

## Übersichten

Nervenarzt 2005 · 76:1051–1061  
 DOI 10.1007/s00115-004-1811-7  
 Online publiziert: 12. März 2005  
 © Springer Medizin Verlag 2005

P. Hoff · Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz

# Perspektiven der forensischen Psychiatrie

## Eine psychiatriehistorische und aktuelle Bestandsaufnahme

Die forensische Psychiatrie ist eine wissenschaftliche Disziplin, die von ihrem Ursprungsfach, der klinischen Psychiatrie, nicht getrennt werden kann. Sie teilt mit ihr wesentliche Grundannahmen und -fragen. Nun hat sich für die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten erfreulicherweise, wenn auch im deutschsprachigen Raum mit einiger Verzögerung, die Erkenntnis durchgesetzt, dass die historische Perspektive keine „bloß akademische“ Angelegenheit ist, mit der man sich beschäftigen kann, aber nicht muss. Vielmehr wurde nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Aufarbeitung der Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus die Bedeutung psychiatriehistorischer Zusammenhänge erkannt und anerkannt. Die Praxisrelevanz dieses Wissens erschließt sich aber nur dann, wenn man seine Essenz auf die jeweils aktuelle Situation bezieht. Dies gilt in gleicher Weise für die praktisch-klinische wie die Forschungsperspektive.

Der wissenschaftliche „Gegenstand“, die psychisch kranke Person, bringt es mit sich, dass der Behandler<sup>1</sup> auch in alltäglichen Situationen mit Grundsatzfragen wie dem Selbstverständnis der Psychiatrie oder ihrer forensischen Anwendung, dem Krankheitsbegriff oder einem Wertekonflikt zwischen Handlungsauftrag des Arztes und Autonomie des Patienten konfrontiert ist. Diese oft als lästig empfundenen Fragen lassen sich – ganz unabhän-

gig von der theoretischen Ausrichtung des Arztes – nicht wirklich abweisen, sondern allenfalls zum Preis einer markanten Verflachung psychiatrischen Handelns vorübergehend unterdrücken. Die Aufgaben, die sich der Psychiatrie hier stellen, sind, gerade weil sie das Zentrum des Faches betreffen, nur unter Einbeziehung des Wissens über seine Geschichte zu lösen.

Inhaltlich weist die Psychiatriegeschichte zwei Schwerpunkte auf, die Institutionsgeschichte einschließlich der dort betreuten und dort berufstätigen Personen sowie – damit untrennbar verbunden – die Ideengeschichte, also die historisch reflektierte wissenschaftstheoretische Analyse psychiatrischer Grundbegriffe. Im letztgenannten Sinne werden die im Folgenden dargestellten „Perspektiven der forensischen Psychiatrie“ verstanden: Nach einem Überblick über die historische Entwicklung des Faches kommen die Fragen der Zuständigkeit zur Sprache, der Nosologie, der Quantifizierung, des Menschenbildes, der Identität des Faches und seiner wissenschaftlichen wie praktischen „Prognose“.

### Historischer Abriss

Das Rechtsempfinden, psychisch auffällige oder kranke Personen, denen eine strafbare Handlung vorgeworfen wird, seien dafür nicht in gleicher Weise zur Rechenschaft zu ziehen wie psychisch Gesunde, ist in nahezu allen Kulturen nachzuweisen. Der Gegenstand der forensischen Psychiatrie existierte somit schon viele hundert Jahre vor der eigentlichen Etablie-

rung des Faches. Allerdings dauerte es lange, bis der Medizin bzw. der Psychiatrie die Kompetenz und Zuständigkeit für die Beurteilung zugestanden wurde, wer denn nun wegen einer seelischen Störung geringer oder gar nicht zu bestrafen sei und wer nicht.

Im römischen Recht etwa finden sich dazu keine konkreten Ausführungen, obwohl die antike Medizin Roms sich sehr wohl mit „Geisteskrankheiten“ beschäftigt hat. Historisch belegte Empfehlungen, bei der Frage nach dem Geisteszustand eines mutmaßlichen Täters zum Zeitpunkt der Tat einen Arzt einzuschalten, sind erst für das frühe 17. Jahrhundert belegt, teilweise schon mit der Begründung, es handle sich ja schließlich um Krankheiten des Gehirns, also eines körperlichen Organs.

Die Naturrechtsbewegung im späten 17. und im 18. Jahrhundert betonte den Aspekt der Zurechenbarkeit einer Handlung, blickte also insoweit weniger auf die Tat selbst als auf die Frage, inwiefern sie dem Täter zuzurechnen und damit vorzuwerfen sei. Es geht ab jetzt zunehmend um die Voraussetzungen der Zurechenbarkeit, vor allem um das Vorhandensein von Einsicht – kognitives Element –, aber auch von willentlicher Entschließung – voluntatives, intentionales und emotionales Element.

Wesentlich umgearbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrages im Rahmen des Festaktes zum 30-jährigen Bestehen der forensischen Abteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik München am 11. Oktober 2001 (Vortragsmanuskript unter <http://www.forensikmuenchen.de>).

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird zumeist nur die männliche Form von Berufs- und sonstigen Bezeichnungen genannt.

Hintergrund der viel zitierten Äußerung Immanuel Kants in seiner Anthropologie, wonach nicht etwa die medizinische, sondern die philosophische Fakultät zu beurteilen habe, „ob der Gemütszustand des Täters Verrückung oder mit gesundem Verstande genommene Entschliessung sei“ [20], ist keineswegs die Absicht einer Attacke gegen die Mediziner. Vielmehr hielt er seelische Phänomene, in seinen Worten „Phänomene des inneren Sinnes“, für *prinzipiell nicht messbar*, für „nicht physiologisch“. Daher sei bei deren Beurteilung, die immer auch eine Bewertung sei, eben nicht die auf Kausalität ausgerichtete naturwissenschaftliche Medizin, sondern die Philosophie gefragt. Sie nämlich beziehe nicht nur, wie der Naturwissenschaftler, die „reine“, sondern auch die „praktische“ Vernunft und die Urteilskraft ein [11, 36].

In der Gerichtspraxis wurden aber dessen ungeachtet spätestens seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert regelhaft Ärzte zur Begutachtung fraglich psychisch kranker Angeklagter hinzugezogen. In der klinischen Psychiatrie entstanden sehr unterschiedliche nosologische Systeme, deren gemeinsamer Nenner das Bestreben war, die verwirrende klinische Vielfalt seelischer Störungen durch einen an der Symptomatik oder auch an spekulativen ätiologischen Hypothesen ausgerichteten begrifflichen Rahmen zu ordnen und damit handhabbar zu machen. Den größten Gegensatz findet man hier zwischen den „romantischen Psychiatern“ des frühen und den materialistisch eingestellten „Gehirnpsychiatern“ des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Für die Romantiker, die ein spekulatives naturphilosophisches Weltbild vertraten, etwa J.C.A. Heinroth (1773–1843) und K.W. Ideler (1795–1860), stand die individuelle Entwicklung eines Menschen ganz im Vordergrund des Verständnisses von seelischer Krankheit, aber auch von Verbrechen. Der einzelnen Person wurde die volle Verantwortung für ihre biographische Entwicklung zugestanden, aber auch zugewiesen. Auch „Geisteskrankheit“ sei letztlich Folge eines verfehlten – und von der Person zumindest in weiten Teilen zu verantwortenden – Lebensentwurfes. Heinroth stellte daher konsequenterweise zur Diskussion, dass selbst ein schwer psychisch kranker Täter für seine Tat verant-

wortlich zu machen sei, da zwar nicht die Tathandlung selbst, wohl aber das Hineingeraten in die Psychose mit der Folge der Tat ganz oder teilweise seiner Verantwortung zuzuschreiben sei.

