

Wiener Schriftenreihe für Forensische Psychiatrie

Thomas Stompe
Hans Schanda (Hrsg.)

Schizophrenie und Gewalt



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Wiener Schriftenreihe für Forensische Psychiatrie

Thomas Stompe
Hans Schanda (Hrsg.)

Schizophrenie und Gewalt



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Thomas Stompe | Hans Schanda (Hrsg.)

Schizophrenie und Gewalt

mit Beiträgen von

P. Hoff | D. Holzer | R. Löprich-Zerbes
N. Nedopil | K. Ritter | W. Rössler
H. Schanda | T. Stompe | S. Stübner



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Prof. Dr. Thomas Stompe
Medizinische Universität Wien
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich

Prof. Dr. Hans Schanda
Peter-Jordan-Straße 68
1190 Wien
Österreich
hans.schanda@meduniwien.ac.at

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-393-4 (eBook: PDF)
ISSN 2190-2119

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile 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.

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. Im vorliegenden Werk wird nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer beide Geschlechter, sofern nicht anders angegeben.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Bernadette Schultze-Jena, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout, Satz, Herstellung: zweiband.media Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Vermittelt durch Film, Fernsehen und Printmedien ist in der Öffentlichkeit Schizophrenie die psychische Erkrankung, die am häufigsten mit spektakulären Gewalttaten in Verbindung gebracht wird. Tatsächlich hat aber lediglich eine verhältnismäßig kleine Gruppe zumeist unbehandelter Kranker mit charakteristischen Eigenschaften ein erhöhtes Risiko, Gewaltdelikte zu begehen. In der klinischen Praxis ist es allerdings erforderlich, genau diese Patienten rechtzeitig zu erkennen, um ihnen eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen. Dem entgegen steht der Umstand, dass uns genau diese Subgruppe schizophrener Patienten vor große institutionelle Herausforderungen stellt. Die Fortschritte der allgemeinen Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten brachten für akut psychisch Kranke große Verbesserungen der Behandlungs- und Lebensqualität. Chronisch kranke psychotische Patienten und vor allem solche mit schweren komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch, die die Kerngruppe der schizophrenen Straftäter bilden, können aufgrund der aktuellen strukturellen Gegebenheiten offenkundig nicht mehr ausreichend behandelt werden. Dies führte in den letzten zwanzig Jahren in nahezu allen westlichen Staaten zu einem deutlichen Anstieg der Einweisungen in forensisch-psychiatrische Einrichtungen.

Neben der Gewalt, die in manchen Fällen von diesen Patienten ausgeht, wird oft vergessen, dass die an Schizophrenie erkrankten Menschen deutlich häufiger als gesunde Personen Opfer von Gewalt werden oder sich suizidieren. Allen Fortschritten der psychopharmakologischen und sozialpsychiatrischen Behandlung zum Trotz ist Schizophrenie nach wie vor mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität, mit erhöhten Suizidraten, Viktimisierung und psychosozialen Einschränkungen wie Arbeitslosigkeit, Vereinsamung und Obdachlosigkeit verbunden. Diese aus dem öffentlichen und professionellen Bewusstsein häufig verdrängten Fakten repräsentieren die Kehrseite des unzweifelhaften Fortschritts, den die Sozialpsychiatrie, Psychopharmakologie und Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten gemacht haben. Beide Seiten zusammengenommen können als Spiegelbild des Umgangs unserer Gesellschaft mit komplexen, nicht immer leicht versteh- und bewältigbaren Phänomenen gelten.

Die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Bandes der Wiener Schriftenreihe für Forensische Psychiatrie versuchen sich dieser Komplexität zu stellen. Alle drei mit Schizophrenie verbundenen Formen der Gewalt – die Gewalt gegen andere, die Gewalt gegen die Betroffenen und die gegen sich selbst gerichtete Gewalt – werden thematisiert. Die institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Gewaltgenese werden erläutert, das Geflecht der Ursachen, die zu gewalttätigen Verhaltensweisen führten, wird anhand empirischer Daten dargestellt.

