

Archivar der Seelennöte

Die dritte Version des amerikanischen Diagnosehandbuchs für Psychische Störungen (DSM-III) revolutionierte 1980 die Psychiatrie. Anführer des Handstreichs war Robert Spitzer.

VON ALIX SPIEGEL

Als 15-Jähriger schlich Robert Spitzer sich einmal pro Woche zu einem Psychotherapeuten, der in Manhattans Lower East Side praktizierte. Die Eltern hatten ihrem Sohn die Besuche bei dem Anhänger des umstrittenen österreichischen Psychoanalytikers Wilhelm Reich zwar ausdrücklich verboten. Doch Robert hatte sich entschlossen, heimlich zu den Sitzungen zu gehen. Die fünf Dollar pro Woche zahlte der Teenager nur zu gern aus eigener Tasche. Schließlich konnte er hier offen über das von ihm neu entdeckte, reizvollste aller Themen reden: Frauen!

Die intellektuelle Annäherung an das Geheimnis der Sexualität kam Spitzers Naturell entgegen. Er hatte zwar das empfindsame Gemüt seiner Mutter geerbt, neigte aber wie sein Vater dazu, die eigenen Gefühle zu verbergen. Selbst wenn ihn die Emotionen fast überwältigten, gelang es ihm kaum, ihnen Ausdruck zu verleihen. Erst die Gespräche mit dem Analytiker halfen ihm, »lebendig zu werden«, erinnert er sich heute. Dies habe ihn in der Überzeugung bestärkt, dass der sicherste Weg durch den

Dschungel der Gefühle über ihre systematische Erforschung führe.

Robert Spitzer gilt als einer der einflussreichsten Psychiater des 20. Jahrhunderts. Sein Büro befindet sich im Biometrics Department des Columbia Presbyterian Medical Center in New Yorks 168ster Straße. Die Lobby ist spärlich dekoriert und merkwürdig still. Dort holte mich Spitzer zum verabredeten Termin ab: ein großer, schmaler, gut gekleideter Mann mit federndem Schritt. Seine 75 Jahre sieht man ihm nicht an.

KEIN UNBESCHRIEBENES BLATT

In Spitzers Zimmer häufen sich Erinnerungsstücke aus mehreren Jahrzehnten. Die Wände sind übersät von Zertifikaten mit roten und goldenen Siegeln, der Schreibtisch versinkt unter Papierstapeln. Über 40 Jahre hat Spitzer für die Columbia University gearbeitet.

Nachdem er 1957 sein Medizinstudium abgeschlossen hatte, absolvierte er zunächst seine Facharztausbildung am »Columbia Center for Psychoanalytic Training and Research«. Zu diesem Zeitpunkt hatte er sich schon mit einer Reihe bemerkenswerter Arbeiten über Schizophrenie im Kindesalter und über Lese-

