

1 Willensfreiheit, eine Illusion?

Eine alte und neue Kontroverse – die Frage nach der Verantwortlichkeit

Auch delinquentes menschliches Verhalten zu verstehen und zu erklären, ist eine wichtige Aufgabe psychologischer Diagnostik und Begutachtung. Die Frage nach seiner Zurechenbarkeit hat sich mit der grundlegenden Kontroverse auseinanderzusetzen, ob menschliches Verhalten einem freien Willen unterliegt oder determiniert ist. Mit dem zum Teil rasanten Fortschreiten naturwissenschaftlicher Erkenntnisse werden bekannte naturphilosophische Grundauffassungen neu diskutiert, infrage gestellt oder erfahren Unterstützung. So haben auch neurowissenschaftliche, speziell neurobiologische Befunde der Hirnforschung die Diskussion um Determinismus und Indeterminismus wiederbelebt. Determinismus beschreibt die naturphilosophische Grundauffassung oder Lehre, dass alle Vorgänge in der Welt ursächlich bestimmt sind. Nichts an Geschehen ist zufällig, es ist vielmehr notwendige Wirkung bestimmter Ursachen. Auf menschliches Verhalten übertragen sind es anlage- oder umweltbedingte (genetische, biologische, erlebnisbedingte) Faktoren, durch die das Verhalten festgelegt ist. Der Determinismus lässt der Spontaneität des Menschen keinen Raum. Verhalten und der Wille dazu sind determiniert, d. h. auch der Willensakt unterliegt äußeren oder inneren Ursachen. (Willens-)Freiheit und sittliche Verantwortlichkeit sind danach nicht möglich, sie werden geleugnet (ethischer Determinismus). Im Gegensatz dazu hat aus der Sicht des ethischen Indeterminismus der freie Wille zwar seinen Raum, unterliegt aber eher dem Zufall. Der handelnde Mensch verhielte sich danach wie ein Zufallsgenerator.

Wie kommen Hirnforscher dazu, Freiheit und freie Willensentscheidung zur Disposition zu stellen oder gar zu leugnen, sie als Illusion zu bezeichnen? Wie kommt es zu dieser neuerlichen, jetzt neurophilosophischen Diskussion, in der ein „neuronaler Determinismus“ (Schnädelbach, 2004) vertreten wird mit allen Konsequenzen für Verbindlichkeiten von Moral und Schuld, sodass Michel Friedman in Bearbeitung seines Promotionsthemas „Konsequenzen der neurobiologischen Forschung für den Schuldbegriff des Strafrechts“ vermutlich eher in provokanter Weise die Forderung aufstellt: „Wir müssen den Schulddparagraphen des Strafrechts überdenken“ (Bender, 2006).

Zweifelloos hat die Hirnforschung seit den 1990er Jahren geradezu revolutionäre Fortschritte zu verzeichnen, nicht zuletzt durch die Bereitstellung neuer technischer Möglichkeiten bildgebender Verfahren wie Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), die über die Elektroenzephalographie (EEG) hinausgehend eine genaue Lokalisierung von Aktivitäten im gesamten menschlichen Gehirn möglich machen. Wir wissen heute sehr viel mehr über Funktionen des Gehirns als noch vor zehn Jahren. Nicht wenige Fragen, denen sich die Hirnforschung zuwendet, berühren auch die Interessen anderer Wissenschaften, z. B. der Neuro-Psychologie, die sich bislang eher mit den Folgen von Hirnschädigungen auf das menschliche Verhalten befasste.

Man erhofft sich jetzt u. a. Klärungen oder zumindest Fortschritte im Verständnis menschlicher Ich- und Bewusstseinszustände. Man möchte mehr über Wahrnehmungsvorgänge und Handlungsplanungen wissen, wo und wie im Gehirn Emotionen und Affekte entstehen, wie Gedächtnis repräsentiert ist. Der Hirnforscher Gerhard Roth (2001a, b) stellt u. a. Fragen nach neurobiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen und deren therapeutischer Beeinflussbarkeit. In einem Brückenschlag von Hirnforschung und der Freudschen Psychoanalyse sucht Roth nach möglichen neurobiologischen Entsprechungen des sogenannten Unbewussten, er fragt, welche möglichen Faktoren das Ich determinieren, ob das Ich oder eher das Unbewusste das menschliche Erleben und Handeln bestimmt. Roth (2001b) spricht davon, dass Resultate und Einsichten der Hirnforschung „die Lehre Freuds in einigen wichtigen Punkten zu bestätigen scheinen“, u. a. darin, dass das unbewusste Erfahrungsgedächtnis unser Handeln stärker bestimmt als das bewusste Ich. Nach Roth (2006) finden folgende drei Grundannahmen Freuds eine späte neurobiologische Unterstützung:

