



Psychopathologie: operationalisiertes Werkzeug oder „Denkstil“?

Eine Reflexion zum diagnostischen Prozess (auch) in der forensischen Psychiatrie

Paul Hoff¹

Eingegangen: 5. August 2024 / Angenommen: 14. August 2024
© The Author(s) 2024

Zusammenfassung

Den Begriff Psychopathologie begleitet in jüngerer Zeit eine deutliche Ambivalenz: Positiv konnotiert, steht er für eine personenzentrierte, methodenbewusste Zugangsweise zur psychisch erkrankten Person. Kritische Einwände jedoch identifizieren bei der Psychopathologie Tendenzen zu unreflektierter Medikalisierung, Pathologisierung und Stigmatisierung. Besondere praktische Relevanz gewinnt diese Debatte für die psychiatrische Diagnostik im Sinne von ICD-10/ICD-11 und DSM-5-TR. Im 21. Jh. werden Befürchtungen lauter, die zwar international etablierte, jedoch weiterhin an der traditionellen Kraepelin'schen Nosologie orientierte operationalisierte Diagnostik könne mit Blick auf jüngere Forschungsentwicklungen den wissenschaftlichen Horizont der Psychiatrie unvertretbar einengen.

Vor diesem ebenso komplexen wie praxisrelevanten Hintergrund versteht sich die vorliegende Arbeit als Plädoyer dafür, psychopathologische Denktraditionen als wertvolle Grundlagen psychiatrischen Handelns anzuerkennen, gerade auch im forensischen Umfeld. Weit entfernt von bloßer Historisierung oder unkritischer Idealisierung, weist die Psychopathologie, unbeschadet ihrer empirisch-deskriptiven Anteile, auch im 21. Jh. das Potenzial auf, einer personenzentrierten Haltung, ja – im Sinne des Mikrobiologen und Wissenschaftstheoretikers Ludwik Fleck (1896–1961) – einem der Psychiatrie in besonderer Weise angemessenen „Denkstil“ Ausdruck zu verleihen. Der offene Dialog mit der aktuellen psychiatrischen Forschung im Sinne der „Anschlussfähigkeit“ ist dafür unabdingbar. Ergänzend zur theoretischen Reflexion wird der Praxisbezug mit Blick auf eine viel diskutierte jüngere Entscheidung des Schweizerischen Bundesgerichtes hergestellt.

Schlüsselwörter Psychopathologischer Befund · Psychiatrische Diagnostik · Kriteriengeleitete deskriptive Diagnostik · Personenzentrierung · Diagnose als Dialog

Psychopathology: operationalized tool or “thinking style”?

A reflection on the diagnostic process (also) in forensic psychiatry

Abstract

In recent times, the term psychopathology has been accompanied by a clear ambivalence: positively connoted it stands for a person-centered, method-conscious approach to the mentally ill person. Critical objections, however, identify tendencies towards unreflected medicalization, pathologization and stigmatization in psychopathology. This debate is of particular practical relevance to psychiatric diagnostics as defined by ICD-10/ICD-11 and DSM-5-TR. In the twenty-first century, criticism became more prominent that operationalized diagnostics, which are internationally established but still based on traditional Kraepelinian nosology, could unjustifiably narrow the scientific horizon of psychiatry in view of recent research developments.

✉ Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
paul.hoff.zollikon@gmail.com

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstraße 31, 8032 Zürich, Schweiz

Against this background, which is as complex as it is relevant to the practice, this paper is intended as a plea for psychopathological traditions of thought to be recognized as valuable foundations of psychiatry, also in a forensic setting. Far removed from mere historicization or uncritical idealization, psychopathology, irrespective of its empirical-descriptive components, also has the potential in the twenty-first century to express a person-centered attitude, indeed, in the sense of the microbiologist and philosopher of science Ludwik Fleck (1896–1961), a “style of thinking” that is particularly appropriate to psychiatry. An open dialogue with current psychiatric research in the sense of “connectivity” is indispensable for this. In addition to theoretical reflection, the practical relevance of the topic is established by relating to a much-discussed recent decision by the Swiss Federal Supreme Court.

