
„Psychopathen“, ein psychiatrisches Paradigma

2

Bevor die Psychiatrie die Bühne betrat, erschlug man den ‚gemeinen Mörder‘ oder hängte ihn nach kurzem Prozess als ‚Landschädling‘ auf, sofern man ihn nicht als bezahlten Söldner einsetzen konnte. Während man sich heute davor fürchtet, den aus der Sicherungsverwahrung entlassenen Sexual-Täter in der näheren Nachbarschaft wohnen zu lassen.

Psychopathen, bzw. ‚Persönlichkeitsstörungen‘, wie man sie heute benennt, führen uns in dreifacher Weise mitten ins Herz des Psychiatrie-*Dispositivs* hinein: (1) Als symbolträchtiger Kern unserer Angst vor dem Wahnsinn, (2) als immer wieder neu konstruiertes, rätselhaftes Phänomen für eine sich wissenschaftlich emanzipierende Psychiatrie, Probleme, die bis in die jüngsten Definitionsbemühungen hineinreichen, und schließlich (3) als ambivalent besetztes Grenzprodukt zwischen Psychiatrie und Kriminaljustiz-System, worauf ich im dritten Kapitel näher eingehen werde.

2.1 Das Angst besetzte Stereotyp

Während der *Commonsense*, also der gemeine Menschenverstand, schon immer glaubte, den stereotyp gezeichneten ‚Wahnsinnigen‘ erkennen und darauf entsprechend reagieren zu können – den tobend Rasenden, den melancholisch Phantasierenden, den fallsüchtigen Epileptiker oder den Dorf-Idioten, die allesamt den ‚Verstand‘ verloren oder nie besessen hatten – verbreitet der ‚gemeingefährliche Serienmörder‘ wie der wegelagernde Vergewaltiger Angst und Entsetzen, weil er unter uns **unerkannt** seine unerklärlichen Taten vollbringt.¹ Und zwar in ei-

1 Ein Kontrastbild hierzu zeichnet Paul Moor (1972) am Beispiel des Briefwechsels mit Jürgen Bartsch, der vier Kinder ‚bestialisch ermordet‘ hatte.

ner doppelt unheimlichen Weise: Einerseits bleibt er ‚unerkannt‘, weil er sich unter uns üblicherweise ganz ‚normal‘ verhält – er könnte also mein Nachbar sein – und andererseits, weil er ohne ‚rationales‘ Motiv – wie wir es etwa dem bezahlten Mörder oder dem abgewiesenen Freier unterstellen –, ‚unvorhersehbar‘, ‚triebhaft‘ mordet oder vergewaltigt. ‚Unvorhersehbar‘, weswegen man sich nicht in der Weise dagegen schützen kann, wie etwa gegenüber dem ersichtlich Wahnsinnigen einerseits oder gegenüber dem typischen ‚Tatort‘-Mörder andererseits, dessen Motive man kriminalistisch nachverfolgen kann.

Eben so ‚unvorhersehbar‘, dass man auf den besonderen **Experten** angewiesen ist, auf den Psychiater, der auf Grund seiner langen Erfahrung solche Psychopathen erkennen, ihre Gefährlichkeit beurteilen und sie schließlich auch behandeln soll und kann:²

Bisher „war die Gefährlichkeit herkömmlicherweise an Zustände großer Erregung gebunden. Die Ausbrüche des ‚Rasenden‘ kündigten sich lange vorher an und ließen Zeit, sich davor zu schützen. Die Gefährlichkeit des Monomanen und mehr noch die der bald folgenden subtileren Kategorien von Kranken und Psychopathen wird unsichtbar sein, weil sie in einem unauffindlichen Antrieb wurzelt, der langsam im Schatten heranreifen kann.“³

Solche ‚Psychopathen‘ entsprechen dem **Stereotyp**, bei ‚klarem Verstand‘ doch ‚triebhaft‘, ohne Empathie, Mitgefühl und abwägende Planung ihre Taten zu begehen,⁴ während ‚Wahnsinnige‘ dagegen im ‚Delirium‘⁵ ohne Verstand agieren, und umgekehrt der ‚normale‘ Kriminelle seine kriminellen Absichten planvoll ra-

-
- 2 Zumal „die Diagnose der Normalität unendlich viel schwieriger ist als die der Anormalität. Geachtete Bürger können echte Paranoiker sein, sich aber erst an dem Tag zu erkennen geben, da sie, jegliche Selbstkontrolle verlierend, ihre ganze Familie massakrieren.“ (Devereux 1982: 37)
 - 3 Castel (1983: 195), der dies mit einem Zitat von H. Aubanel (1845) noch einmal unterstreicht: „Oft ist die Besserung nur eine scheinbare; zuweilen kündigt kein Phänomen die Wiederkehr der Wahnvorstellungen an; der Ausbruch ist fast immer plötzlich; das Individuum bedenkt insgeheim seine Absichten und schlägt mitten aus der tiefen Ruhe heraus zu.“
 - 4 So resümiert Saß (1987: 93) als wesentliches Ergebnis der Analyse seiner Gutachtenfälle bei der Hauptgruppe der ‚antisozialen Persönlichkeitsstörungen‘: „Am wichtigsten erscheint eine basale Unfähigkeit zu einer gemüthhaft besetzten moralisch-ethischen Einstellung gegenüber Menschen und Werten.“
 - 5 „Die einfachste und allgemeinste Definition, die man vom Wahnsinn zur Zeit der französischen Klassik geben kann, ist die des Deliriums [...]. Die Nosographen des achtzehnten Jahrhunderts [...] rechnen oft den Tadel und, seltener, die hysterischen Konvulsionen zu den Wahnsinnsarten [...]. Dieses Delirium ist die notwendige und ausreichende Bedingung dafür, dass eine Krankheit Wahnsinn genannt wird.“ (Foucault 1973: 239)

tional und Motiv gesteuert in einer Weise umsetzen soll, die der theoretisierende Kriminologe als ‚*rational choice*‘ begreifen will.

Alle drei zusammen – der Psychopath, der Wahnsinnige und der Kriminelle – besetzen eine Dimension der Furcht, in der die direkte Angst vor der Gewalt, wie sie der ‚Kriminelle‘ repräsentiert, sich mit der dunklen Angst vor dem unbeherrschbaren Chaos des Wahnsinns in dieser Figur des unberechenbaren Psychopathen vereinen, um von daher dessen unheimlich affektiven Gehalt zu bestimmen.

2.2 Ein rätselhaftes Phänomen

(1) Philippe Pinel, der von der französischen Revolution⁶ eingesetzte Leiter der Pariser Irrenanstalt des Bicêtre für Männer und später dann der Salpêtrière für ‚irre Frauen‘, der ‚Vater der französischen Psychiatrie‘, schildert als Beispiel für die von ihm entdeckte *manie sans délire*,⁷ die dann „das theoretische Kernstück des Paradigmas der französischen Psychiatrie“ bilden sollte, die folgende Szene:

„In der Zeit der Gefängnismassaker drang ein revolutionärer Trupp ins Bicêtre ein, um Opfer der feudalen Tyrannei zu befreien, die möglicherweise unter den Irren verborgen gehalten waren. Sie fanden in der Tat jemanden, mit dem sich das vernünftigs-te Gespräch führen ließ, der kein Zeichen von Wahn bot und der sich bitter über das Unrecht seiner Existenz in Ketten beschwerte. Die Revolutionäre befreiten ihn triumphierend und schickten sich an, stattdessen den suspekten, offenbar volksfeindlichen Anstaltsdirektor zu verhaften oder gleich zu erdolchen. Der Befreite jedoch, von dem

6 „Wenn man den Einfluss der Revolution auf Pinel auf einen Begriff bringen will, so ist es ein großes Staunen darüber, welches Ausmaß an vom Sensualismus ungeahnter Kraft des Verstandes, des Willens und der Triebe der Mensch in der Geschichte aus sich heraus freizusetzen vermag, konstruktiv wie destruktiv, ein Staunen, in dessen Interpretation Pinel tief ambivalent ist.“ (Dörner 1984: 145)

7 Beschrieben in seinem *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801/1809): Pinel hatte „acht Fälle von Wahnsinn beobachtet, in denen die Kranken sämtliche Geistesfunktionen behalten zu haben schienen, und diese Beobachtung führte zu der wichtigen Unterscheidung zwischen einer Manie ohne delirium (keine in die Augen fallende Veränderung der Verstandesverrichtungen, der Perception, der Urtheilskraft, der Einbildungskraft, des Gedächtnisses etc. kommt dabey vor: wohl aber Verkehrtheit in den Willensäußerungen, nämlich ein blinder Antrieb zu gewalthätigen Handlungen oder gar zur blutdürstigen Wuth, ohne dass man irgendeine herrschende Idee, irgendeine Täuschung der Einbildungskraft, welche die bestimmende Ursache dieses unglücklichen Hanges wäre, angeben kann) und einer Manie mit Delirium (mit Verletzung einer oder mehrerer Verstandesverrichtungen in Verbindung mit frohen oder traurigen, ausschweifenden oder wuthvollen Gemüths-bewegungen).“ (Fontana 1975: 300)

Tumult irritiert, entriss dem Nächsten den Dolch und ließ seinem plötzlich ausbrechenden Blutrausch freien Lauf, bis er entwaffnet und wieder angekettet werden konnte. Nicht ohne Genugtuung kostet Pinel hier schon den Sieg wissenschaftlicher Autorität aus.“⁸

Mit dieser *manie sans délire* – als „reine Willensstörung bei ungestörtem Verstand [...]“, die sich lediglich in einem spontanen blinden Trieb äußert, in einer (abnormen, affektiv perversen, als kriminell verbotenen) Handlung, die dennoch Krankheit ist“⁹ – öffnete Pinel zur Zeit der französischen Revolution ein nur dem psychiatrisch geschulten Experten zugängliches Tätigkeitsfeld, das heute ohne deutliche Grenzen fließend in den Bereich des normalen Handelns übergeht. Solche ‚psychopathologisch relevante Persönlichkeitsstörungen‘¹⁰

„stellen Verfassungen dar, die auf der einen Seite nahtlos in die geläufigen Verhältnisse des Alltagslebens übergehen, auf der anderen Seite in bestimmte psychiatrische Krankheiten.“ (Saß 1987: 18).

(2) Pinels Schüler und Nachfolger als Leiter der Salpêtrière, Jean-Etienne-Dominique **Esquirol**, der in Frankreich die Anstalts-Psychiatrie entscheidend vorantreiben konnte, erfand auf dieser Grundlage um 1810 das Konzept der **Monomanie**, die er 1838 in seinem Lehrbuch *Des maladies mentales* näher beschrieb. Als „Geisteskrankheit der Zivilisation“ prädestiniert ihre „peculiar porousness of monomania to cultural values and cultural changes [...] borrowing its objects from the dominant passions of the era“ sie zum Indikator des jeweiligen Zeitgeistes, den der Psychiater – administrativ hilfreich – zu entschlüsseln vermag:

„As a kind of obsessive narrowing, monomania may have seemed to contemporaries an apt name for what they intuitively sensed was the characteristic *mal du demi-siècle*.“ (Goldstein 1990: 162)

In ihrer Form als *instinctive Monomanie*, als ‚Willensstörung, als dranghafte Tat wider die eigene Vernunft berührte sie die übrigen Vermögen dieser Kranken

8 Dörner (1984: 180, Anm. 94).

9 Pinel ergänzt mit ihr die ansonsten von ihm beibehaltenen vier klassischen Formen der ‚Melancholie‘, der ‚Manie mit Delir‘, der ‚Demenz‘ und des ‚Idiotismus‘ (Dörner 1984: 147 f.).

10 „Eine Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn durch Ausprägungsgrad und/oder die besondere Konstellation von psychopathologisch relevanten Persönlichkeitszügen erhebliche subjektive Beschwerden und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen.“ (Saß 1987: 14)

nicht‘. Von der ‚instinctiven Mordmonomanie‘¹¹ über die Dipsomanie, Kleptomanie und Pyromanie (Trinken, Stehlen, Brandstiftung) erfasste sie „Süchtige aller Art, Homosexuelle und sexuell ‚Perverse‘, Rückfall- und Gewohnheitsverbrecher und endlich das Heer der sonst wie Abnormen, der späteren Psychopathen“:¹²

„Eines muss jedoch festgehalten werden: dieser so angefochtene und umstrittene Begriff der Monomanie hat immer wieder eine Reihe von Beobachtungen abgedeckt (partielles Delirium, Fehlen des Deliriums, die hellen Zwischenzeiten), die im System Piniels und seiner Schüler rätselhaft und grundsätzlich unverständlich geblieben sind.“ (Fontana 1975: 303).

Jedoch, so sprunghaft sich diese neue Diagnose in den anfänglichen 20er Jahren entwickelte – in Esquirols *Charenton* sollen sie 45 % der Insassen ausgemacht haben – verschwand sie nach wenigen Jahrzehnten, um die späten 60er Jahre, wieder von der Bildfläche;¹³ ein Schicksal, dass auch künftig vielen neu ‚entdeckten‘ psychiatrischen Störungen widerfahren wird.

Doch öffnete sich der Psychiatrie jetzt ein Arbeits-Feld – nicht nur, aber zunächst vor allem – gegenüber der **Justiz**, in dem sie allein als Experte über Schuld oder Zurechnungsunfähigkeit wie über die jeweils angemessene Art der Behandlung zu entscheiden beanspruchte. Während die Justiz bisher davon ausging „that laymen could readily identify insanity in their fellows and could provide the court with entirely adequate testimony concerning the mental status of an accused person“, mobilisierte Etienne-Jean Georget, ein Schüler Esquirols, 1825 in „a boundary dispute“ die Idee der entschuldigenden *monomanie homicide*:

„Georget sought to carve one out of territory traditionally occupied by an older and established profession, that of law“; „Cultivating the field of legal medicine was one obvi-

-
- 11 „[E]in partielles Delirium, das durch einen mehr oder weniger starken Antrieb zum Mord gekennzeichnet ist, hervorgerufen durch eine innere, jedoch wahnsinnige Überzeugung, durch eine Übersteigerung der Phantasie, durch falsche Gedankenbildung, durch rasende Leidenschaften oder auch, wenn man keine Beeinträchtigung der Intelligenz oder der affektiven Fähigkeiten beobachten kann, durch einen blinden Instinkt, durch eine unwiderstehliche Neigung, durch etwas Undefinierbares (was die Täter selbst als ‚Stimmen, böser Geist, etwas was mich getrieben hat‘ bezeichnen).“ (Fontana 1975: 301)
 - 12 Dörner (1984: 164 f.). „The diagnosis of ‚monomania‘ was developed to describe a partial insanity identified with affective disorders, especially those involving paranoia, and he further delineated such conditions as kleptomania, nymphomania, and pyromania, detectable in advance only to the trained eye.“ (Porter 2002: 134)
 - 13 Goldstein (1990: 155, 191) fand in den Registern der *Salpêtrière* von 1870 keine neu diagnostizierten Monomaniacs mehr.

ous way to redress the balance, to deflect some of the prestige enjoyed by the legal profession onto its poor medical cousin.“

Da die Diagnose einer solchen larvierten Monomanie nur auf Grund langer psychiatrischer Anstalts-Erfahrung erstellt werden könne, begründet sie zugleich auch gegenüber der Allgemein-Medizin die Notwendigkeit einer solchen spezialisierten Fachdisziplin:

„Thus the monomania controversy functioned not only as an appeal for psychiatric legitimacy through a negotiation of interprofessional boundaries; it served as well to sharpen the intraprofessional line of demarcation between psychiatric specialists and other medical practitioners.“¹⁴

Ein bipolar – juristisch und psychiatrisch – besetztes ‚Feld‘, dem wir 150 Jahre später in den Therapie-Paragraphen des Betäubungsmittelgesetzes wieder begegnen werden: „Dieses ‚kleine‘ Problem für Monomanie [die Verwahrung] birgt also eine ganze Zukunft, die mittlerweile unsere Gegenwart ist.“ (Castel 1983: 194).

(3) In der gleichen Zeit kreierte der englische Arzt James Prichard (1835) das Konzept der *moral insanity* – wobei dieses *moral* zunächst noch ‚gemüthhaft‘ im Gegensatz zur *intellectual insanity* bedeutete; „die größte und problematischste Expansion des Zuständigkeitsbereichs der Psychiatrie in dieser Zeit. Denn unter diesem Titel konnten potentiell alle sozial abweichenden Verhaltensweisen als krank demarkiert werden“:

„[M]oral insanity: eine krankhafte Perversion der Gefühle, Neigungen und Handlungskräfte ohne jede Sinnestäuschung und irrige Überzeugung des Verstandes, was durchaus mit völliger Normalität der intellektuellen Fähigkeiten einhergehen kann und worunter viele Individuen mit ungewöhnlichem, unberechenbarem und überspanntem Charakter fallen.“¹⁵

14 Goldstein (1990: 166 ff., 189) geht ausführlich auf die – für die Verlaufs-Geschichte solcher psychiatrischer Konzepte so typische – Entwicklung dieses politisch stark eingefärbten ‚boundary dispute‘ zwischen der ‚solidarischen‘ Gruppe um Esquirol und der empörten Staatsanwaltschaft ein, die später dann unter Falret und Morel angesichts gewachsener Status-Sicherheit der Psychiatrie (nach dem Gesetz von 1838) zur Aufgabe dieses Konzeptes führte: „Insofar as its terms were set by royalist opponents, the monomania controversy was primarily political.“ (a. a. O.: 184)

15 James Prichard: *A Treatise on Insanity* 1835: 12 f. in der Übersetzung durch Dörner (1984: 112, Anm. 168).

Eine Entwicklung, die in den USA dann im Laufe des 20. Jahrhunderts zunächst unter dem Begriff der *psychopathic personality* zunehmend auf die ‚gesellschaftlich negativen Formen‘ zugeschnitten wurde. Wofür der amerikanische Psychologe George Partridge (1930) – also nach 100 Jahren einschlägiger Psychiatrie-Geschichte – das Konzept der *sociopathy* vorschlug, „als andauernde Fehlanpassung, die durch die bekannten Methoden der Erziehung und Bestrafung nicht korrigiert und in normale Verhaltensweisen überführt werden könne“.¹⁶ Und wofür der Psychiater Hervey Cleckley (1941) – zur Zeit des zweiten Weltkrieges – in seinem Buch *The Mask of Sanity* einprägsam den Psychopathiebegriff auf Personen mit antisozialen Verhaltensweisen beschränkte, die keine adäquate Motivation erkennen lassen.¹⁷ Zwei Definitions-Versuche, die nacheinander die ersten beiden Versionen des DSM (s. u.) bestimmten.¹⁸

2.3 Die ‚psychopathische Anlage‘

Auf der Suche nach einer Erklärung für eine solche tiefgreifend dauerhafte ‚Persönlichkeitsstörung‘ lag es – assoziativ – nahe, auf die beiden Konzepte einer dauerhaften Anlage, wie auf das einer triebhaft wirkenden Sexualität zurückzugreifen.

In der kontinental-europäischen Psychiatrie interpretierte man – nach einer anfänglich ebenso ‚revolutionär‘ wie ‚liberal‘ geprägten Behandlungs-Euphorie¹⁹ – diese als verstörend erlebte, ‚dauernde Fehlanpassung‘ mangels zureichen-

16 Saß (1987: 8); vgl.: (en.wikipedia.org/wiki/George_E._Partridge).

17 „*The Mask of Sanity*, fifth edition [1976], presents clinical theories as well as case studies, written in the form of dramatic, novelistic descriptions of 13 individuals, an amalgamation of those he had observed.“ (http://en.wikipedia.org/wiki/The_Mask_of_Sanity). „Mit dem programmatischen Titel seines Buches ‚*Mask of Sanity*‘ (1941) betonte Cleckley vordergründige Positiva der Betreffenden, mit denen sie ihre Neigung zur Dissozialität zu tarnen verstünden: ein oberflächlicher Charme bei durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher Intelligenz, geringe Anzeichen irrationalen Denkens sowie eine auffallende Gelassenheit, Ruhe und Wortgewandtheit. Cleckley (1941) war schließlich der Auffassung, dass die antisoziale ‚Psychopathie‘ eine maskierte Psychose sei, die zwar nicht manifest werde, jedoch die Persönlichkeit der Betroffenen grundlegend verändere.“ (Fiedler 2007: 155)

18 Und zwar Partridge die DSM-I und Cleckley die DSM-II. (Fiedler 2007: 155 f.). Zu deren psychoanalytisch geprägten Vorgeschichte s. Shorter (1999: 446 ff.): „Brauchte ein Psychiater zum Beispiel eine Anleitung für die Unterscheidung von Schizophrenie und Manie, konnte ihm dieses Handbuch kaum dienlich sein.“

19 „Die ersten Irrenärzte waren gutwillige junge Leute, ehrgeizig, häufig arm, mit ‚sozialen‘ Ideen. Am Ende ihrer medizinischen Ausbildung gingen sie nach Paris ‚hinauf‘ (viele von ihnen kamen aus dem Süden). Sie besuchten die Salpêtrière, folgten aufmerksam dem Seminar des Meisters jener Zeit, Esquirol. Sie waren eingenommen von jener Lehre, die die

der hirnnorganischer Befunde zunächst zunehmend als **erblich angelegten Mangel**. Dies galt auch schon für Pinel, für den „Vererbung, Anlage, Konstitution an erster Stelle“ standen,²⁰ ebenso wie für Esquirol²¹, der den „Determinismus auf ein möglichst frühes Lebensalter zurückdatiert [...], also auf die Trias Vererbung – Konstitution – frühkindliche Erlebnisse“:

„There was nothing novel about a medico-psychological discussion of heredity. On the contrary, psychiatrists from Pinel onwards had cited it as a predisposing cause in the production of mental disorder. It was not until mid-century, however, that the subject acquired a heightened urgency [...] Heredity increasingly gained priority in the long list of biological and moral causes cited by physicians.“ (Harris 1989: 51).