1. „Das Unbewusste kontrolliert das Bewusstsein stärker als umgekehrt.“
2. „Das Unbewusste oder ‚Es‘ entsteht vor dem Bewusstsein; es legt sehr früh die Grundstrukturen des Psychischen und des bewussten Erlebens, des ‚Ich‘ fest.“
3. „Das Ich hat keine oder nur geringe Einsicht in die unbewussten Determinanten des Erlebens und Handelns.“

Es fällt auf, dass in der Hirnforschung der Begriff des Unbewussten uneinheitlich verwendet wird. So werden z. B. die aufeinander abgestimmten Bewegungs- und Handlungsabläufe eines routinierten Autofahrers oder auch Bergsteigers der Instanz des Unbewussten oder des Unterbewussten zugeordnet. Eigentlich handelt es sich um ein ehemals bewusst eingeübtes und schließlich automatisiertes oder teilautomatisiertes Geschehen. Auch das im Millisekundenbereich liegende Vorbereitungsintervall einer nach Reizexposition bewussten Wahrnehmung oder Handlung dem Unbewussten zuzuordnen, erscheint problematisch. Es mehren sich deshalb Stimmen, die eine Aufwertung der Psychoanalyse jedenfalls durch die Hirnforschung sehr kritisch sehen, ihr auch keinen Erkenntniswert in der Aufklärung des Unbewussten zusprechen. So äußert der Psychoanalytiker Tilmann Habermas (2006, S. 40): „In letzter Zeit sprechen manche ... von einer Renaissance der Psychoanalyse durch die Ergebnisse der Hirnforschung, da diese endlich die von der Psychoanalyse behaupteten unbewussten psychischen Prozesse belegt habe. Dabei hat die Beobachtung, dass im Gehirn bestimmte Areale besser durchblutet werden, kurz bevor die Person eine Entscheidung trifft, einen Gedanken hegt oder etwas fühlt, nichts mit Freuds Begriff des Unbewussten zu tun, in dem ein Gedanke im Unbewussten eine Dynamik entfaltet, weil er verdrängt wurde. Die Zukunft der Erforschung des Unbewussten liegt nicht im Gehirn“

Was hat das Ganze mit der Frage zu tun, ob es den freien Willen gibt oder nicht? Nach der Befundlage neurobiologischer Experimente ist in der Tat davon auszugehen, dass unsere subjektiven Erfahrungen, unsere Wahrnehmungen, unser Denken, Fühlen, unsere Willensakte durch ihnen unmittelbar vorausgehende, ca. 300–500 Millisekunden beanspruchende zerebrale Verarbeitungsprozesse vorbereitet werden. Das heißt, das subjektive Erleben tritt mit der genannten zeitlichen Verzögerung ein, es „hinkt den verursachenden Hirnprozessen um einige hundert Millisekunden hinterher“ (Grawe, 2004, S. 122). Einzelne Hirnforscher sehen

genau hierin einen Beleg für die alleinige biologische Begründung menschlichen Verhaltens und die Unterstützung der These seiner Vorherbestimmtheit, wodurch die Beteiligung eines freien Willens als verhaltensbestimmende Einflussgröße auszuschließen sei (Soma-Psyche-Kontroverse). Sie gehen davon aus, dass *wir* nicht entscheiden, sondern unser Gehirn jeweils schon entschieden hat, bevor wir den subjektiven Eindruck haben, eine Handlungsentscheidung zu treffen. Heißt dies in der Konsequenz – wie die beiden Wissenschaftsjournalisten Siefer und Weber (2006) unter Bezug auf Wolfgang Prinz nahelegen – wir tun nicht, was wir wollen, sondern wir wollen, was wir tun? Dieser Gedanke provoziert, er erschüttert vielleicht auch unsere Sicht auf uns selbst. Grawe (2004, S. 44) stellt folgende Fragen in den Raum: „Können wir keinen noch so geheimen Gedanken denken, keine freie Willensentscheidung treffen, ohne dass diese durch ein spezifisches Muster neuronaler Erregungen in unserem Gehirn hervorgebracht würden?“ „Sollte Willensstärke nur auf der Übertragungsbereitschaft von Synapsen beruhen?“ Und er gibt gleich eine Antwort: „Das ist starker Tobak, den die Neurowissenschaften uns da zumuten.“ Nehmen wir ein alltägliches Beispiel: Wenn ich mich entscheide, zu Hause zu bleiben und mein Wohnzimmer zu renovieren, statt mich mit einem Freund zu treffen, was ich viel lieber täte, tue ich dies dann nur deshalb, weil im Frontalhirn entsprechende neuronale Gegebenheiten entstanden sind? Sicher nicht! Die Antworten der Neurowissenschaftler in diesem Kontext sind zu simpel, um einen komplexen Entscheidungsvorgang zu erklären. Menschliches Erleben und Verhalten ist zu vielschichtig, als dass es nur annähernd durch neurowissenschaftliche Beobachtungen des Gehirns mittels bildgebender Verfahren erklärt werden könnte. Das Gefühl der Freude z. B. ist mehr und etwas anderes als die Summe der daran beteiligten aktivierten Hirnareale. Es existiert keine Erklärung, wie aus physikalischen Ereignissen in den Nervenzellen emotionale oder geistige Erlebnisse entstehen. Die menschliche Person und ihre Identität lassen sich erst recht nicht neurowissenschaftlich verorten und beschreiben.¹ Im Übrigen kann die heutige Neurowissenschaft der Komplexität des Gehirns nicht im Geringsten entsprechen. „Auch wenn das Gehirn deterministisch funktioniert, ist es in seiner Komplexität niemals vollständig beschreib- und verstehbar“ (Rösler, 2004, S. 32).²