Das Buch ist meinem Mitherausgeber, Mentor und Freund Prof. Hans Schanda aus Anlass seines wohlverdienten Übertritts in den Ruhestand gewidmet. Hans Schanda war viele Jahre Leiter der Justizanstalt Göllersdorf, die er zu einer Forschungsstätte für Forensische Psychiatrie ausbaute. Er ist ein wohlwollender Förderer des Nachwuchses, aber auch ein scharfsinniger Kritiker von gesundheitspolitischen Missständen. Das Thema „Schizophrenie und Gewalt“ in all seinen Facetten war ihm in seiner ganzen beruflichen Laufbahn ein zentrales theoretisches und praktisches Anliegen. Seine wissenschaftlichen Arbeiten zu dieser Thematik machten ihn zu einem der wichtigsten forensischen Psychiater des deutschsprachigen Raums. Ohne ihn wären die positiven Entwicklungen des österreichischen Maßnahmenvollzugs nicht denkbar gewesen.

Prof. Dr. Thomas Stompe

Wien im Januar 2018

Die Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Lenggstrasse 31
Postfach 363
8032 Zürich
Schweiz

Dr. David Holzer
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien
Österreich
und
Justizanstalt Göllersdorf
Schlossgasse 17
2013 Göllersdorf
Österreich

Dr. Renate Löprich-Zerbes
Isar-Amper-Klinikum
Klinikum München Ost
Vockestraße 72
85540 Haar

Prof. Dr. med. Norbert Nedopil
Abteilung für forensische Psychiatrie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-
Universität München
Nußbaumstraße 7
80336 München

Dr. Dr. Kristina Ritter
Institut für Suchtdiagnostik Wien
Modecenterstraße 16/4
1030 Wien
Österreich

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler
Psychiatrische Universitätsklinik
Militärstrasse 8
8021 Zürich
Schweiz

Prof. Dr. Hans Schanda
Peter-Jordan-Straße 68
1190 Wien
Österreich
hans.schanda@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. Thomas Stompe
Medizinische Universität Wien
Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien
Österreich

Priv. Doz. Dr. Susanne Stübner
Isar-Amper-Klinikum
Klinikum München Ost
Vockestraße 72
85540 Haar

Inhalt

1	Der historische, gesellschaftliche und forensisch-psychiatrische Diskurs über die Gefährlichkeit Schizophreniekranker	1
	<i>Paul Hoff</i>	
1.1	Warum dieser Diskurs so typisch ist für die (forensische) Psychiatrie	1
1.2	Die historische Dimension	3
1.3	Psychiatrische Gefährlichkeitsprognose: ein spannungsreicher und komplexer Diskurs	4
1.4	Die Rolle der Psychopathologie	6
1.5	Resümee	8
2	Schizophrenie und Gewalt – Justiz und Gesellschaft	11
	<i>Hans Schanda</i>	
2.1	Gefährliche Patienten?	12
2.2	Gefährdete Patienten?	16
2.3	Gefährliche Gesellschaft?	20
2.4	Versuch einer Erklärung	30
2.5	Resümee	43
3	Das Verschwinden der Kranken aus den Behandlungskontexten	57
	<i>Wulf Rössler</i>	
3.1	Geschichte der psychiatrischen Anstalten	57
3.2	Psychologie als Volksbewegung	59
3.3	Variation in den Inanspruchnahmeraten	61
3.4	Die Bedarfsfrage	61
3.5	Die Behandlungsfrage am Beispiel der Schizophreniekranken	62
3.6	Desiderata	63
4	Schizophrenie und Suizid	67
	<i>David Holzer</i>	
4.1	Suizidhäufigkeit	68
4.2	Risikofaktoren	70
4.3	Krankheitseinsicht, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität	73
4.4	Gewalt und suizidales Verhalten bei schizophrenen Psychosen	74
4.5	Fallvignette	75
4.6	Zusammenfassung	77