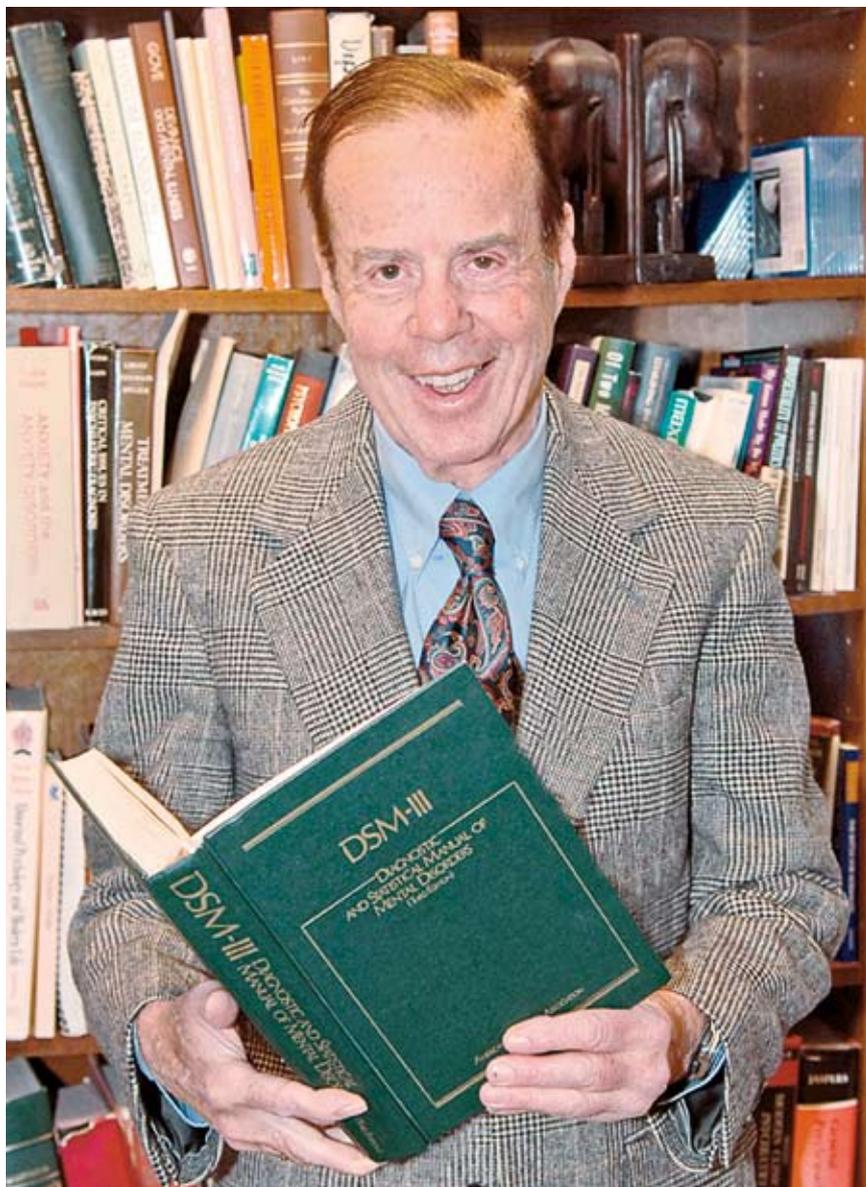
störungen einen Namen in der klinischen Forschung gemacht.

Aber auch in Analytikerkreisen war Spitzer kein unbeschriebenes Blatt mehr, hatte er doch entscheidend dazu beigetragen, sein einstiges Idol Wilhelm Reich – der 1939 in die USA emigriert war – zu diskreditieren. Neben den wöchentlichen Sitzungen in der Lower East Side konsultierte Spitzer in seiner Jugend nämlich noch einen anderen Arzt und überredete ihn, den von Reich entwickelten »Orgon-Akkumulator« ausprobieren zu dürfen: eine telefonhäuschengroße, mit Eisenblech ausgeschlagene Kabine, in der man mittels einer besonderen Energieform, dem »Orgon«, angeblich Krebs heilen und die sexuelle Potenz stärken könne. Unzählige Stunden harrete Spitzer darin aus, ohne spürbaren Gewinn. Am College schrieb er dann eine vernichtende Kritik über die Therapie. Sie sollte der amerikanischen Arzneimittelzulassungsbehörde FDA die Grundlage liefern, auf der sie Reich später wegen Betrugs anklagte.

Seine größte Leistung vollbrachte Spitzer jedoch erst etliche Zeit später. Er war der Kopf jener Expertengruppe, die in den 1970er Jahren aus dem DSM –

EIN MANN UND SEIN WERK

Seit mehr als 40 Jahren feilt Robert Spitzer am Katalog der psychischen Störungen. Von 1974 bis 1984 leitete er die Projektgruppen für das DSM-III und dessen überarbeitete Fassung, das DSM-III-R.



MIT FROL. GER. VON ROBERT L. SPITZER

dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (deutsch: »Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen«) das machte, was es heute ist: ein international anerkanntes Diagnose-Instrument für psychische Erkrankungen. Zwar wird in den Praxen vieler Länder offiziell die Internationale Klassifikation psychischer Störungen des ICD-10 verwendet. Doch in der klinisch-psychiatrischen Forschung hat sich das DSM – nach Spitzers grundlegender Überarbeitung – weltweit durchgesetzt.