Kommen wir zurück auf die hirnbioologischen Experimente, die in den Ergebnissen zeigen, dass unserem Handeln im Millisekundenbereich anzusiedelnde zerebrale Verarbeitungsprozesse vorausgehen. Es mag verunsichern, wenn wir uns

1 Der Marburger Psychologieprofessor Frank Rösler äußert in einem Interview, in dem es um Fragen der neurobiologischen Unterstützung psychoanalytischer Annahmen geht: „Was wir bei der Bildgebung de facto sehen, ist nichts anderes als eine Veränderung der Durchblutung im Gehirn. Das ist alles. Was wir damit machen, ist eine Interpretation der Daten in Abhängigkeit von der Anordnung des Experiments“ (Sentker & Blumenthal, 2006).

2 Ähnlich äußert sich der frühere Leiter des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Professor Fritz Henn in einem Interview in der Wochenzeitung „Die Zeit“ zu den hirnbioologischen Grundlagen menschlichen Verhaltens: „... wir müssen das System verstehen – und das tun wir noch lange nicht. Deshalb finde ich auch die deutsche Diskussion über den freien Willen etwas unsinnig. Sicher lässt sich die gesamte Hirnaktivität letztlich auf Moleküle zurückführen. Aber sicher ist auch, dass die Komplexität des Systems Gehirn ungeheuer groß ist. Und wie schwer solche Systeme zu durchschauen sind, wissen wir aus der Physik“ (Die Zeit Nr. 27, 29.06.2006).

vergegenwärtigen, dass die das Handeln, Denken, Fühlen vorbereitenden Hirnprozesse unbemerkt, unbewusst ablaufen und wir darüber auch keine Kontrolle haben. Nichtsdestoweniger gehören diese zerebralen Verarbeitungsprozesse dem jeweils denkenden oder handelnden Menschen an, niemandem sonst! Auch „handelt“ das Gehirn nicht von sich aus. Wie könnte es von Bedürfnissen, Wünschen und unmittelbaren Absichten erfahren, wenn nicht durch die Person, in der es sich befindet? Die dem Handeln gerade eben vorausgehenden Hirnprozesse sind bereits Bestandteile des Willensaktes (Entschlusses), der mit dem subjektiven Erleben nicht eingeleitet, sondern abgeschlossen wird (vgl. Grawe, 2004). Grawe (2004, S. 122f.) führt aus: „Wenn ich die vorbereitenden Prozesse als ebenso zu mir gehörig betrachte wie mein bewusstes Erleben, dann bin immer noch ich es, der die Entscheidungen trifft. Mein Selbst, meine Persönlichkeit besteht eben aus impliziten (unbewussten) und expliziten (bewussten) Anteilen. Meine Willensentscheidungen werden mir nicht von irgendetwas Fremdem aufgezwungen. Die Determinanten meines Verhaltens sind meine eigenen Determinanten, auch so weit und so lange sie mir nicht bewusst sind. ... In die Autorenschaft sind meine impliziten Anteile eingeschlossen.“