Die dezidierte und offensiv vertretene Gegenposition der „Gehirnpsychiater“ ist im Kontext der rasanten Entwicklung der Naturwissenschaften, vor allem der für die Medizin wichtigen Grundlagendisziplinen wie Physiologie und organische Chemie, in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts zu sehen. Zunehmend brach sich die Anschauung Bahn, seelische Erkrankungen seien Ausdruck einer Funktionsstörung des Gehirns, „Geisteskrankheiten“ seien Gehirnkrankheiten, wie es Wilhelm Griesinger (1817–1868) in seinem einflussreichen Lehrbuch [8] formuliert hatte. Im Vorgriff auf die aktuelle Diskussion um die Neurobiologie ist erwähnenswert, dass Griesingers Position aber nicht die eines naiven Materialismus war. Ihm ging es vielmehr in erster Linie darum, die Betrachtung seelischer Störungen *auch als* Funktionsstörungen des Gehirns wissenschaftlich umfassend auszuschöpfen und so die im Entstehen begriffene akademische Psychiatrie an die Naturwissenschaften heran- und von der spekulativen Naturphilosophie wegzuführen [15, 31, 32, 38].

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts gewann die von Frankreich ausgehende Degenerations- oder Entartungslehre auch im deutschen Sprachraum massiv an Einfluss [10]. Seelisches Kranksein wurde verstanden als ein über viele Generationen laufender und sich schicksalhaft ständig intensivierender Prozess, der die betroffenen Personen immer weiter von den unterstellten naturgegebenen Wesensmerkmalen des Menschen entfernte, „entartete“. Wissenschaftlich stand diese Lehre stets auf tönernen Füßen. Dessen ungeachtet und wegen ihrer im Grunde überaus simplen Botschaft, ließ sie sich nur zu gut für allerlei fachfremde Zwecke instrumentalisieren und vor allem politisch missbrauchen [29].

Für die forensische Psychiatrie hatte dies erhebliche Bedeutung: Viele ihrer maßgeblichen Exponenten betrachteten den Straftäter als „Degenerierten“, der, so die Schule Cesare Lombrosos (1836–1910), oft schon durch Körperbau und Psycho-

motorik als minderwertig zu erkennen sei. Verbrechen wurde – so eine gängige zeitgenössische Formulierung – zur „sozialen Krankheit“, für die konsequenterweise die Zuständigkeit des Psychiaters konstatiert wurde. Eugen Bleuler (1857–1939) und Emil Kraepelin (1856–1926) sind hier als richtungweisende Beispiele zu nennen.

Kraepelin führte seine Position 1907 [22] systematisch aus: Delinquentes Verhalten vor allem von Rückfalltätern stehe gleichsam zwischen geistiger Gesundheit und „Geisteskrankheit“. Freilich darf das Schlagwort vom „Verbrechen als sozialer Krankheit“ gerade nicht im Sinne einer rein gesellschaftlichen Verursachung von Kriminalität missverstanden werden. Ganz im Gegenteil ist diese „Krankheit“ in Kraepelins Augen deswegen „sozial“, weil sie ihrerseits sozialen Schaden anrichtet. Ihre Ursache hingegen sieht er – Stichwort „Entartung“ – schwerpunktmäßig in einer allenfalls biologisch, nicht aber psychologisch oder sozialwissenschaftlich fassbaren Störung.

Konsequent will Kraepelin die psychiatrische Kompetenz im strafrechtlichen Bereich enorm erweitern: Der Richter hätte natürlich weiterhin die Gesetzesübertretung festzustellen, bei allen anderen Fragen fiele aber dem psychiatrischen Sachverständigen ein wesentliches, wenn nicht das entscheidende Gewicht zu, etwa hinsichtlich der Schuldfähigkeit, der Art und Dauer der Strafe (!)<sup>2</sup>, der Prognose einschließlich der Festlegung des Zeitpunktes und möglicher Bedingungen der Entlassung. Dieser für Kraepelin und zahlreiche seiner Zeitgenossen typische wissenschaftliche Optimismus nahm das erhebliche Risiko in Kauf, das Fach Psychiatrie zu überfordern und einer bedenklichen spekulativen Ausdehnung ihres Kompetenzbereiches Vorschub zu leisten [5, 13].

<sup>2</sup> Diese Stärkung der psychiatrischen zuungunsten der juristischen Position muss im Kontext der im 19. Jahrhundert ausgetragenen Kontroverse zwischen der klassischen liberal-idealistischen Strafrechtsdoktrin, dem Rechtspositivismus und der antipositivistischen Gegenbewegung (Franz von Liszt) gesehen werden [28]. Kraepelins Position wird am klarsten in seiner frühen Schrift „Die Abschaffung des Strafmasses“ (1880) [21] artikuliert, die in Stil und Diktion hart an der Grenze zwischen pointierter Meinungsäußerung und Polemik angesiedelt ist.

Hier steht eine Anzeige.



Während Eugen Bleulers forensisch-psychiatrische Grundauffassungen denjenigen Kraepelins in vielerlei Hinsicht ähneln, geht er in Sachen Determinismus weit über diesen hinaus: Der Delinquente, so Bleuler, handle mehr oder weniger entsprechend seinen vorgegebenen (und von ihm nicht zu verantwortenden) Anlagen. Das Postulat und auch das Erlebnis der „Willensfreiheit“ beruhe auf einer Selbsttäuschung des Ichs, welches die determinierenden biologischen Abläufe nicht wahrnehme oder wahrnehmen könne.<sup>3</sup> Dies entzog, zu Ende gedacht, dem Schuldstrafrecht die Grundlage. Entsprechend forderte Bleuler, hierin Kraepelin wieder sehr ähnlich, ein entscheidend vom psychiatrischen Urteil abhängiges forensisch-psychiatrisches Maßnahmenrecht [14, 25].

Nach dem 2. Weltkrieg hatte es die biologisch-psychiatrische Forschung gerade im forensischen Kontext im deutschsprachigen Raum schwer, wieder Fuß zu fassen. Jahrzehntlang standen ihre Forschungsansätze unter dem Generalverdacht der gedanklichen Nähe zu früheren biologistisch-sozialdarwinistischen Thesen. Soziologische und kriminologische Ansätze hatten es da leichter, was sich etwa im „strukturell-sozialen Krankheitsbegriff“ nach Rasch [30] niederschlug (s. unten). Erst mit der Entdeckung wirksamer Psychopharmaka etwa ab den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts kam es zu einer neuerlichen Schwerpunktverlagerung. Neben die etablierten sozialwissenschaftlichen und psychodynamischen Ansätze trat eine biologisch-psychiatrische Forschungsrichtung, die in Verbindung mit einer zunehmend differenzierten Neuropsychologie unter dem Begriff „cognitive neuroscience“ („kognitive Neurowissenschaft“) zunächst die tradierten Vorstellungen über psychotische Erkrankungen, dann aber auch das psychiatrische und, noch einige Jahre später, das forensisch-psychiatrische Selbstverständnis herausforderte. Dieser aktuelle Aspekt wird später zur Sprache kommen.

<sup>3</sup> Dies erinnert in geradezu verblüffender Weise an die heute, fast 100 Jahre später, laufende Debatte um die Willensfreiheit, die, gestützt auf neurobiologische Befunde und theoretische Argumente aus dem Umfeld der „philosophy of mind“, zum selben Ergebnis kommt (vgl. [24]).

