

# **1 Psychiatriehistorische und psychopathologische Aspekte der Debatte um den „freien Willen“: Ihre aktuelle klinische und forensische Bedeutung**

Paul Hoff

Die wissenschaftliche Diskussion um den Begriff, ja die schiere Existenz eines „freien Willens“ hat in den letzten Jahren an Intensität stark zugenommen. Dies liegt nicht zuletzt an den markanten Fortschritten der empirischen Neurowissenschaften, die sich zunehmend auch zu hoch komplexen Phänomenen des menschlichen Erlebens und Verhaltens äußern. Und zu dieser Art von Phänomenen gehören, und zwar an vorderer Stelle, Entscheidungskompetenz, Handlungssteuerung und individuelle Verantwortung der Person – oft in holzschnittartiger Vergrößerung als „freier Wille“ bezeichnet.

Das Thema ist – und war immer – für die Psychiatrie als ganze, aber gerade auch für die forensische Psychiatrie, ein zentraler Gegenstand. Auf den ideengeschichtlichen Hintergrund wird in Kapitel 1.1 eingegangen. Kapitel 1.2 legt dar, wie verschiedene Arten des psychiatrischen Krankheitsbegriffes sich zum Konzept der personalen Autonomie verhalten. In Kapitel 1.3 schließlich geht es um die aus der aktuellen klinischen wie Forschungsperspektive besonders wichtige Frage, welche Rolle zukünftig die Psychopathologie bei kontroversen,

aber unabweisbaren Themen wie Subjektivität und Autonomie einnehmen soll, wenn sie ihre wissenschaftliche Relevanz nicht noch weiter eingeschränkt sehen will. Ein thesenhaftes Resümee bildet den Abschluss.

Als grundsätzliche Vorbemerkung sei betont, dass der Begriff „Freier Wille“ in wissenschaftlichem Kontext nicht ohne Kommentierung verwendet werden sollte. Zu groß ist einfach das Risiko, dabei in plumpe Verkürzungen zu geraten, sei es in die bejahende oder verneinende Richtung. Im Folgenden wird entsprechend nicht von einem absolut freien Willen einer Person oder des Menschen schlechthin die Rede sein, einem Willen also, der von *jedem* denkbaren Kontext unabhängig wäre. Vielmehr geht es um die personale Autonomie des Individuums, dies freilich im Lichte ganz unterschiedlicher Einflussgrößen aus den Bereichen des Biologischen, Psychologischen und Sozialen.

### 1.1 Warum diese Debatte charakteristisch ist für die (forensische) Psychiatrie

Die Geschichte der gesamten Medizin, speziell aber diejenige der Psychiatrie, durchzieht der Gegensatz zwischen *subjektorientierter Heilkunst* einerseits und *objektorientierter Wissenschaftlichkeit* andererseits. Die eine stützt sich stark auf Qualitatives und zielt auf individuelle Besonderheiten ab, die andere bevorzugt quantitative (und damit besser messbare) Merkmale und sucht Gesetzmäßigkeiten, die „hinter“ den individuellen Erscheinungen vermutet werden (s. Abb. 1).

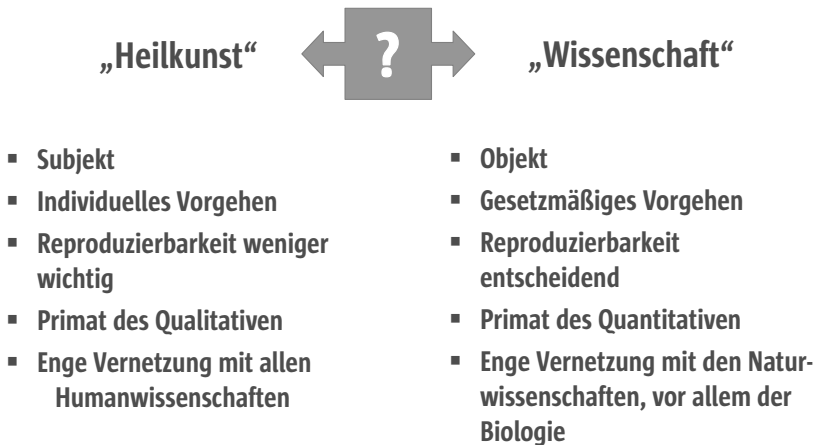


Abb. 1 Die „zwei Gesichter“ der Psychiatrie

Vergegenwärtigt man sich die wesentlichen, in den letzten 200 Jahren vertretenen psychiatrischen Krankheitsmodelle (vgl. Abb. 2), so wird deutlich, wie unterschiedlich die jeweilige Akzeptanz und Gewichtung subjektiver und

objektiver Anteile in der psychiatrischen Forschung waren und sind. Zwei Extreme sind dabei die stark subjekt- und biografieorientierte Psychiatrie der romantischen Ära zu Beginn des 19. Jahrhunderts einerseits sowie die nach Objektivierung strebende „Gehirnpsychiatrie“ des späten 19. Jahrhunderts andererseits. Letztere hat ihre Fortsetzung in der Suche nach neurobiologischen Korrelaten (oder gar Erklärungen) mentaler Vorgänge gefunden, wie wir sie aus den empirischen Neurowissenschaften der letzten Jahrzehnte kennen.