5	Gefährlichkeitsprognose und Rückfallprognose bei schizophrenen Patienten	81
	<i>Norbert Nedopil, Renate Löprich-Zerbes und Susanne Stübner</i>	
5.1	Epidemiologische Ausgangsüberlegungen	81
5.2	Bedingungsgefüge für Gewalthandlungen schizophrener Patienten	82
5.3	Schizophrene Gewalttäter im Maßregelvollzug	83
5.4	Risikomanagement bei schizophrenen Gewalttätern	84
5.5	Die Bedeutung von Risikofaktoren für das Risikomanagement	87
6	Prädiktoren für Gewaltdelikte bei Schizophrenie	91
	<i>Thomas Stompe, Kristina Ritter und Hans Schanda</i>	
6.1	Häufigkeit delinquenter Verhaltensweisen	91
6.2	Risikofaktoren für delinquentes Verhalten	93
6.3	Schizophrenie und Delinquenz aus strukturdynamischer Perspektive	142
6.4	Konsequenzen	146
7	Tatmerkmale der Tötungsdelikte von Patienten mit Schizophrenie	155
	<i>Thomas Stompe und Hans Schanda</i>	
7.1	Einleitung	155
7.2	Klinische Formen und komorbide Störungen	156
7.3	Lebensbedingungen zum Tatzeitpunkt und forensische Vorgeschichte	158
7.4	Opfer	159
7.5	Zeit, Ort und Tatumstände	162
7.6	Tatmotive und Tatwerkzeuge	165
7.7	Tatplanung, Tatausführung und Nachtatverhalten	168
7.8	Versuch einer Typologie	170

1 Der historische, gesellschaftliche und forensisch-psychiatrische Diskurs über die Gefährlichkeit Schizophreniekranker

Paul Hoff

Dieser Beitrag stellt den in der Öffentlichkeit mit großem Interesse, aber häufig nur verkürzt wahrgenommenen Diskurs über die Gefährlichkeit psychisch kranker, insbesondere schizophrener Personen in einen spezifisch psychiatrischen und psychopathologischen Kontext. Notwendig erscheint dies schon deswegen, weil in diesem Feld zahlreiche Argumente anzutreffen sind, die deutlich über den forensisch-psychiatrischen Bereich hinausweisen und damit Einfluss auf die öffentliche wie wissenschaftliche Debatte über das ganze Fach Psychiatrie und Psychotherapie nehmen (s. Kap. 1.1). Anschließend geht es um die historische Dimension des Themas (s. Kap. 1.2) und um die umgebenden methodischen und wissenschaftstheoretischen Spannungsfelder (s. Kap. 1.3). Exemplarisch werden dabei die Begriffsfelder Diagnose und Prognose, Naturalismus in der Neurowissenschaft sowie evidenz- und wertbasierte Medizin betrachtet. Überlegungen zur aktuellen und zukünftigen Rolle der Psychopathologie im Bereich der forensischen Psychiatrie (s. Kap. 1.4) sowie ein thesenhaftes Resümee (s. Kap. 1.5) schließen den Beitrag ab.

1.1 Warum dieser Diskurs so typisch ist für die (forensische) Psychiatrie

Ist schon das Gesamtfach Psychiatrie und Psychotherapie ein Bereich, in dem es immer wieder zu gesellschaftlich relevanten, in der Öffentlichkeit breit wahrgenommenen Kontroversen über grundlegende Begriffe wie Krankheit, Gesundheit oder Autonomie kommt, so gilt dies erst recht für das Spezialgebiet der forensischen Psychiatrie. Denn dort tritt noch der Anspruch hinzu,

mit einer anderen wissenschaftlichen, praktischen und damit auch sprachlichen Welt, der juristischen nämlich, in eine tragfähige Kommunikation einzutreten.

Seit es die Psychiatrie als klinische und wissenschaftliche Disziplin gibt, bewegt sie sich – im Grundsatz wie alle anderen medizinischen Disziplinen auch, in der konkreten Ausgestaltung aber oft markanter als diese – zwischen zwei Polen. Es sind dies zum einen der auf Objektivierung ausgerichtete, möglichst mit quantitativen Methoden arbeitende Weg, bei dem es um das Erkennen überindividueller Gesetzmäßigkeiten geht und zum anderen, um einen obsoleten Begriff zu benutzen, die „Heilkunst“, „ars medica“, in deren Selbstverständnis gerade das individuelle Erleben, die subjektive (Leidens-)Dimension und damit vorwiegend qualitative Merkmale den Primat zugesprochen erhalten. Die heutige starke Ausrichtung der Psychiatrie an einem empirisch-quantitativen Zugang führt zur Annäherung an die konzeptuellen und methodischen Grundlagen der Naturwissenschaften, insbesondere der (Neuro-)Biologie. Bei den aktuell eher defensiv wirkenden subjektorientierten Ansätzen steht hingegen die Vernetzung mit den Humanwissenschaften psychologischer, sozial- und geschichtswissenschaftlicher Provenienz im Vordergrund.¹