## Die entscheidenden Perspektiven

### Die Zuständigkeit: Wer berät das Gericht in Fragen der Schuldfähigkeit und Prognose?

Heute besteht weitgehender Konsens dahingehend, dass Gerichte bei der Beurteilung von psychisch auffälligen Straftätern ohne die Fachkompetenz des forensischen Psychiaters und Psychologen nicht auskommen können und, wenn der Sachverständige sein Handwerk versteht, auch nicht auskommen wollen. Die Frage, ob ein Straftäter psychisch auffällig ist oder nicht, beantwortet am kompetentesten derjenige, der täglich in Klinik oder Ambulanz mit genau diesen Fragen – psychische Auffälligkeit oder nicht, welche Therapieindikation und welche nicht, welche Prognose – zu tun hat: Und dies ist der Psychiater und Psychotherapeut.

Forensisch-psychiatrisches Handeln setzt eine profunde und stets aktualisierte Kenntnis der klinischen Psychiatrie voraus. Unverzichtbarer Bestandteil ist dabei die Psychopathologie<sup>4</sup>. So ist auch der von Sass [34] geprägte Begriff des psychopathologischen Referenzsystems der forensischen Psychiatrie zu verstehen, auf den noch zurückzukommen sein wird.

### Die Nosologie: Was ist eine seelische Störung?

Die Psychiatrie und mit ihr die forensische Anwendung hatte und hat ein viel hartnäckigeres nosologisches Problem als etwa die Innere Medizin oder die Orthopädie. Zwei extreme Positionen sollen dies illustrieren:

- Die „Antipsychiatrie“ in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts provozierte mit der Behauptung, es gebe „in Wirklichkeit“ überhaupt keine see-

<sup>4</sup> Janzariks Formulierung, wonach die Psychopathologie die „Grundlagenwissenschaft“ der Psychiatrie sei [16], wird mitunter als Anspruch auf prinzipielle Superiorität gegenüber anderen Forschungsansätzen missdeutet. Gemeint ist hingegen, dass jede psychiatrische Forschungsrichtung ohne eine wissenschaftlich reflektierte und auch empirisch ausgewiesene psychopathologische Grundlage Gefahr läuft, ihrem Gegenstand nicht gerecht zu werden.

lischen Krankheiten, vor allem keine Psychosen. Zwar gebe es Menschen, die auffälliges Verhalten zeigten, die mit sich und den anderen schlecht zu recht kämen, aber dies sei eben ein soziales und kein medizinisches Problem. Die individuellen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen seien zu *ändern*, nicht eine vermeintliche Krankheit zu *behandeln*. Schlagwortartig war hier die Rede vom „Mythos Geisteskrankheit“ [37].

- Die simple Gleichsetzung von Tat und Krankheit in foro: „Wer so etwas tut, muss krank sein, ist krank.“ Dieses Missverständnis – sofern es eines ist und nicht bloßes Ressentiment – wurzelt wesentlich in der Monomanienlehre des frühen 19. Jahrhunderts, wo etwa das *Verhalten* „häufiges Stehlen“ unbeschrieben zum *Symptom* „häufiges Stehlen“ wurde und dieses zur *Krankheit* „Kleptomanie“, der dann allzu oft ohne weitere Erörterung forensische Relevanz zuerkannt wurde.

Zum Kern der Sache: Die Debatte um den psychiatrischen Krankheitsbegriff ist außerordentlich kontrovers – und sie wird dies bleiben. Im Wesentlichen geht es um die Frage, welchen Typus von Entitäten wir im Falle der psychiatrischen Diagnosen vor uns haben. Handelt es sich etwa bei der paranoiden Schizophrenie um eine „natürliche Einheit“ in Analogie zu einer durch *Klebsiella pneumoniae* hervorgerufenen Pneumonie? Kann demnach der psychiatrische Krankheitsbegriff mit dem klassischen medizinischen gleichgesetzt werden?<sup>5</sup>

Diese Frage beantwortete die traditionelle deutschsprachige Psychiatrie, zumindest im Sinne einer Zielvorgabe, mit

<sup>5</sup> Freilich ist auch eine ätiologisch und pathogenetisch weitgehend geklärte Pneumonie keine „natürliche Krankheitseinheit“ im strengen Sinne, da eine unübersehbare Vielzahl von Faktoren den überindividuellen „natürlichen“ Kern erheblich modulieren kann. Dennoch erscheint die Verwendung des Begriffes „natürliche Krankheitseinheit“ zur Verdeutlichung der Debatte nützlich, bezeichnete dieser Terminus doch immerhin über einige Jahrzehnte mindestens die Leitidee, wenn nicht sogar das reale Forschungsziel zahlreicher Psychiater. Nach Jaspers war er ein „wahrer Orientierungspunkt für die empirische Einzelforschung“ [19].

ja. Kraepelin etwa nannte als Fernziel der psychiatrischen Forschung die Entdeckung „natürlicher Krankheitseinheiten“. Damit meinte er von der Natur vorgegebene Entitäten, die der Arzt oder Forscher nicht etwa begrifflich *konstruiert*, sondern durch geschickte Diagnose- und Forschungsstrategien *auffindet*. Idealerweise sind diese Einheiten gekennzeichnet durch eine eindeutige Ätiologie, Pathogenese, einen charakteristischen Verlauf und eine definierbare Prognose, die selbstverständlich entscheidend von der Qualität der Therapie abhängt. Kraepelin verteidigte zeit seiner nahezu 50-jährigen psychiatrischen Tätigkeit dieses Ideal der „natürlichen Krankheitseinheit“ als die angemessenste Richtschnur für das Fach, und dies trotz aller kritischen Einwände, die er teilweise selbst dagegen ins Feld führte [12].

Nicht alle einflussreichen akademischen Psychiater waren von demselben ausgeprägten Forschungsoptimismus geprägt wie Kraepelin, vor allem nicht diejenigen, die die notwendige Verknüpfung der Psychiatrie mit den Geisteswissenschaften anerkannten wie etwa Karl Jaspers (1883–1969). Der Heidelberger Psychiater Kurt Schneider (1887–1967) wiederum verband in charakteristischer Weise eine geradezu puristische Methodenkritik mit der für die Praxis sehr wichtigen Formulierung von Leitlinien wie etwa derjenigen des „Somatosepostulates“. Dieses wurde gerade für die forensische Diskussion bedeutsam: „Krankheit“ war in dieser Sichtweise nämlich in erster Linie Krankheit des Körpers, eine wirklich Differenzialdiagnose nur möglich, wo es auch klare natürliche, sprich biologische Grenzen gibt. In der Psychiatrie sah Schneider Differenzialdiagnostik in diesem strikten Sinne nur realisiert im Bereich der „exogenen“, also körperlich begründbaren Psychosen. Für die „endogenen“ Psychosen, die schizophrenen und manisch-depressiven Erkrankungen, postulierte er eine biologische Störung als Ursache oder zumindest wesentliche Pathogenese im Wissen, dass diese Zusammenhänge wissenschaftlich noch lange nicht zuverlässig erfassbar sein würden – eben das „Somatosepostulat“. Gerade wegen seiner methodenkritischen Grundhaltung mag ihm dieses Postulat, apodiktisch ausgelegt, im Laufe der Zeit zu weitgehend erschienen sein, so

Nervenarzt 2005 · 76:1051–1061  
DOI 10.1007/s00115-004-1811-7  
© Springer Medizin Verlag 2005

P. Hoff

### Perspektiven der forensischen Psychiatrie. Eine psychiatriehistorische und aktuelle Bestandsaufnahme

#### Zusammenfassung

Der Beitrag stellt die wesentlichen Entwicklungslinien der forensischen Psychiatrie dar. Dabei hat die wissenschaftshistorische Betrachtungsweise vor allem den Zweck, der aktuellen Diskussion um Gegenstandsbereich und Methodik des Faches einen konzeptuellen Rahmen zu geben und damit den häufig anzutreffenden Verkürzungen und Vereinfachungen entgegen zu arbeiten. Grundgedanke ist, dass die forensische Psychiatrie nur zusammen mit dem Gesamtfach und dessen historischer Entwicklung angemessen erfasst werden kann. Die jüngst viel diskutierten, von man-

chen als bedrohlich erlebten neurobiologischen und neurophilosophischen Konzepte zum Leib-Seele-Problem im Allgemeinen und zur Genese seelischer Störungen im Besonderen werden erörtert. Sie werden zu einer Neubestimmung auf grundsätzliche Fragen innerhalb der Psychiatrie und ihrer forensischen Anwendung führen.