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| ▪ <b>Romantische Psychiatrie</b>            | ▪ <b>Somatosepostulat</b>             |
| ▪ <b>Einheitspsychose</b>                   | ▪ <b>Strukturdynamik</b>              |
| ▪ <b>Natürliche Krankheitseinheiten</b>     | ▪ <b>Systemtheorie</b>                |
| ▪ <b>Gruppe der Schizophrenien</b>          | ▪ <b>Antipsychiatrie</b>              |
| ▪ <b>Psychosen als „Systemerkrankungen“</b> | ▪ <b>Kognitiv-behavioraler Ansatz</b> |
| ▪ <b>Unbewusstes</b>                        | ▪ <b>Neurotransmission</b>            |
| ▪ <b>Anthropologische Psychiatrie</b>       | ▪ <b>Denosologisierung</b>            |
|   | ▪ <b>Molekulare Psychiatrie</b>       |

Abb. 2 Psychiatrische Krankheitsmodelle – Beispiele von 1800 bis 2010

Nicht vergessen werden darf, dass es in der Psychiatrie keineswegs nur um fachliche Fragestellungen und theoretische Rahmenbedingungen im engeren Sinne geht, sondern – deutlich mehr als in anderen medizinischen Fächern – auch gesellschaftliche und politische Faktoren eine Rolle spielen. Dies gilt insbesondere für die Abgrenzung eines „nur“ ungewöhnlichen, aber eben nicht „krankhaften“ Verhaltens von der psychischen Krankheit *sensu strictu* – eine je nach historischem oder kulturellem Kontext ausserordentlich variable Grenzziehung.

Auf den ersten Blick mag es verwundern, dass der „freie Wille“ und dessen neurowissenschaftliche Erfassbarkeit aktuell derartig viel Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass wir erneut mit einem Ansatz konfrontiert werden, der für das tradierte (westliche) Menschenbild potentiell eine enorme Herausforderung, ja Kränkung darstellt. Diesbezüglich gibt es prominente „Vorgänger“ in der Wissenschaftsgeschichte: *Nikolaus Kopernikus* leitete – im Anschluss an antike Konzepte gleicher Stoßrichtung – die Ablösung des mehr als 1000 Jahre lang für selbstverständlich gehaltenen geozentrischen Weltbildes durch das heliozentrische ein, was – Stichwort: Kränkung – die Erde und deren Bewohner ihrer Sonderrolle beraubte. *Charles Darwin* verkleinerte im 19. Jahrhundert den biologischen Abstand zwischen Mensch und Tier vermeintlich so sehr, dass es manchen geradezu bedrohlich erschien. *Karl Marx* vertrat den Anspruch, die Philosophie vom Kopf auf die Füße gestellt

zu haben, indem er – hier schon recht nahe unserer Thematik<sup>1</sup> – betonte, das Sein bestimme das Bewusstsein und nicht, wie es etwa Kant und Fichte vertreten hatten, umgekehrt das Bewusstsein das Sein. Um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert schließlich formulierte *Sigmund Freud* – sich selbst dabei durchaus als empirischer Wissenschaftler verstehend – grundsätzliche Zweifel an der Rationalität menschlichen Erlebens und Verhaltens, was speziell die rationalistischen Subjektkonzepte in der Tradition der europäischen Aufklärung in Frage stellte. Und in diese Linie könnte man nun auch den Anspruch einiger Neurobiologen gegen Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts stellen, mittels empirischer Ergebnisse wahrscheinlich gemacht (oder bereits bewiesen) zu haben, dass der freie Wille ebenso eine Illusion sei wie andere psychologische Konstrukte, etwa Person, Intentionalität, Handlungsplanung<sup>2</sup>.

Bevor das Verhältnis dreier psychiatrischer Krankheitsmodelle zum Konzept der personalen Autonomie untersucht werden soll, sei kurz an historische Marksteine bei der Entwicklung der forensischen Psychiatrie als Fach erinnert: Die Frage, ob ein bestimmtes ungewöhnliches oder bizarres Verhalten der handelnden Person zugerechnet werden könne und diese somit im Falle eines Deliktes, das sie in besagtem Zustand begeht, zur Rechenschaft zu ziehen sei, wurde in den meisten Hochkulturen mehr oder weniger deutlich zum Gegenstand. Hingegen ist die Zuständigkeit der ärztlichen Profession für die Beantwortung dieser Frage zumindest in systematischer Art und Weise eine Begleiterscheinung des aufklärerischen 18. Jahrhunderts. Natürlich wird die Position, die ein Arzt bzw. ein forensischer Psychiater hier vertritt, eng damit in Verbindung stehen, wie er generell über psychische Erkrankungen denkt. Dieser Aspekt ist im Folgenden an drei Beispielen zu vertiefen.

### 1.2 Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Personalität

Am Beginn der Entwicklung der europäischen Psychiatrie zu einer akademischen Disziplin stehen Kliniker und Wissenschaftler wie *Philippe Pinel* (1745–1826), dem grundlegende philosophische Fragen, vor allem das Leib-Seele-Problem, zwar selbstverständlich gut bekannt waren, der aber keine Mühe hatte, die im alltäglichen Lebensvollzug des Menschen gegebene Einheit biologischer, psychischer und sozialer Aspekte anzuerkennen. Auch *Johann Christian Reil* (1759–1813), auf den der Begriff „Psychiatrie“ zurückgeht, gehört zu diesen

- 1 Die radikale Position des eliminativen Materialismus, wonach sämtliche mentalen Phänomene, von der einfachen Sinneswahrnehmung bis zur komplexen Persönlichkeitsentwicklung, ja Lebensführung, keine eigene „Realität“ besäßen, sondern identisch seien mit definierbaren neuronalen Vorgängen (Churchland, 1986), ist im Grunde inhaltsgleich mit dem genannten Marxschen Diktum.
- 2 Vgl. das „Manifest der Hirnforschung“ (Elger et al., 2004) und die dadurch ausgelöste Debatte (etwa Fiedler et al., 2005).



Autoren, die bei aller Kenntnis der implizierten Fragen eben keine Konfrontation zwischen biologischer und psychischer Perspektive suchten.

