

KRÖBER · DÖLLING
LEYGRAF · SASS Herausgeber

Handbuch der Forensischen Psychiatrie

2 Psychopathologische
Grundlagen und Praxis
der Forensischen Psychiatrie
im Strafrecht



Springer

H.-L. KRÖBER ■ D. DÖLLING ■ N. LEYGRAF ■ H. SASS (Hrsg.)

Handbuch der Forensischen Psychiatrie

**Band 2 Psychopathologische Grundlagen und Praxis
der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht**

H.-L. KRÖBER D. DÖLLING
N. LEYGRAF H. SASS (Hrsg.)

Handbuch der Forensischen Psychiatrie

Band 2
**Psychopathologische Grundlagen
und Praxis der Forensischen Psychiatrie
im Strafrecht**

 Springer

Prof. Dr. med.
HANS-LUDWIG KRÖBER
Institut
für Forensische Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Oranienburger Str. 285 (Haus 10)
12203 Berlin

Prof. Dr. med. NORBERT LEYGRAF
Institut
für Forensische Psychiatrie
der Universität Duisburg-Essen
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen

Prof. Dr. jur. DIETER DÖLLING
Institut für Kriminologie
Juristische Fakultät
Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg
Friedrich-Ebert-Anlage 6–10
69117 Heidelberg

Prof. Dr. med. HENNING SASS
Universitätsklinikum Aachen
Ärztlicher Direktor
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

ISBN 978-3-7985-1447-8 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin
Springer-Verlag GmbH, ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Redaktion: Dr. Maria Magdalene Nabbe, Ines Marberg, Heidrun Schoeler
Umschlaggestaltung: Erich Kirchner, Heidelberg
Satz: K + V Fotosatz GmbH, Beerfelden
Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

SPIN 10931998

80/7231-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier



Vorwort

Forensische Psychiatrie wird, bei zunehmend weiteren Anforderungen, bis in die Gegenwart bestimmt durch die grundlegende Aufgabe, das psychisch Abnorme, das charakteristisch Psychopathologische am Gegenstand des rechtlich zu ahndenden sozialen Verhaltens dem Juristen, aber auch der Öffentlichkeit zu verdeutlichen und in seinen Auswirkungen auf Einstellungen, Denkmuster und Handlungen zu beschreiben. Der psychisch gestörte, zumindest psychisch auffällige Straftäter steht also im Zentrum der Forensischen Psychiatrie, die sich gleichwohl in vielen Einzelfällen davon zu überzeugen hat, dass der aktuell Beschuldigte ein ganz normaler Straftäter ist oder aber, trotz der Ungewöhnlichkeit seines Delikts, seelisch gesund und in seiner sozialen Verantwortlichkeit nicht beeinträchtigt.

Dieser Band 2 des Handbuchs behandelt das klassische Themengebiet der Forensischen Psychiatrie, nämlich die Schuldfähigkeitsbeurteilung, ausgehend von den psychopathologischen Grundlagen des Faches. Dabei gehen wir in traditioneller Weise von den klassischen psychiatrischen Krankheitsbildern, Persönlichkeitsstörungen, Paraphilien und Anpassungsstörungen aus. Da gerade auch im psychiatrischen Alltagsgeschäft eine nicht geringe Tendenz besteht, Psychopathologie massiv zu verkürzen auf die Kriterienlisten der diagnostischen Manuale, haben sich Paul Hoff und Henning Saß der Aufgabe unterzogen, im ausführlichen Einleitungskapitel dem Band eine psychopathologische Grundlage zu verschaffen, auf die man beim Studium der weiteren einzelnen Kapitel zurückgreifen kann, die aber auch der Vertiefung und Auffrischung entsprechenden Wissens dienen kann.

Die einzelnen psychiatrischen Störungsbilder werden dann gruppiert verhandelt in Zuordnung zu den vier in § 20 StGB genannten Eingangskriterien verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit, also „krankhafte seelische Störung“, „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“, „Schwachsinn“, „schwere andere seelische Abartigkeit“. Bei diesen Bezeichnungen handelt es sich nicht um psychiatrische Diagnosen, sondern um Rechtsbegriffe, denen dann psychiatrisch erfasste und beschriebene Sachverhalte zuzuordnen sind. Da Sucht und Abhängigkeit in Bezug

auf mehrere dieser Kategorien bedeutsam sind, werden sie in einem eigenen Kapitel erörtert.

Es folgen darauf grundlegende Beiträge zu den weiteren zentralen Aufgaben in foro, nämlich die Begutachtungen zum Entwicklungsstand von Jugendlichen und Heranwachsenden sowie das Feld der Begutachtungen zur Verhandlungs-, Vernehmung- und Haftfähigkeit. Mit Renate Volbert, Max Steller und Anett Galow konnten renommierte Autoren für das Kapitel über die aussagepsychologische Glaubhaftigkeitsbegutachtung gewonnen werden. Der Band wird beschlossen mit einem Blick auf die Forensische Psychiatrie in den deutschsprachigen Nachbarländern: Thomas Stompe und Hans Schanda beschreiben die Vorgaben für die Forensische Psychiatrie in Österreich, Volker Dittmann und Kollegen erläutern die Schweizer Situation.

Mit diesem Band liegt nunmehr das Handbuch der Forensischen Psychiatrie vollständig vor, von dem zuerst 2006 der Band 3 über Kriminalprognose und Kriminaltherapie und anschließend die Bände 1 (juristische Grundlagen), 4 (klinische Kriminologie) und 5 (Zivil- und Öffentliches Recht) erschienen sind. Es war unser Bestreben, die große Tradition der deutschsprachigen Handbücher auf diesem Gebiet fortzuschreiben, die mit dem ersten Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie 1901 (herausgegeben von Hoche, bearbeitet u. a. von G. Aschaffenburg und H. W. Gruhle) begründet wurde und zuletzt 1972 mit dem zweibändigen, von Göppinger und Witter herausgegebenen Werk ihren vorläufigen Höhepunkt hatte.

Die Leserschaft möge beurteilen, inwieweit dieses ehrgeizige Ziel erreicht worden ist.

Im Oktober 2010

H.-L. KRÖBER, Berlin
D. DÖLLING, Heidelberg
N. LEYGRAF, Essen
H. SASS, Aachen

Inhaltsverzeichnis

1	Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie	1
	P. HOFFE, H. SASS	
1.1	Einführung: Warum überhaupt psycho- pathologische Grundlagen?	1
1.2	Allgemeine Psychopathologie, Diagnostik und Krankheitsbegriff sowie deren Bedeutung für die forensische Psychiatrie	3
1.2.1	Definitionen	3
1.2.2	Psychiatrischer Krankheitsbegriff	4
1.2.3	Psychiatrische Diagnostik	14
1.2.4	Zur forensischen Relevanz seelischer Störungen	30
1.3	Spezielle Psychopathologie: Symptome und Syndrome	33
1.4	Psychiatrische Krankheitsbilder	52
1.4.1	Organisch begründbare psychische Störungen . .	52
1.4.2	Abhängigkeitserkrankungen	60
1.4.3	Schizophrenie und verwandte psychische Störungen	71
1.4.4	Affektive Störungen	85
1.4.5	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	97
1.4.6	Essstörungen, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen	106
1.4.7	Persönlichkeitsstörungen	111
1.4.7.1	Zur Terminologie	111
1.4.7.2	Zur Ideengeschichte	112
1.4.7.3	Historische Entwicklung des Borderline-Bereichs	114
1.4.7.4	Persönlichkeitsstörungen in den modernen Diag- nosesystemen	117
1.4.7.5	Epidemiologie	118
1.4.7.6	Verlauf und Prognose	119
1.4.7.7	Zu den einzelnen Persönlichkeitsstörungen	122