Eine Basis, von der aus Benedict Augustin Morel²² der das Monomanie-Konzept ablehnte, aus seinen Erfahrungen als Chefarzt des Asyls von Saint-Yon an Hand seiner „Beobachtungen des krude ausgebeuteten Proletariats der Gegend von Rouen und der notleidenden Landbevölkerung der Umgebung“ das ätiologische, also Ursachen-bezogene Konzept²³ der *degeneration* entwickelte: „Degenerationen sind krankhafte, durch Vererbung übertragene Abweichungen vom normalen menschlichen Typus.²⁴ Sie können verschiedene Ursachen haben, „Hat sie sich aber einmal festgesetzt, so nimmt die Krankheit ihren Lauf und überträgt sich auf die Nachkommenschaft bis zur völligen Auslöschung der Linie.“ (Castel 1983: 296, 291 f.):

scheinbare Strenge einer Wissenschaft mit den großen Erwartungen der Philanthropie und dem Prestige des Pariserischen verband.“ (Castel 1983: 19).

- 20 „[D]en 2. bis 7. Platz nehmen die psychischen Ursachen ein (von unglücklicher Liebe und falscher Erziehung bis zu religiösem Fanatismus und Aberglauben); dann erst folgen die physischen Ursachen oft mechanischer Art.“ (Dörner 1984: 147)
- 21 Dörner (1984: 163): „Haben die erziehenden Institutionen – Familie, Kirche, Staat – bis zur Pubertät versagt, so sind die dann erwachenden Leidenschaften nach Esquirol schutzlos dem chaotischen Gesellschaftszustand ausgeliefert, werden spekulativ-überspannt oder indifferent-energielos, wodurch nicht nur Irresein, Laster und Verbrechen entstehen, sondern auch der Verfall der Zivilisation unterhalten wird.“
- 22 Ein Schüler von J. P. Falret aus dem Esquirol-Zirkel, und einer der ersten, der in Frankreich das *no-restraint*-Prinzip Conollys verfocht: „Er wird also zum Interpreten (im wahrsten Sinne des Wortes, da er die englischen Texte übersetzt) und wortgewaltiger Verfechter der Thesen Conollys.“ (Fréminville 1980: 61)
- 23 Im Sinne von Lamarcks Annahme der Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften: „Denn damals gehörte die[se] These noch zum Gemeingut des biologischen und medizinischen Denkens.“ (Radkau 1998: 179)
- 24 „They regarded the degenerative process as operating through a complex combination of possible environmental and hereditary influences in which diseased hereditary capital, accumulated over generations, appeared in polymorphous manifestations.“ (Harris 1989: 84)

„Am Anfang stehe womöglich ein erworbenes Übel wie Alkoholismus oder eine der Krankheiten, die man sich in dem Elendsviertel in den Großstädten zuziehen könne. Dieses dringe dann in die Keimbahn ein und werde durch Vererbung weitergegeben, um sich von Generation zu Generation zu verschlimmern. Was zum Beispiel mit Tuberkulose in der mütterlichen Linie begonnen habe, könne sich drei oder vier Generationen später zu Schwachsinn oder Sterilität entwickelt haben.“²⁵

Ein phantastisches Beispiel übrigens dafür, wie als sozial erkannte ‚ätiologisch‘ wirkende Missstände schon früh ‚genetisch‘ uminterpretiert werden;²⁶ ähnlich, wie später dann das gehäufte Auftreten als psychiatrisch definierter Störungen in den städtischen Slums als Folge des Zuzugs solcher zuvor schon Gestörter interpretiert werden wird. Aber auch ein überzeugendes Beispiel dafür, wie man das therapeutische Versagen der Asyl-Psychiatrie erklären konnte:

„The theory of degeneracy provided a new justification for the isolation of the mad in asylums, and an explanation for psychiatry’s apparent therapeutic failings. The problem did not lie in the impotency of the profession, but in the very nature of mental illness itself.“ (Scully 2015: 244).

Damit öffnen sich hier zwei Wege einer künftigen psychiatrischen Entwicklung. Von denen der eine über die ‚eugenische‘ **Euthanasie**-Diskussion der zwanziger Jahre direkt in die ‚Apotheose‘ der Vernichtung der Geisteskranken im Dritten Reich führen wird. Während der andere ‚sozial-darwinistische‘ Weg von hier aus die fließenden Grenzen zwischen dem Normalen und dem Anormalen immer stärker hin in ein **präventiv-psychiatrisches** Vorfeld verschieben wird:

„Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts hatten Psychiater die Bestimmung des Normalen, Gesunden, Üblichen und dessen Abgrenzung zum Anormalen, Pathologischen, Abweichenden zu ihrer Sache erklärt. Die Psychiatrie verstand sich als naturwissenschaftliche, dem Anspruch nach nichtnormative Disziplin, die sich entschieden von mora-

25 Fiedler (2007: 150). So heißt es in seinem *Traité des dégénérences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine* (1857): „descending into imbecility and, finally and thankfully, sterility. A degenerate’s family history might sink, over the generations, from neurasthenia or nervous hysteria, through alcohol and opiate addiction, prostitution and criminality, to insanity proper and utter idiocy. Once a family was on the downhill slope, the outcome was hopeless.“ (Porter 2002: 148)

26 „In sum, the theory of degeneration enjoyed its immense popularity precisely because it provided a secular, scientific language for talking about the problem of recurring revolution and intractable criminal and antisocial tendencies. Political instability, class struggle, and social injustice were reassuringly translated into medicalized terminology and explained as part of a wider psycho-sociological pathology amenable to scientific investigation.“ (Harris 1989: 78)

lich oder religiös begründeten Schuldzuweisungen an den Kranken abgrenzte und fließende Übergänge zwischen Normalität und Anormalität konzipierte – ohne damit aber zugleich den radikalen gesellschaftlichen Ausschluss derer aufzugeben, die ‚über die Grenze‘ gegangen sind.“ (Brink 2010: 188).

Zugleich wird mit diesem neuen die bisherige, weitgehend am äußeren Symptom orientierte aktuelle Diagnose zu Gunsten eines **prozesshaften** Verlaufs verlassen, dessen weithin verborgene Anfänge allein durch den professionellen Psychiater diagnostiziert werden können:

„Die Therapien der ersten Irrenärzte fußten auf einer Symptomatologie. Die Diagnose des Wahnsinns ergab sich an Hand der Beschreibung seiner Äußerungen.“ Seit Morel „findet sich diese Intelligibilität nicht mehr in expliziten Zeichen, sondern muss außerhalb des Zeichens aufgedeckt werden, das nur noch sichtbare Etappe eines Entwicklungsganges ist, den voraussehen kann, wer ihn zu interpretieren weiß. Mit einem Schlage ist die Geisteskrankheit keine spektakuläre Ausnahme mehr, die man isolieren und eventuell behandeln muss, sondern ein stets latentes Phänomen, das ein frühzeitiges Aufspüren und eine prophylaktische Behandlung sämtlicher Ursachen erfordert, die im Körper der Gesellschaft die Mechanismen der Degeneration fördern.“ (Donzelot 1990: 139).²⁷

Bei dieser Suche nach einer greifbaren Ursache bot es sich zudem an, auf das in dieser Zeit führende Paradigma einer kaum beherrschbaren Unmoral, auf die **triebhaft Sexualität**, zurückzugreifen, und zwar – neben der Prostitution als Zeichen äußerster Verwahrlosung, die **Lombroso** als weibliche Form der Kriminalität begriff²⁸ – auf die Homosexualität als psychopathische Anlage²⁹ und auf die

27 „Das psychiatrische Wissen erkannte in der Degeneration einen Langzeiteffekt der Moderne, deren Laster, Zwänge, Anforderungen, Hast und Lärm als übermäßige Belastungen des Nervensystems angesehen wurden. Im raschen, vorbeugenden Eingreifen trafen sich die Psychiater, die aus den Anstalten nach ‚draußen‘ drängten, und das Kontrollbedürfnis des Staats gegenüber denen, die im Alkohol, in sexuellen Abweichungen oder Verbrechen Auswege suchten.“ (Brink 2010: 195)

28 Cesare Lombroso: *La donna delinquente* (1893); dt.: *Das Weib als Verbrecherin und Prostituierte: Anthropologische Studien* (1894). Text: (<https://archive.org/details/dasweibalsverbrooku-regoog>).

29 Szasz (1997/1970: 172 f.) zitiert Karl Menninger, einen der führenden Psychoanalytiker der USA, aus dessen Einleitung in den Wolfenden Report (1957/1964): „From the standpoint of the psychiatrist both homosexuality and prostitution – and add to this the use of prostitutes – constitutes evidence of immature sexuality and either arrested psychological development or regression. Whatever it be called by the public, there is no question in the minds of psychiatrists regarding the abnormality of such behavior.“

männliche wie weibliche Onanie. Während die Homosexualität, noch zögerlich, erst 1973 aus der DSM herausgenommen wurde,³⁰ dominierte die Onanie/Masturbation von Beginn an bis in die neuere Zeit als plausibel begründbare und technisch vielfältig zu bekämpfende Ursache psychiatrischer Störungen:

„Onanism, Rush goes on to say ‚produces seminal weakness, impotence, dysury, tabes dorsalis, pulmonary consumption, dyspepsia, dimnes of sight, vertigo, epilepsy, hypochondriasis, loss of memory, manalgia, fatuity, and death.“; „Toward the end of the nineteenth century there begins a slow decline in the belief that masturbation causes psychosis. But the myth of masturbation dies hard. Psychiatrists now begin to claim, that although masturbation does not cause insanity, it causes milder forms of mental illness, that is, neurosis, and also homosexuality.“³¹

Ein Ursachen-Modell, das Richard von **Krafft-Ebing**, Direktor der Landesirrenanstalt von Graz, in seiner *Psychopathia Sexualis* (1886), die 1924 ihre 17. Auflage erlebte, übernahm. In dieser ‚Bibel der Degenerationstheoretiker‘ schrieb er:

„Der Geschlechtstrieb sei unter Degenerierten besonders häufig anomal – in solchen Fällen gebe es entweder überhaupt keinen oder aber einen abnorm starken Trieb, der sich ausbruchsartig manifestierte und impulsiv nach Befriedigung strebte oder sich bereits in frühester Kindheit regte und in zwanghafter Onanie zum Ausdruck komme;

30 „In 1973, the weight of empirical data, coupled with changing social norms and the development of a politically active gay community in the United States, led the Board of Directors of the American Psychiatric Association to remove homosexuality from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Some psychiatrists who fiercely opposed their action subsequently circulated a petition calling for a vote on the issue by the Association’s membership. That vote was held in 1974, and the Board’s decision was ratified. Subsequently, a new diagnosis, ego-dystonic homosexuality, was created for the DSM’s third edition in 1980. Ego dystonic homosexuality was indicated by: (1) a persistent lack of heterosexual arousal, which the patient experienced as interfering with initiation or maintenance of wanted heterosexual relationships, and (2) persistent distress from a sustained pattern of unwanted homosexual arousal.“ (psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/facts_mental_health.html). Bei uns fiel erst 1994 die Strafbarkeit der Homosexualität (§ 175 StGB) im Zuge der Rechtsangleichung an das Recht der DDR weg. Zwischen 1969 und 1994 wurden in der Bundesrepublik 14 000 Homosexuelle nach § 175 StGB verurteilt, die der Bundesjustizminister jetzt rehabilitieren will (DER SPIEGEL Nr. 51, 2016: 26).

31 (Szasz 1997/1970: 184, 193). Vgl. dazu Foucault (2007: 300 ff., 310, 316 f.), der in seiner 9. Vorlesung vom 5. 3. 1975 ausführlich auf die gräßlichen Folgen der Onanie und die Mittel ihrer Verhinderung eingeht: „Es handelt sich also nicht so sehr um Moralisierung, sondern um Somatisierung, um Pathologisierung.“ „Die Masturbation ist dabei, die Ursache, die universelle Kausalität sämtlicher Krankheiten zu werden.“

eine pervertierte Form habe er immer dann, wenn seine Befriedigung nicht der Fortpflanzung diene.“ (Shorter 1999: 151).

Eine Ansicht, die schließlich Otto Fenichel in seiner *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (1945) wie folgt konkretisierte:

„Masturbation is normal in childhood; and under present cultural conditions is also normal in adolescence, and even in adulthood as a substitute when no sexual object is available... Masturbation is certainly pathological under two circumstances: (a) whenever it is preferred by adult persons to sexual intercourse, and (b) when it is done not occasionally for the purpose of relieving sexual tension but at such frequent intervals that it reveals a disfunction with respect to the capacity for sexual satisfaction.“³²

Das diesen Vorstellungen zugrundeliegende degenerativ moralisierende Konzept, generalisierte der Psychiater Julius Koch, Direktor der Nervenlinik Zwiefalten in Württemberg, in seiner Monographie als *„Psychopathologische Minderwertigkeiten“* (1891/1893) – noch nicht soziologisch abwertend:³³

„Dennoch hat dieser Begriff zur Konnotation negativer Wertungen und moralischer Verurteilung bei der Beschreibung psychopathischer Persönlichkeiten erheblich beigetragen, ähnlich wie Prichards Ausdruck *„moral“* später in seiner Bedeutung tendenziös im Sinne von ethisch verkürzt wurde.“ (Saß 1987: 11).

Eine im damaligen Mentalitäts-Feld – Darwinismus, Spencer'sche Auslese, Eugenik, Rassismus – angelegte und dadurch zusätzlich ‚wissenschaftlich‘ unterlegte Haltung, die nicht zuletzt durch ein ‚Volllaufen‘ der neuen psychiatrischen Anstalten mit unbehandelbaren Dauerklienten (s. u.) bedingt war. Und die insbesondere von einer psychiatrisch ausgerichteten – und damit angeblich ‚wissenschaftlich-medizinisch‘ begründbaren – **Kriminologie** dankbar aufgegriffen wurde:

„In der traditionellen deutschen Psychiatrie hat der Begriff der Anlage eine grundlegende Bedeutung. Nicht nur Geisteskrankheiten im engeren Sinne, d. h. Psychosen, wurden auf eine Anlage zurückgeführt, sondern auch Persönlichkeitsabnormitäten im

32 Zitiert nach Szasz (1997/1970: 198), zur Geschichte der Masturbation in seinem 11. Kapitel.

33 Womit er letztlich direkt an Morel anknüpft, der schon 1864 in seiner Klage über die Überfüllung der Anstalten schrieb: „Die Idioten, Schwachsinnigen, Kretins und Epileptiker, anders gesagt: Massen sozial Wertloser strömen zurück in die Asyle, wo sie sich festsetzen und den Platz der wirklichen Irren besetzen.“ (nach Castel 1983: 287 f.)

Sinne der Psychopathie oder Soziopathie“ kritisierte der bekannte forensische Psychiater Wilfried Rasch noch im Jahre 1986 (S. 114).

Was die folgende von Henning Saß (1987: 36) zusammengestellte Liste einschlägiger Monographien eindrucksvoll belegen kann.

1876	Cesare Lombroso	L'uomo delinquente
1896	Eugen Bleuler	Der geborene Verbrecher
1912	August Homburger	Lebensschicksale geisteskranker Verbrecher
1912	Hans Gruhle	Die Ursachen jugendlicher Verwahrlosung und Kriminalität
1914	Karl Birnbaum	Die psychopathischen Verbrecher
1921	Kurt Schneider	Schicksal eingeschriebener Prostituierten
1929	Johannes Lange	Verbrechen als Schicksal
1935	Walter v. Baeyer	Zur Genealogie psychopathischer Schwindler und Lügner
1935	Friedrich Stumpfl	Erbanlage und Verbrechen
1936	Heinrich Kranz	Lebensschicksale krimineller Zwillinge
1936	Friedrich Stumpfl	Die Ursprünge des Verbrechens, dargestellt am Leben von Zwillingen

Eine mehr oder weniger **ererbte**, anlagemäßig bedingte **Minderwertigkeit**, die sich ‚degenerativ‘ über die Generationen hinweg immer mehr verstärkte – weswegen man im Dritten Reich zunächst zur Zwangs-Sterilisation und dann zur Tötung von Geisteskranken griff (s. u.). Die aber auch heute mit dem Psychopathen-Konzept wieder neu aufleben kann, und die in unserem, die Zurechnungsunfähigkeit regelnden § 21 StGB – „Schuldunfähig handelt, wer wegen [...] einer schweren anderen *seelischen Abartigkeit* unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“ – als ‚schwere seelische **Abartigkeit**‘ noch immer überleben kann.³⁴

Doch gilt dieses ‚Überleben‘ nicht nur für das Strafrecht, sondern auch für die kriminologische Theorie. So fügte der Schweizer Kriminologe Erwin Frey 1951 in

34 „Es ist zu bedauern, dass die Bezeichnung ‚Abartigkeit‘ in den Gesetzestext gelangte, da der Begriff als diskriminierend erlebt wird und auf einer überholten wissenschaftlichen Theorie, der Degenerationslehre, fußt. Überdies hat der Begriff eine unrühmliche Vergangenheit. Er ist aus den ‚Musterungsvorschriften der Deutschen Wehrmacht im Kriege‘ vom 1. April 1944 übernommen.“ (Rasch 1986: 46). Vgl. dazu den Artikel von Bernhard Wegener *Seelische Abartigkeit* (§ 20 Strafgesetzbuch). *Ein Schwieriger Begriff der forensischen Psychiatrie/Psychologie*. In: Kritische Justiz 1989: 316–328 (www.kj.nomos.de/fileadmin/kj/doc/1989/19893Wegener).

seinem *Der frühkriminelle Rückfallverbrecher* – noch oder schon? – „der Anlagestörung des Kindes noch die Defekte der Eltern hinzu“.³⁵

„Es zeigt sich also, dass für die Scheidungskinder nicht nur die sozialen und erzieherischen Verhältnisse deutlich ungünstiger sind als für die Normalkinder, sondern in gleichem Ausmaß auch die erbliche Belastung und der Persönlichkeitstypus des Expl. selbst. Die Tatsache der ungünstigen sozialen und erzieherischen Verhältnisse [...], also die sog. ‚Scheidungssituation‘ im weiteren Sinne, ist danach in der Regel eine Folge der biologischen Minderwertigkeit eines oder beider Elternteile.“ Dies gelte auch für die Wiederverheiratung, „denn nach der biologischen Partnerregel spricht die Wahrscheinlichkeit dafür, dass der hinterbliebene Elternteil, wenn er selbst charakterlich minderwertig, vor allem psychopathisch ist, bei der Wiederverheiratung neuerdings einen charakterlich minderwertigen, insbesondere psychopathischen oder debilen Partner wählt.“

Eine Erklärung, die Wright, Tibbetts, und Daigle mehr als 60 Jahre später im Jahr 2015 in ihrem in 2. Auflage erschienenem Lehrbuch *Criminals in the Making. Criminals Across the Life Course* fast wörtlich als die neue US-amerikanisch kriminologische ‚biosoziale‘ Linie verkaufen:

„There is good evidence individuals marry and procreate with those most like themselves. We call this ‚assortive mating‘. [...] Both the mother and the father contribute to the genetic propensity for crime in the offspring. [...] Even the behaviors parents engage in to socialize their children are genetically influenced“; „Assortive mating, and the erratic environments associated with criminal parents are likely influential in transmitting crime across generations.“ (2015: 203, 205, 198).