Am Ende einer komplexen Entwicklung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, auf die hier nicht eingegangen werden kann, kam es zu einem markanten Paradigmenwechsel, in erster Linie repräsentiert durch *Wilhelm Griesinger* (1817–1868). Griesinger forderte die Psychiatrie auf, eine empirische Wissenschaft zu werden, die sich auch, aber nicht ausschließlich, mit der Erforschung neurobiologischer Zusammenhänge, also mit den Gehirnfunktionen, zu befassen und sich dabei vorschneller, empirisch nicht abzusichernder philosophischer Spekulationen zu enthalten habe. Obwohl Griesinger alles andere war als ein unreflektierter Materialist, kann doch sein Postulat als Geburtsstunde dessen bezeichnet werden, was wir in der Folge und bis heute als biologische oder neurowissenschaftliche Psychiatrie bezeichnen. In genau diese Richtung dachten auch viele einflussreiche Kliniker an der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert, etwa *Emil Kraepelin* (1856–1926), für den das Ziel der psychiatrischen Forschung die Entdeckung „natürlicher Krankheitseinheiten“ war, Krankheitseinheiten also, die biologisch eindeutig vorgegeben seien („natürlich“) und nicht etwa „nur“ als begriffliche Konstrukte zu gelten hätten. Kraepelin forcierte in diesem Zusammenhang in Fortsetzung der Pionierarbeit seines Lehrers *Wilhelm Wundt* (1832–1920) insbesondere die quantifizierend-experimentelle psychologische Forschung.

In *Karl Jaspers'* (1883–1969) psychiatrischem Hauptwerk, der „Allgemeinen Psychopathologie“ von 1913, haben wir einen auch und gerade für die heutige Psychiatrie bedeutsamen Text vor uns. In Anbetracht des Forschungs-„gegenstandes“ psychisch kranker Mensch warnt Jaspers vor jeder dogmatischen Engführung auf welcher erkenntnistheoretischen und methodischen Ebene auch immer. Anschaulich erläutert er eine Reihe von typischen Vorurteilen, die für die therapeutische und wissenschaftliche Arbeit bedenkliche Folgen haben können (Hoff, 1989). Für ihn ist es geradezu die Hauptaufgabe der Psychopathologie, Spannungen, die sich aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven ergeben – Stichworte: Geist/Gehirn, Subjekt/Objekt, Qualitatives/Quantitatives – zu akzeptieren und sinnvoll in ein Gesamtverständnis zu integrieren. Und genau darum geht es in der aktuellen Debatte.

Gleichwohl ist trotz dieses Monitums spätestens seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts der Gegensatz zwischen quantitativer neurobiologischer Erforschung psychischer Phänomene einerseits und qualitativer heuristischer, teils auch sozialwissenschaftlicher Perspektive andererseits zu einem das Fach Psychiatrie geradezu prägenden Streitpunkt geworden.

Nun können in der jüngeren Psychiatriegeschichte drei grundsätzliche Modelle unterschieden werden, mit denen das Phänomen *psychische Krankheit* begrifflich erfasst werden kann (Hoff, 1990, 2005):

- **Das realdefinitorische Modell** basiert auf der erkenntnistheoretischen Position des Realismus, der die vom Beobachter unabhängige Existenz der Außenwelt postuliert. Dieses Modell versteht psychische Erkrankungen genau wie somatische, nämlich letztlich als objektive Sachverhalte, die unabhängig von der beschreibenden oder deutenden Aktivität des Forschers oder ärztlichen Behandlers naturgemäß so gegeben sind, wie sie eben sind. „Die Schizophrenie“, um ein wichtiges Beispiel zu nennen, wird so zu einem objektiv existierenden („realen“) Gegenstand, den es zu *entdecken* gilt. Eine solche Position liegt oft, wenn auch nicht immer explizit, neurowissenschaftlich orientierten Krankheitsmodellen zu Grunde.
- Im Gegensatz dazu sieht das **biographisch-situative Modell** psychische Störung als verständliche individuelle Reaktions- oder gar Lebensform an. Hier geht es nicht in erster Linie um neurobiologische Funktionsstörungen, sondern um den Versuch, mit hermeneutischen Mitteln die psychische Problematik einer Person in ihrer Genese, aktuellen Ausgestaltung und möglichen therapeutischen Veränderbarkeit zu erfassen. Dabei ist die subtile Kenntnis der lebensgeschichtlichen Entwicklung eine entscheidende Voraussetzung. Die psychische Störung wird hier also nicht, wie im ersten Modell, objektiv entdeckt, sondern *verstehend nachvollzogen*.
- Die in der jüngeren Psychiatriegeschichte heftig aufeinander prallenden Auffassungen der beiden genannten Modelle waren letztlich ein wesentlicher Grund für die Entwicklung der operationalisierten psychiatrischen Diagnostik, heute als ICD-10 (WHO, 1991) und DSM IV TR (APA, 2000) international verbreitet. Hier wird versucht, vor allem die Ätiologie- und möglichst auch die Pathogenesefrage aus dem diagnostischen Prozess herauszuhalten. Dieser solle möglichst nüchtern deskriptiv und quantifizierend ablaufen. Auch auf der sprachlichen Ebene zeigte sich die Skepsis gegenüber voreiligen ätiologischen Vorannahmen, insofern der (eher dem medizinischen Modell zugehörige) Begriff der Krankheit (disease) nahezu konsequent durch den viel neutraleren, wenn auch blässeren Begriff der Störung (disorder) ersetzt wurde. Diese dritte Version kann man **nominaldefinitorisches Modell** nennen: Sie definiert gerade nicht, was eine Schizophrenie „wirklich“ ist oder ob es diese Krankheitsentität überhaupt als solche gibt, vielmehr legt sie fest, wie bei einem aktuell gegebenen empirischen Wissensstand der Begriff Schizophrenie sinnvoll verwendet werden kann bzw. – bei Vorliegen der entsprechenden Kriterien – verwendet werden muss.

Diese Art der psychiatrischen Diagnostik wird meist als deskriptiv, theoriearm (fälschlicherweise mitunter auch als theriefrei) sowie als ätiologisch weitgehend neutral bezeichnet. Nun ist es gerade mit der ätiologischen Neutralität nicht ganz so einfach, heißt doch eines der diagnostischen Hauptkapitel der ICD-10, die Gruppe Fo, immerhin „organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“, nimmt also den ätiologischen Aspekt an zentraler Stelle in die Diagnostik auf. Auch die laufenden Bemühungen, in die



Folgeversionen ICD-11 und DMS V pathogenetische und ätiologische Aspekte aus dem neurowissenschaftlichen Bereich – Stichwort: Endophänotypen – aufzunehmen, ist bemerkenswert und mit der genannten ursprünglichen Intention dieser Art von Diagnostik nicht ohne weiteres vereinbar.