Als das Handbuch 1952 in seiner ersten Fassung erschienen war, hatte es kaum Beachtung gefunden. Genauso erging es der zweiten Version (DSM-II), die 1968 herauskam. Damals handelte es

sich noch um ein 150 Seiten dünnes Taschenbuch mit Spiralbindung. Es enthielt zwar eine offizielle, von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) anerkannte Liste aller psychischen Erkrankungen, lieferte aber nur recht oberflächliche Beschreibungen von rund 100 Störungen. In erster Linie erwarben es große staatliche Nervenheilanstalten – für 3,50 Dollar das Stück. 1974 machten sich dann mehrere Projektgruppen der APA unter Spitzers Ägide an die Arbeit für eine dritte Auflage (DSM-III). Dabei veränderte sich sowohl der Umfang als auch der Inhalt dieses »Katalogs der Seelennöte« enorm. Nach der Überarbeitung umfasste er 495 Seiten und definierte 265 psychische Erkrankungen.

Ein Rückblick auf die 1960er Jahre verdeutlicht die Tragweite der DSM-Revolution. Die Psychiatrie als Disziplin befand sich damals in einer tiefen Krise. Knackpunkt war die Diagnose: Oft konnten sich die Experten einfach nicht darüber einigen, ob jemand »krank« war oder nicht – und falls doch, klafften die Meinungen nicht selten darüber auseinander, was genau dem Betroffenen fehlte. Während der eine Psychiater etwa meinte, der Patient leide unter »Hysterie«, klassifizierte ein anderer ihn als »hypochondrisch-depressiv«. Kritiker bemängelten, die Beschreibungen im DSM ließen es an der nötigen »Reliabilität« – an Zuverlässigkeit – fehlen, würden also keine reproduzierbaren Diagnosen liefern. ▶

▷ Dieses Gütekriterium ist von großer praktischer Bedeutung: Sind sich Fachärzte über den Gesundheitszustand eines Patienten uneins, werden sie ihn auch unterschiedlich behandeln. Und wie sollen Forscher zum Beispiel die Wirksamkeit eines neuen Medikaments gegen Depression testen, wenn sie nicht sicher sein können, dass alle Studienteilnehmer auch tatsächlich an dieser und keiner anderen Störung leiden?

dass die Homosexualität nicht mehr als psychische Störung kategorisiert wurde. Angesichts der Schärfe der Diskussion hatte er ein diplomatisches Bravourstück vollbracht. So kam es, dass man ihm 1974 für die nächste Überarbeitung des DSM, die Entwicklung des DSM-III, den Vorsitz des Komitees anbot.

Heute ist dieser Posten heiß begehrt; in den frühen 1970ern jedoch war die deskriptive Psychiatrie nicht gerade en

Amtes setzte er 25 Projektgruppen ein und bestückte sie mit Psychiatern, die sich in erster Linie als Forscher betrachteten – Männer und Frauen, die man an der Columbia University als Dops bezeichnete: »data-oriented people«. Gemeinsam war ihnen allen, dass sie der psychoanalytischen Theorie skeptisch gegenüberstanden, erzählt Spitzer: »Statt auf Autoritäten zu verweisen, allen voran jene von Freud, fragten wir immer wieder: Existieren dazu Studien? Gibt es Beweise?«

»Da trafen sich nun also die so genannten Experten. Die einen standen, manche saßen, andere liefen herum – und alle redeten durcheinander«

Eines Tages im Jahr 1966 saßen Spitzer und der Vorsitzende der Projektgruppe für das DSM-II Ernest M. Gruenberg zusammen beim Mittagessen in der Cafeteria. Sie unterhielten sich gut, und am Ende der Mahlzeit hatte Spitzer ein Angebot für den Posten des Protokollführers im DSM-II-Komitee in der Tasche. Er nahm dankend an. Als einige Jahre später die Schwulenbewegung gegen die Klassifizierung von Homosexualität als »Krankheit« protestierte, vermittelte Spitzer zwischen den Parteien – mit dem Ergebnis,

vogue. Spitzers damaliger Mitarbeiter Donald Klein – ein Experte für Panikstörungen – berichtet: »Als man Bob zum Leiter des DSM-III-Teams berief, hielt man die Position für nicht so wichtig. Die meisten erwarteten ohnehin nicht, dass viel dabei herauskommen würde.« Diese Haltung herrschte insbesondere unter den »Freudianern« vor, welche die beschreibende Psychiatrie als belanglose, weil »blutleere« Wissenschaft betrachteten.