2.4 Das ‚Klassifikations‘-Dilemma

Im Gegensatz zur klassischen Medizin, Vorbild und Konkurrent, konnte die ‚junge‘ Psychiatrie ihre Phänomene, die psychiatrischen Störungen und insbesondere die ‚psychopathischen‘ Persönlichkeitsstörungen, jedoch nur ausnahmsweise auf objektiv nachweisbare **Ursachen** zurückführen. Insofern betont der in den USA hoch angesehene Psychiater Allen Frances (2013: 36, 42 f.) in seiner Kritik an den Kriterienkatalogen der DSM (s. u.) auch heute noch, dass „wir keine brauchbare Definition für eine psychische Störung haben“, weil es dafür, bis auf wenige Ausnahmen, keine ‚biologischen Labortests‘ gäbe, mit denen man nachweisen könne,

³⁵ (1951: 177, 171) zitiert nach Moser (1971: 198).

„dass eine psychische Störung, gleich welcher Art, eine eigenständige abgrenzbare ‚Krankheitsidentität‘ mit einer einheitlichen Ursache“ sei. Kritischer noch äußert sich Shorter (1999: 435 f.) wenn er feststellt:

„Persönlichkeitsstörungen haben sich als vorzügliches Material für die Errichtung eines psychiatrischen Imperiums erwiesen. Obwohl der Begriff ‚gestörte Persönlichkeit‘ – eine ‚Krankheit‘, unter der jeder leidet, nur nicht der Patient – wissenschaftlich nach wie vor dubios ist, schlug dieses Konzept in der Praxis wie eine Bombe ein. Diagnosen wie ‚antisoziale Persönlichkeit‘ wurden vorzugsweise in psychiatrischen Privatpraxen gestellt, wohingegen sie in allen übrigen medizinischen Zusammenhängen weitgehend unbekannt waren. Auch die ‚multiple personality disorder‘ (MPD) tauchte in den Achtzigern aus dem Nichts auf, um sich dann epidemisch auszubreiten. Doch wie alle anderen sogenannten Persönlichkeitsstörungen bestand sie nur in einem übersteigerten Ausdruck ganz gewöhnlicher Charaktermerkmale.“

Weshalb man auf subjektive und bestenfalls professionell vereinbarte deskriptive **Klassifikationen** angewiesen war, die ihrerseits allzu leicht zeittypischen Strömungen und Interessenlagen folgten. Dies zeigte sich etwa in den Modediagnosen der Neurasthenie oder Hysterie gegen Ende des 19. Jahrhunderts oder der Depression³⁶ bzw. des Burn-out unserer Tage³⁷ ebenso, wie in der Lieblingsdiagnose der Psychiatrie, der ‚Schizophrenie‘, in den sechziger Jahren,³⁸ oder bei der ‚bi-

36 „Rund 6 Prozent der Erwerbspersonen erhielten innerhalb des Jahres 2013 mindestens eine Antidepressiva-Verordnung, 2000 hatte die Rate noch bei 4,1 Prozent gelegen. Die Zahl der verordneten Tagesdosen stieg im selben Zeitraum um den Faktor 2,74 und hat sich damit nahezu verdreifacht.“ (*Depressionsatlas* der Techniker Krankenkasse, 2015: 35) (www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/139131/Depressionsatlas_2015.) Beflügelt übrigens durch die Praxis der Krankenkassen, bei den Ärzten dafür zu werben, dasselbe Medikament in zwei Quartalen nacheinander zu verordnen, weil der Patient dann als Chroniker gelte, für den die Kassen aus dem internen Finanzausgleich zusätzlich Geld bekämen, weshalb die Ausgaben für Depressive seit 2011 auf das Vierfache gestiegen seien (Elisabeth Niejahr: *Wenn das Tricksen chronisch wird* in: DIE ZEIT Nr. 44 vom 20.10.2016: 25).

37 „Allein die öffentliche Aufmerksamkeit für einzelne Krankheitsbilder kann ihr tatsächliches oder vermeintliches Auftreten beeinflussen. Exemplarisch dafür steht die Modediagnose Burn-out. Einige Jahre lang war das Thema Burn-out ständig in den Schlagzeilen, und parallel dazu stieg die Zahl der entsprechenden Krankschreibungen rapide an. Inzwischen gehen die Fallzahlen, die von den Krankenkassen gemeldet werden, genauso rasant wieder zurück“: „Fehltag wegen Burn-out je 1 000 Versicherte: 2004: 6; 2008: 40; 2009: 54; 2010: 80; 2011: 102; 2012: 100; 2013: 67“ berichten Martin Dornes und Martin Altmeyer in: DIE ZEIT Nr. 2 vom 8.1.2015: 31 in ihrem Artikel *Macht der Kapitalismus depressiv?* Vgl. dazu auch die dafür so bezeichnende Werbe-Website des Burn-out-Instituts mit Test und Antworten auf die Fragen, *Was ist und Woher kommt Burn-out?* (www.burnout-institut.eu).

38 Shorter (1999: 433, 573) beruft sich hierfür auf R. Kendell et al. (1971): „Niemand traf die Diagnose häufiger als die Amerikaner. Sie war das große Faible der amerikanischen Psychiatrie.

polaren‘ Störung, die als Modediagnose in den letzten Jahren regelrecht explodiert sei. (Frances 2013: 347). Ein Klassifikations-Dilemma, das vor allem bei den ‚psychopathischen‘ Persönlichkeitsstörungen verstärkt auftreten wird, sofern man sie als Abweichung von – gesellschaftlich-kulturell vorgegebenen und damit entsprechend variierenden – Verhaltens-Normen begreifen will.

Damit sind **zwei Problemfelder** angerissen, die sich am Beispiel der weiteren Geschichte des Psychopathen-Modells recht gut exemplifizieren lassen. Und zwar zunächst als Versuch, gleichwohl eine ätiologische Basis aufzufinden, ‚Ursachen‘, die es dann erlaubten, diese Phänomene auch ‚theoretisch‘ zu erklären. Ein Anliegen, mit dem man nicht nur die medizinisch-naturwissenschaftliche Gleichwertigkeit der eigenen Profession belegen wollte, was historisch im Kampf um die ‚medizinischen‘ Lehrstühle unmittelbar relevant wurde. Das aber auch deswegen nahelag, weil diese ‚Psychopathien‘ so offensichtlich in der Persönlichkeit des Psychopathen auf Dauer angelegt schienen und weil sie Behandlungen gegenüber beharrlich so viel ‚Widerstand‘ zeigten, dass der Rückschluss auf eine körperlich-biologische Basis nahelag.

Und auf der anderen Seite musste man die vom eigenen professionellen Feld beanspruchten Phänomene – nach innen zum wechselseitigen Verständnis wie nach außen zur Abgrenzung der zuständigen Kompetenz – in irgendeiner Weise an Hand von Symptomen näher **klassifizieren**. Und zwar auch dann, wenn man die Abgrenzung dieser Phänomene nicht ätiologisch-theoretisch erklären konnte: „Was dem Niveau entspricht, auf dem die restliche Medizin sich im 19. Jhd. befand.“ (Shorter 1999: 442). Man folgte dabei dem wissenschaftlich anerkannten Paradigma von **Carl von Linné** (ab 1753) der so erfolgreich Pflanzen, äußerlich am Blütenaufbau orientiert, klassifizieren konnte;³⁹ und folgte damit, dessen kaum bewusst, den parallelen Klassifikationsversuchen der neuartigen Strafgesetzbücher – *code pénal* (1810), StGB (1970) – ihrer juristischen Konkurrenz.

Was allerdings die Gefahr der Beliebigkeit barg, weshalb es kein Wunder sei, „dass die Störungen nach dem DSM ein ziemliches Sammelsurium ohne innere Logik sind und sich teilweise gegenseitig ausschließen“ (Frances 2013: 46); und weshalb Fiedler (2007: 425) 246 Persönlichkeitsstörungen zählen konnte, von denen er 175 in seinem gleichnamigen Buch erwähnt haben will.

In einer Studie etwa wurde 46 amerikanischen und 205 britischen Psychiatern ein Video über ‚Patient F.‘ vorgeführt, einen jungen Mann aus Brooklyn, der unter einer hysterischen Lähmung des Arms und heftigen Stimmungsschwankungen litt, die man seinem Alkoholmissbrauch zuschrieb. 69 Prozent der Amerikaner, aber nur zwei Prozent der Briten diagnostizierten ‚Schizophrenie‘.“

- 39 „Man muss, sagte Sydenham bereits ‚alle Krankheiten auf genaue Arten reduzieren, und zwar mit der gleichen Sorgfalt und der gleichen Exaktheit, wie es die Botaniker im Traktat über die Pflanzen getan haben.“ zitiert Foucault (1973: 184 f.) Thomas Sydenham (1784).

Insgesamt also ein ineinander verschachteltes Doppelproblem – ätiologisch-klassifikatorisch wie theoretisch-praktisch – das von den ersten Anfängen an, von Pinels frühen Klassifizierungsversuchen über Esquirols diverse Monomanien bis hin zur fortschreitenden Degeneration schon die frühen Psychiater beschäftigt hatte.

2.4.1 Die Suche nach der Ursache

Die dadurch intensivierte Suche nach einer **erklärenden Ursache**, die lange Zeit im Vordergrund der – Praxis-fernen – ‚Universitäts-Psychiatrie‘ stand, berief sich zunächst auf das im 19. Jahrhundert entdeckte biologisch begründbare Beispiel der *Neurolues*, die als Spätstadium der Syphilis im Gehirn oder Rückenmark das Nervengewebe zerstört und dadurch zur fortschreitenden Lähmung und anderen psychopathologischen Ausfällen führen kann, zur *progressiven Paralyse* bzw. zum ‚*Tabes dorsalis*‘.⁴⁰ Auch sichtbare Hirnschäden legten solche biologisch begründbare Zusammenhänge nahe, die jedoch trotz intensiver Suche keine weiteren Erfolge zeitigten. Große Beachtung fand Franz Joseph Gall († 1828),⁴¹ der – mit breiter pseudowissenschaftlicher Resonanz bis in die 60er Jahre des 19. Jahrhunderts, und fruchtbar für die weitere neurologische Entwicklung⁴² – in seiner Phrenologie bestimmten Hirnarealen (insgesamt 27 bis 35 ‚Gehirnorgane‘) geistige Eigen-

40 „Die Symptome der progressiven Paralyse wurden 1822 von dem französischen Arzt Antoine Laurent Bayle beschrieben und mit spezifischen Veränderungen im Gehirn in einen Zusammenhang gebracht. [wobei Bayle noch „zwischen einer physischen und einer moralischen Ätiologie“ schwankte. (Castel 1983: 121 f.); vgl. auch Rosen 1980/1968: 248 ff. zur Entdeckungsgeschichte]. Die syphilitische Ursache der progressiven Paralyse wurde 1857 von Friedrich von Esmarch und Peter Willers Jensen erkannt. Der Erreger, das *Treponema pallidum*, wurde jedoch erst 1905 von dem Zoologen Fritz Schaudinn identifiziert. August Paul von Wassermann erfand 1906 die Serodiagnostik.“ (de.wikipedia.org/wiki/Neurolues#Die_progressive_Paralyse_in_der_Geschichte_der_Psychiatrie)

41 In seinen: *Philosophisch-medizinische Untersuchungen über Natur und Kunst im kranken und gesunden Zustand des Menschen* (1791). Gemeinsam mit Johann Spurzheim († 1832) begründeten sie die Phrenologie: „The brain itself was an ensemble of over thirty separate ‚organs‘ (acquisitiveness, sexuality, piety) each occupying a specific cortical area. An organ’s size governed the power of its operations; The contours of the skull flagged the lineament of the brain beneath, while the overall topography (hills and valleys) of the ‚bumps‘ determined personality.“ (Porter 2002: 143)

42 „Galls Lehre musste allem evolutiven, vergleichenden und differenzierenden Denken Auftrieb geben [...]. Der Neurologie wurde durch Gall überhaupt eine Startmöglichkeit gegeben“, wie etwa im 50 Jahre später von Broca entdeckten und nach ihm benannten Sprachzentrum im Gehirn (Dörner 1984: 168 f.).

schaften zuschrieb, deren positive oder negative Ausprägung auch äußerlich am Schädel als Ausbuchtungen etc. ablesbar seien:

„Die Mordlust schrieb er einem Vernichtungsinstinkt zu, dessen Sitz er in die Schläfengegend unterhalb des Scheitelbeins und oberhalb der Ohren verlegte, und dessen Wirksamkeit durch Faktoren moralischer Natur wie Erziehung, Gewohnheit und Religion abgeschwächt und reguliert wurde.“ (Fontana 1975: 312).

Die Vorstellung einer vererbbaeren Degeneration, ließ sodann nicht nur Cesare Lombroso in seinem *L'uomo Delinquente* (1876) den geborenen Verbrecher als atavistisch zurückgebliebene Human-Variante interpretieren, sondern legte es nahe, nach bestimmten **biologisch-somatisch** begründbaren **Persönlichkeitstypen** zu fahnden, die für die Entwicklung spezifischer psychiatrischer Extreme prädestiniert waren. Als wohl bekanntester Vertreter dieser Richtung, der mir noch in den Anfängen meiner kriminologischen Ausbildung empfohlen wurde, postulierte der deutsche Psychiater Ernst Kretschmer in seiner Schrift *Körperbau und Charakter* (1921)⁴³ drei ‚Konstitutionstypen‘, die einen Zusammenhang zwischen dieser Basis und entsprechenden psychotischen Ausprägungen nahelegten:

So neige ein ‚leptosomer‘ Typ zu einem schizothymen Temperament und schizoider Erkrankung; ein ‚pyknischer Typ‘ tendiere zu einem zyklthymen Temperament mit zyklloider, d. h. eher depressiv-manischen Erkrankung; während ein ‚athletischer‘ Typ eher epileptoide Züge aufweise. Im *Commonsense* dürfte man dabei einerseits an den ‚langen Hageren‘ denken, sozial abgesondert und reizbar, und andererseits den eher geselligen und gutherzigen ‚kleinen Dicken‘ im Auge haben.

Eine somatologisch-konstitutionelle, also körperbezogene Klassifikations-Grundlage, die dann während des zweiten Weltkrieges in den USA durch den Psychologen William Sheldon (1942), der u. a. bei Kretschmer studiert hatte, noch einmal aufgenommen wurde:

Er unterschied ektomorphe (dünn, groß, anfällig), mesomorphe (muskulös, athletisch, stark) oder endomorphe (adipös, weich, rund) Körpertypen, die er aus einer unterschiedlicher Akzentuierung bei der Entwicklung des embryonalen Keimblattes zu erklären versuchte. Während Sheldon diese Konstitutionstypen dann auch zur Erklärung

43 Sie hatte bis 1967 25 Auflagen allein in Deutschland. (Fiedler 2007: 17) Zu seiner unrühmlichen nationalsozialistischen Vergangenheit vgl. (de.wikipedia.org/wiki/Ernst_Kretschmer).

und Prognose jugendlicher Delinquenz und Kriminalität einsetzte, verwendet man sie heute nur noch in der Sportmedizin zur Erstellung von Trainingsprogrammen.⁴⁴

Eine dritte heftig umkämpfte theoretisierende Variante bot das **psychoanalytische** Modell, das solche ‚Psychopathien‘ eher als Produkte frühkindlicher Störungen interpretieren will. Vor allem in den USA dominierte es in der Mitte des 20. Jahrhundert bis in die 80er Jahre hinein nahezu die gesamte Psychiatrie. Bis es in neuerer Zeit – im Zuge einer bis heute zunehmenden ‚Renaissance des Biologismus‘ (Böllinger 2015) – von einer ‚zweiten Phase‘ einer biologisch orientierten Psychiatrie abgelöst wurde, weshalb Edward Shorter (1999: 7f.) in der Einleitung zu seiner *Geschichte der Psychiatrie* fast triumphierend bemerkt

„Zwischen 1950 und 1990 fand in der Psychiatrie eine Revolution statt. Die alte Ansicht, dass das Unbewusste alle Seelenkonflikte verursache, wurde über Bord geworfen und das Schlaglicht der Forschung auf das Gehirn gelenkt. Die Psychoanalyse wurde, wie der Marxismus, zum ideologischen Dinosaurier des 19. Jahrhunderts [...] Der biologische Denkansatz in der Psychiatrie, der psychische Krankheit als eine genetisch beeinflusste Störung der Hirnchemie betrachtet, hat sich als überwältigender Erfolg erwiesen. Freuds Ideen haben die Geschicke der Psychiatrie im vergangenen halben Jahrhundert gelenkt, doch nun schwindet ihre Bedeutung dahin wie die letzten Schneeflocken in der Sonne.“

Zwar sträubt sich dieses Modell der Psychoanalyse (s. u. Kap. 10) gegen die üblichen Formen einer empirischen Bestätigung oder Falsifikation, doch bot und bietet es einerseits ein – inzwischen vielfach abgewandeltes – theoretisches Modell, das seine Anhänger gelegentlich fast sektenhaft vereinen kann. Und andererseits begründete dieses Modell eine – inzwischen ebenso breite – Palette therapeutischer Strategien von der klassischen Psychoanalyse über gesprächs- und sozialtherapeutische Ansätze bis hin zu kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätzen, die weit über die ambulante psychiatrische Praxis hinaus bis in den Umgang mit sog. psychopathischen Sexualtätern reicht, wie dies der Psychologe Peter Fiedler in seinen *Persönlichkeitsstörungen* (2007) überzeugend nachweisen kann.

Gerade in der relativ schroffen **Gegenüberstellung** dieser beiden Arbeiten von Shorter und Fiedler wird einmal mehr ein Konflikt zwischen medizinisch-somatisch, und heute verstärkt neurologisch-chemisch orientierten Ansätzen einerseits und den ‚Psychikern‘ andererseits deutlich, der eigentlich von Beginn an und spä-

44 William Herbert Sheldon, Emil M. Hartl: *Varieties of delinquent youth: an introduction to constitutional psychiatry* 1949. s. (en.wikipedia.org/wiki/William_Herbert_Sheldon) und: (de.wikipedia.org/wiki/William_Sheldon).

ter dann insbesondere in der führenden deutschen Universitäts-Psychiatrie des späten 19. Jahrhunderts (s. u.) die Geister schied. Ein scheinbar sehr grundsätzlicher Gegensatz, der weithin professionell dem je eigenen ‚Wissenschafts‘-Horizont folgt, und der heute in der schon im Shorter-Zitat angedeuteten neurologischen Wende die anfänglichen ‚gehirnpathologischen‘ Bemühungen auf der Basis einer neuen ausgereifteren Experimental-Technik wieder aufnimmt.⁴⁵

Wobei man, von der Pharma-Industrie unterstützt und vorangetrieben, pragmatisch die somatisch-neurologisch wirksamen **Psychopharmaka** an die Stelle einer auf Person- und soziale Umwelt bezogenen Therapie setzt, ohne jedoch theoretisch bisher zur ‚eigentlichen‘ Ursache vorzustoßen und die einzelnen psychopathologischen Störbilder zureichend voneinander trennen zu können. Und zwar nicht nur im Rahmen der ‚kleinen‘ psychiatrischen Praxis der Neurosen, Phobien und depressiven Stimmungen, sondern eben auch im Bereich der eigentlichen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen.⁴⁶ Hier untersucht diese neue ‚biologische‘ Psychiatrie⁴⁷ die Rolle der durch Psychopharmaka zu beeinflussen den Neurotransmitter – Dopamin, Serotonin etc. – wie aber auch eventuell gestörte Verbindungen zwischen der rational planenden Großhirnrinde und der für die Gefühle zuständigen Amygdala etwa mit Hilfe der ‚Transkraniellen Magnetstimulation‘ (TMS).⁴⁸

„Die Psychiatrie war von jeher in zwei Richtungen gespalten. Die eine hat einen neurowissenschaftlichen Ansatz, legt ihren Schwerpunkt auf die Chemie und Anatomie des Gehirns, befasst sich mit der Medikation und sucht die Ursachen von psychischen Leiden in der Biologie des Gehirns. Die andere betont die psychosozialen Zusammenhänge im Leben eines Patienten und führt seine Symptome auf soziale Probleme oder unbewältigte Stresssituationen zurück.“ „Die neurowissenschaftliche Variante wird gewöhnlich als ‚biologische Psychiatrie‘ bezeichnet, die soziale und/oder Stressversion hingegen als ‚biopsychosoziales‘ Modell.“ (Shorter 1999: 50).⁴⁹

45 U. a. seit 1976: Computertomographie (CT), Magnetresonananzverfahren (MR) Positronen-emissionstomographie (PET).

46 Vgl. insgesamt den kritischen Bericht von Nikolas Rose (2007).

47 Vgl. insgesamt zum derzeit aktuellen Stand die Beiträge im Schwerpunktheft *Neurowissenschaften und Kriminologie*. Monatschrift f. Kriminologie 2014, 97. Jg., H. 5/6.