Dieser unaufhebbare methodische und inhaltliche Spagat führte in der Geschichte unseres Faches zu einer Vielzahl von konkurrierenden, ja nicht selten offen kontradiktorischen Krankheitsmodellen. Die Strömung der Antipsychiatrie in den 60er- und 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts hat, auch mit Blick auf die forensische Psychiatrie, die Kritik an einer stark am medizinischen Modell orientierten Psychiatrie besonders laut, drastisch und nicht selten polemisch artikuliert. Dessen ungeachtet sind die von antipsychiatrischen Autoren wie Thomas Szasz (1920–2012) (1972; 1974) formulierten Fragen sehr wohl berechtigt, ja nötig – und zwar nicht nur mit Blick auf die seinerzeit auch in wohlhabenden Ländern bedrückend schlechten Bedingungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Auch das kontinuierliche Hinterfragen tradierter theoretischer Konzepte, etwa der psychiatrischen Nosologie oder Diagnostik, steht einer wissenschaftlichen Psychiatrie gut an, ja macht sie aus.

Mit Blick auf unser Thema ist zu betonen, dass eine Gefährlichkeitsprognose selbstverständlich empirische Daten aus unterschiedlichen Bereichen als Grundlage benötigt. Jedoch stellen diese empirischen Daten, *so notwendig* sie sind, *keine hinreichende* Bedingung dar für eine zuverlässige Prognose. Denn theoretische Vorannahmen etwa zum Krankheitsbegriff oder zur Relevanz psychopathologischer Auffälligkeiten für die Erlebens- und Handlungsfähigkeit der betroffenen Person spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle.

1 Im Englischen wird diese heterogene Gruppe von Fächern heute meist als humanities bezeichnet, mitunter in unserem Kontext auch als medical humanities. Ein eingängiges deutschsprachiges Analogon existiert noch nicht, ebenso wenig eine schlüssige Definition.

1.2 Die historische Dimension

Betrachtet man das eigentliche Kernthema der forensischen Psychiatrie, die personale Zurechenbarkeit strafbarer Handlungen, so ist dieses in fast allen Kulturen präsent. Im europäischen Raum wird etwa ab dem Ende des 18. Jahrhunderts eine *ärztliche* Zuständigkeit für die Beantwortung dieser Frage anerkannt oder sogar gefordert. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Art der Antwort eng mit dem jeweils verwendeten Begriff der psychischen Krankheit verknüpft ist. So macht es – um nur wenige historische Beispiele zu nennen – für die psychiatrische Beurteilung der Schuldfähigkeit einen erheblichen Unterschied, ob man, wie Johann Christian August Heinroth (1773–1843), von der weitgehenden Einbettung kriminellen Verhaltens in den vom Individuum gewollten und gestalteten Lebenslauf und damit von dessen mindestens partieller Verantwortung für strafbare Verhaltensweisen ausgeht, oder ob, wie bei Wilhelm Griesinger (1817–1868), die Rolle neurobiologischer Faktoren, also der Hirnfunktion, stärker betont wird oder, eine weitere Variante, ob, wie bei Cesare Lombroso (1835–1909) und seiner „kriminalanthropologischen Schule“, eine spezifische genetische Weitergabe der Tendenz zur Delinquenz postuliert wird.

Mit Blick auf den Zusammenhang zwischen psychotischer Erkrankung einerseits und *daraus resultierender* zukünftiger Gefährlichkeit andererseits ist eine „kasuistische Phase“ um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zu erwähnen, die diesem Diskurs zu erheblicher Dynamik verhalf. Wegweisende Autoren waren Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), Robert Gaupp (1870–1953), Karl Wilmanns (1873–1945) und Erwin Stransky (1877–1962) (Haller et al. 2004). Bemerkenswert ist auch, wie markant der Topos der Gefährlichkeit psychisch labiler oder kranker Personen als literarisches und filmisches Sujet Verbreitung fand. Klassiker wie *Dr. Jekyll und Mr. Hyde* (Rouben Mamoulian, USA 1931), *Psycho* (Alfred Hitchcock, USA 1960) oder *The Shining* (Mick Garris, USA 1997) sind beeindruckende Beispiele.