1.4.7.8	Schlussbemerkung	141
1.4.8	Entwicklungsstörungen	142
1.4.9	Intelligenzminderung	143
1.4.10	Sonstige Störungsbilder	144
1.5	Zusammenfassung	147
	Literatur	147
2	Praxis der psychiatrischen und psychologischen Begutachtung	157
2.1	Die psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren	157
	H.-L. KRÖBER	
2.1.1	Gegenstandsgebiet der forensischen Psychiatrie	157
2.1.2	Zweischrittige Beurteilung von „Fähigkeiten“	158
2.1.3	Zweischrittige Prüfung der Schuldfähigkeit	160
2.1.4	Mindeststandards in der Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtung	164
2.1.5	Praktisch-handwerkliche Mindestanforderungen	165
2.1.6	Mindestanforderungen der Schuldfähigkeitsbeurteilung bei Persönlichkeitsstörungen oder sexueller Devianz	173
2.1.7	Begutachtung nicht deutschsprachiger Probanden	177
	Literatur	184
2.2	Gegenstandsbereiche und Methodik der psychologischen Begutachtung	185
	M. STELLER	
2.2.1	Einführung	185
2.2.2	Gegenstandsbereiche forensisch-psychologischer Begutachtungen	187
2.2.3	Methodik: hypothesengeleitete Begutachtung	193
2.2.4	Qualitätssicherung in der forensisch-psychologischen Begutachtung	202
	Literatur	209
3	Das Schuldfähigkeitsgutachten	213
3.1	Schuldfähigkeit bei krankhaften seelischen Störungen	213
	S. LAU, H.-L. KRÖBER	
3.1.1	Überdauernde organisch bedingte psychische Störungen	214

3.1.1.1	Basale Symptomatik organisch bedingter Störungen	214
3.1.1.2	Psychopathologische Vieldeutigkeit	215
3.1.1.3	Infektionskrankheiten und Folgekrankheiten	216
3.1.1.4	Demenzerkrankungen	217
3.1.1.5	Wesensänderung	220
3.1.1.6	Epilepsien	222
	Literatur	225
3.1.2	Passagere organisch bedingte psychische Störungen	227
	F. WENDT	
3.1.2.1	Unspezifische hirnorganische Syndrome	227
3.1.2.1.1	Akute organische Psychosyndrome mit Bewusstseinsstörung	228
3.1.2.1.2	Akute organische Psychosyndrome ohne Bewusstseinsstörungen	232
3.1.2.1.3	Vorübergehende psychopathologische Syndrome der Epilepsie	234
3.1.2.2	Metabolische Erkrankungen und Medikamentenwirkungen	237
3.1.2.3	Alkoholrausch	240
	F. WENDT, H.-L. KRÖBER	
3.1.2.3.1	Charakteristika des Alkohols	241
3.1.2.3.2	Bewertung der Alkoholisierung und diagnostische Einordnung	245
3.1.2.3.3	Psychodiagnostische Beurteilung des Alkoholisierungsgrades	250
3.1.2.4	Drogenrausch	258
	F. WENDT	
3.1.2.4.1	Einführung	258
3.1.2.4.2	Forensische Aspekte des Drogengebrauchs	259
3.1.2.4.3	Drogenassoziierte Phänomene und ihre Bewertung	260
3.1.2.4.4	Charakteristika psychotroper Substanzen	271
	Literatur	306
3.1.3	Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis	312
	H.-L. KRÖBER, S. LAU	
3.1.3.1	Krankheitsbild	312
3.1.3.2	Kriminalitätsbelastung schizophrener Erkrankter	313
3.1.3.3	Theorien zur Verursachung der Straffälligkeit Schizophrener	321
3.1.3.4	Beurteilung der Schuldfähigkeit Schizophrener	327

3.1.4	Affektive Störungen: Depression, Manie	333
	H.-L. KRÖBER, S. LAU	
Literatur	. . . . .	339
3.2	Tiefgreifende Bewusstseinsstörung	343
	H. SASS	
3.2.1	Einführung	343
3.2.1.1	Rechtsbegriff und Krankheitsbegriff	344
3.2.1.2	Die psychopathologische Beurteilungsnorm für die Schuldfähigkeit	347
3.2.1.3	Die tiefgreifende Bewusstseinsstörung im psychopathologischen Referenzsystem	348
3.2.2	Zur forensischen Beurteilung der Affektdelikte .	349
3.2.2.1	Definitionen	349
3.2.2.2	Deskriptive und strukturelle Merkmale von Affektdelikten	350
3.2.2.3	Dialogisches Vorgehen bei der Schuldfähig- keitsuntersuchung	362
3.2.3	Zur Diskussion des psychopathologischen Lösungsvorschlages	364
3.2.3.1	Grundsätzliche Kritik	364
3.2.3.2	Empirisch-statistische Überprüfungen	365
3.2.4	Ausblick	367
Literatur	. . . . .	369
3.3	Schuldfähigkeit bei Intelligenzminderung („Schwachsinn“)	372
	M. LAMMEL	
3.3.1	Einführung	372
3.3.2	Begriffe	375
3.3.3	Graduierung der Intelligenzminderung	385
3.3.4	Intelligenzminderung und andere Störungen . . .	388
3.3.5	Phänomenologie der leichten Intelligenz- minderung	393
3.3.6	Intelligenzminderung als „Schwachsinn“ im Sinne des Gesetzes	396
3.3.7	Kriminologische Bedeutung des Schwachsinn .	398
3.3.8	Auswirkung des Schwachsinn auf Einsichts- fähigkeit und Einsicht	413
3.3.9	Auswirkung des Schwachsinn auf Steuerungs- fähigkeit und Handlung	426
Literatur	. . . . .	437

3.4	Schuldfähigkeit bei „schwerer anderer seelischer Abartigkeit“	443
3.4.1	Persönlichkeitsstörungen	443
	S. C. HERPERTZ, H. SASS	
3.4.1.1	Einführung	443
3.4.1.2	Ideengeschichte des Konzeptes Persönlichkeitsstörung	444
3.4.1.3	Aktuelles diagnostisches Konzept der Persönlichkeitsstörung	445
3.4.1.4	Allgemeine Richtlinien für die Begutachtung von Straftätern mit Persönlichkeitsstörungen ..	446
3.4.1.5	Forensisch relevante Typen von Persönlichkeitsstörungen	451
3.4.1.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die forensische Anwendung	466
Literatur	.....	467
3.4.2	Schuldfähigkeitsbegutachtung bei sexuellen Deviationen	472
	K. ELSNER, N. LEYGRAF	
3.4.2.1	Einleitung und Terminologie	472
3.4.2.2	Heterogenität der Gruppe der Sexualstraftäter ..	475
3.4.2.3	Die strafrechtlich relevanten sexuellen Deviationen	480
3.4.2.4	Deliktorientierte Typologien	490
3.4.2.5	Die Quantifizierung der Störung	497
3.4.2.6	Tatrelevante Auswirkungen der Störung auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit	501
3.4.2.7	Praktische Aspekte der Schuldfähigkeitsbegutachtung von Sexualstraftätern	502
Literatur	.....	504
3.4.3	Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen N. LEYGRAF	507
3.4.3.1	Einführung	507
3.4.3.2	Akute Belastungsreaktion	507
3.4.3.3	Posttraumatische Belastungsstörung	508
3.4.3.4	Anpassungsstörungen	510
Literatur	.....	513
3.4.4	Störungen der Impulskontrolle und süchtiges Verhalten	514
	N. LEYGRAF	
3.4.4.1	Einführung	514
3.4.4.2	Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)	517

3.4.4.3	Pathologisches Spielen	522
3.4.4.4	Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)	527
3.4.4.5	Intermittierende Explosible Störung	530
3.4.4.6	Nicht stoffgebundene Abhängigkeiten (Verhaltenssüchte)	531
Literatur	. . . . .	534
3.5	Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei substanzgebundener Abhängigkeit	536
	N. SCHALAST, N. LEYGRAF	
3.5.1	Einführung	536
3.5.2	Akuter Rausch	537
3.5.3	Charakteristika einer Substanzabhängigkeit	538
3.5.4	Persönlichkeitsveränderungen – Sucht als psychopathologische Entwicklung	541
3.5.5	Psychiatrische Folgekrankheiten eines chronischen Suchtmittelgebrauchs	542
3.5.6	Verschiedene Substanzgruppen	544
3.5.7	Gesichtspunkte der Schuldfähigkeitsbegutachtung bei Substanzabhängigkeit und Folgestörungen	553
3.5.8	Dimensionen der Begutachtung substanz- abhängiger Beschuldigter	554
3.5.9	Verantwortlichkeit für einen Vollrausch gemäß §323a StGB	556
3.5.10	Fazit	557
Literatur	. . . . .	558
4	Das Gutachten zu Strafmündigkeit und Entwicklungsstand	561
	M. GÜNTER, M. KARLE	
4.1	Einführung	561
4.2	Strafrechtliche Verantwortlichkeit (§3 JGG)	567
4.2.1	Entwicklungspsychologische Grundlagen	567
4.2.2	Probleme und Vorgehen bei der Begutachtung	574
4.3	Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende (§105 JGG)	581
4.3.1	Entwicklungspsychologische Grundlagen	581
4.3.2	Probleme und Vorgehen bei der Begutachtung	584
4.4	Begutachtung des Entwicklungsstandes nach §43 Abs. 2 JGG	592
Literatur	. . . . .	594