48 Vgl. dazu ausführlicher, populär beschrieben: Dutton (2013: 181 ff., 300 f., Anm. 128): er zitiert hierfür etwa die Arbeit von Liane Young et al. 2010: ‚Disruption of the Right Temporo-parietal Junction with Transcranial Magnetic Stimulation Reduces the Role of Beliefs in Moral Judgements‘ In: PNAS 107, Nr. 15: 6753–6758. S. auch Stefanie Reinberger (2012) in (<http://das-gehirn.info/entdecken/moral-und-schuld/das-gehirn-vor-gericht>).

49 Zu diesem Stress-Konzept s. Patrick Kury, der zeigt, wie „die Ratgeberliteratur die ‚diskursive Explosion‘ von Stress in der westdeutschen Gesellschaft in den 1970er Jahren mit vorantrieb, [und] dazu beitrug, dass Stress zu einem ‚kulturellen Code‘ für unterschiedlichste

Dabei wendet man sich heute – etwa seit 1990 – vor allem im forensisch-kriminologischen Bereich wieder verstärkt neurologisch-somatischen Erklärungen zu, die derart ‚biopsychosozial‘ hirnorganische, hormonale (Testosteron), und genetische Komponenten mit pränatalen und frühkindlichen Störungen im Sinne einer prognostisch früh einsetzenden und schlecht verlaufenden Prognose miteinander verbinden,⁵⁰ wobei man dann vorsichtig formuliert:

„Die aktuelle Datenlage erlaubt noch keine regelhafte direkte Anwendung der Ergebnisse (neuro-)biologischer Forschung in Präventions- und Behandlungsprogrammen [...], und die bisherigen Studien reichen keinesfalls aus, um bereits jetzt die Forderung nach der Einbeziehung entsprechender Befunde zur Prognosebeurteilung im konkreten Einzelfall zu erheben.“ Doch gälte auch: „Ergebnisse aus neurobiologischen Studien können aber durchaus bei der Analyse der individuellen Delinquenz, der mehrdimensionalen biographisch fundierten Analyse unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren [...] berücksichtigt werden.“⁵¹

Insofern kann man also im Hinblick auf das erste, ätiologisch-therapeutische Grundproblem der Psychiatrie heute **zwei generelle Tendenzen** festhalten: Einerseits gelingt es, auch ohne zureichende theoretische Basis **praktisch** durch Therapie und Psychopharmaka einen Zugang zu diesen einst als anlagemäßig, dauerhaft und unwandelbar begriffenen Phänomenen zu finden, und dadurch die Annahme einer solchen dauerhaften Anlage zumindest zu relativieren. Weshalb man heute

Belastungen avancierte und über empfohlene Bewältigungstechniken an der Modellierung des Selbst in der postindustriellen Gesellschaft beigetragen hat.“ (2011: 141)

- 50 Vgl. dazu aus kriminologischer Sicht: das Übersichtsreferat von Lösel/Schmucker (2014) und, kritischer, Heinemann (2014); sowie die Besprechung von Hodgins, Sheilag; Viding Essi; Plodowski, Anna (eds.) (2009): *The Neurobiological Basis of Violence: Science and Rehabilitation*. durch Helmut Remschmidt in: Monatsschrift f. Kriminologie (2011, 94. Jg., H. 4: 322–324) und die Besprechung der Lehrbücher von Wright, John; Tibbetts, Stephen; Daigle, Leah: *Criminals in the Making. Criminals Across the Life Course*. Sage 2015 und Beaver, Kevin; Barnes J. C.; Boutwell, Brian (eds.): *The Nurture Versus Biosocial Debate in Criminology. On the Origins of Criminal Behavior and Criminality*. Sage, 2015 (Quensel 2014).
- 51 (Stolpmann u. a. 2010: 309). Auch Lösel/Schmucker (2014: 404 f., 499) meinen: „Insgesamt besteht kaum Zweifel, dass neurobiologische Faktoren zur Psychopathie beitragen. Die Zusammenhänge sind aber komplex und es müssen Moderatoreffekte in Betracht gezogen werden“; „Bislang gibt es keine großen epidemiologischen Untersuchungen zur Psychopathie, die neurobiologische Fragestellungen einbeziehen. Viele einschlägige Studien werden an kleinen, ausgelesenen Stichproben durchgeführt und sind nur querschnittshaft angelegt.“ Und hinsichtlich der Behandlung meinen sie: „Die langjährige Stagnation in der Behandlung und im Umgang mit psychopathischen Straftätern ist seit einiger Zeit einem vorsichtigen Optimismus gewichen. Zwar sind die einschlägigen Evaluationsergebnisse noch nicht völlig überzeugend, aber es zeichnet sich ab, dass auch bei dieser Klientel theoretisch fundierte Behandlungsansätze sinnvoll sind.“

zunehmend dazu neigt, auch solche ‚psychopathischen‘ Persönlichkeitsstörungen als zeitlich begrenzte oder doch zumindest begrenzbar Phänomene zu verstehen. Ein Vorgang, der andererseits eine ständig ‚verbesserte‘ **Klassifizierung** solcher – therapeutisch und pharmakologisch möglichst gezielt anzugehender – Störungen des zwischenmenschlichen Verhaltens verlangt. Wodurch man seinerseits solche Störungen nicht nur als ‚zeitlich begrenzt‘, sondern zugleich – wieder einmal – auch als schrittweisen Übergang hin zur ‚Normalität‘ zu verstehen lernte.

2.4.2 Wie soll man klassifizieren?

Angesichts dieser ‚ätiologisch‘ enttäuschenden Ausgangsbasis, verblieben ‚klassifikatorisch‘ – sobald man die ‚mittelalterliche‘ Aufteilung der psychischen Störungen (Melancholie, Manie und Idiotie) aufgab – grundsätzlich **zwei Wege**: Entweder die Annahme einer Einheitspsychose als fortschreitender Krankheitsprozess, in dem einzelnen Entwicklungsstadien unterschiedliche psychopathologische Störungen zugeordnet werden; oder der Versuch, auffällige Erlebnis- und Verhaltensstörungen ‚typologisch‘ zu einem plausiblen Bild zusammen zu ordnen.

(1) In den Anfängen der Psychiatrie, in denen man begann, die Irren von den anderen Insassen der großen Sammelanstalten zu unterscheiden (s. u.) lag die Idee einer sich davon abhebenden **Einheitspsychose** nahe. In diesem Sinne ging etwa Esquirol davon aus, dass sich die Melancholie über die Monomanie hin zur Manie mit dem Endstadium der Demenz entwickle. Ein Gedanke, den dann die Degenerationslehre Morels als Generations-langen Verfallsprozess weiterverfolgte. Auch der deutsche Anstaltsdirektor der Heilanstalt *Winnental*, Albert Zeller, übernahm als Übersetzer der Arbeit des belgischen Anstaltspsychiaters Joseph Guislain (1833)⁵² dessen Einheits-Konzeption und gab sie an seinen Schüler Wilhelm Griesinger, dem ‚Begründer der modernen deutschen Psychiatrie‘ weiter:⁵³

52 Zeller schrieb Vorwort und Fußnoten zur deutschen Übersetzung von Guislains Werk *Traité sur les phrénopathies* (1833). Guislain kann als früher Vertreter der Universitätspsychiatrie angesehen werden (de.wikipedia.org/wiki/Joseph_Guislain).

53 „In der medizinhistorischen Forschung steht seit langem außer Zweifel, dass die naturwissenschaftliche Grundierung der Psychiatrie in Deutschland ohne das Wirken Wilhelm Griesingers (1817–1868) nicht zu denken ist. [...] In seiner Person wird der unaufhaltsame Aufstieg der naturwissenschaftlich orientierten Universitätspsychiatrie gefeiert. Der Triumph psychiatrisch ausgewiesener Professoren über ein Monopol, das bis dahin von den Anstaltsdirektoren verwaltet worden war.“ (Geyer 2014: 250)

In seinem Lehrbuch *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1845) lässt Griesinger den Krankheitsprozess fast immer mit dem ‚psychisch-depressiven Schmerz‘ beginnen, der sich als ‚Melancholie oder Hypochondrie‘ äußern kann. Um sodann die Folgestadien der Manie/Tobsucht wie die sekundären Störungen des Wahns und der Halluzination als „Versuch des Subjektes, sich für die Hemmung der Depression schadlos zu halten“ bzw. als Versuch zu verstehen, „das Erschrecken über das Anderswerden, die Entfremdung sich durch Projektion nach außen zu erklären.“ Ein „organisch verlaufender Krankheitsprozess, der schließlich „im Übergang zu den Residuen des Irreseins“ im „Defekt der Intelligenz“ enden kann, sofern keine weitere ‚Ansprache‘ erfolgt.“⁵⁴

Doch konnte sich diese Sicht weder praktisch noch wissenschaftlich durchsetzen.

(2) Stattdessen bot sich zunächst eine doppelte Unterscheidung an. Der ‚Nestor der deutschen Psychiatrie‘, Emil **Kraepelin** – der 1917 in München die *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, das spätere *Max-Planck Institut für Psychiatrie* gegründet hatte – setzte ebenfalls auf die Beobachtung einschlägiger Krankheitsverläufe.⁵⁵ Er unterschied 1899 in der 6. Auflage seiner *Psychiatrie* die beiden bis heute grundsätzlich unterschiedenen Psychose-Formen der *Dementia praecox*⁵⁶ einerseits und des manisch-depressiven Irreseins andererseits, die heute seit Eugen Bleuler⁵⁷ als ‚Schizophrenie‘ und als ‚affektive‘, bzw. ‚bipolare‘ Störung firmieren.⁵⁸

54 Dörner (1984: 301), der zu recht auf die darin liegende Spannung zwischen dem ‚kompensatorischen‘ Handeln des Subjekts und dem fortschreitenden objektiv organischen Krankheitsprozess hinweist.

55 „Kraepelin became professor at the university in Heidelberg, principal centre of German medicine. His career marks the culmination of a century of descriptive clinical psychiatry and psychiatric nosology. Downplaying the sufferer’s psychopathological state in favour of the ‚disease entity‘ he approached his patients as symptom-carriers, and his case histories concentrated on the core signs of each disorder. The course of psychiatric illness, he insisted, offered the best clue to its nature, rather than, as in common practice, the raft of symptoms the patient showed at a particular moment.“ (Porter 2002: 184)

56 *Dementia praecox* im Unterschied zur manisch-depressiven Psychose: „astute and clever, but he seemed to have forsaken his humanity, abandoned all desire to participate in society, and withdrawn into a solipsistic world of his own, perhaps mute, violent, and paranoid ‚atrophy of the emotions‘, ‚vitiation of the will‘ to convey the sense that they were moral perverts, psychopaths, almost a species apart. As the precursor to schizophrenia Kraepelin’s *dementia praecox* has left an indelible mark on modern psychiatry.“ (Porter 2002: 185)

57 In seinem Buch *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen* (1911): „Bleuler tat mit seiner neuen Bezeichnung – ‚Schizophrenie‘ – im Prinzip dasselbe [wie Kräpelin], aber er zog bereits viel von Freuds Ideen in seine Beobachtungen ein.“ (Foudraire 1977: 90)

58 Die Methode der Beobachtung und die Differenzierung verschiedenartiger Erkrankungen anhand ihres unterschiedlichen Verlaufs waren das Wesen der Kraepelinschen Revolution.

Die beiden internationalen **Klassifikationssystematiken** des DSM und der ICD folgen zusätzlich einer zweiten grundlegenden Unterscheidung zwischen einerseits ‚klinischen Störungen und Syndromen‘, die etwa im DSM-IV auf einer ‚Achse 1‘ neben den Psychosen u. a. auch Angst-, Ess- und Schlafstörungen umfassen, und andererseits den ‚Persönlichkeitsstörungen‘ (‚personality disorder‘), die seit dem DSM-III (1980) auf einer ‚Achse 2‘ den alten Terminus der ‚Psychopathie‘ ersetzen sollen, was freilich in der Praxis nicht immer voll gelungen ist (s. u.).⁵⁹

Eine Unterscheidung, nach der die Betroffenen auf der ersten Achse ihr Leiden eher als *Ich-dyston*, also als fremdartig störend erleben, während die in der zweiten Achse versammelten Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei den anti-sozial/dissozialen Störungen eher als *Ich-synton* so erlebt werden, dass sie

„aus der Eigenperspektive eher selten als störend, abweichend oder normverletzend erlebt werden und dass sie deshalb als solche bei sich selbst schwerlich als Persönlichkeitsstörung diagnostizierbar sind“, was vor allem therapeutisch relevant werden kann, denn „[d]ie Ich-Syntonie verdeutlicht in prägnanter Weise, dass Diagnose und Beurteilung von Interaktionsdeviationen als Persönlichkeitsstörungen auf ‚Verhaltensstörungen aus der Außenperspektive‘ beruhen, die die betroffenen Menschen selbst zunächst eher als Eigenschaften denn als Gestörtheit ihrer Person bezeichnen würden.“ (Fiedler 2007: 6).

(3) Beschränken wir uns im Folgenden wieder auf diese Ich-synton ‚psychopathischen‘ Persönlichkeitsstörungen, dann ist man bei solchen Klassifikations-Bemühungen, mangels einer zureichenden biologisch-ätiologischen Basis, darauf angewiesen, die entsprechenden Persönlichkeitsbilder ‚syndromatisch‘, also aus mehreren verschiedenen **beobachtbaren Verhaltensweisen** zusammen zu setzen, die man akut oder in ihrem Verlauf selber diagnostisch⁶⁰ und zurückschauend

Seine Aufteilung in Krankheiten mit und ohne affektive Komponente (Affekt im Sinne seelischer Verstimmung) – womit er nahezu alle Affektstörungen in einer einzigen Krankheit manisch-depressives Irresein versus psychotisch ohne Affekt (Schizophrenie) zusammenfasste – beförderte diese beiden Psychosen an die Spitze der psychiatrisch relevanten Phänomene. (Shorter 1999: 161, 165 f.)

59 Die beiden Schemata der DSM-IVTR und der ICD-10 findet man gut erläutert bei Fiedler (2007: 26 ff.).

60 „Was heißt ‚Diagnose‘? Der Begriff ist erstaunlich jung. Es gibt ihn erst seit dem 18. Jahrhundert, d. h. seit der Zeit, seit die Medizin sich auf der Basis der sich entfaltenden Naturwissenschaften zur Wissenschaft machte. Diagnostizieren lässt sich etwa mit Durchschauen übersetzen. Also: Erscheinungen, die dem Patienten zugänglich sind – subjektive Beschwerden (z. B. Schmerz) und objektive Befunde (z. B. Hautrötung) werden von Medizinern durchschaut und als Symptom kausal auf einen zugrundeliegenden Krankheitsprozess zurück-

anamnestisch erhebt,⁶¹ oder die von den Betroffenen berichtet werden. Akten, Interviews, Selbstbeobachtungen, psychiatrisch psychologische Tests und insbesondere konkrete Praxis-Erfahrungen lieferten hierfür erste Ergebnisse:

„Ich wählte mir also diejenige Methode zum Wegweiser, welcher in allen Theilen der Naturgeschichte mit Nutzen angewendet wird. [...] Anfangs geschah eine allgemein Musterung aller Wahnsinnigen in dem Irrenhause, mit einer successiven Prüfung des Zustandes eines jeden von ihnen, um die Natur ihrer Verirrungen kennen zu lernen; im Laufe des Jahres wurden historische Bemerkungen über die Neuangekommenen und Tagebücher der über die einen und die anderen gemachten Beobachtungen [...] geführt, wobey ich mich genau an die beschreibende Methode hielt, ohne mich [...] einer systematischen Ordnung zu unterwerfen,“ schrieb Pinel im Jahr 1800.⁶²

Seit Pinels und Esquirols Zeiten zogen die Psychiater solche Beobachtungen aus ihren Erfahrungen als forensische Gutachter wie als Leiter einschlägiger Irren-Anstalten – wie sich unschwer aus den Berufsbeschreibungen der bisher benannten berühmteren Psychiater entnehmen lässt. Seit Kraepelin legt man dabei besonderen Wert auf die kontinuierliche Verlaufsbeobachtung, die man heute in begutachteten Anstaltsverläufen, Therapien und einschlägigen Forschungsprojekten gewinnen kann. Und von Beginn an begründete man die Größe solcher Anstalten mit den damit verbundenen Möglichkeiten zur Forschung. So lehnte man im 19. Jahrhundert die verfrühten Forderungen Griesingers nach einer Spezifizierung solcher Anstalten⁶³ erfolgreich mit dem Argument ab:

„Nur große Asyle, entgegneten sie, lieferten der Forschung genug ‚Material‘, um Krankheiten zu klassifizieren und genügend Möglichkeiten zu Sektionen, um nach Ursachen

geführt, was das dem Patienten unzugängliche berufliche Wissensmonopol der Mediziner begründet.“ (Dörner 1972: 138)

- 61 „Dieser Zusammenhang wird Ihnen deutlich, wenn Sie unsere Krankengeschichten untersuchen. Sie werden dabei feststellen, wie oft darin die Anamnesen eine Verstärkung der negativen Aspekte einer Biographie nach Inhalt und Form darstellen (Betonung des Versagens, der Fehler, des Scheiterns, der Anpassungsmängel), wie wenig die Erfolge und Fähigkeiten betont werden.“ (Dörner 1972: 143)
- 62 (Castel 1983: 116). Dabei setzte Pinel auch statistische Technik ein: „In short, the compilation of statistics had to supplement clinical observation; the therapeutic enterprise of medicine ‚can take the character of true science only by the application of the calculus of probabilities‘“ (!) (Goldstein 1990: 102 ff.).
- 63 „Sein Konzept eines Stadtasyls für akut Erkrankte sollte eng an die wissenschaftliche Forschung gekoppelt sein – um den Preis allerdings, die chronisch Kranken aus dem Blick zu verlieren. Griesinger und seine Unterstützer scheiterten am Widerstand führender deutscher Anstaltsleiter, bevor eine nichtfachliche Öffentlichkeit überhaupt Stellung nehmen konnte.“ (Brink 2010: 102 f.)

zu forschen. Nur in gemischten Heil- und Pflegeanstalten könne der Psychiater ein Krankheitsbild von Anfang bis Ende beobachten.“ (Brink 2010: 81).