Systematische empirische Forschung zu einer allfälligen Korrelation von psychischer Störung und Gewalttätigkeit ist demgegenüber deutlich jüngeren Datums. Im deutschsprachigen Raum ist hier die richtungweisende, wenn auch in den Folgejahren oft missverstandene Studie von Böker und Häfner „Gewalttaten Geistesgestörter“ aus dem Jahr 1973 zu nennen. Mit Blick auf die Ergebnisse der empirischen Forschung zur Gefährlichkeitsprognose kann auch heute, mehr als 4 Jahrzehnte nach besagter Studie, festgehalten werden, dass die *Gesamtheit* der psychisch erkrankten Personen gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt *kein* erhöhtes Kriminalitäts- und Gewalttätigkeitsrisiko aufweist. Die Situation ist freilich eine andere, zieht man nur die schizophrenen Psychosen, vor allem Fälle mit persistierend paranoider Symptomatik, in Betracht. Hier nämlich besteht zwischen dem Vorliegen dieser schweren Erkrankung und gewalttätigem Verhalten eine moderate, aber zuverlässig bestätigte Assoziation. Ein zusätzlicher Substanzmissbrauch sowie komorbide

Persönlichkeitsstörungen erhöhen das Risiko weiter. Deutlich reduziert wird es hingegen durch konsequente psychiatrische Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen. Zu betonen ist gleichwohl, dass psychotisch Erkrankte, bezogen auf die Gesamtheit gewalttätiger Menschen, eine *sehr kleine* Gruppe darstellen (Hofmann u. Ebner 2010; Kröber 2008; Nedopil 1997; Rous 2005).

1.3 Psychiatrische Gefährlichkeitsprognose: ein spannungsreicher und komplexer Diskurs

Der Diskurs um die potenzielle Gefährlichkeit von psychisch Kranken und um die Frage, wie diese zuverlässig einzuschätzen sei, berührt zahlreiche psychiatrische Erkenntnisebenen, etwa die Art des Krankheitsbegriffes, den Stellenwert des psychopathologischen Befundes und der darauf fußenden Diagnose, die Bedeutung aktueller neurowissenschaftlicher Erkenntnisse sowie ethische Aspekte im Kontext individueller Werthaltungen und des Prinzips der Patientenautonomie. Drei dieser Aspekte werden im Folgenden näher beleuchtet.

1.3.1 Der Stellenwert der Diagnose

Aus klinischer Perspektive ist, in der Psychiatrie wie in jedem anderen medizinischen Fachgebiet, die Diagnose ein essenzielles Element. Das gilt auch für die psychiatrische Begutachtung. Allerdings wird die *prognostische* Aussagekraft einer Diagnose mitunter überschätzt. Der wesentliche Zweck der aktuellen operationalisierten Diagnosemanuale ICD-10 (WHO 1992) und DSM-5 (APA 2013) besteht nämlich darin, eine möglichst einheitliche Verwendung als deskriptiv verstandener psychopathologischer Termini und deren transparente Verknüpfung zu diagnostischen Algorithmen sicherzustellen sowie eine höhere Reliabilität psychiatrischer Diagnosen zu erreichen.

Diese recht strikt verfolgte deskriptive Ausrichtung hat zur Folge, dass eine psychiatrische Diagnose *eo ipso* wenig bis nichts über bestimmte „Fähigkeiten“ im juristischen Sinne aussagt – etwa über die Urteils- und Testierfähigkeit im zivilrechtlichen oder die Schuldfähigkeit im strafrechtlichen Kontext. Ebenso wenig erlaubt sie unmittelbare Aussagen zur Gefährlichkeitsprognose. Prägnanter gesagt: Die Diagnose ist für die forensisch-psychiatrische Gefährlichkeitsprognose ein notwendiges, aber nicht hinreichendes Element.