5	Das Gutachten zur Verhandlungs-, Vernehmungsfähigkeit und Haftfähigkeit	601
5.1	Verhandlungsfähigkeit, Vernehmungsfähigkeit, Haftfähigkeit	601
	H. SCHÖCH	
5.1.1	Verhandlungsfähigkeit	601
5.1.1.1	Voraussetzungen	601
5.1.1.2	Rechtsfolgen	606
5.1.2	Vernehmungsfähigkeit	608
5.1.2.1	Voraussetzungen	608
5.1.2.2	Rechtsfolgen	609
5.1.3	Haftfähigkeit	610
5.1.3.1	Gewahrsamsfähigkeit	610
5.1.3.2	Haftfähigkeit	611
5.1.3.3	Vollzugstauglichkeit	612
	Literatur	614
5.2	Verhandlungs-, Vernehmungsfähigkeit und Haftfähigkeit: Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht ..	615
	N. LEYGRAF	
5.2.1	Verhandlungsfähigkeit	615
5.2.2	Vernehmungsfähigkeit	618
5.2.3	Haftfähigkeit	619
	Literatur	621
6	Das Glaubhaftigkeitsgutachten	623
	R. VOLBERT, M. STELLER, A. GALOW	
6.1	Aussagepsychologische Fragestellungen	623
6.2	Aussagetüchtigkeit	624
6.2.1	Entwicklungspsychologisch bedingte Beeinträchtigungen der Aussagetüchtigkeit	625
6.2.2	Psychopathologisch bedingte Beeinträchtigungen der Aussagetüchtigkeit	627
6.3	Glaubhaftigkeit	630
6.3.1	Erlebnissprechende versus erfundene Darstellungen	631
6.3.1.1	Aussagequalität: Unterschiede zwischen wahren und erfundenen Aussagen	631
6.3.1.2	Aussagekonstanz: Unterschiede zwischen wahren und erfundenen Aussagen	642
6.3.1.3	Fähigkeit zu täuschen	648

6.3.1.4	Motivationale Voraussetzungen	649
6.3.2	Erlebnissprechende versus suggerierte Aussagen	650
6.3.2.1	Wie kommt es zu subjektiv wahren, aber nicht erlebnissprechenden Aussagen?	650
6.3.2.2	Aussagequalität und Aussagekonstanz: Unterschiede zwischen erlebnissprechenden und suggerierten Aussagen	660
6.3.3	Methodisches Vorgehen	662
6.3.3.1	Analyse der Aussageentstehung und -entwicklung	662
6.3.3.2	Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik	664
6.3.3.3	Exploration zur Sache	666
6.3.3.4	Gesamtbewertung	667
6.3.4	Neue Entwicklungen: Zur Bedeutung neuro- psychologischer Erkenntnisse für die Glaub- haftigkeitsbegutachtung	671
6.3.4.1	Neuropsychologische Erkenntnisse zur Unter- scheidung erlebnisbasierter von erfundenen Aussagen	671
6.3.4.2	Neuropsychologische Erkenntnisse zur Unter- scheidung erlebnisbasierter von suggerierten Aussagen	676
Literatur	. . . . .	680

7	Forensische Psychiatrie im deutschsprachigen Raum	691
7.1	Strafrechtliche Aspekte der forensischen Psychiatrie in der Schweiz V. DITTMANN, M. GRAF	691
7.1.1	Einführung	691
7.1.2	Begutachtung im Strafrecht	692
7.1.2.1	Schuldfähigkeit	692
7.1.2.2	Rechtspolitische Tendenzen bei strafrechtlichen Maßnahmen	695
7.1.2.3	Therapeutische Maßnahmen und Verwahrung, Grundsätze	696
7.1.2.4	Maßnahmen für junge Erwachsene	698
7.1.2.5	Verwahrung	698
7.1.2.6	Fachkommissionen zur Beurteilung gefährlicher Straftäter	699
7.1.2.7	Nachträgliche Änderung der Sanktion, Entlassung	700
Literatur	. . . . .	702

7.2	Strafrechtliche Aspekte der forensischen Psychiatrie in Österreich	702
	T. STOMPE, H. SCHANDA	
7.2.1	Geschichte	702
7.2.2	Gesetzeslage	704
7.2.3	Probleme der Unterbringung und Behandlung psychisch kranker und gestörter Rechtsbrecher .	709
7.2.4	Resümee	714
	Literatur	715
	Sachverzeichnis	717

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med.
VOLKER DITTMANN
Forensisch-Psychiatrische Klinik
Universitäre Psychiatrische
Kliniken UPK
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel
Schweiz

Dipl.-Psych. KLAUS ELSNER
Institut für Forensische
Psychiatrie der Universität
Duisburg-Essen
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen

Dipl.-Psych. ANETT GALOW
Institut für Forensische
Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Oranienburger Str. 285
(Haus 10)
13437 Berlin

Dr. med. MARC GRAF
Forensisch-Psychiatrische Klinik
Universitäre Psychiatrische
Kliniken UPK
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel
Schweiz

Prof. Dr. med.
MICHAEL GÜNTER
Abteilung Psychiatrie
und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinik Tübingen
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Prof. Dr. med.
SABINE C. HERPERTZ
Klinik für Allgemeine
Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale
Medizin
Universität Heidelberg
Voßstraße 2
69115 Heidelberg

Prof. Dr. med. Dr. phil.
PAUL HOFF
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich
Klinik für Soziale Psychiatrie
und Allgemeinpsychiatrie ZH
West
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
Schweiz

Dr. med. Dipl.-Psych.
MICHAEL KARLE
Abteilung Psychiatrie
und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinik Tübingen
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Prof. Dr. med.
HANS-LUDWIG KRÖBER
Institut für Forensische
Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Oranienburger Str. 285
(Haus 10)
13437 Berlin

Dr. med. habil.
MATTHIAS LAMMEL
Sachverständigenbüro
Geneststr. 5
10829 Berlin

Dr. med. STEFFEN LAU
Forensisch-Psychiatrischer
Dienst
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
Schweiz

Prof. Dr. med.
NORBERT LEYGRAF
Institut für Forensische
Psychiatrie der Universität
Duisburg-Essen
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen

Prof. Dr. med. HENNING SASS
Klinik für Psychiatrie
u. Psychotherapie
Klinikum der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Dr. rer. nat. NORBERT SCHALAST
Dipl.-Psychologe
Institut für Forensische
Psychiatrie der Universität
Duisburg-Essen
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen

Prof. Dr. med. HANS SCHANDA
Justizanstalt Göllersdorf
Schlossgasse 17
A-2013 Göllersdorf
Österreich

Prof. Dr. HEINZ SCHÖCH
Institut für die gesamten
Strafrechtswissenschaften
LMU München
Prof.-Huber-Platz 2
80539 München

Prof. Dr. phil. MAX STELLER
Institut für Forensische
Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Oranienburger Str. 285
(Haus 10)
13437 Berlin

Prof. Dr. med. THOMAS STOMPE
Justizanstalt Göllersdorf
Schlossgasse 17
A-2013 Göllersdorf
Österreich

Prof. Dr. phil. RENATE VOLBERT
Institut für Forensische
Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Oranienburger Str. 285
(Haus 10)
13437 Berlin

Dr. med. FRANK WENDT
Institut für Forensische
Psychiatrie der Charité –
Universitätsmedizin Berlin
Oranienburger Str. 285
(Haus 10)
13437 Berlin

1

Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie

P. HOFF, H. SASS

1.1 Einführung: Warum überhaupt psychopathologische Grundlagen?

War es früher für systematische psychiatrische Darstellungen auch und gerade mit Blick auf forensische Fragen selbstverständlich, dass psychopathologische Aspekte einen zentralen Stellenwert erhalten, so ist dies heute nicht mehr der Fall. Die Psychopathologie ist in der psychiatrischen Forschung und Klinik des 21. Jahrhunderts keineswegs mehr unumstritten. Kritische Stimmen haben eingewandt, dass eine rein beschreibende Psychopathologie spätestens Mitte des 20. Jahrhunderts mit dem Werk von Kurt Schneider, dem Heidelberger Psychiater, an einen Endpunkt gelangt sei. Durch replizierende Beschreibung sei in Zukunft nichts Neues mehr zu erwarten. Insofern könne die Psychopathologie nur schwerlich eine inhaltliche Richtschnur für die psychiatrische Forschung auch mit Blick auf forensische Fragestellungen abgeben.