2.4.3 Sechs Probleme solcher Klassifikationen

Dabei stößt man jedoch immer wieder auf sechs eng miteinander verbundene **Probleme**, die zusammen für die relativ beliebige, gleichwohl jedoch stets irgendwie plausible Vielfalt solcher Klassifikationen verantwortlich sind:

(1) Zunächst richtet man, notwendiger Weise, sein Augenmerk primär auf die **Störung** dieser Persönlichkeit, sei es, weil sie deswegen die Therapie aufsuchte, sei es, weil er deswegen begutachtet werden soll. Eine Störung, um die herum man – durch das vorgegebene Diagnose-Schema verstärkt – alle anderen Verhaltensbereiche so gruppiert, dass zunächst die ‚passenden‘ bevorzugt, die ‚neutralen‘ entsprechend passend interpretiert, und die ‚unpassenden‘ Verhaltensweisen umformuliert oder übersehen werden. Damit vernachlässigt man jedoch sowohl deren stets noch vorhandenen ‚positiven Seiten‘ – also etwa die vorhandene, emotional gefärbte Tierliebe oder seine hohe soziale Intelligenz – wie vor allem auch die sich aus der ‚Störung‘ zugleich ergebende mögliche positive **„Kompetenz“**, wenn etwa zwanghafte Persönlichkeitszüge den guten Bürokraten, Autisten wenig irritierbare Daten-Kontrolleure oder soziopathische Charaktereigenschaften den guten Politiker ausmachen könnten. Zwei Aspekte, die sowohl therapeutisch wie aber auch Ressourcen-orientiert einen besonders hohen Wert besitzen, wie Fiedler (2007: 313, 320) immer wieder zu Recht betont:⁶⁴

„Die meisten Psychotherapiekonzepte gehen von einem sog. ‚Defizitkonzept‘ psychischer Störungen aus. Sie haben sich vom Anspruch her vorrangig auf die Veränderung oder gar ‚Heilung‘ von psychischen Störungen konzentriert.“ Doch gehe es „darum, dem Patienten Strategien für den Umgang mit bisher unlösbar scheinenden zwischenmenschlichen Alltagsproblemen zu vermitteln.“ Wobei zu beachten sei, dass „viele Interaktionsbesonderheiten persönlichkeitsgestörter Menschen sich nämlich als ‚Überlebensstrategien‘ verstehen [lassen], die – obgleich sie als defizitär, dysfunktional

64 Worauf sein ethno-psychoanalytischer Kollege Georges Devereux (1982: 16, Anm. 6) schon 1961 hingewiesen hatte, dass nämlich „die wichtigste Aufgabe des Diagnostikers darin besteht, nicht die Mängel des Patienten, sondern seine Ressourcen, nicht seine Passiva, sondern seine Aktiva festzustellen.“

oder insuffizient betrachtet werden können – zugleich erhebliche Anstrengungen um den Behalt der Selbstsicherheit erfordern.“⁶⁵

(2) Dieser spezifische Blick tendiert sodann nahezu automatisch dazu, von einer solchen an sich vereinzelt Störvariable auf die gesamte **Persönlichkeit** zu schließen; sie also von diesem *masterstatus* aus wahrzunehmen und diesen – qua ‚Persönlichkeit‘ – als dauerhaft und schon in früher Kindheit angelegt zu interpretieren. Eine Tendenz, die sowohl durch das dahinter stehende Anlage-Konzept befördert wird, wie durch die entsprechend auf die Vergangenheit ausgerichtete anamnestische Perspektive, in der dieselbe kindliche Trotzhaltung, Wutausbruch, Delinquenz, die auch jeder ‚Normale‘ erleben kann, in die jeweils aktuelle Diagnose einbezogen werden. Und zwar umso mehr dann, wenn man sie auch während des Anstaltsaufenthaltes oder als therapeutischen Widerstand und insbesondere später als enttäuschenden ‚Rückfall‘ konkret miterleben kann, wodurch die ursprüngliche Diagnose noch einmal gerechtfertigt wird. Anstatt zu bedenken, dass es sich bei diesen störenden Verhaltensweisen, wie soeben im Zitat schon angedeutet – und von Griesinger vorausgedacht – um ‚Überlebenstechniken‘ handelt, mit denen der Betroffene versucht, im Verlaufe seines Lebens immer wieder entsprechend gefordert und dadurch habitualisiert, sein Selbstbild aufrecht zu erhalten. Weswegen es therapeutisch hoch problematisch sein kann, ihm diese Technik zu nehmen, ohne ihm entsprechende Alternativen anzubieten und zu ermöglichen, wie wir selber in unserem frühen Behandlungsprojekt in einer Jugendstrafanstalt erfahren konnten:⁶⁶

In einem solchen „Leben mit einer Fassade“ (Häfner 1961: *Psychopathen*) stößt man auf eine „[z]unehmende Selbstentfremdung: Es handelt sich um eine lebenslange ‚Einübung in Selbsttäuschung [...] Es handelt sich um ein beständig neues Erzählen, Darstellung, Wiederholen von Geschichten und Mythen, mit denen das eigene Selbst überzeugt und gesichert werden soll.“ So, dass „[d]ie Falle, in der die Betroffenen gewöhnlich stecken [darin besteht], dass sie zur Änderung von Personeigenarten aufgefordert sind, aus denen sie ihre Sicherheit und Beständigkeit beziehen.“ (Fiedler 2007: 403 f.).

65 In ihrer grundsätzlichen Kritik an forensisch-psychiatrischen Gutachten meinen Alex/Fettes (2011: 283) u. a.: „Eine Vielzahl von psychiatrischen Sachverständigen neigt dazu, Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung aufzudecken und die bei den Probanden vorhandenen (positiven) Ressourcen zu vernachlässigen. Kriminalprognostische Begutachtung dieser Art lässt sich als ‚Sammeln giftiger Pilze‘ charakterisieren.“

66 Quensel und Quensel (1975). Wobei sich auch zeigte, dass etwa hochsensible reaktive Schläger („alle schauen mich so an“) sich um jüngere Mobbing-Opfer kümmern konnten, mit positiver Wirkung für beide Parteien.

(3) Ein drittes Problem ergibt sich daraus, dass man die ‚Störung‘ allein dem zu behandelnden oder zu begutachtenden störenden Individuum zuschreibt – was Fiedler (2007: 7) als *Personperspektivierung* kritisiert – während sie sich zunächst als ‚Beziehungs-Störung‘ doch immer auf einen **interaktiven** Kontext miteinander handelnder Personen bezieht und dementsprechend von dort aus zu interpretieren wäre; wobei diese Interaktionspartner – einschließlich der Person des Therapeuten – ggf. stets ihren Anteil an dieser Störung mittragen:

„Da Persönlichkeitsstörungen Interaktionsstörungen sind, handelt es sich bei ihnen zugleich immer um ein Komplement von Interaktionsstörungen, möglicherweise gar von Persönlichkeitsstörungen anderer Personen – und zwar jener Personen, die an den interpersonellen Krisen und Konflikten jeweils beteiligt sind und deren möglicherweise ebenfalls extrem vorhandene oder defizitär fehlende Kompetenz im Umgang mit zwischenmenschlichen Beziehungsverwicklungen diagnostisch und therapeutisch in Rechnung zu stellen. wäre.“ (Fiedler 2007: 124).⁶⁷

Ein ‚interaktiver Kontext‘, der dann freilich weit über den üblicherweise ‚systemisch‘ begriffenen familiären Bereich hinaus das gesamte ‚gesellschaftliche Umfeld‘, also den Arbeitsbereich, den Umgang mit den (Sozial-)Behörden, das ‚störende‘ Verhalten in der Öffentlichkeit oder – und insbesondere – das als ‚auffällig‘ festgeschriebene Verhalten in den sozialisierenden (Schule) und resozialisierenden (Kriminaljustiz-System) Institutionen betrifft.⁶⁸

Ein Interaktions-Aspekt, den der Psychoanalytiker und Soziologe Alfred Lorenzer schon früh (1971: 35, 43) auch für die ursprünglich eng auf das Individuum bezogene Psychoanalyse reklamierte:

67 Das betonte schon die italienische ‚kritische‘ Psychiatrie: „Die vorgefasste Überzeugung – typische Frucht einer individualistischen Mentalität –, wonach eine Person im wesentlichen dank eines inneren Mechanismus der Selbstkontrolle ‚ausgeglichen‘ ist, hält den Tatsachen nicht stand. Das psychische Gleichgewicht (bzw. das, was wir herkömmlich so nennen) wird durch eine Reihe mehr interpersoneller als persönlicher Mechanismen aufrechterhalten. Der wichtigste ist die Bestätigung der eigenen Normalität, die jeder von den anderen erhält.“ (Jervis 1978: 96)

68 „Nach Lemerts Formulierung ist es ein intern politischer und sozialpsychologischer Vorgang in Kleingruppen, der zum Ausschluß eines Mitgliedes führen kann, zuerst auf informelle Weise, später in offizieller Form. So mögen die bestimmenden Faktoren der Ausschlussaktion gar nicht so sehr in pathologischen Zügen der Antragsteller zu suchen sein, sondern in der sozialpsychologischen Situation innerhalb der Gastgebergruppe, die ein elementar kollektives Verhalten erzeugt. [...] Die Kleingruppen von denen Lemert spricht, finden sich nicht in Familien, sondern in Organisationen: Cliquen in Geschäftsbetrieben, Fabriken und Schulen.“ (Scheff 1973: 146 unter Bezug auf E. M. Lemert (1962): *Paranoia and the Dynamics of Exclusion*)

„[D]ie psychoanalytische Theorie in ihrem ursprünglichen, d. h. wesentlichen Gehalt ist *keine Psychologie, sondern eine Interaktionstheorie*.“ „Die Bestimmung der Psychoanalyse als Interaktionstheorie im Gegensatz zur funktionalistischer ‚Psychologie‘ meint: Das, was in der Psychoanalyse erfasst wird, sind nicht in erster Linie Verhaltensweisen eines Handelnden, sondern zugleich und vor allem Interaktionsstrukturen, die im Medium der berichtenden Subjekte begriffen werden. Das *Spiel*, nicht der *Akteur*, steht im Mittelpunkt.“ (kursiv im Original).

(4) Da man solche Persönlichkeitsstörungen stets als ‚Abweichung‘ von der gesellschaftlich üblichen **Norm** begreifen muss, sind ihre umschreibenden Definitionen in besonderem Maße auch von der jeweilig als geltend angesehenen **Kultur** abhängig, und zwar sowohl global gesehen – weshalb die ICD-10 der WHO im Gegensatz etwa zur US-amerikanischen DSM insgesamt ‚wertneutraler‘ gefasst ist, damit sie in gleicher Weise auch in den sog. Entwicklungsländern anwendbar ist. Solche kulturellen Werthorizonte gelten aber auch sehr viel konkreter in bestimmten sozialen **Subkulturen** oder Berufskontexten bis hinunter zu ganz spezifischen Handlungssituationen etwa bei der Auseinandersetzung zwischen Fußball-Fan-Gruppen; spezielle Situationen, in denen sich dann die oben erwähnten ‚Kompetenzen‘ in besonderer Weise zur Geltung bringen, wie dies recht überzeugend im Konzept der *adaptiven Dissozialität*⁶⁹ gefasst wird:

„Es wird unterstellt, dass es viele Menschen gibt, die die Kriterien der Persönlichkeitsstörung erfüllen, damit jedoch in den von ihnen gewählten Lebenskontexten ohne Probleme, wenn nicht gar sehr erfolgreich zurechtkommen. Diese Perspektive unterstellt also ausdrücklich eine situative Variabilität und damit Kontextabhängigkeit der Persönlichkeitsstörung – ganz im Unterschied zu den Diagnosesystemen, die von einer Nichtvariabilität und Zeitbeständigkeit der Persönlichkeitsstörung ausgehen.“ (Fiedler 2007: 434).

Kulturelle Werthorizonte, die sich insbesondere in der **schichtspezifischen** Differenz zwischen dem ausgebildeten Mittelschicht-Psychiater und seinem den sozial unteren Schichten angehörenden Patienten auswirken werden. Weshalb es so nahe lag, dass man immer wieder diagnostizierten ‚Neurosen‘ in der therapeutischen Privatpraxis, ‚Psychosen‘ und ‚Psychopathien‘ dagegen eher in der ‚Psychiatrie‘ begegnen konnte:

„Die soziale Distanz der Mittelklassen-Psychiater zu den Unterklassen-Patienten. Je größer die Distanz, desto unverständlicher wirkt schon das ‚normale‘ Verhalten auf

69 Nach Sutker/Allain 1983 in Fiedler (2007: 434).

den klassenhöheren Beurteiler. Je unverständlicher aber das Verhalten, desto prognostisch ungünstigere Diagnosen kommen zustande und verschlechtern die Chancen des etikettierten Unterklassen-Patienten ein weiteres Mal.“⁷⁰

(5) In einem solchen subkulturellen Rahmen wirken sich vor allem auch die professionellen, wirtschaftlichen und ‚politischen‘ **Perspektiven und Interessen** derjenigen aus, die sowohl konkret wie aber auch ganz allgemein solche Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren und – z. B. in den DSM und ICD – näher definieren. Dies gilt nicht nur, wie bereits angemerkt für die unterschiedlichen Perspektiven mit denen biologisch orientierte Psychiater oder psychoanalytisch ausgebildete Therapeuten solche Störungen wahrnehmen, sondern in eben der Weise auch für den von Frances (2013) scharf kritisierten, hohen Einfluss der Psychopharma-Industrie⁷¹ bis hinein in die Festlegungen der Diagnosekriterien der DSM, oder für das bereits genannte Phänomen der diversen zeitabhängigen Mode-Diagnosen:

Die Bewertung als ‚abnorm‘ gelte „immer nur in Abhängigkeit von den sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten, in denen der Betroffene lebt“, weswegen es wichtig sei, die „interaktionelle Eingebundenheit“, in der auch Diagnostiker und Therapeuten stehen, nicht aus den Augen zu verlieren und zu beachten, „wer in diesem verstrickten Gefüge der Auftraggeber oder Empfänger diagnostischer und therapeutischer Dienstleistungen ist.“ (Fiedler 2007: 121).

Dies trifft in besonderer Weise für den kriminologisch-psychiatrischen Grenzfall der ‚antisozialen bzw. dissozialen‘ Persönlichkeitsstörung zu, die etwa in der DSM-IV – im Gegensatz zur ICD-10 – stärker am US-amerikanischen *sociopathy*-Konzept ausgerichtet ist, sodass diese beiden Kriterienkataloge kaum miteinander vergleichbare Ergebnisse produzieren.⁷²

(6) Damit ist schließlich ein letzter hoch problematischer Punkt dieser Definitions-Versuche angesprochen, mit dem man immer wieder deren **Stigmatisie-**

70 Dörner (1972: 145) mit Hinweis auf die bekannte Studie von A. Hollingshead und F. Redlich: *Social Class and mental illness* (1958).

71 Während ich dies schreibe lese ich in DIE ZEIT (Nr. 22 vom 28. 5. 2015: 63) in einem detaillierten Bericht von Martina Keller: *Wie Firmen Mediziner verführen. Gekaufte Ärzte*, wie Pharmafirmen die für Ärzte verpflichtende Fortbildung – trotz aller Transparenz-Regeln – durch Sponsoring – „Nach Schätzung sponsoren Firmen mindestens 60 bis 70 Prozent aller Fortbildungen“ – für Werbezwecke nutzen.

72 „Interessanterweise umfassen die ICD-Beschreibungen zur dissozialen Persönlichkeitsstörung nur Kriterien, die zwar eine soziale Devianz kennzeichnen können, andererseits delinquente und kriminelle Handlungen überhaupt nicht mehr zwingend voraussetzen!“ stellt Fiedler (2007: 160) erfreut fest.

rungs-Folgen als ‚sich selbst erfüllende Prophezeiung‘ unterstreicht. Eine Stigmatisierung, die sowohl das im *Commonsense* virulente ‚Irren‘-Stereotyp wachruft, die aber häufig auch noch immer abwertend ausfällt oder zumindest so begriffen wird. Sie trifft zunächst den Betroffenen selber in seinem **Selbstbild**, wird doch dadurch seine „ureigenste Ressource, nämlich seine Persönlichkeit gerade qua Diagnose in ein Defizit-Modell verwandelt“, weshalb er, um zu überleben, eben diese ureigensten Ressourcen reaktivieren muss – was dann, wie gesagt, die Diagnose bestätigen wird (Fiedler 2007: 8).

Ebenso, wie eine solche Diagnose aber auch seine für ihn relevante soziale Umwelt in ihrem handlungsrelevanten **Fremdbild** prägen wird – weswegen die beiden internationalen Kriterienkataloge seit der DSM-III (1980) etwa auf die Bezeichnungen ‚Psychopathie‘, ‚Neurose‘ oder ‚Hysterie‘ verzichtet haben, so sehr solche Etikette in praxi noch immer verwendet werden. Und zwar in einer ‚sozialen Umwelt‘, die nicht nur die direkte Familie, Verwandte und Bekannte betrifft, sondern die Allen Frances (2013: 11) wie folgt umschreibt:

„[W]er als gesund und wer als krank gilt, welche Behandlung Erkrankten angeboten wird und wer dafür bezahlt, wer eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhält, [...] wer für eine Stelle in Frage kommt [ob man verbeamtet wird], ein Kind adoptieren, ein Flugzeug steuern kann und wer bei Abschluss einer Lebensversicherung in welche Risiko-Gruppe fällt; es bestimmt aber auch, ob ein Mörder ein Verbrecher oder ein psychisch Kranker ist.“

2.5 Klassifikationsversuche

Diese für die Psychiatrie so zentralen klassifikatorischen Bemühungen – theoretisch: Klassifikation nach dem Linné’schen Modell; praktisch: als diagnostischer Hintergrund der Behandlung und Begutachtung – prägten das Bild dieser Profession von Anfang an, ohne doch bis heute zureichend gelöst zu werden. Um diesen Kernbereich der Psychiatrie besser zu verstehen, werde ich deshalb, nach einem ersten Überblick über die entstehenden Probleme, der historischen Entwicklung weiterhin folgend, zunächst auf das Anliegen von Kurt Schneider eingehen, dessen Psychopathenlehre in ihrer Durchschlagkraft gelegentlich an den die Hexen-Verfolgung einleitenden Hexenhammer erinnert;⁷³ dann die beiden internationalen Kriterien-Kataloge der DSM-5 und ICD-10 unter dem Aspekt der antisozial/dissozialen Persönlichkeitsstörung ansehen, um schließlich die Bemühungen von

73 Der ja in seiner Zeit ebenso ‚pastoral‘ intendiert war (vgl. dazu meinen zweiten Band: *Hexen, Satan, Inquisition* (2017: 120 ff.)).

Saß zur Abgrenzung dieser Störung von der ‚normalen Dissozialität‘, sowie die Psychopathie-Skala von Hare als zwei eher rezente Klassifikations-Versuche anzusprechen.

Die weitere Entwicklung des psychiatrischen ‚Psychopathie‘-Konstrukts verstand den juristisch interessanten ‚kriminellen‘ Soziopathen lediglich als eine Spielart unter einer ganzen Reihe von **Persönlichkeitsstörungen**, die heute in der DSM-5 von 2013 etwa von einer paranoiden, schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsstörung über die antisoziale, Borderline, histrionische und narzisstische Störung bis hin zur selbstunsicheren, dependenten, zwanghaften und depressiven sowie negativistischen Störung reichen.

2.5.1 Abgrenzungsprobleme

Bei der Ausarbeitung dieser diagnostischen Vielfalt, die mit Kurt Schneiders Richtung weisender Schrift *Die psychopathischen Persönlichkeiten* 1923 ihren Anfang nahm, stößt man zunächst immer wieder, praktisch, auf die geringe **Reliabilität**, also die mangelhafte Übereinstimmung psychiatrischer Diagnosen: „Wir alle kennen Patienten, denen zur selben Zeit von 5 Psychiatern 5 verschiedene Diagnosen zugesprochen werden.“⁷⁴

Abgrenzungsprobleme, die sowohl im Verhältnis zu den eigentlichen Psychosen (der Achse 1 der DSM) bestehen, wie in ihrem Übergang zu anderen Ich-syntonen ‚**Persönlichkeitsänderungen**‘, die erst im Erwachsenenalter häufig nach Extrebelastungen oder anderen psychischen Erkrankungen auftreten, etwa als ‚abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle sowie als Störungen, die eng im Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung stehen‘ (ICD-10 F61 bis F68).

Ein Übergang, der auf der anderen Seite vor allem die prognostisch so relevante **prämorbid**e Persönlichkeit betrifft, bei der, strukturell ähnlich wie im Kretschmers Konstitutionstyp gedacht, die Art der Persönlichkeitsstörung das spätere Ausbrechen einer dazu passenden Psychose anzeigen soll. Die man also „wider besseres (ätiologisches Wissen) als prädisponierende Bedingung einer zeitgleich feststellbaren spezifischen psychischen Störung“ ansieht, wie etwa in der Beziehung zwischen einer schizotypen oder affektiv-depressiven Persönlichkeitsstörung und einer Schizophrenie oder Depression, wie Fiedler (2007: 121) kritisch anmerkt.

Drei weitere Abgrenzungsprobleme erschweren die konkret diagnostische Arbeit: Zunächst erinnert die hohe **Komorbidität**, also das gemeinsame Auftreten

74 Dörner (1972: 140) mit weiteren Literaturnachweisen.

unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen, an die oben behandelte Figur der Einheitspsychose. Ein „Überlappungsproblem, das bei bis zu 80 Prozent der Personen mit einer Persönlichkeitsstörung auftritt, ‚wenngleich zumeist bei hervorstechender Dominanz eines Störungsbereichs‘, weshalb man heute bei diesen Persönlichkeitsstörungen Prototypen mit einer Gewichtung von Störungskriterien anstreben“ wollte (a. a. O.: 265 ff.),⁷⁵ doch verschob man sie bei der Endredaktion der DSM-5 erst einmal in den Forschungsteil: „Lehrbuch und klinischer Alltag haben wenig miteinander zu tun.“ (Dörner 1972: 140).