1.3.2 Relevanz der neurowissenschaftlichen Perspektive

Neurowissenschaftliche Befunde werden aktuell sowohl im klinischen wie im forensischen Kontext intensiv diskutiert. Allerdings fallen in der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte immer wieder stark vereinfachende, ja

plakative Positionen auf, die inhaltlich nicht weiterführen. Es existieren aber auch differenzierte und ausgewogene Voten, die sich simpler Dogmen konsequent enthalten (Bennett u. Hacker 2010; Honnefelder u. Schmidt 2007). Sie weisen darauf hin, dass es die aktuelle Neurowissenschaft nicht nötig hat zu postulieren, allein aufgrund ihrer Ergebnisse müsse ein „neues Menschenbild“ formuliert werden (Janich 2009). Denn es gibt gerade *keinen* unüberwindlichen Gegensatz zwischen neurowissenschaftlicher Forschung einerseits und der Anerkennung daraus nicht ableitbarer Prinzipien wie denjenigen der personalen Autonomie und Verantwortlichkeit andererseits.

Ins Konkrete gewendet: Die heutige multimodale neurowissenschaftliche Forschung setzt bildgebende, neurophysiologische, neuropsychologische und klinisch-psychopathologische Verfahren zeitgleich bei derselben Person ein. So können auch komplexe Phänomene wie soziale Kognition, Entscheidungsfindungsprozesse oder Affektregulierung zum Gegenstand gemacht werden. Die Chancen eines solchen Vorgehens liegen genau in dieser Verbindung verschiedener Methoden, wodurch wissenschaftlich substantiierte Aussagen ermöglicht werden, die jenseits der Erklärungskraft jeder einzelnen Methode liegen (Böker et al. 2014; Haker et al. 2010; Herwig et al. 2012; Northoff und Böker 2010).

Zugleich sind aber auch die Grenzen dieser multimodalen Forschung nicht aus dem Auge zu verlieren. Allein durch die Verknüpfung von Methoden wird die prinzipielle Begrenztheit der einzelnen Perspektiven keineswegs beseitigt. So bleibt die Frage nach dem Stellenwert von Subjektivität und personaler Verantwortung auch dann virulent, wenn bildgebende und neuropsychologische Methoden in kluger Weise miteinander verbunden werden. Es wäre, worauf Peter Janich (2009) in seinem bereits erwähnten Text hinweist, eine geradezu unfaire Überforderung neurowissenschaftlicher Forschung, erwartete man von ihr empirisch gestützte, allenfalls sogar abschließende Antworten zu psychiatrischen Grundsatzfragen.

1.3.3 Evidenzbasierte Medizin, wertbasierte Medizin

Man mag es bedauern oder nicht: Diagnostische und prognostische Aussagen in der Psychiatrie beinhalten neben deskriptiven auch normative, sprich auf einen bestimmten Werthorizont bezogene Elemente, etwa implizite Vorannahmen zum Menschenbild. In der Literatur wird zunehmend anerkannt, dass die auf methodische Vorgaben wie Objektivität, Messbarkeit und Reproduzierbarkeit von Befunden ausgerichtete evidenzbasierte Medizin („evidence-based medicine“) der Ergänzung durch eine wertbasierte Medizin bedarf („value-based medicine“). Der vieldeutige Begriff *Wert* zielt in diesem Zusammenhang vor allem auf das individuelle Wertgefüge der erkrankten Person ab, auf ihr subjektives Krankheitsverständnis sowie auf komplexe gesellschaftlich-kulturelle Rahmenbedingungen. Es geht also mitnichten um eine Verwässerung naturwissenschaftlicher Konzepte, sondern um die Anerkennung

der Tatsache, dass medizinisches Handeln notwendigerweise eine wertbezogene Ebene hat, die nicht ohne Risiko für den diagnostischen, therapeutischen und eben auch gutachterlichen Prozess vernachlässigt werden darf (Fulford 1989; Fulford et al. 2012).

Dies ist für den psychiatrischen Sachverständigen genau dann *kein* Nachteil, wenn er sich der unaufhebbaren wechselseitigen Verschränkung eines evidenz- und wertbasierten Vorgehens bewusst ist und erforderlichenfalls das Gericht ausdrücklich darauf hinweist. Hingegen käme es zu groben Fehleinschätzungen, wenn der Gutachter den Eindruck erweckte, durch die auf Quantifizierung abstellende kriteriengeleitete Diagnostik lasse sich die Prognosefrage auf einen *reliablen Messvorgang* und daraus ebenso reliabel zu ziehende Schlüsse reduzieren. Es ist freilich ein anspruchsvolles Unterfangen, eine solch methodenkritische Perspektive in geeigneter Form in ein Gutachten einfließen zu lassen und zu begründen, warum gerade das die Qualität der gutachterlichen Äußerungen erhöht und nicht senkt.