Die verschiedenen Krankheitsmodelle haben nun recht konkrete (positive wie negative) Auswirkungen auf den Status der psychiatrischen Diagnostik. Auch kann es zu charakteristischen Überdehnungen des Konzeptes kommen, was jeweils nachteilige Folgen für die Anerkennung der personalen Autonomie des/der betreffenden Patienten/-in nach sich ziehen kann:

Im Falle der Realdefinition im naturalistischen Sinne ist der diagnostische Prozess in einer Art photographischer Abbildung des real („natürlich“) Gegebenen verstehen: Diagnostizieren als *naturgetreues Abbilden*. Und die personale Autonomie gerät bei strikter Auslegung dieses Krankheitsmodells rasch in den Verdacht, eine „Illusion“ zu sein, „hinter“ der neurobiologische Vorgänge stehen, denen allein Realität und Wirksamkeit zukommt. Zu Ende gedacht hat diese Position nicht nur für die philosophische Ebene des Menschenbildes, sondern auch für Begründbarkeit und Umsetzbarkeit eines schuldorientierten Strafrechtes erhebliche Konsequenzen (Grün et al., 2008).

Im Falle der biographischen Definition hingegen geht es um Nachempfindung und Interpretation: Diagnostizieren als *Verstehensprozess*. Hier sind die Risiken hinsichtlich der Bedeutung der personalen Autonomie weniger augenfällig. Gleichwohl stellt man diese letztlich auch dann in Frage, wenn der Verstehenszusammenhang eine so starke Erklärungskraft zugewiesen erhält, dass die faktisch vollzogene Handlung gleichsam als *notwendige* (wenn auch „verstehbare“) Folge früherer psychischer Zustände erscheint.

Bei den Nominaldefinitionen des ICD-10 und DSM-IV TR schließlich entspricht der diagnostische Prozess der Anwendung aktiv konstruierter Begriffe, eben der Diagnosen nebst den dazugehörigen Algorithmen. Diese Konstrukte stützen sich auf empirische Befunde einerseits und auf von Expertengremien entworfene Entscheidungsalgorithmen andererseits: Diagnostizieren als *begriffliche Konstruktion*. Die Idee der Personalität wäre in dieser Konstellation dann beeinträchtigt, wenn – nach dem Vorbild der Assoziationspsychologie des frühen 19. Jahrhunderts – der gesamte psychische Phänomenbereich (ob gesund oder krank) als bloße Summe einzelner operationalisierter Kriterien verstanden würde. Die durch diese Kriterien nicht erfassten oder nicht vollständig erfassbaren psychopathologischen Phänomene (etwa komplexe Persönlichkeitsakzentuierungen, biographische Entwicklungen oder spezifische Anmutungsqualitäten in Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung) wären so der wissenschaftlichen Bearbeitung entzogen, damit gleichsam aber auch diskreditiert.

Im Folgenden wird, unabhängig davon, welches Krankheitsmodell zum Tragen kommt, die Rolle der Psychopathologie in der zukünftigen Debatte um personale Autonomie und Willensfunktion erörtert.

### 1.3 Psychopathologie und Personalität

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass heute oft genau in die andere Richtung gefragt wird: Ist es denn nicht besser oder – in Anbetracht der vielen, oben skizzierten konzeptuellen Probleme – zumindest wesentlich einfacher, die wissenschaftstheoretische Ebene zu verlassen und sich ganz auf die empirische Einzelforschung zu konzentrieren? Die Antwort liegt in der Natur des „Forschungsgegenstandes“, der psychisch kranken Person. Denn will man ihr, sei es diagnostisch, therapeutisch oder als Sachverständiger, gerecht werden, kann eine der vielen, in ihrem jeweiligen Bereich durchaus erfolgreichen Einzelperspektiven nicht ausreichen. Dies bedeutet zum einen, dass die Psychiatrie die beträchtlichen theoretischen und praktischen Spannungen, die immer wieder neu entstehen, als ihr inhärent und damit unabweisbar akzeptieren, ja aushalten muss. Zum anderen aber – und das ist hier entscheidend – sollte sie aktiv mit eigenen Argumenten und Entwürfen in die Debatte eingreifen und nicht vorwiegend oder gar ausschließlich auf Positionen der Nachbarwissenschaften wie Neurobiologie, Psychologie oder Soziologie zurückgreifen.

Freilich ist auch diese Forderung nicht neu. Nachhaltig vertreten hat sie beispielsweise ein heute weitgehend in Vergessenheit geratener Autor, *Arthur Kronfeld* (1886–1941), der sich in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in umfassender Weise mit der Identität von Psychiatrie, Psychopathologie und Psychologie auseinandergesetzt hat (Kretschmer, 1987, Hoff, 2007). Ein Kerngedanke Kronfelds ist die Unterscheidung zwischen Autologie und Heterologie: Eine *autologische* Wissenschaft reflektiert ihre Grundlagen, definiert ihre Grenzen und Kompetenzen, gibt sich ihre Regeln soweit als möglich selbst. Eine heterologische Wissenschaft tut das Gegenteil: Sie übernimmt ihren wissenschaftstheoretischen Rahmen ohne eigene leitende Vorstellungen aus anderen Bereichen. Konkret heißt das für die Psychiatrie etwa, dass eine strikte Ausrichtung der psychiatrischen Forschung nach neurobiologischen oder sozialwissenschaftlichen Grundsätzen im Sinne Kronfelds *heterologisch* zu nennen wäre, weil eben das genuin psychiatrische Element, vor allem die von ihm sehr speziell und anspruchsvoll ausgestaltete psychopathologische Perspektive, nicht hinreichend vertreten wäre.