Zur Frage, wie frei Willensentscheide sind, gibt die Psychologie recht klare Antworten.³ Die Bedingungen unseres Denkens und Handelns sind zahlreich. Bestimmend sind bewusste und unbewusste, äußere und innere, körperliche und andere Determinanten, die wir auch als Dispositionen beschreiben können. Sowohl der Anteil als auch die Bedeutung unbewusster Determinanten werden hoch eingeschätzt. Sie nehmen – wie uns z.B. Werbung deutlich machen kann – Einfluss, bevor wir etwas davon wahrnehmen. Willensentscheidungen beeinflussende unbewusste Determinanten sind wesentlich auch über Erziehung vermittelte hohe Wert- und Zielvorstellungen. Ihre Stabilität garantiert nicht nur Konsistenz und Kontinuität des eigenen psychischen Haushalts, sondern auch Sicherheit im sozialen Umgang und Vorhersehbarkeit des Tuns des jeweils Handelnden. Aus all dem ergibt sich, dass die Freiheit in Willensentscheidungen relativ zur Person zu verstehen ist, nicht aber Beliebigkeit von Entscheidungen und Handlungen heißen kann. „Sobald ich akzeptiere, dass mein Selbst wesentlich mehr umfasst als das, was mir bewusst ist, kann ich auch akzeptieren, dass meine Entscheidungen in dem Moment, wo ich sie subjektiv fälle, schon festgelegt waren, nämlich durch die implizite Seite meines Selbst“ (Grawe, 2004, S. 123). Wir können also davon ausgehen, dass wie auch immer beeinflusste und bestimmte Willensentscheidungen von Menschen der jeweiligen Person angehören und dass diese Willensentscheidungen in den der Person gegebenen Grenzen auch frei sind. Subjektiv erfahren Menschen diese Freiheit auf verschiedenen Ebenen, zum einen dadurch, dass sie sich als Autor des Handelns wahrnehmen, zum anderen in Situationen des Reaktions- und Handlungsaufschubs oder auch der Handlungsalternativen, die Menschen in die Lage versetzen, dieses oder aber auch etwas ganz anderes zu

3 Mit der Thematik der Freiheit oder des Determinismus des Willens hat sich freilich eingehend die Philosophie befasst und positioniert (s. z.B. Holzamer, 1990). Schnädelbach (2004) kritisiert denn auch, dass Hirnforscher, die einen „neuronalen Determinismus“ vertreten, nicht sachkundig sind und „souverän alles ignorieren, was zumindest in den letzten fünf Jahrzehnten philosophisch zu ihrem Thema gesagt wurde“. Die philosophische Tradition spricht davon, dass der Mensch ständig die Möglichkeit der Wahl besitzt, so oder anders zu handeln, von einem „Vermögen“ des freien Willens.

tun, vielleicht sogar keine der Handlungsalternativen zu wählen (Freiheitsbewusstsein).

Aus der Tatsache, dass implizite (unbewusste) wie explizite (bewusste) Handlungsanteile allein der in ihren Grenzen frei handelnden Person zuzuordnen sind, ist zu folgern, dass sie es ist, der ihr Tun zuzurechnen ist, wofür ihr dann auch die Verantwortung zukommt. Verantwortung ist an Regeln und Prinzipien orientiert und hat Adressaten. Das soziale Gefüge im Blick formuliert Kant („Kritik der praktischen Vernunft“) den kategorischen Imperativ, eine allgemeine und unbedingte Sollensvorschrift, nach der der Mensch sein Handeln ausrichten soll: „Handle so, dass die *Maxime* deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte.“

Verantwortung für sein Tun zu haben, schließt ein, dass ich gegebenenfalls schuldig werden kann, indem ich gegen gegebene Regeln und Prinzipien, die ein soziales Zusammenleben garantieren, verstoße. In der psychologischen und auch psychiatrischen Begutachtungssituation von Menschen, die gegen Gesetze verstoßen, geht es hierbei nicht um die moralische Dimension und Bewertung von Schuld, sondern vielmehr immer um die Frage, ob es Gründe gibt, die Menschen nicht oder nur eingeschränkt fähig machen, Schuld (Verantwortung) für ein bestimmtes gesetzeswidriges Handeln zu übernehmen. Unser Strafrechtssystem setzt die Willensfreiheit des Menschen gleichsam als Axiom voraus. Nur deshalb ist auch der allgemeine Schuldvorwurf legitim. Insofern steht auch nicht seitens der psychologischen oder psychiatrischen Sachverständigen die Begutachtung der *Handlungsfreiheit* eines Straftäters an, eher geht es in der Analyse des engeren und weiteren Tatgeschehens und seiner Determinanten um die Frage einer möglichen Einschränkung von Freiheitsgraden, „d.h., der Nachweis von Unfreiheit ist eher möglich als der von Freiheit“ (Rasch & Konrad, 2004, S. 74). Der Sachverständige hat in der Beurteilung eines Straftäters und seiner Handlungen „bis zum Beweis des Gegenteils“ grundsätzlich von dessen Willensfreiheit auszugehen. In aller Regel werden die Freiheitsgrade auch nicht dadurch eingeschränkt, dass Motive strafbaren Handelns (in Teilen) als unbewusst einzustufen sind. Es ist weitgehend psychologischer Konsens, dass die unbewussten die bewussten Handlungsdeterminanten an Bedeutung übertreffen. Rasch und Konrad führen hierzu aus: „Es gilt, sich zu vergegenwärtigen, dass Handeln aus dem Unbewussten das Häufigere, das ‚Normale‘ und Alltägliche ist.“ Insofern ist auch nicht deshalb, weil ein strafbares Handeln u.a. unbewussten Motiven entspringt, die ja „ohne die Mitwirkung bewusstseinsnaher Instanzen der Persönlichkeit“ nicht handlungswirksam werden, dieses von vornherein zu exkulpieren (vgl. Rasch & Konrad, 2004, S. 203). Der Sachverständige hat in der Begutachtung von Tätern strafbarer Handlungen demnach stets systemimmanent von einer freien Willensbildung und der Zurechenbarkeit des Tuns auszugehen, jedenfalls so lange sich keine Anhaltspunkte ergeben, die eine Einschränkung oder gar Aufhebung der Schuldfähigkeit nahelegen.

