhatnak. Lehetséges, hogy a gyógyszeres terápiák a „pszichoszociális minimum” hiányában nem tudják az előnyeiket kellőképpen kifejteni.

A XXI. század pszichiátriájának tehát a terápiák tekintetében is fel kell adnia az intervenciókra koncentrálni pozitívista szemléletet, és meg kell kezdenie a nonspecifikus tényezők

és a szinergizmusok, az értékek és szociális hatások tudatos integrálását a terápiás arzenálba, és meg kell teremtenie e komplex összefüggéseket kutathatóvá tévő modelleket.

### Összefoglalás

A XXI. századi pszichiátriának szembe kell néznie a hagyományos biomedikális keretek tarthatatlanságával és azzal, hogy határait nem tudja könnyen meghúzni a szociológia és a társadalomtudományok, szellemtudományok felé. A természet- és szellemtudományos megközelítésre egyaránt szüksége van a szakmai alapok újragondolásához és újradefiniálásához. A szárnyaló biológiai kutatások láthatóan nem állnak meg a társadalmi hatások kutatásánál: szakmai gondolkodásunknak is át kell fognia a neurotranszmitterektől a „jó közösségekig” terjedő dimenziót, amely már most is megjelenik sok közleményben és párbeszédben. A jelenkori pszichiátriának pszichoszociális fordulatot kell tennie, és önmeghatározása érdekében széleskörű párbeszédet kell folytatnia a szakmán belüli és azon kívüli érdekelttekkel, amely nem jó, ha elkerüli a „tabu-témákat”. Jelen közleményünk ezt a párbeszédet kívánja elindítani, illetve elősegíteni.

Kulcsszavak: *pszichiátia, betegségértelmezés, tudományfilozófia, terápia*

### IRODALOM

- Blashfield, Roger K. (1984): *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. Plenum Press, New York
- Bola, John R. – Mosher, Loren R. (2003): Treatment of Acute Psychosis without Neuroleptics: Two-Year Outcomes from the Soteria Project. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 191, 219–229.
- Buda Béla (2003): Az identitás koncepciója. Eredet – változatok alkalmazás elméleti problémák. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 13, 4, 5–11.

- Dutta, Rina – Greene, Talya (2007): Biological, Life Course and Cross-Cultural Studies All Point Toward the Value of Dimensional and Developmental Ratings in the Classification of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 33, 4, 868–876. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/full/33/4/868>
- Foucault, Michel (1980): *Power/Knowledge*. Pantheon, New York
- Foucault, Michel (1965): *Madness and Civilization*. Vintage Books, New York

- Kirk, Stuart A. – Kutchings, Herb (1992): *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*. Hawthorne, New York.
- Kirsch, Irving – Deacon, B.J. – Huedo-Medina, T.B. et al. (2008): Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*. 5, e45. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050045>
- Lieberman, Jeffrey A. – Stroup, T. S. – McEvoy, J. P. et al. (2005): Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. For the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. *The New England Journal of Medicine*. 353, 12, 1209–1223. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/12/1209>
- Mojtabai, Ramin – Nicholson, R. A. – Carpenter, B. N. (1998): Role of Psychosocial Treatment in Management of Schizophrenia: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 24, 4, 569–587. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/24/4/569>
- Moscarielli, Massimo (2008): Passive and Active Schizophrenia: Toward a New Descriptive Micro-psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/full/sbno57>

- Sadler, John Z. (2005): *Values and Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, Oxford [http://books.google.hu/books?id=RNtItAQKD8oC&printsec=frontcover&hl=en&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.hu/books?id=RNtItAQKD8oC&printsec=frontcover&hl=en&source=gbs_navlinks_s)
- Schimmel, John L. (1976): The Retreat from a Psychiatry of People. *The American Academy of Psychoanalysis and Psychiatry*. 4, 131–135.
- Schwartz, Michael A. – Wiggins, Osborne P. (1987): Diagnosis and Ideal Types: A Contribution to Psychiatric Classification. *Comprehensive Psychiatry*. 28, 4, 277–291.
- Thornicroft, Graham (2006): *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford University Press, Oxford.
- Turner, Eric H. – Matthews, A. M. – Linardatos, E. et al. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *The New England Journal of Medicine*. 358, 3, 252–260. <http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/3/252.pdf>
- van Os, Jim – Rutten, B.P. – Poulton, R. (2008): Gene-environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*. 34, 6, 1066–1082. <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/34/6/1066>