#### Schlüsselwörter

Forensische Psychiatrie ·  
Geschichte der Psychiatrie · Neurobiologie ·  
Neurophilosophie · Verantwortlichkeit

### Perspectives of forensic psychiatry. A historical and current review

#### Summary

Major lines of thought within the development of forensic psychiatry are discussed. The historical perspective will be helpful in creating a solid theoretical framework for the ongoing debate on the objectives and methods of forensic psychiatry as a scientific field and will support arguments against uncritical shortcomings and simplifications, so often met in recent years. Forensic psychiatry can only be understood properly in the context of general psychiatry, including its historical dimension. Significant neurobiological and neurophilosophical ap-

proaches to the mind-brain relationship in general and to the etiology of mental disorders in particular are outlined. Although to some psychiatrists they appear provoking or even threatening in a way, they offer the opportunity to rethink major conceptual issues within clinical and forensic psychiatry.

#### Keywords

Forensic psychiatry · History of psychiatry ·  
Neurobiology · Neurophilosophy ·  
Responsibility

dass er in späteren Schriften einräumte, dass es neben dem Somatogenen und Psychogenen vielleicht noch das „Metagene“ geben könne, die Entstehung seelischer Krankheit aus einer basalen anthropologischen Bedingtheit heraus, die eben nicht eindeutig dem Körper oder der Psyche zuzuordnen sei.

Diese selbstkritische Einschränkung wurde in der forensischen Diskussion kaum wahrgenommen. Und nicht Kurt Schneider selbst, sondern den zahlreichen Vereinfachern, die sich auf ihn beziehen, ist es zuzuschreiben, dass in der Folgezeit körperlichen Befunden, auch wenn sie marginal waren, häufig eine gleichsam a priori höhere Aussagekraft mit Blick auf De- oder Exkulpierung zugestanden wurde als den psychopathologischen.

Andere Krankheitsmodelle, etwa der von Rasch vorgeschlagene „strukturell-soziale Krankheitsbegriff“ [30], heben sich dezidiert vom medizinischen Modell ab, ja sie leben geradezu von dieser Abgrenzung. Im Ergebnis sind sie zumeist deutlich „weiter“ als das medizinische. So bezieht Rasch nicht nur die individuellen sozialen Folgen seelischer Störung an prominenter Stelle in den diagnostischen Prozess ein, sondern betont, dass es ihm weniger um die Erkennung psychisch kranker Täter zu tun sei, sondern um die Erhellung des individuellen und sozialen Hintergrundes einer vorgeworfenen Tat – ein sozialwissenschaftlich und nicht psychopathologisch orientiertes Störungsmodell.

Etwa seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts entstand ein zunehmendes Unbehagen mit den verschiedenen, oft inkompatiblen Krankheitsmodellen. Mit dem Einzug moderner psychopharmakologischer Therapien sowie der neurophysiologischen, neuropsychologischen und (morphologisch wie funktionell) bildgebenden Diagnostik in die Psychiatrie wurde auch der Ruf lauter, eine international akzeptierte schulenübergreifende „diagnostische Sprache“ zu schaffen. Als Ergebnis eines vieljährigen und vielstimmigen Entwicklungsprozesses entstand die operationale Diagnostik in Gestalt der beiden konkurrierenden Systeme ICD der Weltgesundheitsorganisation und DSM der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung [2, 39].

Hier liegt der praktischen Diagnostik gerade kein spezifisches ätiologisches

Krankheitsmodell zugrunde. Vielmehr soll sie offen gehalten werden für ganz unterschiedliche Konzepte und soll durch die Bereitstellung von klaren diagnostischen Kriterien, die vorwiegend auf die Verhaltensbeobachtung abheben, reliable, in der Forschungspraxis handhabbare diagnostische Einheiten schaffen. Bei den so entstehenden Diagnosen handelt es sich nun aber gerade nicht mehr um naturgegebene, biologische Einheiten, also nicht um „natürliche Krankheitseinheiten“ sensu Kraepelin, sondern (im Wesentlichen) um psychopathologische Konventionen. Diese haben sich nicht zufällig herauskristallisiert, sondern sind dem jeweiligen empirischen Kenntnisstand der Forschung angepasst und damit änderbar, wenn neues Wissen in die Diagnostik Eingang findet. Der Begriff „Schizophrenie“ im Sinne der ICD-10 impliziert also nicht die Behauptung, hier liege eine distinkte biologische oder sonstige Entität vor, vielmehr repräsentiert die ICD-Diktion „nur“ die vom aktuellen Wissensstand gestützten sprachlichen Regeln für den angemessenen Umgang mit diesem Begriff.

Die operationale Diagnostik wird heutzutage von den Gerichten allgemein akzeptiert, oft sogar gefordert. Allerdings – und dies wird in der Praxis nur zu leicht übersehen – sagt die Stellung einer psychiatrischen Diagnose, auch einer operationalen, zunächst noch nichts über die forensische Interpretation aus, vor allem nicht über die Schuldfähigkeit. Ein Verhalten kann sehr wohl auffällig und „diagnostisch relevant“ sein, dennoch aber die Handlungsfähigkeit des Individuums nicht wesentlich tangieren – und nur auf sie, auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit im Sinne des Gesetzes, kommt es in foro an. Andererseits kann die klinische Symptomatik auf den ersten Blick recht unspektakulär wirken, doch können sich bei subtiler psychopathologischer Exploration massive Verzerrungen im Persönlichkeits- und Wertgefüge des betreffenden Menschen offenbaren, etwa beim chronischen Wahn.

Diese von der operationalen Diagnostik angestrebte ätiologische und konzeptuelle Abstinenz hat natürlich im forensischen Zusammenhang besonderes Gewicht. Ganz anders nämlich ist dies im Falle eines sehr eng verstandenen „medizinischen Krankheitsmodells“, sei es his-

torisch oder aktuell: Wer seelische Störungen *ausschließlich* als Ausdruck einer gesetzmäßigen Abfolge zentralnervöser und sonstiger körperlicher (Dys-)Funktionen sieht, wird – wenn er diesen Ansatz zu Ende denkt – für personale Entscheidungen, für freie Willensbestimmung, für individuelle Verantwortung keinen Raum mehr lassen können.<sup>6</sup> Dieses entscheidende Thema, das sich mehr oder weniger deutlich durch die Geschichte der forensischen Psychiatrie zieht, wird nochmals aufgegriffen werden.