2 „Normal“, „abnorm“, „gestört“, „verrückt“, „gesund“, „psychisch krank“ – was heißt das eigentlich?

In einer dpa-Meldung vom Juli 2006 (Ärzte Zeitung, 25.07.2006), in der das Forschungsergebnis einer Studie berichtet wird, lautet die Überschrift: „Neun von zehn Häftlingen haben psychische Störungen“. In Printmedien finden sich Schlagzeilen wie „der kranke Messerstecher“, „das abnorme Sexmonster“, „der schizophrene Amokfahrer“. „Wenn ein besonders widerwärtiges Verbrechen geschieht, wenn bei einer Gewalttat kein Motiv zu erkennen – oder wenn es nicht nachzuvollziehen ist, wenn ein Gesetzesbrecher sich ‚uneinfühlbar‘ verhält, konfrontiert uns die Boulevardpresse unweigerlich mit Schlagzeilen wie ‚irre Mörder‘, ‚gemeingefährliche Geisteskranke‘ oder ‚verrückte Sexualverbrecher‘“ (Finzen, 1996, S. 38). Ein Pressekommentar zum Urteil im Fall des „Kannibalen von Rotenburg“ trägt den Titel „Pervers und abartig“. Nicht wenige Meldungen über Straftäter sind mit Attribuierungen verbunden, die sich auch einer psychologischen oder psychiatrischen Terminologie bedienen.

Was heißt das aber, wenn wir Begriffe wie „normal“, „abnorm“, „gestört“, „verrückt“, „gesund“, „psychisch krank“ verwenden? Was meinen wir eigentlich, wenn wir beispielsweise von einem normalen sexuellen Verhalten, von einer normalen sexuellen Orientierung sprechen? Sollen wir es etwa als normal ansehen, wenn sehr viele, nämlich zigtausende von Menschen auf Internetseiten kinderpornographischen Inhalts zugreifen?

„Normal“ bedeutet etymologisch „der Norm, der Vorschrift entsprechend“, „gewöhnlich“, „allgemein üblich“, „durchschnittlich“, „geistig gesund“. „Abnorm“ steht für etymologische Varianten wie „nicht normal“, „gegen die Regel“, „ungewöhnlich“, „krankhaft“. Das Abnorme ist ebenso vielgestaltig wie die Norm, auf die es sich bezieht. So kann z. B. die Bezugnahme erfolgen auf eine

- Statistische Norm (abnorm wäre dann das Ungewöhnliche),
- Idealnorm (abnorm wäre dann das Verwerfliche),
- Sozialnorm (abnorm wäre dann das Abweichende).

Wie unsicher oder auch nachdenklich wir werden können in der Einschätzung dessen, was wir als normal oder nicht normal ansehen, wird deutlich, wenn wir Situationen unter verschiedenen Kontextbedingungen beurteilen. Als der Dichter Christian Friedrich Hebbel 1853 ein Irrenhaus besuchte, notierte er in seinem Tagebuch: „Grauensvoll: Massen von Wahnsinnigen zu sehen, denn dadurch wird das Unnormale scheinbar wieder normal.“

Auch in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen tut man sich schwer mit dem Begriff des Abnormen, er wird immer wieder problematisiert. Der amerikanische Biologe und Sexualforscher Alfred Charles Kinsey (1894–1956) hat bekanntlich den Normalitätsbegriff deshalb in Zweifel gezogen, weil er bei seinen statistischen Erhebungen viele der in Lehrbüchern seinerzeit als abnorm, krank

oder pervers bezeichneten sexuellen Verhaltensweisen in Bevölkerungsgruppen als sehr verbreitet feststellte.