Sodann bildet heute der Übergang in den ‚normalen‘ Verhaltensbereich einen zunehmenden Schwerpunkt, wie er einerseits in der oben angesprochenen ambivalenten ‚Kompetenz‘ deutlich wird – worauf ich unten im Rahmen der Psychopathy-Checklist von Hare zurückkommen werde; und weil andererseits die wachsende Anwendung der Psychopharmaka sowohl die typischen Diagnosekriterien etwa dämpfend verdecken, wie aber auch umgekehrt ihre breite hausärztliche wie private Anwendung von dieser ‚normalen‘ Seite her die diagnostischen Grenzen verschleiern kann.

Und schließlich bereitet auf dem engeren Feld der antisozial/dissozialen Persönlichkeitsstörung die Abgrenzung zur ‚normalen‘ strafwürdigen **Kriminalität** erhebliche diagnostische Sorgen, die insbesondere die forensisch interessante ‚schwere Kriminalität‘ betrifft, die etwa in dem stärker an die ‚sociopathy‘ angelehnten DSM zentral die Frage der Zurechnungsunfähigkeit und damit die der Bestrafung oder Maßregel-Einweisung berührt.

2.5.2 Kurt Schneider

Im deutschen Sprachbereich griff man zumeist auf die allgemeine Typologie von **Kurt Schneider** zurück, die auch wesentlich die internationalen Klassifikationen beeinflusst hat.⁷⁶

75 Vgl. dazu die beiden Tabellen 19.1 zum gemeinsamen Auftreten von psychischen Störungen der Achse 1 und Persönlichkeitsstörungen der Achse 2; sowie Tabelle 19.2 für das Ausmaß der Gleichzeitigkeitsdiagnosen der Persönlichkeitsstörungen jeweils nach der DSM III-R in Fiedler (2007: 268, 270).

76 Im folgenden Abschnitt beziehe ich mich auf seine *Psychopathologie* (1959), die erstmals 1923 als *Die psychopathischen Persönlichkeiten* publiziert wurde. „Der Einfluss des Schneiderschen Buches im In- und Ausland lässt sich kaum überschätzen.“ (Kallwass 1969: 4). „In den letzten Jahren ist es nach langen Zeiten heftiger Kritik [...] zu einer erstaunlichen Renaissance der Anschauungen K. Schneiders gekommen, auch wenn man sich nicht immer deutlich auf sie beruft. Ihre Übernahme in die Definitionen und Beschreibungen der ICD-9 und des DSM III zeigt, dass wohl die Bezeichnungen sich wandeln können, doch haben die

Schneider fasste die **psychopathische Persönlichkeit** – streckenweise erstaunlich modern im Sinne der rezenten Kritik an der Anwendung der internationalen Kriterien-Kataloge – als ‚abnorme Spielart seelischen Lebens‘ im deutlich abgrenzbaren Gegensatz zu den medizinisch, körperlich bedingten psychiatrischen Krankheiten, zu denen er neben der Epilepsie auch die klassischen Psychosen der Zykllothymie (heute: ‚bipolare Störung‘) und Schizophrenie mit ihren – ‚hypothetisch‘ anzunehmendem – körperlich-somatischen Ursachen zählte.⁷⁷ Psychopathen seien eine ‚abnorme Spielart‘, die fließend an das ‚normale‘ Verhalten angrenzen: „Überall gehen abnorme Persönlichkeiten ohne Grenze in die als normal zu bezeichnenden Lagen über.“ [!] (Schneider 1959: 15).

Dabei definiert er diese Psychopathen rein beschreibend, unsystematisch, ohne charakterologisch vorgegebenes Schema, der Idee nach ‚wertfrei‘, und „frei von ätiologischen und theoretischen Implikationen“ (Fiedler 2007: 24), als „Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormalität leiden *oder* unter deren Abnormalität die Gesellschaft leidet“, wobei ihm bewusst war, „dass der zweite Teil unserer Psychopathendefinition nach einem sehr relativen (soziologisch) wertenden Gesichtspunkt gebildet ist.“ (Schneider 1959: 15).

Solche ‚abnormalen Persönlichkeiten‘ seien „in erster Linie Gefühlsabnorme“, also

„angelegte Variationen, jedoch weitgehend veränderbar durch Entwicklung und Schwankungen ihres unerlebten Untergrundes und durch die Einwirkung von Schicksalen, Erlebnissen im weitesten Sinne. Was wir unter Anlage verstehen, ist nicht ohne weiteres mit erblicher Anlage gleichzusetzen“ (a. a. O.: 16), was im weiteren Verlauf zu komplexen Anlage-Umwelt-Modellen führen sollte.

Phänomene und die Konzeption ihrer Erfassung nichts an Aktualität verloren.“ schrieb Saß (1987: 12 f.).

- 77 „Die der Zykllothymie und Schizophrenie zugrunde liegenden Krankheitsvorgänge kennen wir nicht. Dass ihnen aber Krankheiten zugrunde liegen, ist ein sehr gut gestütztes Postulat, eine sehr gut begründete Hypothese“ (K. Schneider 1959: 8). In jüngster Zeit verfolgt man bei der Schizophrenie am Beispiel der *NMDA-Encephalitis* die Spur einer entzündlichen Autoimmunreaktion im Gehirn auf der Basis der sogenannten MHC-Region auf dem Chromosom 6 (DIE ZEIT Nr. 38 vom 24. 7. 2014: 29 f.); s. auch Ashley Proal et al. (2013), die in einer komplexen Kontrollgruppenuntersuchung zum Verhältnis Cannabis und Schizophrenie zwar eine familiäre Vorbelastung, doch keinen nachweisbaren Cannabis-Konsum-Einfluss fanden: „The results of the current study suggest that having an increased familial morbid risk for schizophrenia may be the underlying basis for schizophrenia in cannabis users and not cannabis use by itself.“ (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319545/>). Doch der Psychoanalytiker entgegnet aus seiner Sicht: „Physiologie, Biochemie und Histologie haben einen breiten Buckel und es ist immer leicht, das, was man lieber nicht anpacken will, durch das Unsichtbare und Unbekannte zu erklären.“ (Devereux 1982: 218)

In diesem Sinne verstehe man beispielsweise, eher ‚positiv‘ eingefärbt [!], etwa unter

„hyperthymischen, auch betriebsamen Psychopathen [...] das Extrem von Persönlichkeiten mit fröhlicher Grundstimmung, lebhaftem (sanguinischem) Temperament und einer gewissen Aktivität. Nicht selten sind sie gütig, hilfsbereit, oft tüchtig, leistungsfähig, aber ohne Tiefe und Gründlichkeit, wenig zuverlässig, unkritisch, unvorsichtig, leicht bestimmbar.“ (a. a. O.: 19).

Doch trifft man dann – neben depressiven, selbstunsicheren, fanatischen, geltungsbedürftigen, stimmungslabilen und explosiblen Psychopathen auch auf ‚gemütlose‘ Psychopathen,

„ohne oder fast ohne Mitleid, Scham, Ehrgefühl, Reue, Gewissen. In ihrem Wesen sind sie oft finster, kalt, mürrisch, in ihren Handlungen oft triebhaft und brutal. Man rede keinesfalls von moralischem ‚Schwachsinn‘, denn Schwachsinn bedeutet angeborenen intellektuellen Defekt und dieser braucht nicht dabei zu sein, wenn es auch vielfach der Fall ist. Gemütlose sind grundsätzlich unverbesserlich und unerziehbar, denn es fehlt in ausgesprochenen Fällen jede Grundlage, auf der die Beeinflussung aufbauen könnte. Über den kriminellen Gemütlosen vergesse man nicht, dass es auch durchaus soziale Gemütlose gibt, stahlharte Naturen, die ‚über Leichen gehen‘. Hier ist die Intelligenz oft hervorragend.“ (a. a. O.: 25).

Schneider betonte, dass es sich hierbei nicht um Persönlichkeits-Diagnosen drehe, sondern um herausragende, vielfach zu kombinierende [!] Charakter-Eigenschaften:

„Es ist ja einleuchtend, dass solche Eigenschaften selten total sind. Höchstens bei einem ganz primitiven Gemütlosen ist das so, doch hat auch er meist gefühlswarme Inseln, und sei es nur die Sorge um eine Katze.“ (a. a. O.: 30).

Weshalb er vor allem den Lernenden davor warnt, solche Begriffe zu verwenden, die eigentlich nur für den ‚klinischen Hausgebrauch‘ gedacht seien: „Gerade durch das vorschnelle Belegen des Gesehenen mit Fachausdrücken entstehen die meisten falschen Diagnosen.“ [!] (a. a. O.: 36, 139).

2.5.3 Die beiden internationalen Kriterienkataloge

(1) Eine Gefahr, die auch bei der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zuletzt 2012 herausgegebenen – und bisher in der kontinental-europäischen Psychiatrie unter diagnostischem Aspekt noch überwiegend eingesetzten – ICD-10⁷⁸ nahe liegt, wenn sie zwar einerseits, noch immer an Kurt Schneider angelehnt, betont, dass diese Störungen **frühzeitig und dauerhaft** auftreten:

„[B]einahe immer mit ausgeprägten persönlichen Leiden und sozialen Beeinträchtigungen einher [gehen]. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter.“

Als gemeinsame „diagnostische Kriterien verlangt sie, dass diese Störungen

- „deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“)“ abweichen, und zwar im Bereich der ‚Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen‘; in der ‚Affektivität der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion‘; in der ‚Impulskontrolle und Reaktion‘; im ‚Umgang mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen‘;
- sich ‚in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder unzweckmäßig‘ verhalten;
- und sie deshalb ‚persönlichen Leidensdruck, nachteiligen Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides‘ zeigen.“ (Dilling/Freyberger 2014: 234 f.).

Doch andererseits definiert sie unter acht unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen⁷⁹ etwa die **dissoziale**⁸⁰ Persönlichkeitsstörung – allein auf das handelnde Individuum bezogen, ohne dabei auf deren ‚Charme und Manipulation‘ einzugehen oder die jeweilige sozio-kulturelle Umwelt zu berücksichtigen⁸¹ – wie folgt:

78 Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

79 Paranoid (F60.0) | schizoid (F60.1) | dissozial (antisozial) (F60.2) | emotional instabil (impulsiv und borderline) (F60.3) | histrionisch (F60.4) | zwanghaft (anankastisch) (F60.5) | ängstliche (vermeidend) (F60.6) | abhängig (asthenisch, dependent) (F60.7). Sonstige: schizotypisch | narzisstisch | passiv-aggressiv (negativistisch) (F60.8) (Dilling/Freyberger 2014: 232 ff.); (de.wikipedia.org/wiki/Persönlichkeitsstörung); (www.icd-code.de/F60).

80 Als „dazugehörige Begriffe“ werden aufgeführt: ‚amoralische, antisoziale, asoziale, psychopathische, soziopathische Persönlichkeitsstörung‘ (Dilling/Freyberger 214: 239).

81 Die im ICD-10 festgehaltenen „Forschungskriterien folgen der allgemeinen ICD-Regel, soweit wie möglich Wechselwirkungen mit der sozialen Rolle nicht als diagnostisches Kriterium zu verwenden.“ „Dieses ist für eine weltweit verwendete Klassifikation wie die ICD besonders wichtig, da die soziale Umwelt der Individuen von einer Kultur zur anderen große

„Typisch für die dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2) sind Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen, fehlendes Schuldbewusstsein sowie geringes Einfühlungsvermögen in Andere. Oft besteht eine niedrige Schwelle für aggressives oder gewalttätiges Verhalten, eine geringe Frustrationstoleranz sowie mangelnde Lernfähigkeit aufgrund von Erfahrung. Beziehungen zu anderen Menschen werden eingegangen, sind jedoch nicht stabil.“

(2) Das ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘, das DSM, das seit 1952 von der American Psychiatric Association (APA), mit 36 000 Mitgliedern die weltweit größte Psychiatervereinigung, herausgegeben wird, war ursprünglich als Spezifikation der global geltenden ICD für die US-amerikanische Situation gedacht, doch ist es inzwischen ‚hegemonial‘ im weltweiten Vormarsch. Die zum Teil heftig umstrittene jüngste Version des DSM-5 wurde im Mai 2013 publiziert.

Seit seiner 3. Version, DSM-III (1980),⁸² dient es in wachsendem Maße nicht nur der psychiatrischen Praxis, sondern ebenso der von ihr besonders angeregten Forschung, der Gesundheits-Industrie, Richtern für die Beurteilung von Gutachten: „Das DSM bestimmt, was noch normal ist und was schon verrückt. Es gebietet Verkaufsschlager auf dem Pharmamarkt und beeinflusst, wie die Öffentlichkeit über Geisteskrankheiten denkt“.⁸³

Dies zeigt sich etwa darin, dass der Umfang der Manuale des DSM-II mit 134 Seiten über das DSM-III mit 500, jetzt mit dem DSM-5 Manual auf 991 Seiten angestiegen ist; wobei „die Zahl der Diagnosen bisher mit jeder DSM-Ausgabe gestiegen [sei], von 106 auf nunmehr 297“, also „um 180 % von der ersten bis zur vierten Ausgabe.“⁸⁴ Wobei das DSM-IV (1994), wie M. B. First (2002: 69) feststellen konnte, bis Herbst 2000 1,7 Mil-

Unterschiede aufweist. Die gleichen Symptome und das gleiche Verhalten, das in einer Kultur toleriert wird, kann in einer anderen schwere soziale Probleme verursachen, und es ist für diagnostische Entscheidungen unerwünscht, wenn kulturelle und soziale Unterschiede einen entscheidenden Einfluss nehmen.“ (Dilling/Freyberger 2014: 18, 370)

82 „In reality the first substantial and significant edition.“ „American psychiatrists had constructed two previous official diagnostic systems of their own – small pamphlets that appeared successively in 1952 and 1968. Both set up a broad distinction between psychoses and neuroses [...] The first two DSMs were therefore seldom consulted and were seen as little more than paperweights – rather insubstantial ones at that. DSM II was a small, spiral-bound pamphlet running to no more than 134 pages, and encompassing barely a hundred different diagnoses that were listed alongside the most cursory of descriptions.“ (Scully 2015: 389, 426 f., Anm. 65).

83 DER SPIEGEL Nr. 4 vom 21.1. 2013: 112.

84 DER SPIEGEL Nr. 4 vom 21.1. 2013: 113 f.

lionen mal verkauft worden ist – bei 42 000 Psychiatern bzw. 300 000 Berufstätigen im Gesundheitswesen „DSM has become a part of American Culture.“⁸⁵

Seit 1999 arbeiteten diverse Expertengruppen der APA⁸⁶ unter breiter Internet-Beteiligung⁸⁷ an der Revision der DSM-IV-TR aus dem Jahr 2000, die als DSM-5 vielfach auch in unseren Medien heftig kritisiert wurde.⁸⁸

Einer der engagierten Hauptkritiker dieser DSM-5 ist Allen Frances, der als einer der einflussreichsten Psychiater der USA, schon am DSM-III (1980) mitgewirkt und der die Ausarbeitung der 1994 publizierten Vorgängerversion DSM-IV federführend geleitet hatte, und der einst ebenfalls „als bezahlter Redner Produkte der pharmazeutischen Firmen anpries“⁸⁹:

85 Zitiert nach Rief (2011: 259 f.) Auch das im Mai 2013 erschienene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* zählt bei Amazon als Bestseller 1 in Psychiatrie.

86 Ein „erlauchter Kreis von 158 Frauen und Männern“; „Rund 70 Prozent der aktuellen DSM-Autoren arbeiten als Berater für pharmazeutische Firmen und bekommen von ihnen dafür persönliche Honorare.“ (DER SPIEGEL Nr. 4 vom 21. 1. 2013: 112, 115); „Erstmals wurden zur Kontrolle dieses Einflusses [der Pharma-Industrie] nur Experten für die Komitees zugelassen, die keine oder nur geringe Zuwendungen von der Pharma-Industrie erhalten. Trotzdem lässt sich bei Durchsicht der Zusammensetzungen der Work Groups feststellen, dass man weder der internationalen Verantwortung gerecht wurde, noch die Gremienzusammensetzung sich primär an wissenschaftlicher Profilierung orientierte. Vielmehr sind auch starke Verbandsinteressen erkennbar“ meint Prof. Winfried Rief (2011: 260) aus der *AG klinische Psychologie und Psychotherapie*. Einen Eindruck vom Ausmass dieser Korruption im allgemeinen pharma-medizinischen Sektor sowie deren geheuchelte Rechtfertigung findet man in den statements betroffener Koriphäen in: (<http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/transparenzkodex-warum-aerzte-schweigen-a-1103246.html>) sowie in: (www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/euros-fuer-aerzte-pharmageld-fuer-aerzte-alle-artikel-zum-thema-a-1103272.html).

87 „Diese Möglichkeit der Mitsprache wurde sehr rege genutzt – nicht nur von Wissenschaftlern, sondern auch von Praktikern, von der Öffentlichkeit und von den Vertretern der Gesundheitssysteme“ rechtfertigt sich Prof. Hans-Ulrich Wittchen, Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Dresden, Mitglied der DSM-V-Task Force ‚Angst, stressbezogene und Zwangsstörungen‘ [+ 1 Australier, 1 Südafrikaner, 1 Holländerin, 10 US-Amerikaner] in einem Interview vom 30. 5. 2013 (www.report-psychologie.de). „Er reist von Kongress zu Kongress, ist bezahlter Berater von pharmazeutischen Firmen und gehört überdies zu den Herausgebern der aktuellen deutschen DSM-Ausgabe (kostet 129 Euro). Allein dafür erhält er jedes Jahr Tantiemen in Höhe von einigen tausend Euro.“ (DER SPIEGEL Nr. 4 vom 21. 1. 2013: 115)

88 Etwa als Titelgeschichte des SPIEGEL Nr. 4 vom 21. 1. 2013: 110–119): *Wahnsinn wird normal*. „Neue Kriterien machen aus Alltagsproblemen seelische Störungen. Millionen Menschen werden über Nacht zu psychiatrischen Fällen“ oder DIE ZEIT (Nr. 20 vom 8. Mai 2013) mit dem Schwerpunkt ‚Was ist normal?‘.

89 Jörg Blech (2013): Beichte eines Psychiaters (www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/normal).

Frances betont zunächst selbstkritisch, dass es schon diesem DSM-IV trotz aller Bemühungen – u. a. ließ man die beabsichtigten Diagnosen zuvor breit evaluieren – nicht gelungen sei, die ausufernde Diagnostik mitsamt der damit verbundenen Pillen-Epidemie insbesondere bei der kindlichen Aufmerksamkeits/Defizitstörung (ADHS),⁹⁰ bei Autismus⁹¹ und der bipolaren Störung zu verhindern. Dies gelte umso mehr für die erwartbaren Folgen des DSM 5, in dem, wenig koordiniert und nicht evaluiert, psychiatrische Sonderinteressen Hand in Hand mit einer dominierenden Psychopharmaindustrie weit in das Vorfeld psychiatrisch relevanter Krankheiten vorgestoßen seien, wenn es auch der Kritik ‚in letzter Minute‘ gelungen sei, die schlimmsten Einbruchstellen zu verhindern.

Als solche Einfallsporten dienten nunmehr (a. a. O.: 254 ff.) etwa die neue ‚Disruptive Mood Dysregulative Disorder‘ (DMDD) für Wut-anfällige Kinder; die normale Altersvergesslichkeit der ‚Mild Neurocognitive Disorder‘ (MNCD); die ‚Binge Eating Störung‘ (BES) mit einer Fress-Attacke in der Woche über drei Monate hinweg; oder die ‚Behavioral Addiction‘, von der bisher nur die Glückspielsucht als offizielle psychische Störung neu aufgenommen wurde: „Der Idee einer ‚Verhaltenssucht‘ liegt der fundamentale Fehler zugrunde, dass sie uns alle trifft, wir sind alle ‚verhaltenssüchtig‘.“ (a. a. O.: 270).