Seine Vision einer autologischen Psychiatrie, die aber sehr wohl auch die heterologischen Bereiche zur Kenntnis nimmt, freilich ohne sie an die oberste Stelle zu setzen, formuliert Kronfeld mit Blick auf das Soma-Psyche-Problem so: Man sollte erwarten,

*„dass die heterologische Kausalisierung des Psychischen durch das Somatische ... erst in Angriff genommen werden darf und kann, wenn das seelische Geschehen seinerseits so autologisch durchgearbeitet ist, dass es überall bis auf seine letzten, autologisch irreduziblen Eigencharaktere zurückführbar geworden ist.“ (Kronfeld, 1920, S. 248)*





Kronfeld warnt hier zwar vor einer unreflektierten Anwendung somatologischer Forschung in der Psychiatrie, zugleich akzeptiert er aber sehr wohl das, was er „heterologische Kausalisierung des Psychischen durch das Somatische“ – also die neurobiologische Fundierung oder gar Verursachung mentaler Phänomene – nennt: Diese dürfe und könne wissenschaftlich bearbeitet werden, sofern zuvor der mentale Phänomenbereich als solcher soweit als möglich verstanden, auf seine „autologisch irreduziblen Eigencharaktere“ rückgeführt worden sei.

Wie aber kann dieser enorme Anspruch eingelöst werden? Wieder Kronfeld:

*„Was die Forschung hier braucht, um eines Tages zu einer vollendeten Synthese psychologischer Krankheitsbilder zu gelangen, ist die exakte, eindeutige und strenge Methode, logisch orientiert an einem klaren Begriff von systematisch-psychologischer Theorie.“ (Kronfeld, 1920, S. 201)*

Autologische Psychiatrie im Sinne Kronfelds anerkennt also psychische Sachverhalte als existent, verwirft ihre 1:1-Projektion auf die neurobiologische Ebene und sucht nach ihren *inneren* Gesetzmässigkeiten. Nur dann werde sie eine „autochthone Wissenschaft“ werden, eine „Wissenschaft eigenen Wesens, eigener Fundamente, Methodik und Struktur“ (Kronfeld, 1920, S. 243).

Wie aber wäre die inhaltliche Ausrichtung eines genuin psychopathologischen Ansatzes zu denken, der als methodenkritische und wissenschaftstheoretisch informierte Klammer die bestehenden Gräben zwischen verschiedenen psychiatrischen Forschungsansätzen verkleinern könnte? Die Begriffe Person und personale Autonomie werden hier zentral: Empirische Befunde *alleine* – also ohne theoretische Vorannahmen, die man „anthropologisch“ nennen kann – können Personalität nicht angemessen beschreiben, geschweige denn erklären (oder widerlegen). Die Rede ist hier natürlich vom *prinzipiellen* Postulat personaler Autonomie, die schließlich (aus der Sicht des Forschers) auch eine wesentliche Voraussetzung empirischen Arbeitens ist. *Graduelle* Einschränkungen dieser Autonomie hingegen sind für den Psychiater Alltag: Sie können durch eine Unzahl von Faktoren hervorgerufen werden, unter ihnen an prominenter Stelle die psychischen Störungen. Freilich stellt dies die grundsätzliche autonome Verfasstheit der Person – ob psychisch gesund oder krank – nicht in Frage.

An dieser Stelle sei an das in eine ähnliche Richtung weisende Votum des Heidelberger Psychopathologen *Werner Janzarik* erinnert. Dieser Autor, der die Psychopathologie nicht nur als Handwerk für das reliable Erfassen von Symptomen, sondern – im Sinne einer anzustrebenden Leitidee – als Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie (Janzarik, 1979) betrachtet, sah sich einige Jahre zuvor (1957) vor das Problem gestellt, die Psychopathologie zwischen deskriptiver und anthropologischer Ausrichtung angemessen zu positionieren. Dabei habe sie – und hier liegt die Aktualität des Zitates – die jeweiligen erkenntnis-

theoretischen Risiken der beiden Ansätze zu erkennen und, soweit möglich, zu vermeiden. In seinen Worten: Wissenschaftliche Psychopathologie sei

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

Freilich liegt heute der Gegenpart der deskriptiven Richtung nicht mehr bei der kaum noch rezipierten anthropologischen, sondern bei der neurobiologischen Perspektive, der es ja auch um das Erkennen der „eigentlichen“, „hinter“ den beschreibbaren Phänomen liegenden Hirnfunktionsstörung geht.

Versucht man zu konkretisieren, welchen Anforderungen eine zukünftige Psychopathologie genügen müsste, um sich der von Janzarik geforderten Rolle als Grundlagenwissenschaft zumindest wieder anzunähern, so ergibt die sich der folgende, ohne Frage sehr anspruchsvolle Katalog: Sie müsste

- die *operationale* Beschreibung psychopathologischer Phänomene kontinuierlich weiterentwickeln und die Entwicklung neuer quantifizierender psychopathometrischer Instrumente begleiten,
- die *offene* Beschreibung psychopathologischer Phänomene fördern, also die einzelfallorientierte Erfassung psychopathologischer Sachverhalte jenseits der Kriterienkataloge. Dabei hätten die subjektive und intersubjektive Ebene ausdrücklich ihren Platz als Quellen wissenschaftlich verwertbarer Informationen,
- ein *kritisches Methodenbewusstsein als integralen Bestandteil ihrer selbst* definieren und pflegen. Dies entspricht der Jasperschen Forderung, wonach Psychopathologie das schwierige interdisziplinäre Umfeld, in dem sie sich nun einmal bewege, kontinuierlich zu reflektieren und dabei hartnäckig nach den Grenzen der Erkenntnismöglichkeiten *einer jeden* wissenschaftlichen Methode zu fragen habe,
- eine inhaltliche und nicht bloß formale Verankerung in der psychiatrischen Ideengeschichte praktizieren. Denn nur dann, wenn konzeptuelle Voraussetzungen, Fragen und Antworten der prägenden älteren Autoren bekannt und verstanden sind, können sie kompetent mit der heutigen Situation verglichen und sinnvoll in diese integriert werden. So kann vor allem das mühsame Wiederholen und Korrigieren früherer Irrtümer und Fehlentwicklungen verhindert werden,
- dafür eintreten, dass grundsätzliche Fragen unseres Faches nicht vor schnell für erledigt erklärt werden. Ein solches Offenhalten von Themen wie Soma-Psyche-Zusammenhang, Subjektivität, „Qualia“ und Bewusstsein ist nun keineswegs Ausdruck von Unbeweglichkeit oder intellektueller Spielerei. Vielmehr spiegelt es den Respekt vor der Tatsache wider, dass jede wissenschaftliche Beschäftigung mit der erkrankten Psyche eben auch die Frage nach dem Wesen der gesunden Psyche, ja nach der Psyche überhaupt impliziert. Auch hier ist an Karl Jaspers zu