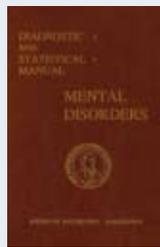
Spitzer gelang es, dieses Desinteresse zu seinem Vorteil zu nutzen. Kraft seines

Spitzer wollte die Psychiatrie durch die Empirie erneuern. Nur leider hatte bis dahin kaum systematische Forschung stattgefunden. »Ich glaube, den meisten von uns dämmerte, dass die Zahl an guten, soliden Daten, auf deren Grundlage wir unsere Entscheidungen treffen sollten, recht bescheiden war«, berichtet der am DSM-III beteiligte Theodore Millon (siehe Porträt in Gehirn&Geist 3/2007, S. 20).

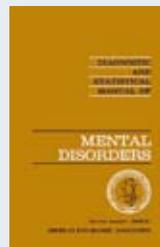
Bei den Zusammenkünften der verschiedenen Komitees ging es oft chaotisch zu, erinnert sich der britische Psychiater David Shaffer, der später auch am DMS-III-R mitgearbeitet hat: »Da trafen sich nun also die so genannten Experten. Manche standen, manche saßen, andere liefen herum – und alle redeten durcheinander. Doch Bob war viel zu

DAS DIAGNOSTISCHE UND STATISTISCHE MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN (DSM) – UND

1952 Das erste Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – **DSM-I** – enthält 106 Diagnosen und umfasst 130 Seiten. Es reflektiert die psychodynamische Sichtweise auf psychische Störungen: Symptome werden als Resultate von Konflikten verstanden, die erst im Kontext der persönlichen Krankengeschichte verstehbar sind.



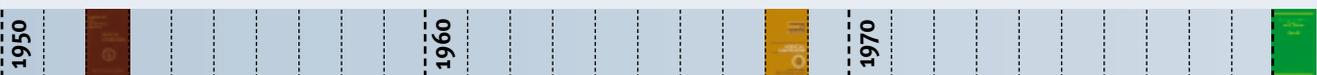
1968 Das **DSM-II** unterscheidet 182 Diagnosen auf 134 Seiten. Wie sein Vorgänger legt es kaum Wert auf trennscharfe Definitionen der verschiedenen Erkrankungen.



1973 Spitzer vermittelt zwischen Vertretern der Lesben- und Schwulenbewegung und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Die Klassifizierung der Homosexualität als psychische Störung wird aufgehoben.

1974 Ernennung von Robert Spitzer zum Leiter der DSM-III-Task Force

1980 Die Veröffentlichung des **DSM-III** erregt großes Aufsehen: Das nun wesentlich umfangreichere Werk (265 Diagnosen, 494 Seiten) rückt die symptombasier- te, standardisierte Klassifikation psychischer Erkrankungen in den Vordergrund. Auf Aussagen zur Krankheitsentstehung verzichtet es nahezu.



sehr mit Protokollieren beschäftigt, als dass er Ordnung hätte schaffen können.«

Dennoch: Im Prinzip ging Spitzer ganz vernünftig vor, sind sich Millon und Allen Frances, der ab 1987 die DSM-IV-Projektgruppe leitete, einig. Frances zufolge zog jener sich nach den Sitzungen umgehend in sein Büro zurück, um aus den gesammelten Informationen das Wesentliche zu destillieren. Dabei hätten sich die verschiedenen Ansichten wohl irgendwann zu einer Kriterienliste verdichtet, die jene Erkenntnisse vereinte, die nach Spitzers Gefühl während der Diskussion die größte Akzeptanz gefunden hatten.