Eine psychiatrische Diagnose im heutigen Sinne ist also klinisch wie forensisch keine unverrückbare, auf definitiven Messdaten und Naturgesetzmäßigkeiten beruhende Aussage, sondern entspricht der Anwendung des vorhandenen Wissens auf den konkreten Einzelfall ohne Beeinflussung durch spekulative pathogenetische Überzeugungen. Psychiatrische Diagnostik ist eben nicht bloße Rubrizierung und Etikettierung, gar zum Zwecke der Disziplinierung des Individuums. Die sorgfältige psychopathologische Befunderhebung und psychiatrische Diagnostik stellen unverzichtbare qualitätssichernde Momente im Rahmen jeder forensischen Tätigkeit dar.

### Die Quantifizierung: Wann beeinträchtigt eine seelische Störung die Schuldfähigkeit?

Auch hier finden sich sehr kontroverse Positionen:

- Beim Vorliegen einer Psychose sei stets, quasi per definitionem, Schuldunfähigkeit anzunehmen.
- Psychose führe nicht zu Schuldunfähigkeit, da die kranke Person für das Hineingeraten in die Psychose zumindest wesentlich mitverantwortlich sei und somit für die psychosebedingten Konsequenzen auch dann gerade zu stehen habe, wenn sie sich zum Zeitpunkt der Tat unstrittig in einem aku-

<sup>6</sup> Dieser Standpunkt ist gerade *keine* prinzipielle Kritik an der neurowissenschaftlichen Vorgehensweise bei der Erforschung seelischer Störungen. Verfehlt ist lediglich die unreflektierte Gleichsetzung der Erkenntnisebenen „objektiver empirischer Befund“ einerseits und „subjektives Erleben und Handeln“ andererseits.

Hier steht eine Anzeige.



ten Krankheitszustand befand (vgl. oben „Historischer Abriss“).

- Der psychiatrische Sachverständige könne sich zur Schuldfähigkeit, streng genommen, überhaupt nicht äußern. Er könne zwar auf psychopathologischer Grundlage die empirischen Rahmenbedingungen möglicher Entscheidungsprozesse beim Täter abstecken, nicht aber die Frage beantworten, ob der Täter vor und während der Tat anders hätte handeln können. Eine derartige Fragestellung könne nie empirisch vom Sachverständigen („Der Täter konnte/konnte nicht ...“), sondern allenfalls normativ vom Gericht („Vom Täter war zumutbarerweise zu fordern, dass er/dass er nicht ...“) beantwortet werden. Dies umreißt den Inhalt des forensisch-psychiatrischen „Agnostizismus-Streits“. Nun war und ist der Agnostizismus keineswegs Ausdruck einer Verweigerungshaltung, sondern vielmehr eines kritischen Methodenbewusstseins. Seine Vertreter wollen gerade verhindern, dass in den Gerichtssälen vorschnell spekuliert und gedeutet, dass persönliche Überzeugungen scheinbar zu wissenschaftlichen Lehren gemacht werden, ohne dass der Zuhörer, hier das Gericht, dies überprüfen kann.

Die Kontroverse relativiert sich, wenn man berücksichtigt, dass auch aus einer noch so strengen Lesart des Agnostizismus nicht abzuleiten ist, der forensische Psychiater müsse sich ganz aus der Schuldfähigkeitsfrage heraushalten. Gerade er hat es ja nicht nur mit Deskription, mit der Feststellung von Fakten im naturwissenschaftlichen Sinne zu tun, sondern mit der Persönlichkeit eines Menschen, mit seiner Geschichte, seinem aktuellen Lebensumfeld und seiner Zukunftserwartung. Wertende Momente kommen hier auf Seiten des Untersuchers und des Patienten notwendig ins Spiel. Und gerade weil der klinisch tätige Psychiater mit diesem Bereich ständig Kontakt hat, kann und soll er ihn auch in den forensischen Kontext einbringen. Natürlich geht es dabei nicht um eine Beurteilung im juristischen Sinn, sondern um die Erörterung der Handlungsfähigkeit eines Individuums auf dem Hintergrund seines Wissens („Einsicht“), seiner Emotionalität,

persönlichen Werthaltung und seines Antriebsniveaus („Steuerung“).

Die Psychiatrie tut sich mit Quantifizierungen schwer, zumindest soweit der psychopathologische Bereich betroffen ist. Wie soll man etwa die drei Ausprägungsgrade einer depressiven Episode – leicht, mittelschwer, schwer – zuverlässig voneinander unterscheiden? Der Versuch, dies ausschließlich an der Anzahl vorhandener oder fehlender deskriptiver Verhaltensmerkmale festzumachen, wie es ICD 10 und DSM IV vorschlagen, ist klinisch wie forensisch nicht wirklich überzeugend.

Wenige theoretische Entwürfe suchen einen praktikablen Mittelweg zwischen bloßer Quantifizierung im Sinne des Symptomzählens auf der einen und spekulativen, im schlimmeren Fall auch dogmatischen Gesamterklärungen menschlichen Verhaltens auf der anderen Seite. Einer dieser Entwürfe ist die aus der klinischen Psychopathologie stammende strukturdynamische Lehre Werner Janzariks [17]: Hier sei lediglich auf das für unseren Zusammenhang Wesentliche hingewiesen, nämlich den Anspruch, das psychische Feld, sei es gestört oder nicht, in seiner komplexen Polarität zwischen der emotional-antriebshaften Seite, der „Dynamik“, und der auf überdauernde Eigenschaften, Zielsetzungen und Wertvorstellungen gerichteten „Struktur“ zu erfassen. So sehr sich dieses Modell dem einfachen operationalen Zugriff entzieht – und vielleicht deswegen heute viel zu wenig rezipiert wird –, so sehr ist es der klinischen Empirie verpflichtet und hegt, hier ganz in der Tradition von Karl Jaspers, eine tiefe Abneigung gegenüber vorschneller spekulativer Deutung. Ausgesprochen interessante, wenn auch noch kaum ausgelotete Konsequenzen ergeben sich in der forensischen Psychiatrie für das psychopathologische Verständnis von Einsicht und Steuerung. In einer späteren Arbeit hat Janzarik durch den irritierenden, da die eingefahrenen Gleise verlassenden Begriff der „Einsichtssteuerung“ [18] Bewegung in diese Diskussion gebracht.

Zwei weitere Ansätze sind zu nennen: Dem Gedanken der Operationalisierung verpflichtet, diesen aber spezifisch für forensische Zwecke ausbauend, ist das von Nedopil entwickelte forensisch-psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS),

kürzlich erweitert um ein Prognosemodul. Wegen der Vielzahl erfasster Parameter zu Vorgeschichte, aktueller Lebenssituation und klinischem Befund stellt es eine wesentliche Grundlage dar für die Durchführung empirischer Forschungsvorhaben. Hingegen hat es nicht zum Ziel, unmittelbare Rückschlüsse auf die Schuldfähigkeit zu ermöglichen [27].

Genau darum aber geht es dem „psychopathologischen Referenzsystem“ nach Sass [34]: Ihm liegt der Gedanke zugrunde, den Erfahrungshorizont des klinischen Psychiaters im Umgang mit allen Variationen seelischer Störung – vom akuten Erregungszustand über die reaktive Traurigkeit bis zum chronischen Wahn – als Maßstab, „Referenz“, für die Entscheidung zu benutzen, wann eine psychische Auffälligkeit eines Täters zu einer wesentlichen Beeinträchtigung von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit geführt hat und wann nicht. Referenz ist hier aber gerade nicht die bloße Diagnose, sondern das umfassend beschriebene und in den je individuellen Bezugsrahmen eingebettete psychopathologische Erscheinungsbild.