erinnern, der eindrücklich davor warnte, sich von leicht eingängigen Theorien und deren oft ebenso unreflektiertem wie überhöhtem Erklärungsanspruch vereinnahmen zu lassen:

*„Nur eine Psychopathologie, die ein unbezwingbares Interesse für die Fülle subjektiver Anschauung und objektiver Tatbestände hat, wird ihrer Aufgabe als Fachwissenschaft gerecht. ... Sie spürt an allen Theorien die Gefahr, dass sie abführen von der vorurteilslosen Erfahrung und hinführen in einen engen Bereich erstarrter Begriffe, schematischen Auffassens, eines immer schon wissenden Agnoszierens.“ (Jaspers, 1946, S. 460)*

Anknüpfend an frühere Arbeiten, die sich mit dem möglichen Nutzen der Kantischen Philosophie auf die Weiterentwicklung psychopathologischer Fragen beschäftigten (Hoff, 1990, 1997, 2003, 2006), sei zur weiteren Vertiefung des Themas die zentrale Rolle des *Bewusstseins* bzw. *Selbstbewusstseins* betont: Gemeint ist damit der philosophisch fundamentale Sachverhalt, dass die Person, weitgehend unabhängig von der aktuellen psychischen Befindlichkeit, notwendigerweise ein Bewusstsein ihrer selbst, ihrer Bestrebungen, Haltungen und Handlungen hat. Ein solches Verständnis von Bewusstsein bildet das Zentrum des transzendentalphilosophischen Ansatzes, wie er von Immanuel Kant (1781/1787) entwickelt und von Johann Gottlieb Fichte (1804) in charakteristischer (und allenfalls für die Psychiatrie besonders interessanter) Weise weitergedacht wurde. In der psychiatrischen Literatur spielte diese Perspektive bislang freilich selten eine Rolle, sieht man von Ausnahmen ab wie Karl Jaspers' „Allgemeiner Psychopathologie“ (1913), Arthur Kronfelds „Wesen der psychiatrischen Erkenntnis“ (1920) sowie den Beiträgen einiger, auch zeitgenössischer Autoren aus dem Umfeld der anthropologischen Psychiatrie.

„Bewusstsein“ ist nun leider ein extrem heterogen verwendeter Begriff: Heute wird er von manchen verstanden als Gegenpol des (oft sogar als wirkmächtiger definierten) Unbewussten, dann wieder als Ergebnis übergeordneter „Monitoring-Prozesse“ des Gehirns oder einfach als Synonym für Wachheit (Vigilanz). In dem hier angezielten Verständnis von „Bewusstsein“ geht es demgegenüber um die grundlegende (kantische) Erkenntnis, dass es *keinen direkten* Zugang zu objektiven Fakten geben kann, auch nicht zu faktischem Wissen über sich selbst, über psychische Funktionen oder über die Arbeitsweise des Gehirns, sondern dass *Wissen stets Bewusstsein im Sinne einer Denkhaltung der autonomen Person voraussetzt*.

Was aber bedeutet das für die Psychiatrie, gerade auch mit Blick auf allfällige forensische Konsequenzen? Beispielhaft seien zwei Aspekte herausgegriffen, nämlich die *Ablehnung eines realistischen Krankheitsverständnisses* und die *zentrale Bedeutung der Interpersonalität*.

- Der skizzierte erkenntnistheoretisch starke Begriff von Bewusstsein schließt ein streng *realistisches* Verständnis psychischer Krankheit (etwa im Sinne des eliminativen Materialismus) a limine aus: Jeder Begriff von

Krankheit allgemein und erst recht von psychischer Krankheit adressiert, wie oben erörtert, nicht eine bloße Abbildung einer „natürlichen Einheit“ sensu Kraepelin, sondern ist das Ergebnis einer aktiven Denkhandlung, eben der Schaffung des Begriffes und seiner Anwendung auf empirische Sachverhalte.

- Erfolg oder Misserfolg einer Psychotherapie hängen auf das engste mit der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in ab, ja Therapie ist in unserem Fach letztlich eine spezielle Form der Interpersonalbeziehung. Hier liegt eine Verbindung besonders zur Fichteschen Philosophie mit ihrem markanten Fokus auf der Interpersonalität. Dabei ist nicht das Interagieren verschiedener konkreter Personen gemeint, sondern ein ganz grundsätzliches Merkmal: Für Fichte ist die (Entscheidungs-) Freiheit als das entscheidende Konstituens des Menschen nur auf dem Hintergrund interpersonaler Beziehungen mit anderen – ebenfalls als frei gedachten – Individuen möglich (Breazeale und Rockmore, 1994, Lauth, 1989, Williams, 1994). Dies erteilt zunächst einmal, philosophisch betrachtet, jeder Spielart von Solipsismus eine Absage. Aber, hier viel wichtiger, die Argumentation gilt natürlich auch – oder erst recht – für die Beziehung zwischen einer psychisch erkrankten Person und dem/r Therapeuten/-in: Denn (Psycho-)Therapie ist keine einseitige Aktivität. Vielmehr kommunizieren zwei Individuen in ihrer je eigenen Freiheit miteinander, selbst wenn eine gravierende psychotische Erkrankung im Einzelfall zu einer markanten, aber eben niemals vollständigen Einschränkung der personalen Autonomie führt.

Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie sollte einen theoretischen Rahmen bereitstellen, der den einzelnen methodischen Zugangswegen ihre adäquate Selbständigkeit belässt, gleichzeitig aber in der Lage ist, der psychisch erkrankten Person in ihrer biologischen, psychologischen und sozialen Dimension gerecht zu werden, und dies unter Respektierung ihrer krankheitsunabhängigen personalen Autonomie. Denn nur so wird zu verhindern sein, dass aus dem/der Patienten/-in ein bloßes Konglomerat von Daten wird, ein aus dem Gleichgewicht geratenes biologisches System oder ein Individuum, das nur durch widrige psychosoziale Umstände unfrei (gemacht) geworden ist oder die ihm gegebene Freiheit nicht angemessen nutzt.

Nun ist der hier verwendete traditionelle, den Aufbruch in der Aufklärung des 18. Jahrhunderts repräsentierende europäische (Selbst-)Bewusstseinsbegriff vielfach kritisiert worden, etwa aus der identitätstheoretisch-materialistischen Position heraus (Churchland, 1986), der sprachphilosophischen (Bennett und Hacker, 2003, Tugendhat, 1979), neurophilosophischen (Metzinger, 1996) oder diskursethischen (Apel, 1996, Habermas, 1990). Ein differenziertes Eingehen auf diese Positionen ist im jetzigen Rahmen nicht möglich und bleibt einer späteren Bearbeitung vorbehalten.



Trotz mancher Kontroverse bleibt aber in jüngerer Zeit eine positive Entwicklung festzustellen, nämlich ein neu erwachtes Interesse an psychopathologischen Fragen, insbesondere mit Blick auf die phänomenologische Denkrichtung. Nun ist der Begriff der Phänomenologie leider recht schillernd. Ja, er wird mitunter für diametral entgegengesetzte Positionen verwendet: Einerseits – und darum geht es hier – meint Phänomenologie die von *Edmund Husserl* (1859–1938) in die Debatte eingebrachte Position, wonach es im Bereich der psychologischen und psychopathologischen Forschung wesentlich darauf ankomme, von einzelnen empirischen Tatsachen zu abstrahieren und die Art bzw. das „Wesen“ der „Erscheinung“ bzw. des Bewusstseins selbst wissenschaftlich anzuerkennen und zu untersuchen. Andererseits verwenden manche Autoren, vor allem im angloamerikanischen Bereich, das Adjektiv „phänomenologisch“ im konträren Sinne als Synonym für streng deskriptives, an der Ebene des beobachtbaren Verhaltens orientiertes psychopathologisches Arbeiten.

In den letzten Jahren sind bemerkenswerte Arbeiten publiziert worden, denen daran gelegen ist, die Husserlsche Konzeption und deren spätere Weiterentwicklungen in sinnvoller Weise mit aktueller neurowissenschaftlicher Forschung in Verbindung zu bringen. So etwa vertritt Thompson (2007) in Weiterentwicklung des „enactive approach“ (Varela, Thompson, Roche, 1991) die Konzeption des „embodied dynamicism“, in der die konzeptuell schwierige, aber entscheidende Nahtstelle zwischen biologischen Vorgängen und Verhaltensaspekten einschließlich sozialer Phänomene zum Gegenstand werden. Zentral ist dabei der Begriff des „Leibes“, der nicht bloß als biologisches Objekt, sondern als aktives und passives Ausdrucks- und Interaktionsorgan betrachtet wird. In eine ähnliche Richtung weist – als weiteres Beispiel – der Band „The Phenomenological Mind“ von Gallagher und Zahavi (2008).

## Resümee

Natürlich war es hier nicht möglich, die außerordentlich komplexe Diskussion über den Begriff und die Erforschbarkeit der „Willensfreiheit“ auch nur annähernd vollständig wiederzugeben, sind daran doch alle humanwissenschaftlichen Bereiche beteiligt, im besonderen Philosophie, Sozialwissenschaften, Jurisprudenz, Medizin, Psychologie sowie – speziell mit Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre – die empirischen Neurowissenschaften. Dennoch seien abschließend die Hauptaussagen dieses Beitrages thesenhaft hervorgehoben:

- Die Annahme eines *vollständig* freien Willens ist weder begründbar, noch ist sie für den wissenschaftstheoretischen Diskurs in der Psychiatrie notwendig. Sehr wohl begründbar ist hingegen das Postulat der personalen Autonomie des Individuums, verstanden als notwendiger Bestandteil der *Conditio humana*, als Fähigkeit nämlich, verschiedene Handlungsoptionen zu bewerten und eine Entscheidung zu treffen.

- Die aktuelle neurowissenschaftliche Forschung setzt an bei den biologischen Voraussetzungen psychischer und sozialer Phänomene. Dabei geht es selbstverständlich auch um die biologischen Korrelate des Phänomens der willentlichen Entscheidung. Aber weder liefert die empirische Neurowissenschaft eine vollständige Erklärung derartiger Phänomene, noch decouvriert sie Subjektivität und personale Autonomie als bloße Illusionen. Und eine solche methodenkritische Beschränkung vermindert die wissenschaftliche Bedeutung neurobiologischer Befunde für die Psychiatrie in keiner Weise – im Gegenteil.
- Personale Autonomie kann durch eine körperliche oder psychische Erkrankung stark beeinträchtigt, aber nicht prinzipiell aufgehoben werden. Für das Verständnis dieser Zusammenhänge, die weit über die konkrete klinische oder Forschungsebene hinausreichen, ist die psychiatrie-historische Perspektive, vor allem mit Blick auf die Ideengeschichte, von entscheidender Bedeutung.
- Es geht also nicht um den platten und lediglich zur Stagnation führenden Gegensatz zwischen Neurowissenschaft und Psychopathologie. Vielmehr ist es unsere Aufgabe, Neurowissenschaften *und* Psychopathologie weiter zu entwickeln und in einen fruchtbaren Dialog zu bringen, wobei der jeweils eigene Kernbereich als autonomes wissenschaftliches Feld respektiert werden muss. Wegen der besonderen und sehr konkreten Brisanz, die die Frage des freien Willens bzw. der personalen Autonomie und Zurechenbarkeit gerade in der forensischen Psychiatrie hat, kann dieses Fach zukünftig vielleicht sogar eine Vorreiterfunktion bei der wissenschaftlichen Vertiefung des Diskurses um die personale Autonomie erlangen.