1.4 Die Rolle der Psychopathologie

Die Psychopathologie – ehemals „Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie“ (Janzarik 1979) – befindet sich heute vielfach in der Defensive. Dies hat zahlreiche Gründe, von denen mindestens einer in der Psychopathologie selbst zu suchen ist. Sie hat sich in der jüngeren Vergangenheit zu sehr in die Richtung einer Befunderhebungstechnik im Kontext der kriteriengeleiteten Diagnostik entwickelt, vielleicht auch drängen lassen, und dabei andere Bereiche vernachlässigt.

Ganz im Sinne zweier Autoren, die sich zeitlebens mit der Rolle der Psychopathologie innerhalb der Psychiatrie (einschließlich des forensischen Bereiches) befasst haben – Karl Jaspers (1883–1969) und Arthur Kronfeld (1886–1941) (Hoff 2017) – wären die Aufgabengebiete einer zukünftig wieder umfassender aufgestellten Psychopathologie folgendermaßen zu umreißen:

Die heute besonders prominente deskriptive und klinische Ebene bleiben unverzichtbar, dienen sie doch der begrifflichen Klarheit bei der Befunderhebung (als Voraussetzung für jede reliable Diagnostik und Klassifikation) sowie der Kommunikation von Untersuchern, Behandlern und Forschern untereinander.

Dies muss ergänzt werden von der strukturalen Ebene, die sich um die Erfassung von motivationalen Zusammenhängen bemüht, um komplexe biographische Entwicklungen, Persönlichkeitseigenschaften oder um die Bewertung komplexer (Tat-)Handlungsabläufe bei der strafrechtlichen Beurteilung der Schuldfähigkeit und der Kriminalprognose. All diese Phänomenbereiche erschließen sich einem betont deskriptiven Zugang, wie ihn ICD-10 und DSM-5 praktizieren, nur teilweise, im Einzelfall auch gar nicht (Hoff u. Bottlender 2012; Stanghellini 2009).

Auf der methodenkritischen Ebene hat sich die Psychopathologie mit der Frage auseinanderzusetzen, welchen Gültigkeitsbereich Aussagen haben, die sich auf die Ergebnisse einer einzelnen wissenschaftlichen Methode (oder einer Methodenkombination, wie im erwähnten Fall der multimodalen Neurowissenschaft) stützen.

In einem weiteren Schritt sind die wissenschaftstheoretische und philosophische Perspektive wieder verstärkt einzubeziehen:

- Wie muss die Beziehung zwischen psychopathologischen, neuro- und sozialwissenschaftlichen Befunden und Modellen gedacht werden?
- Welche gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen nehmen Einfluss auf psychiatrische Konzepte?
- Welches Menschenbild – und sei es noch so implizit – unterlegen die Psychiater ihrem täglichen Handeln?
- Wie ist sicherzustellen, dass Subjektivität und personale Autonomie als wissenschaftliche Gegenstände anerkannt bleiben und nicht durch vermeintlich selbst erklärende, „rein“ empirische Befunde ersetzt, ja „eliminiert“ werden² (Hoff 2013; Mezzich 2007)?

Von hohem Interesse sind in diesem Kontext die seit ihrer Ankündigung im Jahre 2008 vom National Institute of Mental Health (NIMH) stetig weiter entwickelten Research Domain Criteria (RDoC) (Insel et al. 2010). Sie verbinden die schon ältere Forderung nach Emanzipation von tradierten nosologischen Rastern (auch von denjenigen in ICD-10 und DSM-5), also nach einer „Deno-sologisierung“ (van Praag 1987; Sartorius 2015), mit einer konsequenten Implementierung der jeweils neuesten neurowissenschaftlichen Forschungsmethoden. Das deskriptiv-psychopathologische Vorgehen sei schrittweise abzulösen durch die systematische Erfassung neurowissenschaftlicher Daten in den Domänen Genetik, (Neuro-)Physiologie, Neuropsychologie/Verhalten und relevante Lebensereignisse. Dies sei nicht nur präziser – Insel und Cuthbert (2015) sprechen ausdrücklich von „precision medicine“ –, sondern auch ziel-führender hinsichtlich der vermuteten neurobiologischen Ursachen psychischer Störungen. Aktuell geht es dabei vorwiegend um die klinische Psychiatrie, doch werden in Fortsetzung einer bereits bestehenden Forschungstradition (Vloet et al. 2008) zunehmend auch explizit forensische Fragestellungen einbezogen werden. Zentrale Gegenstände werden die mangelnde Empathiefähigkeit bei Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen sein sowie die Erfassung und eben *Prognose* von impulsivem oder gewalttätigem Verhalten.