Ein anderer Aspekt, weshalb die verschiedensten Begriffe aus den Bereichen klinisch-psychologischer und psychiatrischer Diagnostik, insbesondere solche, die Differenzen zum „Normalen“ und Defizite bezeichnen, problematisch erscheinen, liegt in ihrem Bedeutungswandel durch Übertritt in die Alltagssprache. Alltagssprachlich verwendet werden die Begriffe mit einer deutlich negativen, häufig herabsetzenden Wertung verknüpft, so z.B. wenn jemand sagt, „der ist ja gestört“. Wenn ich jemanden aufgrund bestimmter Verhaltensweisen als „verrückt“ oder „irre“ bezeichne, kann es passieren, dass ich mir eine Beleidigungsklage oder Ohrfeige einhandle. Welcher Bedeutungswandel hat stattgefunden? Der Begriff „verrückt“ bedeutet ursprünglich „an eine andere, eine falsche Stelle gebracht“. Seit dem 17. Jahrhundert finden sich dann Formulierungen wie „verrückt im Kopf“. Heute bedeutet „verrückt“: „nicht bei Verstand, geistesgestört, irre sein“. „Geistesgestörtheit“ und „Irresein“ sind ursprünglich psychiatrische Diagnosen. Die Institutionen, in denen sich entsprechende Personen zur Behandlung aufhielten, wurden vor noch nicht allzu langer Zeit „Irrenanstalten“ genannt. So hatte man 1864 in Frankfurt am Main ein neu gebautes Hospital für psychisch Kranke eröffnet, das noch 1920 den Namen „Städtische Heilanstalt für Irre und Epileptische“ trug.

Es ist wohl das Schicksal nicht weniger psychiatrischer und psychologischer Diagnosen in einer alltagssprachlichen Verwendung schließlich zu Bezeichnungen zu mutieren, mit denen andere herabgesetzt und beschimpft werden können. So wecken z.B. „Hysterie“, „Schizophrenie“, „Schwachsinn“ oder auch „Idiotie“, mit der im psychiatrischen Sinne der höchste Grad von Schwachsinn gemeint ist, bestimmte negative Konnotationen. Dies ist sicher mit ein Grund dafür, dass gewisse diagnostische Bezeichnungen und Begriffe aufgegeben und durch andere Fachausdrücke ersetzt werden¹, bis diese schließlich das gleiche Schicksal ihrer missbräuchlichen Verwendung erfahren und zur „Metapher der Diffamierung“ (Finzen, 1996) werden². Dass sich insbesondere psychiatrische Diagnosebezeichnungen in ihrer alltagssprachlichen Verwendung offenbar so sehr dafür eignen, Menschen herabzusetzen, zu verletzen und zu beleidigen, hat sicher mit den nach wie vor negativen Einstellungen, Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen zu tun, zu denen offenbar auch nicht wenige Personen in Straftat zählen. Dazu passt, dass auch Psychotherapie noch immer ein Tabuthema zu sein scheint: Nach einer Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) in Nürnberg wäre es jedenfalls 41 % der fast 2000 befragten Deutschen ab 14 Jahre „ausgesprochen peinlich“, wenn ihr Umfeld (Nachbarn oder Bekannte) davon erfahren würde, dass sie sich in Psychotherapie befinden (Quelle: www.netdoktor.de, 04.08.2003).

1 Immer wieder gemachte Vorschläge eines Begriffswechsels, z.B. die Bezeichnung „abnorm“ aufzugeben und konsequent durch „abweichend“ zu ersetzen, können schon deshalb keine gute Lösung darstellen, weil häufig für neue Begriffe die Vieldeutigkeit fortbesteht.

2 Seit geraumer Zeit laufen Kinder, bei denen eine Legasthenie vorliegt, oder von denen bekannt wird, dass sie mit einem Psychologen oder Therapeuten in Kontakt stehen, Gefahr, durch entsprechende Verballhornungen als „Legastheni“, „Psycho“ oder „Schizo“ verspottet zu werden.

Auch die auf den ersten Blick so positiv erscheinenden Begriffe „normal“ und „gesund“ sind nicht nur uneindeutig, sondern auch schillernd. Es gibt sicher Menschen, die im Sinne des Gewöhnlichen, Durchschnittlichen und Üblichen nicht normal sein möchten, zumal die Norm und das Normale viel zu sehr abhängig sind von den jeweils geltenden gesellschaftlichen Bedingungen und damit der Individualität zu wenig Raum bleibt. Seit Anfang des 18. Jahrhunderts meint der Begriff „normal“ aber auch „geistig gesund“, was ihm zweifellos eine positive Bedeutung verleiht. Menschen möchten in diesem Sinne als „normal“ gelten, denn „unnormale“ oder „abnorme“ zu sein, würde heißen, als „geistig nicht gesund“ bzw. „krankhaft“ angesehen zu werden. Gleichwohl bleibt das Verständnis von geistiger Gesundheit an die jeweils herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse gebunden. Auch ist die Definition von geistiger/psychischer Gesundheit und abweichendem Verhalten kulturell bedingt und mit dem jeweiligen Zeitgeist verknüpft. Jede Diagnose abweichenden Verhaltens steht in einem gesellschaftlichen Zusammenhang und drückt in gewisser Weise die in dieser Gesellschaft geltenden Regeln, Normen und Werte aus. Die Grenze des Normverhaltens bestimmt die Gruppe. Regeln, Normen und Werte sind veränderbar und verändern sich auch tatsächlich in der Zeit. So wurde z.B. im Jahre 1973 die Homosexualität durch die American Psychiatric Association (A.P.A.) – nach einer erfolgten Abstimmung – von der Liste psychischer Krankheiten gestrichen. „Der Grund war, daß viele Homosexuelle ihren Lebensstil durchaus nicht als unangemessen und auffällig empfinden und auch keine begleitenden psychischen Probleme erleben“ (Bourne & Ekstrand, 1992, S. 465). Diagnosen abweichenden Verhaltens sind Werturteile, sie können auch im Sinne des Machtmissbrauchs und der Unterdrückung von Menschen eingesetzt werden. So ist bekannt, dass u.a. in der ehemaligen Sowjetunion politisch Andersdenkende als geisteskrank diagnostiziert und in psychiatrischen Einrichtungen „behandelt“ wurden.