Erst in ‚letzter Minute‘ seien zum Glück durch ein neues redaktionelles Komitee ‚um ein Haar vermieden‘ worden (a. a. O.: 279 ff.): Ein präventiv zwar wünschenswertes, aber kaum kalkulierbares ‚Psychoserisikosyndrom‘ (PRS); eine ‚gemischte Angst-Depressions-Störung‘, die „zum Liebling der diagnostischen Inflation herangewachsen und für die Pharma-Industrie das größte Geschenk ihrer Geschichte gewesen“ wäre (a. a. O.: 284); eine ‚Hebephilie‘ mit minderjährigen pubertierenden Jugendlichen; sowie eine als ‚Hypersexualität‘ benannte ‚Sexsucht‘.

Doch blieb man bei den ‚Persönlichkeitsstörungen‘ – darunter die den Kriminologen besonders interessierende ‚Antisocial Personality Disorder‘ – beim alten DSM-IV, und verschob die zunächst vorgesehene, für zu komplex erachtete ‚Hybrid-Lösung‘ aus einer Kombination von Prototypen und skalarer Einordnung in

90 Eine informative Zeittafel einer ‚kurzen Geschichte des Konzeptes‘ von H. Hoffmanns *Zappelphilipp* (1845) bis zur DSM-IV (1994) bietet Remschmidt (2008: 139).

91 Vgl. dazu den SPIEGEL-Artikel (35/2014: 102–106): „Flattern, quieken, zucken“: „Seit Jahren steigt in Amerika die Zahl der Autisten“; „Jeder Forscher vermutet die Lösung des Autismusrätsels in seinem eigenen Fachgebiet“; mit Hinweisen auf die soziologischen Analysen von Gil Eyal et al. (2010): *The Autism Matrix* (Polity Press).

diverse Persönlichkeitsdimensionen in das besondere, die Forschung anregende Kapitel Section III des DSM-5.⁹²

Die damit derzeit geltenden Diagnosekriterien beruhen noch weitgehend auf dem alten DSM-III, der seinerseits stark von groß angelegten **Langzeitstudien**⁹³ beeinflusst wurde, in denen sich ein früher Beginn der Kriminalitätslaufbahn als bedeutsames Merkmal herausstellte. Weswegen dieses Moment der durchgehenden Dauer für die Diagnose einer antisozialen Störung mit der Forderung „Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar“ schon im DSM-III eingeführt wurde:⁹⁴

„Die vier Hauptkriterien der Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend sind: feindselige Aggressionen gegenüber Menschen und Tieren; Zerstörung fremden Eigentums; Unehrlichkeit und Diebstähle; schwerwiegende Verletzungen sozialer Normen.“ (Fiedler 2007: 157).

Ansonsten geht das DSM-IV Manual von einem ‚tiefgreifenden Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer aus, in dem – hier abgekürzt – mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen‘:⁹⁵

„(1) Wiederholtes Begehen von Handlungen, die einen Grund für eine Festnahme darstellen; (2) Falschheit, Lügen, Betrügen; (3) Impulsivität; (4) Reizbarkeit mit wiederholten Schlägereien; (5) Rücksichtslose Missachtung der Sicherheit; (6) durchgehende Verantwortungslosigkeit hinsichtlich dauerhafter Tätigkeit oder finanzieller Verpflichtungen; (7) fehlende Reue.“

92 S. (www.dsm5.org/Documents/PersonalityDisorder) sowie Herpertz, Sabine (2011): Was bringt das DSM-V Neues zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen? In: Z. f. Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie (59 (4): 261–266).

93 Darunter etwa William und Joan McCord: *The Psychopath* (1964) und insbesondere die minutiöse Erhebung von Lee Robins: *Deviant Children Grown up* (1966), in der er 90 % einer ursprünglich 594 Problemkinder umfassenden Stichprobe 30 Jahre später erneut untersuchte und mit 100 Kontrollprobanden (ebenfalls für beide Zeitpunkte) vergleichen konnte (Fiedler 2007: 156).

94 In: DSM-IV-TR (301.7) unter Punkt C).

95 (Fiedler 2007: 432) betont zu Recht die Problematik solcher so typisch unklaren Angaben zu den Mindestzahlen diagnostischer Kriterien: „Unklar ist gegenwärtig auch, ob jemand, der die in den Diagnosesystemen angegebenen Mindestzahlen der Kriterien für eine PS erfüllt (jeweils vier oder fünf oder sechs oder sieben usw.) tatsächlich ‚persönlichkeitsgestört ist.‘; „Die bisherige Festlegung von Mindestkriterien ist schlicht das Resultat pragmatischer Setzungen in den unzweifelhaft langwierigen Diskussionen jener Psychiater und Psychologen, die den Diagnose- und Nomenklaturausschüssen der APA oder der WHO angehören.“

2.6 Die empirische (test-diagnostische) Perspektive

2.6.1 Die testdiagnostische Skalierung

Während die gesamten bisherigen diagnostischen Klassifizierungen – seit Pinel über Kraepelin und Schneider bis zu den beiden internationalen Kriterienkatalogen – psychiatrische Beobachtungen und Erfahrungen, vornehmlich aus der Anstalts-Psychiatrie und Gutachten-Praxis, verwerten, verwenden die rezenten Versuche – vor allem in der Praxis⁹⁶ – eigentlich erst seit dem DSM-III (1980) und der ICD-10 (1991/93) nicht zuletzt auch auf einer eher psychologischen Basis, **testdiagnostische** Skalierungsverfahren. Verfahren, die einerseits noch stark an den beiden Kriterienkatalogen orientiert sind, und diese daher – gleichsam ‚system-immanent‘ – auch entsprechend validieren können, wie etwa das *Diagnostik SKID II* (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen) das freilich nur wenig mit entsprechenden Fragebögen zur Selbstbeurteilung übereinstimmt.⁹⁷

Und auf der anderen ‚psychologischeren‘ Seite Testverfahren, die, zumeist auf faktorenanalytisch-statistischer Basis o.ä. auf empirische Überprüfbarkeit angelegt sind, so sehr ihnen jedoch extern objektivierbare Standards zur Validierung fehlen. Sodass es nicht verwunderlich ist, dass sie sich nur schwer in die beiden internationalen Kriterienkataloge einordnen lassen, wie es sich zuletzt auch bei der Revision des DSM-5 zeigte, in der entsprechende Versuche noch in das Forschungskapitel verbannt wurden.

Man orientierte sich dabei zunächst an den Arbeiten von Hans Jürgen Eysenck, einer der weltweit bekanntesten, behavioristisch orientierten Psychologen, der testmäßig die Persönlichkeit eines Individuums als Resultat der Ausprägung der drei weithin genetisch angelegten – und daher schon präventiv in früher Kindheit erkennbaren⁹⁸ – Dimensionen Neurotizismus (N), Extraversion (E) und

96 Für diese Praxis etwa bei forensischen Prognose-Gutachten meinen Alex/Felter (1981: 283): „Dass theoriefreie Klassifikationssysteme wie ICD-10 oder DSM-IV keine gründliche Diagnostik ersetzen können, ist unumstritten. Die darin angeführten Kriterien sind selbst unscharf und interpretationsbedürftig, für Staatsanwaltschaft und Gerichte wegen der einfach nachvollziehbaren Kategorien jedoch äußerst attraktiv. Ähnliches gilt für Vorhersageskalen wie HCR, SVR oder PCL, die Juristen zu eigenen Risikoeinschätzungsversuchen anregen, obwohl sie allenfalls ein Hilfsinstrument sein können.“

97 Fiedler (2007: 254 ff.).

98 „Evidenz für eine Korrelation zwischen Persönlichkeit und Kriminalität [...] erstreckt sich über Erwachsenenkriminalität hinaus, auch auf kriminelles und antisoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen, und auf die Beobachtung ihrer weiteren Entwicklung (*follow-up studies*), und sie beweist, dass zukünftige Kriminalität mit merklichem Erfolg aus der Persönlichkeitsbeurteilung ganz kleiner Kinder vorhersagbar ist.“ (Eysenck 1980: 12)

Psychotizismus (P) etwa mit dem weithin verwendeten *Maudsley Medical Questionnaire* (MPQ) erfassen wollte.⁹⁹ Dabei sollte die Extraversion das Ausmaß der – behavioristisch lerntheoretisch so relevanten – Konditionierbarkeit messen, die bei den Psychopathen – die er im Sinne von Cleckley und Hare primär als ‚kriminelle Psychopathen versteht – zu gering ausgebildet sei, während die Psychotizismus-Skala eine ‚Persönlichkeitsdimension erfasst, die von totaler Psychose über Psychopathie zu Normalität führt‘, sodass

„die primäre Psychopathie im wesentlichen mit hohen Graden von Psychotizismus identifizierbar ist; ausreichend, um abnorme Verhaltensweisen hervorzubringen, besonders im Bereich der Moral, aber nicht ausreichend um Psychiater zu veranlassen, eine Psychose zu diagnostizieren. In dem dreidimensionalen System der Persönlichkeitsbeschreibung, das von unseren drei Hauptdimensionen P, E und N gebildet wird, würde man demnach erwarten, dass Psychopathen und Kriminelle entlang einem wurstförmigen Raum im hohen P-, hohen E- und hohen N-Bereich liegen; jene, die nahe der P-Achse liegen, wird man wahrscheinlich als primäre Psychopathen diagnostizieren.“ (Eysenck 1980: 68, 70).

Demgegenüber verfolgen neuere Tests, wie etwa das *Freiburger Persönlichkeitsinventar* (FPI-R 1989) oder der *Trierer Persönlichkeitsfragebogen* (TPF 1989) „die Benennung von Persönlichkeitseigenarten nicht mehr nur in Richtung Persönlichkeitsabweichung, sondern immer häufiger in Richtung ‚Normalität‘ bzw. ‚psychischer Gesundheit‘ (als Beschreibung und Begründung ‚günstiger‘, ‚wünschenswerter‘ oder ‚normaler‘ Persönlichkeitsvarianten)“. Eine Entwicklung die heute im – ebenso rein deskriptiven, also nicht theoretisch fundiertem, ‚5-Faktoren-Modell‘ (*Big Five*) mit den Faktoren Extroversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus, Offenheit für Erfahrungen, faktoreanalytisch begründet, etwa im *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality* (1997) erste brauchbare Übereinstimmungen mit dem DSM-III-R liefern soll.¹⁰⁰ Eine Entwicklung, die dann aber auch etwa im Strafvollzug dazu verwendet werden soll ‚überdauernde traits‘ zu erfassen „welche Aussagen auf zukünftiges Verhalten außerhalb

99 S. (de.wikipedia.org/wiki/Hans_Jürgen_Eysenck), in dem neben seinen Testverfahren auch seine – im Bereich der Intelligenz besonders deutliche ‚rassistisch-rechtsgerichtete‘ Einstellung angesprochen wird.

100 Vgl. insgesamt dazu ausführlich Fiedler (2007: 97 ff.) mit den Tabellen 5.1 und 5.2 über die Beziehungen des 5-Faktoren-Modells zu allgemeinen Verhaltensmerkmalen und dem DSM-III-R (a. a. O.: 102 f.).

der diagnostischen Situation erlauben“ wie etwa der von Willi Seitz entwickelte *Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte (PFI)*.¹⁰¹

2.6.2 Psychopathie und Dissozialität

In der weiteren Diskussion versucht der Psychiater Henning Saß (1987)¹⁰² im Vorfeld dieser neuen ‚psychologisch‘ orientierten Entwicklung, die bei Kurt Schneider vermischten psychopathologischen („die an sich leiden“) und die gesellschaftlich-dissozialen („unter denen die Gesellschaft leidet“) Typen diagnostisch wie statistisch aufwändig deutlicher voneinander zu trennen, um so zu einer Dreiteilung zu gelangen, in der neben einer ‚reinen Psychopathie‘ und Dissozialität ein Überschneidungsgebiet einer ‚soziopathischen Persönlichkeitsstörung‘ angenommen werden kann:

„Ein Teil der psychopathischen Persönlichkeiten weist darüber hinaus dauerhaft konfliktträchtige soziale Verhaltensweisen im Sinne aktiver Devianz und Delinquenz auf, die erkennbar mit den psychopathologischen Besonderheiten in Beziehung stehen, unter denen sie leiden.“ Wobei zusätzlich gelten soll: „Neigt jemand aufgrund seiner dissozialen Charakterstruktur dauerhaft zu Devianz und Delinquenz, so besteht eine antisoziale Persönlichkeitsstörung“, die auch als ‚soziopathische Form‘ auftreten kann. (a. a. O.: 82–84).

Bei solchen *antisozialen Persönlichkeitsstörungen* zählten dann „geringe Introspektion/Selbstkritik, Mangel an Empathie/Gefühlskälte, Egozentrität, überhöhter Anspruch, paradoxe Anpassungserwartung, Unter- bzw. Fehlbesetzung sozialer Normen“ zu den zentralen Merkmalen:

„Am wichtigsten scheint eine basale Unfähigkeit zu einer gemüthalt besetzten moralisch-ethischen Einstellung gegenüber Menschen und Werten [...] Gemeinhin zieht sich dieser Mangel an sozialen Gefühlen sehr beständig durch die Lebensgeschichte, so dass manche Autoren die antisoziale Persönlichkeitsartung für ähnlich tiefgreifend wie eine Psychose und fast so irreversibel wie eine Demenz hielten.“ (a. a. O.: 91, 93).

101 Vgl. die Besprechung von Seitz, Willi; Rautenberg, Marcus (2010): *Persönlichkeitsfragebogen für Inhaftierte*. Hogrefe, durch Helmut Kury in Monatsschrift f. Kriminologie (2012: 95. Jg. H. 4: 303–306), die sehr schön die Entwicklungsgeschichte eines solchen Fragebogen-Tests verdeutlichen kann.

102 In seiner Habilitation. Direktor des Universitätsklinikums Aachen und Präsident der Europäischen Psychiatergesellschaft (www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/team/sass-henning).

Eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, die lediglich dann, wenn zugleich psychopathologische Merkmale i. o. S.¹⁰³ – also als ‚soziopathische Form‘ – vorlägen, zu einer verminderten strafrechtlichen Verantwortlichkeit führen könne:

„Diese Überlegungen bedeuten, dass Intensität und Chronizität sozialer Devianz, die wir z. B. beim Rückfalltäter finden, ohne begleitende psychopathologische Störungen für die Frage der Schuldfähigkeit keine ausschlaggebende Bedeutung haben können.“
(a. a. O.: 117 f.).

2.6.3 Die *Psychopathy Checklist* (PCL-R) von Hare

Das gegenwärtig führende US-amerikanische ‚Psychopathen‘-Modell dominiert, propagandistisch gut organisiert, der kanadische Kriminal-Psychologe Robert Hare mit seiner *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R), die er 1970 für reine Forschungszwecke entwickelte, die heute jedoch, zuletzt 2003 revidiert, primär für Zwecke der Gefährlichkeits- und Rückfall-Prognose in psychiatrischen Anstalten und Gefängnissen eingesetzt wird:¹⁰⁴

„Die Ergebnisse von mindestens einem halben Dutzend jüngerer Studien zeigen an, dass Prognosen über kriminelles und gewalttätiges Verhalten erheblich verbessert werden können, wenn auch bekannt ist, ob der jeweilige Delinquent ein Psychopath gemäß *Psychopathie-Checkliste* ist.“ meint Hare (2005: 84).

Die PCL-R erfasst 20 Items, die, dreigestuft, – möglichst von speziell dafür trainierten Experten – in halbstrukturierten Interviews erhoben werden, und die sich – mit wechselndem Erfolg¹⁰⁵ – faktoriell in zwei bis vier relativ eng miteinander verbundene Dimensionen aufspalten lassen. Die zusammengezählt – denn: „Psy-

103 Wie: ‚psychopathologische Disposition der Persönlichkeit; chronische konstellative Faktoren z. B. Abusus, deprivierende Lebensumstände; Schwäche der Abwehr- und Realitätsprüfungsmechanismen; Einengung der Lebensführung; Stereotypisierung des Verhaltens; Häufung sozialer Konflikte auch außerhalb des Delinquenzbereichs u. a. m.‘ (Saß 1987: 119 Tabelle 28, 29).

104 „[H]atte man sich anfänglich auf die Persönlichkeitsmerkmale konzentriert, die die Störung kennzeichneten, so fokussierte man sich nun ebenso stark, wenn nicht noch stärker, auf antisoziale Handlungen. Der Psychopathenzirkus war im Schlamm der Forensik stecken geblieben.“ (Dutton 2013: 83) Besser kann man es nicht sagen.

105 Einzelheiten in: (en.wikipedia.org/wiki/Hare_Psychopathy_Checklist) sowie in Eher u. a. (2012), die in Österreich bei 803 inhaftierten Sexualtätern die besten Ergebnisse für ein Vier-Faktoren-Modell fanden, das insbesondere die ‚antisozialen Items‘ als eigenständigen Faktor enthielt.

chopathie ist ein *Syndrom* (eine Kombination zusammen auftretender Symptome“ a. a. O.: 30) – das Ausmaß der *psychopathy* angeben sollen.¹⁰⁶

Zu diesen Items zählen etwa: ‚trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme‘ und ‚erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl‘ (Faktor 1: ‚interpersonal‘); ‚Mangel an Gewissensbissen oder Schuldgefühl‘, ‚oberflächliche Gefühle‘ (Faktor 2: ‚affektiv‘); ‚parasitärer Lebensstil‘, ‚Impulsivität‘ (Faktor 3: ‚Lebensstil‘); ‚unzureichende Verhaltenskontrolle‘, ‚frühe Verhaltensauffälligkeiten‘, ‚Jugendkriminalität‘ (Faktor 4: ‚Antisozialität‘). (Eher u. a. 2012: 238, 247).

In seinem populär geschriebenen Buch: *Gewissenlos. Die Psychopathen unter uns* (2005) folgt Hare der in den USA schon früh eingeschlagenen kriminal-psychiatrischen Linie – Hervey Cleckley: *The Mask of Sanity* (1941) sowie William und Joan McCord: *The Psychopath* (1964) – die das Psychopathie-Konzept vom negativen Pol aus als ‚antisozial‘, ‚dissozial‘ bzw. als ‚*sociopathy*‘ definierten. Doch soll dies jetzt in gleicher Weise für ‚kriminelle Psychopathen‘, wie für die ebenso kriminellen, doch ‚erfolgreichen Psychopathen‘ in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft gelten.

Insofern bevorzugt Hare eine **Zwei-Faktoren-Lösung**, in der ein erster ‚emotional-zwischenmenschlicher‘ Faktor den allgemeinen Hintergrund, und ein zweiter Faktor ‚Abweichendes Verhalten‘ die spezifisch kriminal-psychopathische Dimension bestimmen soll:

„Gemeinsam stellen diese zwei Facetten – die eine schildert Gefühle und Beziehungen, die andere ein abweichendes Sozialverhalten – ein umfassendes Bild der psychopathischen Persönlichkeit dar.“ (a. a. O.: 51).¹⁰⁷

Dabei entspricht der zweite Faktor des ‚abweichenden Verhaltens‘ weitgehend der ‚Antisozialen Persönlichkeitsstörung‘ (ASP) des DSM IV, sodass Hares ‚*psychopath*‘ wegen der zusätzlich erfassten emotionalen Störung des 1. Faktors im Zweifel gefährdeter ist:

„Etwa jedem Vierten, bei dem ASP diagnostiziert wurde, steht möglicherweise ein Psychopath gegenüber. Doch jeder Psychopath wird auch automatisch unter ASP leiden“;

106 Wobei man bei 40 möglichen Punkten (20 Items mit 3 Stufen von 0 bis 2) in den USA ab 27 bis 30 Punkten, bei uns ab 25 Punkten als ‚pathologisch‘ gilt (Eher 2012: 239; Dutton 2013: 72).

107 S. die einzelnen Items in Hare (2005: 30). „Die Diagnose ‚Psychopathie‘ wird *nur dann* gestellt, wenn es solide Hinweise dafür gibt, dass der Betreffende das gesamte Profil erfüllt – das heißt, dass die meisten der [...] beschriebenen Symptome vorliegen.“ (a. a. O.: 61).

Die ASP „ist Psychopathie mit Emotionen. Psychopathie hingegen ist charakterisiert durch völlige Emotionslosigkeit.“ (Dutton 2013: 75, 79).