Des Weiteren hielt man psychopathologischen Befunden entgegen, sie seien nur schlecht objektivierbar, woran auch die zwischenzeitlich weit vorgeschrittene Standardisierung der Befunderhebung und die damit in unmittelbarem Zusammenhang stehende, deutlich verbesserte Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Befunderhebung nichts geändert habe. Insofern komme dem psychopathologischen Befund auch und gerade in foro, wo ja erhebliche Konsequenzen sowohl für den Angeschuldigten als auch für die Gesellschaft zur Diskussion stehen, nicht ein solcher Grad von Objektivität zu, wie dies bei naturwissenschaftlichen Messwerten der Fall sein könne. Aus diesem Grund wiederum müsse in der forensischen Forschung zunehmend solchen Befunden Beachtung geschenkt werden, die klar messbar und replizierbar seien und bei denen der subjektive Anteil besonders gering sei (Kröber 2007).

Am radikalsten hat der sogenannte eliminative Materialismus diese Kritik vertreten. Autoren dieser Richtung gehen davon aus, dass wir es bei den gebräuchlichen psychopathologischen Begriffen, aber auch bei denjenigen der psychologischen Umgangssprache letztlich mit Übergangslösungen zu tun haben, etwa in Gestalt von Begriffen wie Psyche, Persönlichkeit, Intention, Willensentscheidung, persönliche Verantwortlichkeit, um nur einige markante Beispiele zu nennen. In Zukunft sei damit zu rechnen, dass derartige Begriffe, die die Autoren spöttisch in den Bereich der „Volkpsychologie“ („folk psychology“) verweisen, in vollem Umfang durch neuro-

biologische Sachverhalte ersetzt werden könnten. In absehbarer Zukunft könne die „volkpsychologische“ Sprache dann eben durch eine neurowissenschaftliche ersetzt und somit „eliminiert“ werden.

Aus forensisch-psychiatrischer Warte wurde vor allem von Rasch (1986), aber auch von anderen kritisch eingewandt, dass der auf der klinischen Psychopathologie basierende psychiatrische Krankheitsbegriff für die forensische Anwendung viel zu eng sei, zu sehr auf klinische Sachverhalte abhebe. Er ignoriere die spezielle biographische und vor allem die soziale Dimension des Menschen, die wiederum gerade im Vorfeld von Delikten und bei der Frage nach der strafrechtlichen Verantwortlichkeit die entscheidende Rolle spiele. Rasch forderte in Erweiterung der psychopathologischen Perspektive im engeren Sinne einen „strukturell-sozialen Krankheitsbegriff“, der diesem Defizit Rechnung tragen könne (Saß 1985; Saß 2008). In kritischer Auseinandersetzung mit dieser Position erfolgte der Vorschlag eines umfassenden psychopathologischen Referenzsystems, das als Prototyp für Schuldfähigkeit und Ausgangspunkt für Schweregradsabstufungen das klinische Wissen im Kernbereich der psychiatrischen Krankheiten und hier insbesondere der Psychosen nutzt (Saß 1985, 1995; vgl. Kap. 3.2).

Dieses Kapitel wird sich mit Blick auf die Bedürfnisse forensisch-psychiatrischen Arbeitens ebenfalls um ein erweitertes Verständnis von Psychopathologie bemühen. Dies geschieht – in diesem Punkt ähnlich wie bei Rasch – aus der Sorge heraus, dass die Psychopathologie zu sehr der aktuellen Tendenz zu operationalisierter und standardisierter Erfassung einzelner psychischer Sachverhalte nachgibt und darüber schwer messbare, komplexe und sich allenfalls intuitivem Verständnis erschließende Aspekte verloren gehen. Auf diese kommt es aber im forensischen Zusammenhang nicht selten an. Allerdings ist dieser Ansatz keineswegs mit der Kritik Raschs gleichzusetzen, bei der es nämlich durch die Einforderung eines sozialwissenschaftlich ausgerichteten Krankheitsbegriffs umgekehrt zu einer relativen Geringschätzung des klinisch-psychopathologischen Bereiches kam. Der vorliegende Beitrag vertritt in Erweiterung früherer Argumente ein Psychopathologieverständnis, das neben der operationalen Deskription einzelner Phänomene auch eine offene Deskription ermöglicht. Dies soll sicherstellen, dass nicht nur in den von operationalen Manualen vorgegebenen Gleisen gedacht werden darf, sondern dass im psychopathologischen Kontext immer die Möglichkeit besteht, auch operational schwer abbildbare, gleichwohl aber im Einzelfall sehr bedeutsame psychische Phänomene zu erfassen (Saß 2008).

Eine solcherart erweiterte Psychopathologie hat allerdings ein kritisches Methodenbewusstsein zum zentralen Gegenstand. Sie kann nicht nur Datenerhebung sein, sondern immer auch kritisches Hinterfragen des Zustandekommens und der Art der Daten. Dies wiederum ist nur möglich, wenn die Psychopathologie ihren eigenen historischen und wissenschaftstheoretischen Hintergrund kennt und praktisch anwendet. Freilich muss sie dann bestimmte, oft als sperrig, ja unwissenschaftlich empfundene theoretische Grundfragen, wie etwa die Leib-Seele-Frage oder das Problem der persön-

lichen Verantwortung und willentlichen Entscheidung, akzeptieren und vor ebenso wohlfeilen wie oberflächlichen Antworten schützen. Dies wird am anschaulichsten exemplifiziert durch die kontroverse und oft verflachende aktuelle Debatte um die angeblich neurowissenschaftlich widerlegte personale Entscheidungsmöglichkeit des Menschen (Hoff 2006 a).

Die hier vertretene Auffassung von Psychopathologie orientiert sich durchaus an sogenannten klassischen Vorbildern – Vorbildern, die sich immerhin auf die klinische Erfahrung im Umgang mit psychisch kranken Personen von über 200 Jahren stützen können, sofern man den Beginn einer systematischen und zu Recht als wissenschaftlich bezeichneten psychiatrischen Forschung im westeuropäischen Raum in die Zeit der Aufklärung, also in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts, verlegt. Neben dieser Orientierung an klassischen Vorbildern wird aber gefordert, dass sich Psychopathologie wieder in einem viel weiteren Rahmen als Grundlagenwissenschaft psychiatrischen Forschens und Handelns versteht, welche in der Lage ist, sowohl objektivierende als auch individuelle sowie soziale Komponenten einzubeziehen (Janzarik 1979).

Die Thematik wird in folgender Weise gegliedert: Nach dieser Einführung folgen im Abschnitt 1.2 eine Definition der allgemeinen Psychopathologie sowie Ausführungen zum psychiatrischen Krankheitsbegriff und die sich darauf beziehende psychiatrische Diagnostik, dies jeweils unter besonderer Berücksichtigung forensisch-psychiatrischer Aspekte. Die Darstellung wird sich dabei nicht ausschließlich an den aktuellen psychiatrischen Diagnosemanualen, also ICD-10 und DSM-IV-TR, orientieren, sondern auch weitere Perspektiven einfließen lassen. Abschnitt 1.3 entwickelt die spezielle Psychopathologie mit Blick auf die einzelnen Symptome und Syndrome. Abschnitt 1.4 erläutert die für die forensische Situation relevantesten psychiatrischen Krankheitsbilder, wobei sich diese Darstellung aus Praktikabilitätsgründen eng an die diagnostischen Kategorien der ICD-10 anlehnt, dabei aber ausdrücklich die weitere psychopathologische Perspektive, wie sie im Abschnitt 1.2 dargelegt wird, einbezieht. Abschnitt 1.5 schließlich gibt eine knappe Zusammenfassung und stellt die wesentlichen Forderungen an eine produktive Weiterentwicklung der Psychopathologie aus forensischer Perspektive dar.

1.2 Allgemeine Psychopathologie, Diagnostik und Krankheitsbegriff sowie deren Bedeutung für die forensische Psychiatrie

1.2.1 Definitionen

Die *Psychopathologie* befasst sich mit der Erfassung, Beschreibung und Systematisierung psychischer Phänomene, wie sie bei den unterschiedlichen psychischen Erkrankungen vorkommen. Von der wissenschaftlichen Erfassung ungestörter psychischer Phänomene, der Psychologie, ist sie

nicht scharf zu trennen, doch ist sie auch kein bloßer Teil derselben. Die Psychopathologie ist nicht auf eine bestimmte methodische Perspektive – etwa die neurowissenschaftliche oder die sozialwissenschaftliche – festgelegt. Vielmehr stellt sie ein grundlegendes methodisches wie inhaltliches Handwerkszeug für die praktische psychiatrische Arbeit dar, sei es in Diagnostik und Therapie oder in der Forschung.