Viele Beschlüsse scheint Spitzer mehr oder weniger im Alleingang gefasst zu haben. Auf die Frage, was ihn dazu bringen konnte, eine weitere Erkrankung in das Handbuch aufzunehmen, antwortet er vage: »Dass es logisch klang, dass alles zusammenpasste, dass das Ganze einen Sinn ergab.« Und dann fügt er hinzu: »Am stärksten zählten für mich die Meinungen derjenigen, die am meisten Erfahrung auf dem jeweiligen Gebiet zu haben schienen.«

Zweifellos verbesserte sich die psychiatrische Behandlung durch die Benennung vieler neuer Syndrome: Aufmerksamkeitsdefizitstörung, Autismus, Anorexia nervosa, Bulimie, Panikstörung

und posttraumatische Belastungsstörung – all diese Störungen kamen erst während Spitzers »Amtszeit« hinzu. Mittlerweile gibt es für sie spezielle Therapien. Doch die bei Weitem radikalste Neuerung im überarbeiteten DSM steckt im Detail: Den stark erweiterten, ausführlichen Beschreibungen der einzelnen Störungen fügte das DSM-III nämlich jeweils eine Checkliste von Symptomen hinzu (siehe Kasten S. 32).

KRITERIEN EINER KRANKHEIT

Um eine Diagnose zu stellen, muss eine bestimmte Anzahl dieser »Kriterien« erfüllt sein. Mit den Checklisten hoffte man dem Problem der Reliabilität beizukommen, das die Psychiatrie seit Jahren belastete.

Nach Spitzers Ansicht gab es zwei Gründe, warum die Diagnosen der Fachleute nicht übereinstimmten: Zum einen hat jeder Arzt seine eigene Art, Beziehungen zu Patienten aufzubauen und Befragungen durchzuführen – folglich gibt derselbe Klient verschiedenen Psychiatern nicht unbedingt dasselbe von sich preis. Zum anderen definiert jeder Therapeut eine bestimmte Krankheit etwas anders und interpretiert die ihm zugänglichen Informationen entsprechend.

An diesem Punkt setzte Spitzer an: Er war davon überzeugt, dass sich die dia-

gnostische Zuverlässigkeit zwangsläufig verbessern würde, sobald man nur klare Definitionen und Kriterien aufstellte.

Sechs Jahre lang arbeitete Spitzer am DSM-III, oft 70 bis 80 Stunden pro Woche. »Er ist eine Art Diagnose-Autist – im positiven Sinn, weil er offenbar nie die Nase voll davon hat«, witzelt Allen Frances. Doch Spitzers Hingabe machte ihn längst nicht bei allen Mitarbeitern beliebt. »Er war bekannt dafür, dass er manchmal stumm durch die Gänge lief, ohne mit jemandem auch nur ein Wort zu wechseln«, erinnert sich ein Kollege. »Auch grüßte er nie. Man konnte direkt neben ihm stehen und ihn ansprechen – er hörte einfach nicht zu. Er schien nicht einmal zu bemerken, dass man da war.«

Trotz seines Talents, menschliches Verhalten zu beschreiben, hatte Spitzer offenbar kein gutes Gespür für Menschen. »Er war immer vollauf mit Ideen und Sachfragen beschäftigt«, beschreibt ihn seine langjährige Mitarbeiterin Jean Endicott. Erfuhr er, dass er jemanden vor den Kopf gestoßen hatte, fiel er aus allen Wolken. Allen Frances meint jedoch, gerade diese »emotionale Kurzsichtigkeit« sei von Vorteil gewesen, wenn es darum ging, von distanzierter Warte aus Kriterien zu formulieren.

Planmäßig sollte das dritte DSM 1980 herauskommen. Zuvor jedoch ▶

SEINE »UNENDLICHE« GESCHICHTE

1984 Die deutsche Übersetzung des DSM-III erscheint.

1987 DSM-III-R (R für Revision): Unter Spitzers Ägide ist das Manual auf 292 Diagnosen und 567 Seiten angewachsen. Viele Kriterien wurden erneut verändert.



1994 DSM-IV: Unter dem Vorsitz von Allen Frances bringt es das Handbuch auf 886 Seiten. Es kommen aber nur fünf neue Diagnosen hinzu. Die Klassifikationen des DSM-IV und des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) entsprechen sich inzwischen weitgehend.



2000 Das DSM-IV-TR (TR für Text-Revision) ist die aktuellste Version des amerikanischen Diagnosehandbuchs. Es unterscheidet sich allerdings bis auf verschiedene Aktualisierungen nicht grundlegend vom DSM-IV.