### Das Menschenbild: Welche anthropologischen Annahmen liegen zugrunde?

Auch hier ist die forensische Psychiatrie eng an die Entwicklung des klinischen Faches angebunden. Die psychiatrischen Krankheitsmodelle, die im Laufe der letzten 200 Jahre entwickelt worden sind, gehen jeweils von bestimmten Menschenbildern aus. Die einen thematisieren dies klar, die anderen – sie sind in der Mehrzahl – haben mehr oder weniger implizite Vorannahmen zu ihrem Menschenbild, oft auch implizite Vorurteile.

Die Spannweite wird dabei von den Geisteswissenschaften vorgegeben. Das eine Extrem ist die von einigen Vertretern des „Deutschen Idealismus“ propagierte Vorstellung vom völlig freien Subjekt, das sich selbst und die Welt um sich herum erkennt, „bildet“ und verändert. Im Gegensatz zu den beiden Hauptvertretern eines „transzendentalen Idealismus“, Kant und Fichte, mit ihrer expliziten Anerkennung der äußeren wie inneren Begrenztheit der Macht des Subjektes, etwa durch die Freiheit des Anderen und durch ethische Maximen, sprach der „absolute Idealismus“ der freien Vernunft des Sub-



jekt es eine grenzenlose Wirkung zu. Es war wesentlich diese überzogene Subjektzentrierung, die im späten 19. Jahrhundert die drei großen kulturgeschichtlichen Gegenbewegungen auslöste, die mit den Namen Karl Marx, Friedrich Nietzsche und Sigmund Freud verbunden sind.

Psychiatrisch ist in diesem Zusammenhang das Erstarken objektiver und deterministischer Theorien nach der sehr subjektorientierten „romantischen“ Phase, also etwa nach 1835, zu verzeichnen. Der Materialismus führte in der Psychiatrie des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu der Auffassung, Seelisches und Somatisches, nämlich Gehirnvorgänge, seien identisch, Psychisches also, auch psychische Krankheit, letztlich Ausdruck biologisch determinierter Gehirnfunktion.

Hierbei handelt es sich um nichts weniger als um einen psychiatriehistorischen Seitenpfad. Denn auch die heutige Grundsatzdebatte kreist genau um diese Fragen: Ist es überhaupt noch zu rechtfertigen, körperlich begründbare seelische Störungen von solchen zu scheiden, die nicht körperlich begründbar („endogen“, „reaktiv“, „psychogen“) sind? Sind nicht im Lichte der Identitätslehre alle seelischen Störungen, ja alle seelischen Phänomene schlechthin „körperlich begründet“?

Während sich diese Diskussion bis vor einigen Jahren noch vorwiegend in akademischen Zirkeln abspielte, findet sie sich spätestens seit der Einbeziehung des forensisch-psychiatrischen und juristischen Bereiches, sprich der Frage der Schuldfähigkeit, in einem von Öffentlichkeit und Politik markant wahrgenommenen Feld wieder: Es häufen sich Berichte über die entweder als bedrohlich oder als fortschrittlich erlebte Forderung mancher Neurowissenschaftler, die Rede vom Seelischen, von der Person und deren Verantwortlichkeit müsse radikal in Frage gestellt, ja abgeschafft und durch ein neurobiologisches Bezugssystem ersetzt werden.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Der philosophisch Kundige wird hier sofort einwenden, dass in einem solchen Fall auch nur das eine „Sprachspiel“ durch ein anderes ersetzt werde, woraus keineswegs automatisch die höhere Validität des Letzteren folge. Das ist zwar richtig, doch wird dabei übersehen, dass die „Sprachspiel“-Argumentation für die meisten der materialistisch orientierten Neurobiologen im Rahmen ihrer straff realistischen Erkenntnistheorie kaum Überzeugungskraft besitzt.

Um nicht missverstanden zu werden: Neurobiologie ist natürlich nicht gleich Determinismus oder unkritischer Reduktionismus. Und es gibt nicht den geringsten grundsätzlichen Einwand gegen empirische neurobiologische Forschung schlechthin. Ganz im Gegenteil: Die für die Patienten entscheidenden Fortschritte der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung der letzten Jahrzehnte basieren unstrittig gerade auf deren Erkenntnissen. Wohl aber muss sich die Neurowissenschaft wie jedes andere Forschungsgebiet ihrer wissenschaftstheoretischen Vorannahmen und der daraus resultierenden Limitationen bewusst sein.

Es mag plakativ wirken, von *zwei Wellen der Naturalisierung des Seelischen und des Verhaltens* um die beiden Jahrhundertwenden von 19. zum 20. und vom 20. zum 21. Jahrhundert zu sprechen – doch entspricht dies den historischen Tatsachen: Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts erlebte die Wende zur biologisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten „Gehirnpsychiatrie“. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts brachte das exponentiell anwachsende Wissen um die Hirnfunktionen den von einflussreichen Vertretern der analytischen Philosophie des Geistes („Philosophy of mind“) tatkräftig unterstützten „einheitswissenschaftlichen“ und identitätstheoretischen Anspruch der Neurobiologie hervor<sup>8</sup>.

Die Hintergründe dieser Entwicklung seien wegen ihrer besonderen Bedeutung für die aktuelle Diskussion kurz nachgezeichnet: Die analytische Philosophie des Geistes entstand im 20. Jahrhundert letztlich als Resultat der tiefen Unzufriedenheit mit früheren erkenntnistheoretischen Ansätzen. In unserem Kontext geht es vor allem um apodiktische metaphysische Positionen zum Leib-Seele-Problem, entweder den Substanzdualismus oder den (materialistischen oder, heute irrelevant, idealistischen) Monismus, die ihre eigene sprachliche Verfasstheit gar nicht bedachten: Sind denn nicht, so die Kritiker, große Teile des vermeintlichen Problems allein durch die Struktur der Sprache bedingt?

<sup>8</sup> Eine sehr plastische Anschauung des Zusammenhangs vermittelt die im Schizophrenia Bulletin veröffentlichte Kontroverse über Phänomenologie und Physikalismus [1, 33]

Nötigt uns nicht die über Jahrhunderte tradierte Rede von „Leib und Seele“, „Körper und Geist“, „Soma und Psyche“ dazu, auch weiterhin in genau diesen Kategorien zu denken und sie zugleich für reale, „objektive“ Gegebenheiten zu halten, obwohl es eine solche Dichotomie tatsächlich gar nicht gibt, ja die empirische Datenlage vielleicht sogar schon längst dagegen spricht?

Die analytische Philosophie fordert vorgängig eine Fokussierung auf die Aussagen über Phänomene und erst dann auf die Phänomene selbst – die „Linguistische Wende“ („Linguistic Turn“) oder der „Semantische Zugang“ („Semantic Ascent“). Nach Bieri [4] kommt der analytischen Philosophie des Geistes zum einen die Aufgabe zu, das Mentale ohne metaphysische Vorgaben begrifflich zu analysieren und zum anderen eine Vermittlerrolle zu spielen zwischen Mentalismus und Alltagsverständnis von Psychologie („Common Sense“) einerseits und den empirischen (Neuro-)Wissenschaften andererseits.