Diagnose (Diagnostik) meint die Verdichtung aller bei einem konkreten Patienten vorliegenden Informationen zu einer Krankheitsbezeichnung mit dem Ziel einer spezifischen Therapieplanung.

Der *psychiatrische Krankheitsbegriff* schließlich abstrahiert vom Einzelfall und fasst charakteristische klinische Einheiten zu „nosologischen Entitäten“ im Sinne von „Krankheiten“ oder „Störungen“ zusammen.

1.2.2 Psychiatrischer Krankheitsbegriff

Der Begriff der psychischen Krankheit ist in mehrfacher Hinsicht prinzipiell problematisch und bedarf daher einer besonders sorgfältigen und kontinuierlich nachgeführten wissenschaftstheoretischen Reflexion. Die Grenzziehung zwischen gesund und krank ist im psychiatrischen Umfeld noch schwieriger als in der übrigen Medizin. Dies hat zu tun mit der nur beschränkt möglichen zuverlässigen Quantifizierung psychischer Phänomene, aber auch mit großen kulturellen und individuellen Unterschieden in der Beurteilung, was zum Beispiel nur ein wenig exzentrisch und was schon psychisch krank zu nennen ist. Das unauflösliche Spannungsfeld zwischen Faktum und Bewertung spielt hier eine wesentliche und in jüngerer Zeit auch zunehmend ernst genommene Bedeutung (Fulford 1989; Fulford et al. 2006).

Zusätzlich fungiert der für manche immer noch harmlos klingende Begriff „psychische Krankheit“ nicht nur als Epizentrum für das praktische psychiatrische Handeln, etwa in der Diagnostik, der Begutachtung und der Therapieplanung, sondern er ist auch untrennbar mit philosophischen Kernfragen – Leib-Seele-Problem, Subjektivität, Autonomie – verwoben.

Die Psychiatrie allgemein und erst recht die forensische Psychiatrie sind als medizinische Fachdisziplinen mit wissenschaftstheoretischen, sozialwissenschaftlichen, aber auch im engeren Sinne mit politischen Fragen verknüpft. Daher gab und gibt es viele und heftige Auseinandersetzungen darüber, was denn nun der Gegenstand der psychiatrischen Wissenschaft sei, wie man eine psychische Krankheit – so es sie denn als „Krankheit“ überhaupt gebe – in Begriffe zu fassen habe und mit welchem Recht man in bestimmten Fällen Menschen sogar zwingen dürfe oder müsse, wegen einer solchen Krankheit gegen ihren ausdrücklichen Willen in eine Klinik verbracht und behandelt zu werden.

Besonders markant ist das Beispiel der mehrheitlich aus den eigenen Reihen stammenden, radikalen Kritik am etablierten Krankheitsverständnis, wie sie die „Antipsychiater“ in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahr-

hundreds formuliert haben (Glatzel 1975; Güse u. Schmacke 1976; Laing 1959; Szasz 1972). Diese „Fundamentalopposition“ ging bei einigen Autoren so weit, die Existenz der von der akademischen Psychiatrie als Krankheitsentitäten beschriebenen psychischen Störungen zu leugnen. Der Lehrmeinung warf sie vor, ihre wahren Ziele seien eben nicht die Erkennung und Behandlung von Krankheiten, sondern – formal legitimiert durch einen obskuren gesellschaftlichen Auftrag – die Disziplinierung, nötigenfalls sogar Internierung störender und auffälliger Personen mittels des pseudowissenschaftlichen Etiketts einer psychiatrischen Diagnose. Ein derart grundlegender Dissens ist in anderen Bereichen der Medizin die Ausnahme, allenfalls wären bestimmte Positionen der sogenannten Alternativmedizin zu nennen, etwa die Allopathie-Homöopathie-Debatte. Freilich fehlt hier bei aller Schärfe einzelner Argumente die gesellschaftspolitische Relevanz, ja Brisanz, die für die Psychiatrie gerade so charakteristisch ist.

Die Frage, was denn eine psychische Krankheit sei, eröffnet neben dem psychopathologischen Horizont im engeren Sinne auch denjenigen der Methodenlehre und Wissenschaftstheorie (Faust u. Miner 1986; Glatzel 1990; Mathis 1992; Schwartz u. Wiggins 1986, 1988). Um aktuelle Argumente angemessen einordnen zu können, bedarf es an dieser Stelle eines historischen Rückblickes.

Psychiatrische Krankheitsmodelle von der Aufklärung bis heute

Seit Beginn einer sich als Wissenschaft verstehenden Psychiatrie im 18. Jahrhundert gibt es eine Debatte um das Spannungsfeld von objektiven und subjektiven Zugangsweisen zu den Phänomenen „psychische Krankheit“ bzw. „psychisch kranke Person“. Autoren, die die Nähe, ja die unmittelbare Zugehörigkeit der Psychiatrie zu den empirischen Naturwissenschaften postulieren, akzeptieren als *wissenschaftlich* nur ein objektivierendes Herangehen an psychische Sachverhalte, seien sie gesund oder krank. Dieses Vorgehen sei eindeutig, die Phänomene seien messbar, also quantifizierbar, Studienergebnisse seien von weiteren Untersuchern reproduzierbar und deswegen weniger abhängig von persönlichen Meinungen und Vorurteilen, kurz, es gehe um nomothetisches Arbeiten mit dem Ziel des *Entdeckens* von Gesetzmäßigkeiten, für die der Einzelfall lediglich ein mehr oder minder aussagekräftiges Beispiel sei. Die Gegner kritisieren, derartig quantifizierende Wissenschaft sei im Falle von psychiatrischen Fragestellungen nicht genügend, sie führe zu einer viel zu großen Distanz zum „Forschungsgegenstand“, der eben gerade *kein Gegenstand* im engeren Sinne sei. Sie ignoriere die essentielle Individualität und sei zu sehr auf das von außen beobachtbare Verhalten ausgerichtet, vernachlässige so aber die subjektive Binnenperspektive. Denn diese sei nun einmal nicht messbar, zumindest nicht direkt und erst recht nicht vollständig. Die Kritik gipfelte immer wieder in dem Vorwurf, es handle sich um eine „Psychologie ohne Seele“.

Überdies betonen die Verfechter von subjektiven Zugangsweisen die Individualität und personale Verantwortung, sie beziehen ausdrücklich die komplexe, in straffen Algorithmen kaum erfassbare Handlungsebene mit ein und betrachten einen subjektiven Zugang als eigentliche Grundlage auch der Erkenntnis des „Objektiven“. Dies ist der idiographische Zugang, steht bei ihm doch das verstehende Nachvollziehen der einzelnen Biographie und die Behandlung des einzelnen Patienten im Vordergrund und eben nicht die distanzierende Frage nach einer – als von der Person völlig unabhängig gedachten – „Krankheit“. Hier wiederum haken die Gegner ein und warnen vor dem Risiko der Beliebigkeit der idiographischen Hypothesenbildung. Deren Inhalte seien nämlich weder hinreichend quantifizierbar noch experimentell überprüfbar. Insoweit handele es sich dabei – so die exponierteste Kritik – gar nicht um wissenschaftliche Aussagen, sondern bestenfalls um plausible Narrative. Diese könnten sogar verschleiern oder verfälschend auf die Erfassbarkeit der „eigentlichen“, der objektiven Daten wirken.

Es sind, wie anderenorts unter verschiedenen Gesichtspunkten (Hoff 2005 a,b) herausgearbeitet wurde, im Wesentlichen drei Perspektiven, unter denen der psychiatrische Krankheitsbegriff theoretisch betrachtet und praktisch umgesetzt werden kann. Und diese haben für die forensische Psychiatrie eine gleich große Bedeutung wie für die klinische: die *Realdefinition*, die in psychischer Krankheit einen objektiven Gegenstand erkennt, die *Nominaldefinition*, die es mit begrifflichen Konstrukten zu tun hat, deren Validierung erst noch Aufgabe ist, und die *biographische Definition*, für die psychische Krankheit eine individuelle Reaktions- oder gar Lebensform ist.

Einige Beispiele, die vor allem die historische Dimension einbeziehen, mögen dies erläutern.