2010? Für das DSM-V formieren sich derzeit die Projektgruppen. Mit der Veröffentlichung wird nicht vor 2010 gerechnet.

1981

1990

2001

▷ musste – wie jede größere Initiative der APA – die neue Version in einer Generalversammlung ratifiziert werden. Spitzers bekanntermaßen feindselige Haltung gegenüber Freud hatte Vorbehalte bei den Analytikern geweckt. Als die Entscheidung näher rückte, konzentrierte sich deren Unwillen auf ein einziges Wort: Neurose. Diesen Begriff wollte Spitzer nämlich aus dem DSM streichen.

Die Neurosenlehre hat eine lange Tradition. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts verband sie sich untrennbar mit Freuds Seelentheorie. Demnach entspringt eine Neurose einem »unbewussten Konflikt« – dies stellt bis heute das grundlegende Konzept der Psychoanalyse dar. Sowohl das DSM-I als auch das DSM-II verwenden den Neurosebegriff vielfach.

Spitzer und seine Mitarbeiter gelangten jedoch zu der Ansicht, dass sich das DSM nicht nach einer einzelnen Theorie ausrichten dürfe – schließlich sollten Therapeuten ganz unterschiedlicher Schulen das Manual in der täglichen Praxis benutzen. Man beschloss daher, sich bei den Krankheitsbeschreibungen auf leicht beobachtbares Verhalten zu beschränken. So war jemand mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung »übermäßig gewissenhaft, skrupu-

lös und rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten« – warum er so geworden sein könnte, ließen die DSM-III-Verantwortlichen bewusst außen vor.

NEUROSE AUF DEM ABSTELLGLEIS

Als sich herumsprach, dass Spitzer den Neurosebegriff aus dem Handbuch eliminieren wollte, war das Entsetzen groß, erzählt Donald Klein: »Die Neurose war schließlich der Psychiater täglich Brot.« Versagten die Psychoanalytiker jedoch ihre Unterstützung, so drohte das DSM-III in der Generalversammlung zu scheitern. Daher verlangte der Vorstand der APA von Spitzer, die Freud-Fraktion stärker in die Beratungen mit einzubeziehen.

Nach monatelanger, erbitterter Debatte kam es schließlich zu einem Kompromiss: In drei oder vier Schlüsselkategorien sollte das Wort »Neurose« in diskreten Klammern stehen bleiben. Nachdem dieser Punkt geklärt war, präsentierte Spitzer im Mai 1979 den versammelten Mitgliedern der APA seinen letzten Entwurf des DSM-III.

Ungefähr 350 Psychiater hatten sich in dem großen Auditorium in Chicago eingefunden. Spitzer stieg aufs Podium, berichtete von der Arbeit am DSM-III

und davon, was es erreichen sollte. Schließlich stellte er den Antrag auf Verabschiedung. »Dann geschah etwas Bemerkenswertes«, erinnert sich Roger Peele, Psychiater am St. Elisabeths Hospital in Washington D.C. »Die Leute standen auf und applaudierten.« Peele erzählt, wie gerührt Spitzer in diesem Moment war: »Hier stand er vor den Leuten, von denen er befürchtet hatte, dass sie all seine Anstrengungen torpedieren würden – und stattdessen klatschten sie ihm Beifall.«

Die beiden Ausgaben DSM-III und DSM-III-R verkauften sich insgesamt mehr als eine Million Mal. Auch das DSM-IV von 1994 fand über eine Million Abnehmer, und seit Erscheinen des DSM-IV-TR (TR für Text-Revision) im Jahr 2000 gingen davon schon 420 000 Exemplare über den Ladentisch.