Aus der Feststellung der Vieldeutigkeit diagnostisch verwendeter Begriffe ergibt sich die Notwendigkeit ihrer Präzisierung, vor allem auch deshalb, weil aus ihrer Verwendung erhebliche Konsequenzen resultieren. In strafrechtlichen Gutachten erfolgen Schlussfolgerungen in Fragen der Schuldfähigkeit, der Prognose und Therapie von diagnostizierten Tätern. Nach unserer geltenden Rechtsauffassung kann Krankheit im Falle von Rechtsverstößen Schuld aufheben, sodass auch eine Bestrafung entfällt. Aber auch Krankheit ist ebenso wenig wie normales oder abnormes, funktionales oder dysfunktionales Verhalten abstrakt definierbar, sondern stets nur innerhalb eines jeweiligen Bezugsrahmens zu bestimmen. In der Psychiatrie und Klinischen Psychologie existiert kein allgemein verbindlicher Krankheitsbegriff. Selbst die Gesundheitswissenschaften tun sich schwer damit.

Krankheit als das Fehlen von Gesundheit zu definieren, befriedigt nicht. Es stellt sich zwangsläufig die Frage, was Gesundheit ist. Auch psychische Erkrankungen legen Grenzziehungen zur psychischen Gesundheit nahe. Wie aber können wir psychische Gesundheit beschreiben? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat versucht, Gesundheit – auch geistige und psychische Gesundheit – an einer Idealnorm orientiert zu definieren. Danach ist „Gesundheit der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Corazza et al., 1990, S. 213). Diese Sichtweise ist zu Recht als wenig realitätsgerecht und „alltagstauglich“ kritisiert worden.

Gesundheitspsychologische Untersuchungen beschreiben seelisch gesunde im Vergleich zu weniger gesunden Menschen als Personen, die folgende Merkmale/Eigenschaften in relativ höherer bzw. geringerer Ausprägung bieten (vgl. Becker, 1997):

- hohe Selbstachtung und großes Selbstvertrauen,
- seelische Stabilität,
- großes Gerechtigkeitsgefühl,
- Optimismus und Harmonie,
- Fähigkeit, mit Stress umzugehen,
- geringe Ängstlichkeit und Gereiztheit,
- weniger körperliche Beschwerden,
- bessere Konzentration und größere Energie,
- Sicht auf den Sinn des eigenen Lebens,

im sozialen Kontext:

- größere Selbstsicherheit,
- mehr Vertrauen,
- höhere Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme,
- Vermögen, sich zu behaupten,
- größere Unabhängigkeit von Meinungen anderer.

Ein sehr viel angemesseneres Verständnis von psychischer Gesundheit als das der Weltgesundheitsorganisation erhalten wir, wenn wir *gleichzeitig* die Bedingungen berücksichtigen, die einerseits die Gesundheit erhalten und andererseits die Gesundheit gefährden können. Danach wäre – im Vorstellungsbild einer Waage – von der psychischen Gesundheit einer Person auszugehen, wenn im individuellen System ihrer Persönlichkeit die protektiven (schützenden) und kompensatorischen (ausgleichenden) Anteile sowie die ihr gegebenen Umweltstabilisierungen (Stützen) gegenüber den konstitutionellen Vulnerabilitäten (anlagebedingten Verletzbarkeiten) und Umweltbelastungen dieser Person überwiegen (vgl. Becker, 1982; Becker & Minsel, 1986).

Anders ausgedrückt: Die lebens- und überlebensnotwendige psychische Homöostase wird durch eine Balance aller einflussnehmenden biologischen, psychischen und sozialen Faktoren der Person gewährleistet. Die Balance entscheidet über die psychische Gesundheit und bewahrt sie. Psychische Krankheit wäre demnach die „gesunde Antwort“ auf ein negatives Ungleichgewicht der genannten Faktoren mit der Folge, dass Belastungen nicht ausreichend widerstanden werden kann und diese ihre krankmachende Wirkung entfalten können. Mit anderen Worten, es kommt zu einer psychisch instabilen Lage, die sich schließlich als psychische Krankheit manifestiert (Jost, 2006).