Zugkräftig beschreibt Hare vor allem Serienmörder, Vergewaltiger und Kinder mordende Mütter,¹⁰⁸ die dann, wenn sie „hohe Skalenwerte“ erhalten, einerseits als gefühlsarm, angstfrei, charmant manipulierend beschrieben werden, und die andererseits schon im frühen Kindesalter Verhaltensstörungen aufweisen (Hare 2005: 58 f.):

- „Sie verüben mehr als doppelt so viele gewalttätige und aggressive Handlungen wie andere Kriminelle, sowohl im Gefängnis wie in Freiheit“ (a. a. O.: 77);
- „Etwa die Hälfte der Wiederholungs- und Serienvergewaltiger sind Psychopathen“ (a. a. O.: 81);
- Psychopathen geben gute Hochstapler ab. „Daher fällt es Psychopathen leicht, als Finanzberater, Pfarrer, Therapeut oder Psychologe aufzutreten“ (a. a. O.: 94);
- Auch als „Anwälte, Ärzte, Psychiater, Akademiker, Söldner, Polizisten, Sektenführer, Militärs, Geschäftsleute, Autoren, Künstler, Entertainer etc.“ funktionieren sie „einigermaßen, ohne das Gesetz zu brechen, oder zumindest, ohne erwischt und verurteilt zu werden. Diese Individuen sind genauso egozentrisch, gefühllos und manipulativ wie der gewöhnliche kriminelle Psychopath.“ (a. a. O.: 98).

Doch folgt Hare auch hinsichtlich der **Zurechnungsunfähigkeit** der gängigen Vorstellung: Wenn Psychopathen zwar die ‚rationalen Spielregeln‘ der Gesellschaft verstandesmäßig verstehen, während „die emotionalen Regeln an ihnen vorbeigehen“, dann könne „diese moderne Version der Vorstellung von ‚moralischem Wahnsinn‘ in der Theorie zwar schlüssig sein“, doch sei dies „nicht relevant für praktische Entscheidungen über Schuldfähigkeit. Meiner Meinung nach wissen Psychopathen mit Sicherheit gut genug, was sie tun, um für ihre Taten zur Verantwortung gezogen werden zu können.“ (a. a. O.: 125).

„*Psychopathy*“ gilt auch bei ihm als nahezu unkorrigierbar und weithin anlagemäßig bedingt: „Bereits in der Pubertät sind die Erfolgsaussichten das Verhalten eines werdenden Psychopathen ändern zu können, gering.“ (a. a. O.: 141); therapeutische Ansätze versagen, sofern sie nicht gar deren Fähigkeiten, andere zu manipulieren, verstärken (a. a. O.: 175):

108 „Diese Gleichgültigkeit in Bezug auf das Wohlergehen von Kindern – sowohl ihrer eigenen als auch der Kinder des Partners, mit dem sie gerade zusammenleben – ist ein wiederkehrendes Motiv in unseren Akten über Psychopathen. Psychopathen sehen Kinder als lästig an.“ (Hare 2005: 56)

„Selbst ein positives familiäres Umfeld, das gesundes Verhalten bei ihren Geschwistern fördert, bewirkt nur wenig, um Psychopathen von einem Leben rücksichtsloser Befriedigung der eigenen Bedürfnisse abzuhalten.“ Doch wirkt sich dieses Umfeld auf die Art ihres künftigen Verhaltens aus: „Psychopathen aus einem labilen familiären Umfeld begehen wesentlich mehr *gewalttätige* Delikte [...] Ein sozial benachteiligtes und gestörtes Umfeld, in dem gewalttätiges Verhalten an der Tagesordnung ist, findet im Psychopathen einen willigen Schüler.“ (a. a. O.: 154).

Nach einer längeren, dem Psychopathie-Konstrukt gegenüber eher kritischen Phase¹⁰⁹ findet diese Art Hare'scher Wissenschaftlichkeit in den letzten Jahren auch **bei uns Anklang**, und zwar einerseits im probeweisen Einsatz der PCL-R¹¹⁰ und andererseits im Versuch, psychopathisches Verhalten neurologisch zu erklären.

Im Rahmen der wieder einmal neu erwachten Sexualtäter-Diskussion interessiert vor allem die von Hare zuletzt in den Vordergrund gestellte Frage der Gefährlichkeits- bzw. **Rückfall-Prognose**, der etwa Eher u. a. (2012: 248 f.) hinsichtlich der PCL-R „im Hinblick auf rezidivierende Sexualdelinquenz eine eher bescheidene Vorhersageleistung attestieren“.¹¹¹ Wobei diese Autoren hinsichtlich der Gewalt-Delinquenz darauf hinweisen „dass mittlerweile wesentlich ökonomischere Verfahren zur Erhebung der Rückfallneigung“ existieren.¹¹² Dabei waren – nach den aus den Strafakten zu entnehmenden Daten – Täter „die von psychologischen Laien und/oder Sachverständigen als psychisch auffällig eingestuft

109 Selbst Kurt Schneider schrieb (1959: 36): „Auch der ‚Psychopath‘ ist schon angekränkt und seine Zeit wird wohl vorübergehen. Aber nur der Name, nicht der Tatbestand.“

110 Ein rezentes Beispiel bieten Burkhardt/Petermann/Schipper: *Vergleich affektiver und kognitiver Theory of Mind-Fähigkeiten bei männlichen Straftätern mit psychopathischen Persönlichkeitszügen* in: Monatsschrift f. Kriminologie 2015, 98. Jg. H. 6: 497–512; ohne jedoch bei den kognitiven wie affektiven Empathie-Fähigkeiten (ToM) signifikante Unterschiede zwischen einer ‚psychopathischen Gefangenengruppe‘ und den per Online-Umfrage rekrutierten ‚Normalen‘ zu finden

111 Dementsprechend betont auch (en.wikipedia.org/wiki/Hare_Psychopathy_Checklist) mit mehreren Belegstellen, dass die PCL-R – bei geringer Inter-rater Reliabilität – kaum geeignet ist, gute Prognosen zu liefern: „However, several recent studies and very large-scale meta-analysis have cast serious doubt on whether it performs as well as other instruments, or better than chance, and to the extent that it does, whether this is largely due its inclusion of past offending history, rather than the personality trait scores that make it unique. In addition, although in controlled research environments the Inter-rater reliability of the PCL-R may be satisfactory, in real-world settings it has been found to have rather poor agreement between different raters, especially on the personality trait scores.“

112 Lösel/Schmucker (2014: 491) bestätigen diesen ‚vorsichtigen‘ Befund: „Die Genauigkeit der PCL-R in der Vorhersage der Rückfälligkeit ist aber nur moderat.“; „Aber auch relativ zu anderen Prognoseverfahren schneiden die PCL-Versionen nicht besonders gut ab.“

wurden“ weniger in gewalttätige Rückfälle verwickelt.¹¹³ Ein zunächst etwas verblüffender Befund, den Haarrig u. a. (2012: 392) durch das ebenso unerwartete Ergebnis ergänzen, dass „eine höhere Gesamtqualität der Gutachten [zur Rückfälligkeit von Sexualtätern] mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von inkonsistenten Prognosen einhergeht.“

2.7 Die ‚Normalisierung‘ des Psychopathie-Konzepts¹¹⁴

Inzwischen hat sich das Psychopathie-Konzept über das Feld der forensischen Psychiatrie hinaus einmal mehr auch im **kulturellen Alltag** etabliert. Das gilt zunächst, finanziell einträglich, für die wachsende Beliebtheit einschlägiger Kriminal-Literatur und Kinofilme, die vom klassischen Psychopathen – Hannibal Lecter im *Schweigen der Lämmer* – bis hin zur Figur des Anton Chigurh in *No Country for Old Men* von 2007 reichen.¹¹⁵

Während Robert Hare für seinen PCL-R-Test „jährlich höchstens 35 000 Dollar erhält“,¹¹⁶ kann man sich heute kostenfrei im Internet bei Richard Fellner, „Psychotherapeut in Wien und Thailand“, mit Hilfe von 42 vorgegebenen Fragen auf Psychopathie/Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Narzisstische Persönlichkeitsstörung und Histriionische Persönlichkeitsstörung selber testen.¹¹⁷

(1) Von einschlägigen Experten geschriebene **populäre Sachbücher** erhalten Bestseller-Rang. So erklärt etwa die psychiatrisch ausgebildete Psychologin Mar-

113 Was die Autoren der ‚Wahrscheinlichkeit einer weitergehenden Betreuung und Behandlung‘ zuschreiben, „die ihrerseits wieder dem a priori [?] erhöhten Risiko dieser Gruppe entgegenwirkt“ (Rettenberger u. a. 2010: 356).

114 Der Begriff der [Normalisierung] wird in den einschlägigen Texten unterschiedlich gebraucht. Hier soll unter [Normalisierung] die entdramatisierende Verlagerung des ursprünglichen Übels auf normale Verhaltensweisen verstanden werden, ohne dabei dessen ursprünglichen Nimbus aufzugeben. Die Art und Weise eine Norm zu setzen und durchzusetzen verstehe ich dagegen als [Normierung] (s. u. 11.3).

115 Die beiden forensischen Psychiater aus Belgien Samuel Leistedt und Paul Linkowski im *Journal of Forensic Sciences* charakterisieren ihn wie folgt: „Abwesenheit von Scham und Reue, Mangel an Empathie, Kaltblütigkeit gepaart mit Unarmherzigkeit und die Unfähigkeit aus Erfahrungen zu lernen.“ (DER SPIEGEL Nr. 10. 2014: 104)

116 „Hare receives royalties on licensed use of the test. Hare is president of a consultancy group he named Darkstone Research Group Ltd, which provides training and accredits other centers to conduct training, which has been sponsored by Multi-Health Systems Inc. which sells the PCL-R. [...] Hare has since stated that he receives less than \$35 000 a year.“ (en.wikipedia.org/wiki/Hare_Psychopathy_Checklist)

117 (www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test_psychopathie).

tha Stout (2006: 12, 109, 156) mit vielen Fallbeispielen auch aus ihrer Opfer-Praxis: *Die Skrupellosen: ihre Lügen, Taktiken und Tricks*:

„Das Vorhandensein oder Fehlen des Gewissens ist eine tiefe Kluft, die die Menschheit spaltet, wohl signifikanter als Intelligenz, Rasse oder sogar das Geschlecht“; „Und Charme ist ein primäres Merkmal der Soziopathie“; „Soziopathie ist mehr als das schlichte Fehlen eines Gewissens, was für sich genommen schon tragisch genug wäre. Soziopathie ist die Unfähigkeit, emotionale Erlebnisse wie Liebe und Fürsorge zu verarbeiten, es sei denn, ein solches Erlebnis kann kühl als eine intellektuelle Aufgabe kalkuliert werden.“

Und FBI-Profiler Joe Navarro bietet in seinem Buch *Die Psychopathen unter uns* (2014) – Bestseller Nr. 1 bei Amazon in Psychologie Ratgeber – vier Checklisten mit jeweils 150 Items an, als Hinweise auf narzisstische, paranoide, dissoziale und instabile Persönlichkeiten:

Dissozial: „o bis 25 Punkte: Dieser Mensch kostet anderen gelegentlich Nerven; er nutzt andere aus, es kann schwierig sein, ihn als Partner oder Kollegen zu haben, möglicherweise ist Ihr Geld in Gefahr.“ Navarro im Interview: „Die Checkliste basiert nicht nur auf meiner Erfahrung, sondern auch auf wissenschaftlichen Studien. Das Material ist natürlich auf ein verständliches Level heruntergebrochen. Die Liste soll den Leser vor allem sensibilisieren. Das Buch soll zeigen: Andere Leute machen ähnliche Erfahrungen – und es ist nicht normal.“¹¹⁸

(2) Im Gegensatz zu Stout und Navarro, die dem traditionellen US-amerikanischen Psychopathie-Stereotyp folgen, unterstreicht der ‚Evolutions- und Forschungs-Psychologe‘ Kevin Dutton (2013)¹¹⁹ in seinem Spiegel-Bestseller neben solchen soziopathischen Extremvarianten – etwa der Serienmörder oder die von ihm interviewten Personen mit einer ‚Dangerous Personality Disorder‘ in der englischen Gefangenen-Hochsicherheits-Klinik Broadmoor (a. a. O.: 201 ff.) – auch die ‚positiv funktionalen Aspekte‘ solcher psychopathischen Merkmale in unserer – an Status, Macht und Profit orientierten – Gesellschaft: „Psychopathie ist wie

118 So Navarro im Spiegelinterview, in dem man auch die Checklisten finden kann (www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/psychopathen-fbi-profiler-erklaert-wie-man-sie-erkennt).

119 Ich folge hier Dutton (2013), der in einer überaus leserfreundlichen, fast saloppen Schreibweise wissenschaftlich sowohl Experimentalbefunde wie auch eigene Forschungsergebnisse referiert (s. meine Rezension in Monatsschrift f. Kriminologie 2014, 97. Jg. H. 3: 238 f.).

ein leistungsstarker Sportwagen. Man kann so oder so damit umgehen. Die Medaille hat zwei Seiten.“ (a. a. O.: 49):¹²⁰

„Sieben Siegermerkmale – sieben Grundprinzipien der Psychopathologie“, die, bei Zurückdrängen der Gefühlswelt auch „uns, wenn wir sie in Maßen und mit der gebotenen Sorgfalt und Aufmerksamkeit nutzen, dabei helfen können, genau das zu bekommen, was wir wollen [...] uns vom Opfer zum Sieger werden zu lassen, ohne uns in einen Schurken zu verwandeln“: „Skrupellosigkeit, Charme, Fokussierung, Mentale Härte, Furchtlosigkeit, Achtsamkeit, Handeln.“ (a. a. O.: 230).

Es gehe also „nicht darum, ein Psychopath zu sein“, sondern „darum ein Psychopath *mit Methode* zu sein. Fähig zu sein, in diese Rolle zu schlüpfen, wenn die Situation es verlange, und sie anschließend wieder abzulegen.“ (a. a. O.: 231). In diesem Sinne könne man dann mit Alan Harrington (1972) fragen, ob „der Heilige und der Psychopath zwei transzendente Seiten derselben existenzialistischen Medaille“ seien, wofür der Apostel Paulus ein überzeugendes Beispiel stelle (a. a. O.: 235 f.):

„Nicht alle Psychopathen sind Heilige. Und nicht alle Heiligen sind Psychopathen. Doch es gibt Hinweise darauf, dass Psychopathie und Heiligkeit sich tief in den Korridoren des Gehirns einen geheimen neuronalen Büroraum teilen.“ (a. a. O.: 238).

Dies gelte umso mehr, weil paradoxer Weise manche ‚echte‘ Psychopathen möglicherweise – etwa auf Grund besser funktionierender ‚Spiegelneuronen‘ – ein besseres Mitgefühl haben als der Durchschnittsbürger, was die bisherige Psychopathie-Perspektive offensichtlich übersehen habe,¹²¹ weswegen sie sich sowohl besser in den anderen ‚manipulatorisch‘ einfühlen, wie dann auch dessen Leiden ‚sadistisch‘ mitfühlend genießen können:

„Anscheinend sind nicht alle Psychopathen farbenblind. Einige sehen die Stoppschilder auf genau dieselbe Weise wie der Rest von uns. Sie entscheiden sich eben einfach nur, bei Rot über die Ampel zu fahren.“ (a. a. O.: 262 f.).

120 „Geld, Macht, Status und Kontrolle – lauter Domänen des typischen Firmenchefs und begehrte Waren an und für sich – haben zusammen eine unwiderstehliche Anziehungskraft auf den businessorientierten Psychopathen, während er auf der Unternehmensleiter immer weiter nach oben steigt.“ (Dutton 2013: 150)

121 Spricht doch auch Hare (2005: 38) von „einem profunden Mangel an Einfühlungsvermögen (empathy); die Unfähigkeit, ein geistiges und emotionales Abbild einer anderen Person herzustellen.“

Wenn man so will, knüpft Dutton mit seiner ‚wertneutralen‘ Sicht – gegenüber der einseitig abwertenden US-amerikanischen Perspektive des ‚Soziopathen‘ – sowohl an der romantischen Idee einer engeren Beziehung zwischen ‚Genie, Irrsinn und Ruhm‘ an, wie aber auch an der Grundthese von Kurt Schneider, der¹²² zwischen ‚normalen‘ und ‚psychopathischen‘ Verhalten ein Kontinuum annahm, einen ‚fließenden Übergang in das normale Verhalten‘.¹²³ Womit man, in einer anderen ‚Bewertungs-Perspektive‘, einerseits unser ‚spät-kapitalistisch‘ gesellschaftliches System kritisch als insgesamt ‚psychopathisch‘ organisiert – und nicht nur von gelegentlich aus dem Ufer laufenden psychopathischen Betrügern und Finanzhaien betrieben – verstehen kann.¹²⁴ Und andererseits auch den ‚Psychopathen‘ wieder in ein ‚menschliches‘ Kontinuum einordnen wird, das vom ‚Heiligen bis zum Massenmörder‘ reicht, wobei, nebenbei bemerkt, solche überzeugten Heiligen mit ihrer Anhängerschaft häufig mehr Unheil anrichten können, als so ein isolierter massenmörderischer Psychopath.

Eine neue ‚Perspektive‘, die etwa mit dem *Psychopathic Personality Inventory* (PPI) von Lilienfeld und Andrews (1996)¹²⁵ nunmehr auch von einer ‚auf Führungskräfte spezialisierten Beratungsfirma‘ eingesetzt werden könnte, weil unsere Gesellschaft solche ‚funktionellen Psychopathen‘ brauche:

„Wir brauchen sie als Chirurgen, Anwälte, Sondereinsatzkräfte – und CEOs. Wir brauchen Menschen, die Unternehmen mit Überzeugungskraft und Durchsetzungsvermö-

122 Ebenso wie Freud: „Diese Vorstellung von einem *Kontinuum*, das unmerklich vom Normalen bis zum Pathologischen reicht, verdanken wir insbesondere Freud. Sie leitet die Kritik an der nosographischen Vernunft ein, führt sie aber nicht zu Ende.“ (Hochmann 1973: 74)

123 Das gleiche Phänomen einer Normalisierung beschreibt der Wissenschaftsjournalist Steve Silberman in seinem Bestseller *Neuro Tribes (Geniale Störung)* (2016) für den Asperger-Autisten: „Was man früher einfach ‚geistige Behinderung‘ nannte, sieht der Autor als ‚Neurodiversität‘. Nicht nur jeder Autist ist anders. Jeder Mensch ist es: So wird das autistische Spektrum zum Teil der menschlichen Vielfalt.“ Stefan Schmitt in seiner Rezension in: ZEIT LITERATUR (Nr. 43, Oktober 2016: 56).

124 Über ein passendes Beispiel berichtet Catalina Schröder in DIE ZEIT (Nr. 34 vom 11. 8. 2016: 28): *Kaufen, kaufen, kaufen. Sieglinde Zimmer-Fiene war 25 Jahrelang konsumsüchtig und deshalb sogar [8 Jahre wegen Betrugs bei verminderter Schuldfähigkeit] in der Psychiatrie.* Nach ihrer per Anwältin erzwungenen Entlassung, gründet sie auf Rat einer Sozialarbeiterin eine erfolgreiche Selbsthilfegruppe: „Laut einer Studie der Fachhochschule Ludwigshafen leiden 800 000 Menschen in Deutschland unter Kaufsucht, über vier Millionen sind gefährdet. [...] In Deutschland ist Kaufsucht nicht als Krankheit anerkannt. Damit die Krankenkassen dennoch Geld für die Behandlung ausgeben, diagnostizieren Psychologen oft eine Impuls-Kontrollstörung.“ Mit all den erforderlichen Ingredienzien des *Psychiatrie-Komplexes*: Kapitalismus > Werbung > Kauf-Sucht > Betrugs-Kriminalität > verminderte Zurechnungsfähigkeit > Impuls-Kontrollstörung (ICD-10. F63.8) > psychiatrische Anstalt > Anwältin > Sozialarbeit > Selbsthilfegruppe > Finanzierung > Forschung > Medien-Bericht.

125 S. Dutton (2013: 84 f.).

gen leiten [...] Ein funktionaler Psychopath ist eine gute Besetzung für die Rolle des CEO in Zeiten der Restrukturierung – und eine schlechte, wenn es nach einer Fusion um Integration geht.“ schreibt Ralf Kopp, Geschäftsführer des MCP-Instituts in Hamburg (in: DIE ZEIT Nr. 5 vom 23. 1. 2014: 29).¹²⁶

126 Einen aktuellen Überblick über „Die Relevanz des Psychopathy-Konstrukts für die kriminologische und psychologische Erforschung von Wirtschaftskriminalität“ findet man bei Mensch/Rettenberg (2015).

Irre, Anstalt, Therapie

Der Psychiatrie-Komplex

Quensel, S.

2018, XXV, 554 S., Softcover

ISBN: 978-3-658-16210-8