### Literatur

- APA (American Psychiatric Association) (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision) (DSM-IV-TR). APA, Washington, D.C. [deutsch: Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle, 2003].
- Apel KO (1996) Diskursethik als Verantwortungsethik – eine post-metaphysische Transformation der Ethik Kants. In: Schönrich G, Kato Yasushi (Hrsg.) Kant in der Diskussion der Moderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 326–359
- Bennett MR, Hacker PMS (2003) Philosophical Foundations of Neuroscience. Wiley-Blackwell
- Breazeale D, Rockmore T (eds.) (1994) Fichte – Historical Contexts/Contemporary Controversies. Humanities Press, New Jersey
- Churchland PS (1986) Neurophilosophy: Towards a Unified Theory of the Mind-Brain. MIT Press, Cambridge/Mass
- Elger CE, Friederici AD, Koch C, Luhmann H, Malsburg C vd, Menzel R, Monyer H, Rösler F, Roth G, Scheich H, Singer W (2004) Das Manifest der Hirnforschung. Gehirn & Geist 30–37
- Fichte JG (1804) Die Wissenschaftslehre. Zweiter Vortrag im Jahre 1804 vom 16. April bis 8. Juni. Gereinigte Fassung (1975), hrsg. v. Lauth R, Widmann J. Meiner, Hamburg
- Fiedler K, Kliegl R, Lindenberger U, Mausfeld R, Mummendey A, Prinz W (2005) Psychologie im 21. Jahrhundert – eine Standortbestimmung. Gehirn & Geist 7–8, 56–60

# 1 Psychriehistorische und psychopathologische Aspekte der Debatte um den „freien Willen“: Ihre aktuelle klinische und forensische Bedeutung

- Gallagher S, Zahavi D (2008) *The Phenomenological Mind. An Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*. Routledge, London, New York
- Grün K-J, Friedman M, Roth G (Hrsg.) (2008) *Entmoralisierung des Rechts. Maßstäbe der Hirnforschung für das Strafrecht*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Habermas J (1990) *Metaphysik nach Kant*. In Crame K, Fulda H F, Horstmann R P, Pothast U (Hrsg.) *Theorie der Subjektivität*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 425–443
- Hoff P (1989) Erkenntnistheoretische Vorurteile in der Psychiatrie – eine kritische Reflexion 75 Jahre nach Karl Jaspers' „Allgemeiner Psychopathologie“. *Fundamenta Psychiatrica*, 3, 141–150
- Hoff P (1990) *Der Begriff der psychischen Krankheit in transzendentalphilosophischer Sicht*. Campus, Frankfurt/M.
- Hoff P (1997) Fichte und die psychiatrische Forschung. *Fichte-Studien* 13, 241–255.
- Hoff P (2003) Über den Nutzen transzendentaler, v. a. Fichteanischer Argumente für die Psychiatrie – historische und aktuelle Aspekte. *Fichte-Studien* 22, 237–250
- Hoff P (2005) Die psychopathologische Perspektive. In Bormuth M, Wiesing U (Hrsg.) *Ethische Aspekte der Forschung in der Psychiatrie*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 71–79
- Hoff P (2006) Leib & Seele, Gehirn & Geist, Gesundheit & Krankheit: Die Psychiatrie als Schnittstelle medizinischer, philosophischer und gesellschaftlicher Kontroversen. In Hermanni F, Buchheim Th (Hrsg.) *Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht*. Fink, München, 39–67
- Hoff P (2007) Arthur Kronfeld (1886–1941): Ein vergessener, aber überaus aktueller psychopathologischer Denker. *Sozialpsychiatrische Informationen* 37, 15–17
- Janzarik W (1957) Die zyklotyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 80, 173–208
- Janzarik W (1979) *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*. Enke, Stuttgart
- Jaspers K (1913) *Allgemeine Psychopathologie*. Springer, Berlin
- Jaspers K (1946) *Allgemeine Psychopathologie*. Vierte, völlig neu bearbeitete Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg
- Kant I (1781 A, 1787 B) *Kritik der reinen Vernunft*. Hartknoch, Riga
- Kretschmer W (1987) Arthur Kronfeld – ein Vergessener. Zu seinem 100. Geburtstag. *Nervenarzt* 58, 737–742
- Kronfeld A (1920) *Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis*. Springer, Berlin
- Lauth R (1989) *Transzendente Entwicklungslinien von Descartes bis zu Marx und Dostojewski*. Meiner, Hamburg
- Metzinger Th (1996) Ganzheit, Homogenität und Zeitkodierung. In Metzinger Th (Hrsg.) *Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie*. Paderborn, 595–633
- Thompson E (2007) *Mind in Life. Biology, Phenomenology and the Sciences of Mind*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge/Mass., London
- Tugendhat E (1979) *Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung. Sprachanalytische Interpretationen*. Suhrkamp, Frankfurt am M
- van Praag H M (1988) Serotonin disturbances in psychiatric disorders. Functional versus nosological interpretation. In Gastpar M, Wakelin J (Hrsg.) *Selective 5-HT Reuptake Inhibitors: Novel or Commonplace Agents?* Karger, Basel, 52–57
- Varela FJ, Thompson E, Rosch E (1991) *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. MIT Press, Cambridge/Mass
- Williams R R (1994) The Question of the Other in Fichte's Thought. In Breazeale D, Rockmore T (eds.) *Fichte – Historical Contexts/Contemporary Controversies*. New Jersey, 142–157
- WHO (World Health Organisation) (1991) *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development)*. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. [deutsch 1991: ICD-10. Bern/Göttingen/Toronto]