Zunächst zu den *Realdefinitionen*: Im späten 18. Jahrhundert festigte sich im Kontext des aufklärerischen Optimismus, für den das rational-systematische Erfassen der Wirklichkeit zu einer beliebigen Vermehrung des verfügbaren Wissens führen sollte, die Vorstellung, psychische Erkrankungen seien „in Wirklichkeit“ physikalische Störungen im Gehirn. Und deren Behandlung müsse natürlich der biologischen Verfasstheit dieses Organs Gehirn Rechnung tragen. Die resultierenden „Therapievorschläge“ hingegen waren in Anbetracht der nur rudimentären Kenntnisse über Bau und Funktion des Gehirns aus heutiger Sicht kurios bis barbarisch: So etwa versuchte man den vermeintlich gestörten Blutfluss zum Gehirn im Falle von psychischen Krankheiten durch die Verbringung des Patienten auf einen „Drehstuhl“ zu behandeln.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts prägten die beachtlichen Fortschritte der Naturwissenschaften zunehmend auch die akademische Psychiatrie mit ihrem immer stärker naturalistischen Selbstverständnis: Lehrbuchautoren wie der Wiener Psychiater Theodor Meynert (1833–1892) betrachteten psychotische Störungen als Erkrankungen „des Vorderhirns“, in heutiger Diktion also des frontoparietalen Kortex (Meynert 1884).

Therapeutisch hieß das Ziel hier, die gestörten biologischen Abläufe selbst zu beeinflussen, wohingegen subjektive Aspekte gering, mitunter auch gar nicht gewichtet wurden. Viele prägende psychiatrische Leitfiguren wie der bereits genannte Theodor Meynert und Emil Kraepelin (1856–1926), aber auch Karl Wernicke (1848–1905), Karl Kleist (1879–1960) sowie der frühe Eugen Bleuler (1857–1939) gehören in diesen Kontext der Realdefinition. Ein uns zeitlich näher liegendes Beispiel ist die Hypothese, dass psychotische Störungen, möglicherweise sogar psychische Störungen schlechthin, ja, alles Psychische lediglich Ausdruck von effizienten oder eben krankhaft veränderten neuronalen Transmissionsvorgängen seien (Carlsson u. Lindqvist 1963; van Rossum 1966). Die „Dopaminhypothese der Schizophrenie“ entstand in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Auch hier liegt der therapeutische Vorschlag auf der Hand, nämlich die medikamentöse Beeinflussung derartiger Neurotransmittersysteme durch möglichst spezifische psychotrope Substanzen.

Allen realdefinitorischen Ansätzen gemeinsam ist die Vorannahme, die jeweilige Krankheit sei ein objektives Faktum, eine selbständige Entität, in ihrer Existenz völlig unabhängig sowohl vom zufälligerweise betroffenen Individuum, dem Patienten, als auch vom zufälligerweise auf diesem Gebiet arbeitenden Forscher oder Arzt. Letzterer „entdeckt“ die Krankheiten, oder, wie Emil Kraepelin es ausdrückte, die „natürlichen Krankheitseinheiten“, die es in der Psychiatrie ebenso gebe wie etwa in der Inneren Medizin (Kraepelin 1918; Hoff 1994). Ganz anders verhält sich dies bei den beiden anderen Ansätzen, dem nominaldefinitorischen und dem biographischen.

Doch zunächst ist noch auf eine weitere, gerade für die forensische Psychiatrie folgenreiche Implikation eines streng realistischen psychiatrischen Krankheitsverständnisses aufmerksam zu machen: Gemeint ist die von Neurowissenschaftlern aufgestellte, erkenntnistheoretisch „starke“ These, dass die empirische Datenlage dazu zwingt, das hergebrachte (westliche) Menschenbild, fußend auf der Idee des autonomen Subjektes, mehr oder weniger aufzugeben (Roth 2001; Singer 2004). Vor allem der „freie Wille“ und dessen mehr oder weniger radikale Leugnung ist es, was zu zahlreichen Debatten und öffentlichen Verlautbarungen geführt hat. Diese decken das ganze Spektrum ab zwischen dem Austausch wissenschaftlicher Argumente und aufgeregtem, eigentlich anderen Zielen dienendem Populismus. Besonders bekannt geworden ist ein – von den Autoren so betitelt – „neurowissenschaftliches Manifest“ und der dadurch herausgeforderte psychologische Gegenentwurf (Elger et al. 2004; Fiedler et al. 2005; Maier et al. 2005; Saß 2007).

Nun hat die neurobiologische Forschung in den letzten Jahrzehnten ohne Frage zu einem dramatischen Wissenszuwachs geführt, vor allem hinsichtlich der Funktion des menschlichen Gehirns. Das neue Selbstbewusstsein dieses Ansatzes führte aber mitunter zu einer Art Verwechslung von Forschungsmethode und Forschungsinhalt: Methode ist in diesem Fall die quantifizierend-objektive Erfassung von Hirnzuständen bzw. -funktionen und deren anschließende Korrelation mit mentalen Phänomenen, ein au-

ßerordentlich erfolgreicher Ansatz. Daraus folgt aber keineswegs, dass die angewandte Methode zugleich ihren Inhalt, ihr Objekt vollständig erklärt. Anders formuliert: Eine korrelative Beziehung zwischen erhöhtem Blutfluss in definierbaren Hirnarealen – genau dies misst die funktionale Kernspintomographie als das aktuell wichtigste bildgebende Verfahren – und einem von der Versuchsperson berichteten emotionalen Zustand bedeutet nicht, dass eine einfache kausale Beziehung zwischen beiden Phänomenen oder gar deren Identität vorliegt. Keine wissenschaftliche Methode ist bei der Erforschung so komplexer Bereiche wie des Bewusstseins oder gar des Mentalen schlechthin gleichsam a priori als die überlegenere anzusehen (Saß 2007; Maier et al. 2005).

Wenn aber neurobiologische Befunde *als solche* weder eine materialistische noch eine deterministische Position in der Leib-Seele-Frage implizieren, dann folgt daraus auch, dass allein aufgrund empirischer Ergebnisse der Hirnforschung die Annahme personaler Autonomie oder der Eigenständigkeit anderer komplexer mentaler Phänomene nicht widerlegt ist. Selbst Bernhard Libet (2005), dessen mittlerweile berühmtes Experiment schon fast als populärwissenschaftlicher „Beweis“ gegen die Existenz des „freien Willens“ gehandelt wird, warnt in der Rückschau vor übereifrigen Schlüssen aus seinen Befunden. In diese Richtung argumentiert auch Peter Bieri (2001), wenn er zwei Einwände gegen die „starke“ neurobiologische These vom Illusionscharakter der personalen Autonomie nennt: Zum einen werde nämlich die „höhere Tatsächlichkeit“ des neurobiologischen zuungunsten des subjektiven Phänomens *bloß behauptet*, aber weder inhaltlich plausibel gemacht noch gar bewiesen. Zum anderen führe die kategorische Verneinung der Existenz irgendeines nicht quantitativ neurowissenschaftlich erfassbaren psychischen Phänomens zu einem *prinzipiellen Verlust* des Gegenstandes bzw. Begriffes von „Freiheit“. Man könne in diesem Fall nicht nur in neurobiologischen Termini nicht sinnvoll von Freiheit sprechen, sondern überhaupt nicht mehr.

Die enorme Relevanz dieser theoretischen Überlegungen für die forensisch-psychiatrische, aber auch für die strafrechtliche Praxis liegt auf der Hand, basieren doch beide Bereiche entscheidend auf der Annahme, dass Personen im Regelfall autonome Entscheidungen zu treffen und entsprechende Handlungen zu planen und umzusetzen in der Lage sind. Dies freilich impliziert die personale Verantwortung für eben diese Handlungen. Die aktuell häufig zu beobachtende Aufgeregtheit bei der Diskussion der forensischen Relevanz neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, gipfelnd in der Behauptung, die gesamte strafrechtliche Dogmatik sei nicht nur in Frage gestellt, sondern bereits quasi empirisch widerlegt, führt weder praktisch noch theoretisch weiter. Es bedarf, wie in der klinischen Psychiatrie auch, eines ausgewogenen Diskurses, der neuere wissenschaftliche Methoden und deren Befunde en detail zur Kenntnis nimmt, ohne voreilige und dogmatische Schlüsse zu ziehen.