Stuart Kirk, Professor für Rechtsordnung an der University of California in Los Angeles, und Herb Kutchins, emeritierter Professor für Sozialarbeit an der California State University in Sacramento, haben sich viele Jahre lang mit der Entstehung des modernen DSM beschäftigt. Nach ihrer Meinung lag es vorwiegend an Spitzers geschicktem Marketing, dass Psychiater das neue DSM welt-

KEINE PANIK?! DIAGNOSE PER CHECKLISTE

IM DSM-III VERZICHTETEN ROBERT SPITZER und seine Mitarbeiter bewusst auf die Aufzählung von möglichen Ursachen seelischer Störungen und beschränkten sich konsequent auf das momentan beobachtbare Verhalten eines Patienten. Zugleich versuchten sie gesundes und psychisch gestörtes Verhalten scharf voneinander abzugrenzen. Die jeweils zu beobachtenden Symptome listete Spitzer als »Kriterien« auf, von denen für eine Diagnose alle oder eine Mindestanzahl erfüllt sein müssen.

Auf diese Weise kamen in der dritten Version des Diagnosehandbuchs über 80 »neue Störungen« hinzu. Ein Beispiel ist das »Paniksyndrom«. Im DSM-II fielen dessen Symptome unter die »Angstneurose«. Diese unterteilte das DSM-III in das generalisierte Angstsyndrom (chronisch) und das Paniksyndrom (akut). Die Kriterien im DSM-III lauteten sinngemäß:

Mindestens drei Panikattacken innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen – unter Umständen, die nicht auf einer ausgeprägten körperlichen Erschöpfung oder einer lebensbedrohlichen Situa-

tion beruhen. Die Attacken werden nicht durch Exposition gegenüber einem bestimmten phobischen Stimulus ausgelöst.

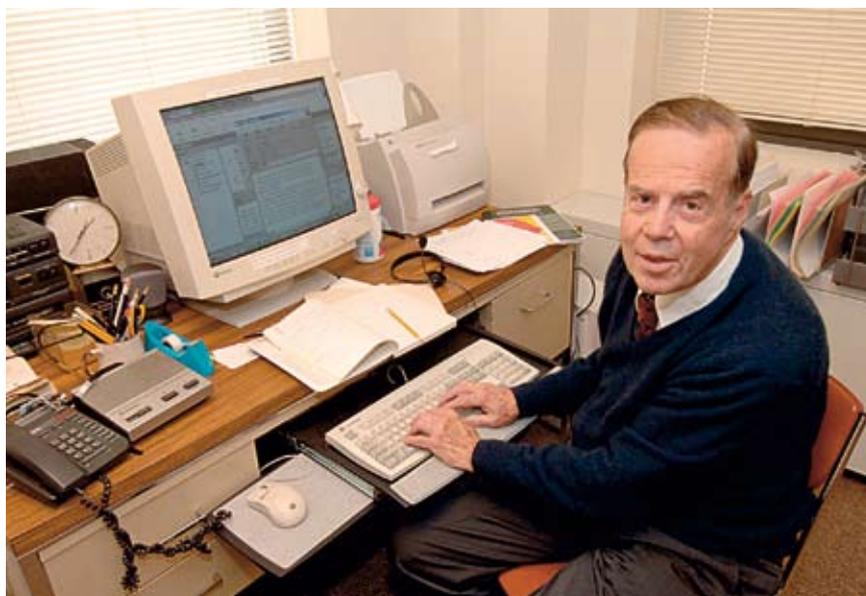
Panikattacken zeigen sich in zeitlich begrenzter Ängstlichkeit oder Furcht, wobei mindestens vier der folgenden Symptome vorliegen: Atemnot, Herzklopfen, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust, Erstickungs- oder Beklemmungsgefühle, Benommenheit, Schwindel oder Gefühl der Unsicherheit, Gefühl der Unwirklichkeit, Parästhesien (Kribbeln in Händen oder Füßen), Hitze- und Kältewellen, Schwitzen, Schwäche, Zittern oder Beben, die Furcht zu sterben, verrückt zu werden oder während einer Attacke etwas Unkontrolliertes zu tun

Die Panikattacken sind nicht durch eine körperliche oder eine andere psychische Störung wie Depression, Somatisierungssyndrom oder Schizophrenie bedingt.

Sie sind nicht mit Agoraphobie (unangemessener Angst in der Öffentlichkeit) verbunden.