Mit der genannten Umschreibung von psychischer Gesundheit sind wesentliche Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen angesprochen. Der vor allem in den 1960er und 1970er Jahren zum Teil heftige psychiatrische Richtungs- und Schulenstreit mit seinen recht unterschiedlichen pathogenetischen Überzeugungen hat allerdings sehr viel Uneinigkeit in den konkreten Ursachenerklärungen psy-

chischer Erkrankungen hervorgebracht³ bis hin, dass deren Existenz von einigen Anhängern der sog. Antipsychiatrie überhaupt in Frage gestellt wurde. Eine sehr verbesserungsbedürftige Diagnostik psychischer Erkrankungen hat schließlich zur Entwicklung sog. Klassifikationssysteme geführt, sodass eine Beliebigkeit in der Einschätzung psychischer Auffälligkeiten sehr eingeschränkt, Objektivität und Reliabilität diagnostischer Entscheidungen deutlich erhöht wurden. Damit wurde auch die wissenschaftliche Verständigung über psychische Störungsbilder verbessert. Die heute geläufigen, auch in der strafrechtlichen Begutachtungspraxis angewandten, nicht an Richtungen und Schulen von Psychologie und Psychiatrie gebundenen, internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen sind das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) und die in Deutschland bevorzugte International Classification of Diseases – 10. Revision (ICD-10). Diese auf psychopathologischen Konventionen beruhenden, operationalen diagnostischen Klassifikationssysteme vermeiden die Termini „Krankheit“ und „Erkrankung“ und verwenden den Begriff „Störung“, der jedoch bekanntermaßen nicht weniger problematisch ist als der Krankheitsbegriff. Abgesehen von eindeutig organisch verursachten Störungen erfolgen im ICD-10 keine ätiopathogenetischen (ursachenbezogenen) Zuordnungen. Diagnosen erfolgen nicht mehr (an einem ätiologischen Krankheitsmodell orientiert) nosologisch, vielmehr auf der Grundlage phänomenologischer Symptomenlisten, was sich spätestens dann als unzureichend erweist, wenn es um die Therapie von Störungen geht. Die Therapie kann der Frage nach den (hypothetischen) Ursachen einer Störung gar nicht ausweichen.

Da aus der Sicht der Gesetzgebung und im Hinblick auf die im Strafgesetzbuch (StGB) festgeschriebenen Schuldfähigkeitsbestimmungen (§§ 20 und 21 StGB) der Krankheitsbegriff eine herausragende Rolle spielt, haben die traditionelle nosologische Einteilung psychischer Störungen und die mit ihnen verbundenen ätiopathogenetischen, verlaufsypischen und prognostischen Annahmen nach wie vor eine hohe Bedeutung.

Nach traditioneller nosologischer Einteilung (s. **Abb. 2.1**) können psychische Störungen exogen, endogen oder reaktiv verursacht sein. Daneben gibt es psychische Störungen, die Überschneidungsbereichen der Ursachenkreise zuzuordnen sind. Exogene psychische Störungen sind (hirn-)organisch bedingt. Hierunter fallen akute, chronische und residuale Krankheitszustände infolge direkter oder indirekter Hirnschädigung. Endogene psychische Störungen sind nicht eindeutig und ausreichend organisch erklärbar, weshalb von inneren Bedingungen ausgegangen wird. Es sind dies in der Hauptsache die affektiven und schizophrenen

3 Diesbezügliche Kontroversen hat es jedoch historisch schon früher gegeben: „In der klinischen Psychiatrie entstanden sehr unterschiedliche nosologische Systeme, deren gemeinsamer Nenner das Bestreben war, die verwirrende klinische Vielfalt seelischer Störungen durch einen an der Symptomatik oder auch an spekulativen ätiologischen Hypothesen ausgerichteten begrifflichen Rahmen zu ordnen und damit handhabbar zu machen. Den größten Gegensatz findet man hier zwischen den ‚romantischen Psychiatern‘ des frühen und den materialistisch eingestellten ‚Gehirnpsychiatern‘ des ausgehenden 19. Jahrhunderts“ (Hoff, 2005, S. 1052). Die einen schrieben Geisteskrankheiten weitgehend der Eigenverantwortung der Betroffenen zu, die anderen sahen in ihnen Erkrankungen des Gehirns. Erinnert sei an Wilhelm Griesinger (1817–1868), der in seinem berühmten Lehrbuch „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ darlegte, dass „Geisteskrankheiten“ Gehirnkrankheiten seien.