Die folgenden Denkrichtungen illustrieren Bandbreite und Bedeutung der Debatte für die allgemeine und die forensische Psychiatrie:

1. Der *Funktionalismus* (etwa in [7]) ist aus den erkenntnistheoretisch „schwächeren“ Varianten des Materialismus hervorgegangen, wenn auch mit ausdrücklich antireduktionistischem Anspruch. Er vertritt zwar nicht die radikale Position, mentale Phänomene seien schlicht identisch mit physikalischen Vorgängen, wohl aber identifiziert er den jeweiligen Funktionszustand des neuronalen Systems mit dem, was wir Psyche, mentale Zustände, Denken nennen. Insoweit kann man den Funktionalismus als diejenige Facette materialistischer Theorien betrachten, die der modernen kognitiven Neurowissenschaft am ehesten zuarbeitet, auch durch die vom Funktionalismus nahegelegte Computeranalogie des Denkens. Ein Vorteil dieses funktionalistischen Ansatzes ist, dass er die logischen Stolperfallen der radikalen Identitätsbehauptung vermeidet, dies allerdings zu dem Preis, dass er mit dem facettenreichen Begriff der „Funktion“ eine klärungsbedürftige neue Dimension in die Debatte bringt.

2./3. Der Bereich der *Intentionalität* kann, so das zweite Beispiel, nicht ohne weiteres aus physikalischen Gegebenheiten abgeleitet werden (etwa in [35]). Dies hängt wiederum eng zusammen, ist aber nicht identisch mit der Debatte um die „Qualia“ oder *qualitativen seelischen Phänomene*, dem dritten Beispiel. Während intentionale seelische Sachverhalte auf etwas Anderes, oft Zukünftiges verweisen (z. B. sich freuen auf ... , Angst haben vor ... , etwas anstreben, etwas vermeiden usw.), geht es im Falle der Qualia um die Wahrnehmung ganz konkreter und gegenwärtiger Sachverhalte, etwa eines bestimmten Rottones oder, komplexer, die subjektive („innere“) Wahrnehmung eines emotionalen Zustandes. Diese „Qualia“ seien nun etwas je Einzigartiges, für das Individuum Typisches, das prinzipiell keiner anderen Person *unmittelbar* und auch nicht durch naturwissenschaftliche Messmethoden wie EEG oder Bildgebung *in seiner erlebten Ganzheit* zugänglich gemacht werden könne (etwa in [26]).

4. Der *eliminative Materialismus* (etwa in [5]) behauptet, dass man die tradierte Rede von der Seele, von Denken, Empfinden und Planen in nicht allzu ferner Zukunft durch quantifizierende neurobiologische Termini werde ersetzen, diese also „eliminieren“ können. In polemischer Zuspitzung sprechen diese Autoren mit Blick auf Begriffe wie *Personalität* und *Willensfreiheit* von „Folk Psychology“ und rücken sie damit ganz bewusst in die Nähe von kulturell tradierten und insofern nützlichen, wissenschaftlich aber unhaltbaren Narrativen.

5. Schließlich sei noch das Konzept der *Emergenzbehauptung* erwähnt (etwa in [9]). Auch der Begriff der *Emergenz* ist schwierig und mitunter schillernd. Im jetzigen Kontext meint er eine bestimmte Kategorie von Phänomenen, die auf dem Boden des materiellen Substrates, also des Gehirns, entstehen, quasi daraus „emergieren“, dies aber gerade nicht im Sinne einer bloßen 1:1-Übersetzung physikalischer Vorgänge, sondern der Entstehung von qualitativ Neuem und Eigenständigem.

Die Emergenzbehauptung erscheint vielen deswegen attraktiv, weil sie ausdrücklich den beiden (aus psychiatrischer wie aus „Common-sense-Sicht“ völlig unplau-

siblen) Eckpunkten des dogmatischen Monismus bzw. Dualismus eine Absage erteilt und, wiewohl letztlich eine dualistische Position, mit einer „schwachen“ Variante des Materialismus vereinbar ist. Und das ermöglicht den Brückenschlag zwischen den empirisch arbeitenden, oft materialistisch eingestellten Naturwissenschaftlern einerseits und den in der philosophischen Tradition verankerten Vertretern von Subjektivität und Willensfreiheit andererseits.

Das heterogene Feld der „Philosophy of Mind“ hat zweifellos die forensische ebenso wie die allgemeine Psychiatrie durch provozierende Beiträge sehr bereichert und wird dies auch weiter tun. Doch wird der forensische Psychiater dadurch nicht aus der eigenen Verantwortung für sein wissenschaftliches Selbstverständnis und die daraus resultierenden Folgen für sein Menschenbild entlassen.

### Die Identität: Was ist und wozu dient die forensische Psychiatrie?

Die Identitätsfrage hängt auf das engste mit den soeben erwähnten Themen zusammen: Ist die forensische Psychiatrie „Deutungskunst“, also die interpretierende Erhellung, warum sich ein Mensch strafbar gemacht hat, gar hat machen müssen? Ist sie, da ärztliche Disziplin, nicht in erster Linie zur Therapie aufgefordert? Ist sie bloße Beschreibung von objektiven Tatsachen, wenn auch von solchen menschlichen Verhaltens, die sich jeder Empathie zu enthalten hat, da diese unter dem Generalverdacht der wissenschaftlich verbrämten Befangenheit steht? Ist sie angewandte Neurobiologie, die sich notgedrungen, aber nur noch vorübergehend psychopathologischer Begriffe bedienen muss? Ist sie angewandte Sozialwissenschaft und ihre Behandlungsstrategie im Grunde Sozialarbeit?

Schon die Psychiatrie selbst tut sich schwer damit, ihre Identität zu formulieren. Nicht zu Unrecht nannte Littlewood die Psychiatrie „the most self-doubting specialty in medicine“ [23]. Im Falle der forensischen Psychiatrie kommt deren besonders enge Vernetzung mit gesellschaftlichen und politischen Vorgängen hinsichtlich einer stabilen Identitätsbildung erschwerend hinzu. So hat man ihr vorgeworfen, den gesellschaftlichen Institu-

tionen, allen voran „der Justiz“, in unkritischer Weise zuzuarbeiten und dabei die genuinen Interessen ihrer Probanden, die oft eben auch Patienten seien, zu vernachlässigen.

Nur die konsequente Einbettung unseres Faches in die laufende methodenkritische Diskussion der Gesamtdisziplin Psychiatrie kann verhindern, dass es für fachfremde Zwecke – insbesondere im Sinne politischen Missbrauchs – instrumentalisiert wird. Die anzustrebende Identität der forensischen Psychiatrie sollte die einer selbstbewussten psychiatrischen Spezialdisziplin sein, die zwar die grundsätzlichen Spannungen jeden psychiatrischen Handelns auszuhalten hat – in praxi vor allem die Spannung zwischen der ärztlichen und der Gutachterrolle –, doch auf den tiefen Erfahrungsschatz verweisen kann, über den sie klinisch wie – hoffentlich in Zukunft noch viel stärker – wissenschaftlich im Umgang mit psychisch kranken Straftätern verfügt.

### Die „Prognose“: Welche Ziele sind vordringlich?

Drei Bereiche werden für die zukünftige Entwicklung unseres Faches von zentraler Bedeutung sein: *Forschung, Interdisziplinarität* und *Weiterbildung*.

- Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie tut Not, und zwar in deutlich größerem Maßstab, als es jetzt der Fall ist. Es ist paradox, den psychiatrischen Sachverständigen bzw. das Fach öffentlich wegen des Verdachts mangelnder Wissenschaftlichkeit zu belächeln oder zu rügen, zugleich aber die notwendigen Mittel zur Durchführung solider wissenschaftlicher Tätigkeit zu verwehren. Die Forschung muss die psychopathologische, neuropsychologische, neurobiologische, epidemiologische und sozialwissenschaftliche Perspektive zur Geltung bringen können. Zugleich muss die sorgfältige und kontinuierliche Bearbeitung des historischen Hintergrundes des Faches vorangetrieben werden. Dabei geht es neben den bloßen Fakten vor allem um die Entstehung, Modifizierung und aktuelle Bedeutung zentraler forensisch-psychia-

trischer Begriffe, um „conceptual history“ im Sinne von Berrios<sup>9</sup>.