Nominaldefinitionen treten auch im Bereich der medizinischen Begrifflichkeit wissenschaftstheoretisch bescheidener auf. Aktuell sind sie in der

Psychiatrie dessen ungeachtet von besonders großer Bedeutung, stellen sie doch das theoretische Rückgrat der beiden weltweit verwendeten psychiatrischen Diagnosemanuale dar, des ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1991) und des DSM-IV der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (APA 2000). Es handelt sich hierbei um eine weitgehend formalisierte, kriteriengeleitete, „operationale“ Diagnostik, weil sie Regeln aufstellt für die sinnvolle und dem jeweiligen empirischen Wissensstand angemessene Verwendung von diagnostischen Begriffen wie schizophrene Psychose, bipolare Störung, Persönlichkeitsstörung oder Abhängigkeitserkrankung. Konkret bedeutet das die Auflistung von expliziten Kriterien, Kriterienverknüpfungen und Ausschlusskriterien, die erfüllt sein müssen (bzw. nicht erfüllt sein dürfen), damit die entsprechende Diagnose gestellt werden *kann*, ja gestellt werden *muss*. Eine unmittelbare therapeutische Konsequenz lässt sich aus einer derartigen, auf die sinnvolle Verwendung von Begriffen abzielenden Diagnostik nicht ableiten.

Im Unterschied zur Realdefinition, bei der zumeist „die Natur“ – heute besser: das Gehirn – Bezugspunkt und Maß aller Dinge ist, liegt hier die definitorische Macht beim Experten, beim Forscher, beim Arzt: Er legt, meist in Expertengremien, fest, wann von Schizophrenie, Manie oder Abhängigkeit zu sprechen ist – und wann nicht. Es sollte freilich nicht übersehen werden, dass diese definitorische Macht nur auf der Kriterienebene liegt – Kernfrage hier: „Wann spreche ich überhaupt von Schizophrenie?“ – und *nicht* auf der Ebene der individuellen diagnostischen Aussage – Kernfrage hier: „Liegt bei Person X eine Schizophrenie vor?“. Denn im letzteren Fall wird der Spielraum des Untersuchers durch die operationalisierte Diagnostik sogar eher eingeschränkt.

Ob nun eine durch kriteriologisch erfassbare Sprechakte adressierte Krankheit „in Wirklichkeit“ existiert, also etwa in biologischer Sicht als „natürliche Krankheitseinheit“, diese Frage wird in der operationalen Diagnostik bewusst offen gelassen. Insoweit ist sie bedeutend flexibler, wenn es darum geht, neue empirische Befunde in die psychiatrische Diagnostik und damit auch Krankheitslehre einfließen zu lassen.

Wichtig – und von den operationalen Diagnosemanualen explizit erwähnt – ist der Umstand, dass jeder unmittelbare Schluss von einer kriteriengerecht gestellten psychiatrischen Diagnose auf das Vorliegen oder das Fehlen einer forensisch-psychiatrisch relevanten „Fähigkeit“ (z. B. Geschäftsfähigkeit, Schulfähigkeit, Einwilligungsfähigkeit) unzulässig ist. Selbst im Falle schwerwiegender Erkrankungen wie einer schizophrenen Psychose stellt die Diagnose nur einen vergleichsweise kleinen Teil der Information dar, die benötigt wird, um etwa die Frage des Gerichtes nach dem Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB beantworten zu können. Dies wird unten näher ausgeführt werden.

Biographisch-individuelle Definitionen finden sich im frühen 19. Jahrhundert in der sogenannten „romantischen Psychiatrie“. Hier vertraten wichtige Autoren wie Johann Christian August Heinroth (1773–1843) die Auffassung, geisteskrank werde, wer falsch, normverletzend und vor allem

egoistisch, kurz „sündig“ lebe, wer also die Grundmomente des christlich geprägten westeuropäischen Menschenbildes nicht verwirkliche. Eine Therapie habe im wesentlichen Nachreifung zu sein (Heinroth 1818). Hier wurde Psychose, „Geisteskrankheit“, als nachvollziehbare und auf eine bestimmte Art moralisch berechtigte Konsequenz eines fehlerhaften Lebens verstanden (Benzenhöfer 1993; Marx 1990, 1991; Steinberg 2004). Dies führte in der forensischen Perspektive dazu, dass im psychotischen Zustand begangene Taten gleichwohl dem Täter zugerechnet wurden, weil ja das vorgängige Hineingeraten in die Psychose von ihm zumindest mitverantwortet werden müsse.

Kerngedanke der von Sigmund Freud (1856–1939) zugleich als psychologische Theorie wie als diagnostische und Behandlungsmethode entwickelten Psychoanalyse ist die Annahme eines unbewussten psychischen Bereichs, der aber starken Einfluss auf das bewusste Erleben habe. Ungelöste Konflikte, zentraler Punkt der psychoanalytischen Neurosekonzeption, können übermächtig werden und durch ihr Drängen an die Oberfläche zu Leidensdruck, zu Symptomen führen. Durch den, wie Freud es nannte, „Königsweg“ der Traumdeutung könne man im Rahmen der psychoanalytischen Behandlung Zugang zu den unbewussten Inhalten bekommen. Durch das Wiedererleben der konflikthaften Momente in der therapeutischen Beziehung zum Analytiker, in der „Übertragung“, durch einen kathartischen Prozess also, könne man den Konflikt bewusst machen und einer Lösung näher bringen bzw. im Idealfall ganz auflösen. Später ergänzte Freud dieses Modell durch die auch (und gerade) auf die ungestörte Psyche bezogene Vorstellung der Existenz unterschiedlicher psychischer Instanzen, des „Es“, das die Instinkte und Triebe beinhalte, des „Über-Ich“, das alle Arten von Normen repräsentiere, sowie des „Ich“, das die für das Individuum jeweils erlebens- und handlungsrelevante Schnittstelle darstelle. Die wissenschaftstheoretische Einordnung der Psychoanalyse ist nach wie vor kontrovers. Dazu trägt bei, dass zum einen Freuds naturwissenschaftlicher Impetus nicht erkannt oder anerkannt wurde, dass aber zum anderen tatsächlich Parallelen bestehen zwischen dem psychoanalytischen und dem Menschenbild der bereits erwähnten „romantischen Psychiatrie“. Dies gilt insbesondere für die Betonung der individuellen Lebensgeschichte sowie der affektiven Seite des Psychischen. Immer wieder wurde auf die geistige Verwandtschaft zwischen dem Denken Heinroths und Freuds verwiesen, ja, wurden Heinroth und der spätromantische Autor Carl Gustav Carus (1789–1869) gar als Vorläufer der Psychoanalyse bezeichnet.

Mitte des 19. Jahrhunderts bildeten sich die Vorläufer dessen, was heute gemeindenähe und soziale Psychiatrie genannt wird. Man lernte, insbesondere die Therapie von chronisch psychisch Kranken als einen ausgesprochen individualisierten Prozess aufzufassen, der eben nicht nur auf ein naturalistisches Krankheitsverständnis abzuheben habe, sondern auf die je individuelle Situation des Betroffenen und seiner Angehörigen. Bemerkenswerterweise spielt in dieser Tradition ein Autor eine entscheidende Rolle, Wilhelm Griesinger (1817–1868), der in der Psychiatriegeschichte regelhaft

als *der* Exponent, ja, Begründer einer biologischen Forschungsrichtung betrachtet wird und dessen sehr differenzierte Betrachtungsweise völlig zu Unrecht immer nur auf den einen und zudem noch häufig verkürzt zitierten Satz zurechtgestutzt wird, wonach „Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten“ seien (Griesinger 1861; Hoff u. Hippus 2001; Rössler 1992; Währig-Schmidt 1985).

Mitte des 20. Jahrhunderts findet sich eine ideengeschichtlich bedeutende, heute weitgehend in Vergessenheit geratene Variante biographisch-individuellen Krankheitsverständnisses. Die *anthropologische Psychiatrie* betrachtete Psychose, ja psychisches Kranksein allgemein als eine spezifisch menschliche und dabei *nicht nur defizitäre* Seinsform. Psychotisch zu werden an einem bestimmten Punkt im Leben eines Menschen und aus der Psychose wieder, wenn auch in mancherlei Hinsicht verändert, herauszufinden, sei auch ein Signal, habe eine Bedeutung, einen „Sinn“. Selbstverständlich hat der Begriff „Sinn“ an dieser Stelle nichts mit einer Beschönigung der gravierenden und mit sehr viel Leid verbundenen Krankheit Psychose zu tun, obwohl dies immer wieder einmal so missverstanden wurde. In Frage steht vielmehr der Stellenwert dieser spezifisch menschlichen Form des Leidens, wobei eben nicht nur das aktuelle psychische Befinden, auf das die operationale Diagnostik so stark abhebt, aktiv berücksichtigt wird, sondern auch die lebensgeschichtliche und anthropologische – hier eben gemeint als auf das spezifisch Humane abzielende – Dimension. Aufgabe der Therapie sei es insoweit, diese im Einzelfall schwierig zu ortenden, aber immer vorhandenen Zusammenhänge im Dialog mit dem Patienten zu erkennen und nutzbar zu machen, Therapie quasi als Sinnstiftung. Diese für einige Jahre nach dem 2. Weltkrieg im deutschsprachigen Raum sehr einflussreiche Strömung wurzelte in existentialontologischen und existenzphilosophischen Konzepten, vor allem in der Philosophie Martin Heideggers (Binswanger 1965; Blankenburg 1971; Gadamer 1993; von Gebattel 1954; Tellenbach 1961).