² Eine besondere strikte Position vertritt hier der „eliminative Materialismus“ (Churchland 1986). Demgegenüber muss ein „reduktionistisches“ Vorgehen, etwa im Kontext einer neurowissenschaftlichen Untersuchung, keineswegs auch eliminativ sein.

Ohne Frage ist dies ein origineller Ansatz³ mit dem Potenzial, neue und praktisch relevante Perspektiven zu eröffnen. Zu bedenken ist jedoch das Risiko, aus einer Debatte über *Forschungsmethoden* unbemerkt in eine solche über *Werte* und andere *philosophische Prämissen* zu geraten. Denn wenn nicht die Ergänzung, sondern der Ersatz der psychopathologischen Ebene durch die neurobiologische angestrebt wird (vgl. Fußnote 2), dann degradiert dies die Erstere zu einem wissenschaftlich inferioren, allenfalls sogar schädlichen Bereich. Nun ist eine derartige Zielsetzung keineswegs zwingend, auch nicht aus neurowissenschaftlicher Warte. Forschungsstrategien, die eingetretene Pfade verlassen, sind das Eine, die reflexartig mitvollzogene pauschale Abwertung anderer Perspektiven, sei es die psychopathologische, sozialwissenschaftliche oder hermeneutische, ist das Andere.

Zurück zur Debatte um die Rolle der Psychopathologie. Will sie sich der Aufgabe stellen grundsätzliche Fragen der Psychiatrie wieder konsequent anzugehen, so ist dies ein hoher Anspruch. Ihn einzulösen, setzt auch eine umfassende *Einbeziehung der psychiatrischen Ideengeschichte* voraus. Denn das gründliche Studium klassischer Texte, „close reading“ im Englischen, führt oft zu der verblüffenden Einsicht, wie ähnlich die seinerzeit vorgebrachten Argumente den heutigen sind, wenn auch der sprachliche Duktus in der Regel ein ganz anderer ist. Hier zeigt sich die konkrete Praxisrelevanz psychiatriehistorischer Forschung (Berrios u. Hauser 1988; Berrios u. Porter 1995; Maatz u. Hoff 2014).

Nicht nur die klinische, gerade auch die forensische Psychiatrie könnten von einer dergestalt erweiterten, sich jenseits von Symptomerfassung und Diagnostik positionierenden Psychopathologie profitieren. Diese könnte die Funktion einer Klammer übernehmen, die der starken Zentrifugalkraft heterogener wissenschaftlicher und therapeutischer Perspektiven in der Psychiatrie entgegen zu wirken in der Lage ist. Der heute fragil anmutenden Identität des Faches Psychiatrie – auch ihres forensischen Spezialbereiches – käme dies zweifellos zugute.

1.5 Resümee

Die Grundgedanken dieser Arbeit lassen sich zu vier Thesen verdichten:

- Die Beurteilung der zukünftigen Gefährlichkeit psychotischer Personen wird spätestens seit dem 19. Jahrhundert zu einem wissenschaftlichen Gegenstand, dessen Bearbeitung der Psychiatrie zugewiesen wird.

3 Ganz neu ist der Gedanke, die psychiatrische Forschung nicht an hypothetischen Krankheitseinheiten, sondern an den leichter zugänglichen klinischen Syndromen zu orientieren, freilich nicht. Man denke an die – auch aus heutiger Sicht – ideenreiche Kontroverse zwischen Emil Kraepelin (1856–1926) und Erich Hoche (1865–1943) vor hundert Jahren, die genau diesen Punkt zum Gegenstand hatte (Hoff 2015).