- Nicht nur ist die forensische Psychiatrie historisch aus der klinischen Psychiatrie hervorgegangen, sie bezieht von ihr auch – im Sinne des psychopathologischen Referenzsystems – wesentliche Inhalte und den wissenschaftstheoretischen Rahmen. Von der gemeinsamen Weiterentwicklung können und werden beide Fächer profitieren. Hier bedarf es vor allem undogmatischer und differenzierter methodischer Überlegungen, die einen Brückenschlag zwischen psychiatrischen, psychologischen, kriminologischen, gesellschaftswissenschaftlichen und juristischen Perspektiven ermöglichen.
- Kenntnisse und praktische Kompetenzen in einem so unübersichtlichen und angefochtenen Gebiet wie der forensischen Psychiatrie setzen systematische Aus-, Weiter- und Fortbildung voraus. Hier sind in jüngster Zeit einige Initiativen zu verzeichnen, in Deutschland etwa der Titel „Forensische Psychiatrie“ der DGPPN sowie der in der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003 vorgeschlagene Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ innerhalb des Gebietes Psychiatrie und Psychotherapie.

## Resümee

**Die forensische Psychiatrie bedarf der historischen Perspektive, um sich in Anbetracht der aktuellen Herausforderung durch Nachbarwissenschaften, aber auch durch Politik und Öffentlichkeit angemessen positionieren zu können. Dabei geht es vor allem darum, im Wissen um frühere theoretische wie praktische Irrwege zu verhindern, dass der „Gegenstandsbereich“ des Faches nur den gerade vorherrschenden wissenschaftlichen Methoden angepasst wird. Denn dies würde zu einer Aufspaltung der forensischen Psychiatrie in nur noch dem jeweiligen Forschungsparadigma verpflichtete Untereinheiten führen. Vielmehr sollte ein zukünftiger Schwerpunkt gerade umgekehrt darin liegen, mit unterschiedli-**

**chem methodischen Rüstzeug mögliche Zusammenhänge zwischen seelischer Störung und delinquentem Verhalten empirisch fundiert zu untersuchen. Die ausdrückliche Anerkennung grundlegender humaner Charakteristika wie Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit bedeutet dabei keinen Rückfall in „unwissenschaftliche“ spätromantische Vorstellungen, sondern artikuliert als methodenübergreifende Perspektive den Respekt vor dem „Forschungsgegenstand“.**

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. med. Dr. phil. P. Hoff**

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,  
Lenggstrasse 31, 8029 Zürich 8, Schweiz  
E-Mail: paul.hoff@puk.zh.ch

**Interessenkonflikt:** Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

## Literatur

1. Andreasen NC (1991) Reply to "Phenomenology or Physicalism?" Schizophr Bull 17:187–189
2. APA (American Psychiatric Association) (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. (DSM-IV-TR). APA, Washington DC
3. Berrios GE, Hauser R (1988) The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. Psychol Med 18:813–821
4. Bieri P (Hrsg) (1981) Analytische Philosophie des Geistes. Hain, Königstein/Ts.
5. Burgmair W, Engstrom EJ, Hoff P et al. (Hrsg) (2001) Emil Kraepelin: Kriminologische und forensische Schriften. Werke und Briefe. Belleville, München
6. Churchland PS (1986) Neurophilosophy: Towards a unified theory of the mind-brain. MIT, Cambridge
7. Fodor JA (1981) The mind-body problem. Sci Am 244:114–125
8. Griesinger W (1861) Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Aufl. Krabbe, Stuttgart
9. Hastedt H (1988) Das Leib-Seele-Problem. Zwischen Naturwissenschaft des Geistes und kultureller Eindimensionalität. Suhrkamp, Frankfurt/Main
10. Hermle L (1986) Die Degenerationslehre in der Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiatr 54:69–79
11. Hoff P (1990) Transcendental philosophy and its relevance to the foundations of psychopathology. In: Spitzer M, Maher BA (Hrsg) Philosophy and psychopathology. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 211–220
12. Hoff P (1994) Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York
13. Hoff P (1998) Emil Kraepelin and forensic psychiatry. Int J Law Psychiatry 21:343–353
14. Hoff P (2001) Wissenschaftstheoretische Grundannahmen im Werk Emil Kraepelins – mit Blick auf Eugen Bleuler. In: Hell D, Scharfetter Chr, Möller A (Hrsg) Eugen Bleuler – Leben und Werk. Huber, Bern, S 113–128

15. Hoff P, Hippus H (2001) Wilhelm Griesinger (1817–1868) – sein Psychiatrieverständnis aus historischer und aktueller Perspektive. Nervenarzt 72:885–892
16. Janzarik W (1979) Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Enke, Stuttgart
17. Janzarik W (1988) Struktur-dynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart
18. Janzarik W (1995) Grundlagen der Schuldfähigkeitsprüfung. Enke, Stuttgart
19. Jaspers K (1946) Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
20. Kant I (1980) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, 7. Aufl. Meiner, Hamburg (Originalausgabe 1798 bei Nicolovius, Königsberg)
21. Kraepelin E (1880) Die Abschaffung des Strafmasses. Ein Vorschlag zur Reform der heutigen Rechtspflege. Enke, Stuttgart
22. Kraepelin E (1907) Das Verbrechen als soziale Krankheit. Monatsschr Kriminalpsychol Strafrechtsref 3:257–279
23. Littlewood R (1991) From disease to illness and back again. Lancet 337:1013–1015
24. Metzinger Th (1996) Ganzheit, Homogenität und Zeitkodierung. In: Metzinger Th (Hrsg) Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie. Schöningh, Paderborn, S 595–633
25. Möller A, Hell D (2001) Eugen Bleuler als forensischer Psychiater. In: Hell D, Scharfetter Chr, Möller A (Hrsg) Eugen Bleuler – Leben und Werk. Huber, Bern, S 140–148
26. Nagel Th (1974) What is it like to be a bat? Philosoph Rev 83:435–450
27. Nedopil N, Grassl P (1988) Das forensisch-psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). Forensia 9:139–147
28. Nipperdey Th (1990) Deutsche Geschichte 1866–1918. 1. Band: Arbeitswelt und Bürgergeist. Beck, München
29. Pick D (1989) Faces of degeneration: a European disorder 1848–1918. Cambridge University Press, Cambridge
30. Rasch W (1986) Forensische Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart
31. Rössler W (1992) Wilhelm Griesinger und die gemeindenahe Versorgung. Nervenarzt 63:257–261
32. Rössler W, Riecher-Rössler A, Meise U (1994) Wilhelm Griesinger and the concept of community care in 19th-century Germany. Hosp Community Psychiat 45:818–822
33. Rotov M (1991) Phenomenology or physicalism? Schizophr Bull 17:183–186
34. Sass H (1985) Ein psychopathologisches Referenzsystem für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. Forensia 6:35–43
35. Searle JR (1983) Intentionality – an essay in the philosophy of mind. Cambridge University Press, Cambridge
36. Spitzer M (1990) Kant on Schizophrenia. In: Spitzer M, Maher BA (Hrsg) Philosophy and psychopathology. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 44–58
37. Szasz TS (1972) Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Walter, Olten
38. Wahrig-Schmidt B (1985) Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Narr, Tübingen
39. WHO (World Health Organisation) (1991) Tenth revision of the international classification of diseases, chapter V (F): Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva

<sup>9</sup> Ausgearbeitet z. B. in [3]