Die seit mehreren Jahrzehnten vor allem in der Psychotherapieforschung hervorgetretene *systemische Betrachtungsweise* steht zwar in einer ganz anderen Tradition als die anthropologische Psychiatrie, vor allem betrachtet sie sich *auch* als empirisch-sozialwissenschaftliche und nicht ausschließlich als hermeneutische Disziplin (Keller u. Greven 1996). Für sie ist die psychische Erkrankung des Einzelnen nur im Kontext seiner gesamten psychosozialen Beziehungen von der Familie bis zum beruflichen und Freizeitbereich, also „systemisch“, verständlich und behandelbar. Doch ist sie grundsätzlich von der geschilderten dritten Variante psychiatrischen Krankheitsverständnisses, der biographisch-individuellen, nicht so verschieden, dass es einer eigenen Kategorie bedürfte.

Dieser biographische Ansatz erlaubt es, sofern man ihn zu Ende denkt, im Grunde nicht mehr, zwischen der Krankheit und dem betroffenen Patienten *kategorial* zu unterscheiden, wie dies etwa bei einer Infektionskrankheit – über viele Jahrzehnte *das* Beispiel für das medizinische Modell – nahegelegt wird: hier der von der Person völlig unabhängige Erreger, da die zufälliger-

weise befallene Person. Bezogen auf die psychiatrische Situation gilt in der biographischen Perspektive also nicht: Der Patient *hat eine Psychose*, denn das wäre kategorial, wäre trennend, disjunktiv. Viel mehr gilt: Der Patient *ist psychotisch*, die Krankheit erwächst aus ihm, gehört zu ihm, macht einen biographischen „Sinn“. Dem Untersucher und Behandler stehen also nicht mehr Krankheit und Patient – in dieser Reihenfolge (!) – gleichsam getrennt gegenüber wie im klassischen medizinischen Modell, sondern die Verbindung beider Momente, die psychisch erkrankte Person in ihrer Zeitlichkeit.

Auch hier gilt es, die Grenzen des Ansatzes im forensischen Kontext zu erkennen und nicht etwa aus dem Vorliegen bzw. dem Fehlen von Plausibilität und Verständlichkeit voreilige Schlüsse etwa auf die Schuldfähigkeit zu ziehen.

Risiken der einzelnen Ansätze

Alle Zugangsweisen haben ihre spezifischen Risiken, die es auch im forensischen Kontext zu erkennen und zu reflektieren gilt: Schon im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert warnten nachdenkliche Autoren, etwa Karl Jaspers (1913), davor, dass die psychiatrisch orientierte Gehirnforschung, wenn sie auf ihrer Suche nach der Realdefinition von „Geisteskrankheit“ nicht mit der nötigen wissenschaftstheoretischen Skepsis ans Werk gehe, unversehens zur „Gehirnmythologie“ mutieren könne.

Analoges aber gilt sehr wohl auch für die anderen Ansatzweisen: Eine allzu straffe Operationalisierung psychiatrischen Arbeitens durch Kriterienlisten und Entscheidungsbäume kann zu einer unproduktiven Formalisierung führen, die die reliable Erfassung von beobachtbaren Einzelsymptomen („Kriterien“) mit Psychopathologie schlechthin verwechselt. Und eine unkritisch operierende biographisch-psychogenetische Arbeitsweise schließlich läuft Gefahr, „psychologistisch“ zu werden, also ein plausibel wirkendes psychologisches Verstehensmuster für menschliches Verhalten als eindeutige wissenschaftliche Erklärung misszuverstehen (Hoff 2010). In diesem Sinne muss sich auch die sozialpsychiatrische Perspektive der Grenzen ihrer Aussagekraft bewusst sein, um nicht einer „Sozialmythologie“ das Wort zu reden. Als markante Beispiele für die letztgenannten Varianten psychiatrischer Dogmenanfälligkeit sollen hier die beiden Hypothesen von der aufgrund ihres „Double-bind-Kommunikationsstiles“ (Bateson et al. 1956) „schizophrenogenen Mutter“ (Fromm-Reichmann 1950) erwähnt werden. Diese orteten die wesentliche *Ursache* für schizophrene Psychosen in der Mutter des Patienten bzw. der Patientin, genauer gesagt, in deren unnahbarer Rigidität, verbunden mit pathogenen, da systematisch mehrdeutigen Kommunikations- und Beziehungsmustern. Immerhin konnte diese Annahme zwischenzeitlich empirisch weitgehend entkräftet werden, was man beileibe nicht für alle psychiatrischen Fehleinschätzungen oder gar Dogmen behaupten kann.

Entscheidend ist die Einsicht, dass es zwar manch inhaltlichen Dissens zwischen den verschiedenen psychiatrischen Perspektiven gibt und geben

soll, etwa zwischen der neurobiologischen und der sozialpsychiatrischen, dass aber keiner der aktuell diskutierten Ansätze die zentrale Frage nach dem Status des Subjektes definitiv beantwortet und damit obsolet macht. Empirische neurobiologische Befunde *alleine* – also ohne theoretische Vorannahmen, die man „anthropologisch“ nennen kann – können nicht sinnvoll gegen das *prinzipielle* Postulat personaler Autonomie ins Feld geführt werden, ist letztere doch wesentliche Voraussetzung empirischen Arbeitens. *Graduelle* Einschränkungen dieser Autonomie hingegen sind für den Psychiater Alltag: Sie können durch eine Unzahl von Faktoren, unter ihnen die psychischen Störungen, hervorgerufen werden. Das stellt aber die grundsätzliche Verfasstheit der Person als autonomes Wesen gerade nicht in Frage.

Wie an anderer Stelle ausgeführt (Hoff 2006), hat ein Autor, der stets Wert darauf legte, dass Psychopathologie eben nicht nur bloßes Handwerkszeug für das Zählen von Symptomen sei, sondern eine Grundlagenwissenschaft, Werner Janzarik, bereits 1957 eine ganz ähnliche Diskussion geführt wie die jetzige, wenn auch gleichsam in einem anderen Koordinatensystem: Er sah sich seinerzeit vor das Problem gestellt, für die Psychopathologie zwischen der phänomenologisch-deskriptiven Richtung einerseits und der anthropologischen andererseits einen geeigneten Platz zu finden. Dabei wies er ihr die Rolle zu, die jeweiligen erkenntnistheoretischen Risiken der beiden Ansätze zu erkennen und, soweit möglich, zu vermeiden. In seinen Worten: Wissenschaftliche Psychopathologie sei

„ein Weg ..., der den Gefahren der phänomenologisch-deskriptiven¹ wie der anthropologischen Richtung psychopathologischer Forschung – der Vereinzelung im Symptom und der Auflösung im Spekulativen – auszuweichen sucht.“ (Janzarik 1957)

Die aktuelle Diskussion bewegt sich in einem sehr ähnlichen Spannungsfeld, wobei der Gegenpart der deskriptiven Richtung jetzt nicht mehr bei der kaum noch rezipierten anthropologischen, sondern, wie oben begründet, bei der neurobiologischen Perspektive liegt.

Eine Psychopathologie im weiteren Sinne, die dem zweifellos sehr hohen Anspruch genügen könnte, Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie und damit auch der forensischen Psychiatrie zu sein (Janzarik 1979), müsste (mindestens) die folgenden Bereiche abdecken:

- die operationale Deskription psychopathologischer Phänomene;
- die „offene“ Deskription psychopathologischer Phänomene, die einzel-fallorientiert psychopathologische Sachverhalte zwischen den bzw. jenseits der Kriterienkataloge erfasst, also ausdrücklich die subjektive und intersubjektive Ebene als Quelle wissenschaftlicher Erkenntnis akzeptiert;

¹ Das Adjektiv „phänomenologisch“ wird in der psychiatrischen Literatur in verschiedenen, zum Teil recht schillernden Bedeutungen verwandt. Hier ist eine eher enge Bedeutung gemeint, die derjenigen von „deskriptiv“ nahe steht. Dies entspricht im Übrigen auch dem in der angelsächsischen Psychiatrie verbreiteten Verständnis von „phenomenological“.