»Alles lief einmal durch meine Hände. Jedes einzelne Wort«

Robert Spitzer über seinen Beitrag zum modernen DSM



weit mit offenen Armen aufnahmen. Er hatte nämlich direkt nach der Veröffentlichung des DSM-III eine Werbekampagne gestartet, in der er die Reliabilität als »weitaus größer«, »höher als jemals zuvor« oder auch als »extrem gut« anpries. »Was die Zuverlässigkeit des DSM angeht, handelte es sich nicht um eine wirkliche, sondern um eine rhetorische Revolution«, schreiben Kutchins und Kirk: »Niemand hinterfragte die Wissenschaftlichkeit ernsthaft.«

STREIT UM DIE DIAGNOSE-SICHERHEIT

Laut der American Psychiatric Association ist die Reliabilität des DSM gesichert. Aus den diagnostischen Kriterien entwickelten Wissenschaftler ausführliche, strukturierte Interviews. Sie werden in der klinischen Forschung eingesetzt, um möglichst homogene Patientengruppen für Studien zusammenzustellen. Diese Vorgehensweise hat sich tatsächlich als »reliabel« erwiesen – unterschiedliche Experten gelangen also bei Verwendung von standardisierten Befragungstechniken mit hoher Wahrscheinlichkeit zur selben Diagnose.

In der psychotherapeutischen Praxis werden strukturierte Interviews allerdings kaum genutzt. So gelang es bisher auch noch keiner größeren Studie, für die dort gestellten Diagnosen eine merkliche Steigerung der Zuverlässigkeit durch das DSM nachzuweisen.

Schon kurz nach seinem Erscheinen wurde das DSM-III in 13 Sprachen übersetzt. In den 1970er Jahren hatten die amerikanischen Versicherungen ihre Leistungen auf die Psychotherapie ausgeweitet; daher begrüßten sie das DSM-III als verbindlichen Standard. Gleichzeitig stellte das Handbuch ein gesellschaftliches Ereignis dar: Die Presse brachte Sensationsgeschichten, und das Fernsehen sendete Beiträge über die neuen Störungen, die das Manual beschrieb.

Anderthalb Jahre nach Erscheinen des DSM-III begann Spitzer bereits, an der Revision – dem DSM-III-R – zu arbeiten. Es kam 1987 auf den Markt. Der Erfolg hatte ihn darin bestärkt, noch unachgiebiger auf seinen Ansichten zu beharren. »Ich liebe die Auseinandersetzung«, gibt Spitzer zu. »Wenn etwas meiner Meinung nach ins Manual gehörte und man mit mir darüber stritt, gefiel mir das umso besser.« Doch damit machte er sich auch Feinde.

Den Vorsitz für die DSM-IV-Projektgruppe vergab die American Psychiatric Association dann auch trotz des Erfolgs der beiden von Spitzer betreuten Ausgaben nicht an ihn, sondern an seinen Kollegen Allen Frances. »Die APA hatte entschieden, dass sie genug von Spitzer hatte, und ich kann das verstehen«, sagt Spitzer mit einem leisen Unterton des Bedauerns in der Stimme. »Man hatte wohl das Gefühl, es wäre gut, einmal je-

mand anderen an dieser Position zu haben. Schließlich soll – und muss – das DSM den gesamten Berufszeitung repräsentieren.«

Spitzer wurde zwar als »Sonderberater« eingesetzt, doch sein Einfluss war drastisch reduziert. Hat er dennoch manchmal das Gefühl, es handle sich um sein geistiges Eigentum – etwa wenn er auf einen Zeitungsartikel über eine jener Störungen stößt, in die er so viel investiert hat? Hin und wieder verspüre er immer noch einen Anflug von Stolz, gibt er zu. Denn letztlich würden die Diagnose-Kriterien nach wie vor seine Handschrift tragen: »Es mag sich inzwischen einiges verändert haben, aber alles lief einmal durch meine Hände. Jedes einzelne Wort.«

ALIX SPIEGEL arbeitet als Reporterin und Journalistin in Washington D.C. Sie schreibt regelmäßig für das »New York Times Magazine«.

Literaturtipps

Kutchins, H., Kirk, S. A.: Making Us Crazy. The Psychiatric Bible and the Creation of Disorders. New York: The Free Press 2003.

Mayer, R., Horwitz, A. V.: DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness. In: Journal of the History of Behavioral Sciences 41(3), 2005, S. 249–267.