Keywords Psychopathological examination · Psychiatric diagnostics · Criteria-based descriptive diagnostics · Person-centeredness · Diagnosis as dialogue

Psychopathologie, eine Grundlagenwissenschaft in der Defensive

Es mag heute, mit Blick auf eine wissenschaftliche Kultur, in der Objektivität und Messbarkeit zentrale Bezugsgrößen darstellen, überraschen, auf den Begriff „Denkstil“ zu treffen. Er intendiert keineswegs, subjektiver Beliebigkeit oder gar Willkür das Wort zu reden. Vielmehr bringt er meinen Respekt vor dem Lebenswerk des polnischen Mikrobiologen und Epistemologen Ludwik Fleck (1896–1961) zum Ausdruck, der – als überzeugter Naturwissenschaftler – beharrlich darauf hinwies, dass es „reine“ Tatsachen nicht gibt, sondern jede wissenschaftliche Erkenntnis neben ihrem empirisch-faktischen Gehalt in einen individuellen und sozialen Kontext eingebettet ist.¹ In Flecks Worten:

„Wir können also *Denkstil als gerichtetes Wahrnehmen, mit entsprechendem gedanklichen und sachlichen Verarbeiten des Wahrgenommenen, definieren*. Ihn charakterisieren gemeinsame Merkmale der Probleme, die ein Denkkollektiv interessieren; der Urteile, die es als evident betrachtet; der Methoden, die es als Erkenntnismittel anwendet. Ihn begleitet eventuell ein technischer und literarischer Stil des Wissenssystems.“ (Fleck 2023 [Originalausgabe 1935], S. 130; Hervorhebung im Original)

Zahlreiche Gedanken Flecks erweisen sich mit Blick auf die Psychopathologie als fruchtbar. Auch sie sieht sich, weil sie es mit *Personen* zu tun hat, notwendig konzeptuellen Spannungsfeldern ausgesetzt, die durch den Personbegriff selbst, aber auch durch Begriffe wie Körper, Psyche, Subjektivität, Autonomie, Spiritualität, Werthorizont abgesteckt werden. Den resultierenden großen Herausforderungen haben sich

prägende Autoren wie Karl Jaspers (1883–1969), Arthur Kronfeld (1886–1941), Werner Janzarik (1920–2019) gestellt und unterschiedliche Antworten entworfen. Hinsichtlich der Bedeutung der Psychopathologie für die forensische Psychiatrie steht auch Henning Saß in dieser Tradition (Abschn. Psychopathologie als „Grundlagenwissenschaft“ und „Referenzsystem“).

Die Medizin generell ist den Qualitätskriterien empirischer Forschung und deren methodenkritischer Reflexion verpflichtet. Ebenso jedoch steht ihr Handeln in unauflöslichem (und reziprokem) Zusammenhang mit Lebensvollzügen von Individuen sowie mit sozialen Normen. Je näher eine medizinische Disziplin den quantifizierenden, nomothetischen Naturwissenschaften steht, umso weniger *unmittelbar* wirksam sind Einflüsse gesellschaftlicher oder kultureller Art. Völlig absent – so ist im Sinne von Fleck festzuhalten – sind diese jedoch nie (Campbell et al. 2011; Hoff 2019; Kirmayer et al. 2015; Zachar 2000).

„Psychopathologie“, dieser Begriff wird in jüngerer Zeit deutlich seltener positiv konnotiert im Sinne einer personenzentrierten Zugangsweise zur psychisch erkrankten Person, wobei die sorgfältige Befunderhebung stets epistemologisch begleitet wird von der Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen des jeweiligen methodischen Vorgehens, sei es in der klinischen Diagnostik und Therapie oder im Forschungskontext. Heute überwiegen kritische Voten, die der Psychopathologie attestieren, sie diene sich einer unreflektierten Medikalisierung psychischer Krisen und Erkrankungen an, stelle – v. a. in Gestalt der operationalisierten Diagnostik – die Reliabilität ihrer Befunde über deren Validität und nehme das erhebliche Stigmatisierungspotenzial von ihr verwendeter Begriffe² in Kauf.

Diese Thematik soll entlang der kontroversen Debatte um die psychiatrische Diagnostik betrachtet werden, einer Debatte, die für den forensischen wie den allgemeinpsychiatrischen Bereich von markanter Bedeutung ist. Dabei wird ein breites, die Epistemologie einbeziehendes

¹ Ludwik Flecks Werk war lange Zeit kaum rezipiert worden, bis sich der amerikanische Physiker und Wissenschaftstheoretiker Thomas Kuhn (1922–1996) ausdrücklich auf ihn bezog (Werner und Zittel 2019). Flecks Denken bietet gerade mit Blick auf den notorisch komplexen epistemologischen Status der Psychiatrie fruchtbare Anregungen, wobei dieser Diskurs, soweit ich sehe, erst am Anfang steht.

² Auch der Begriff Psychopathologie selbst wird in diesem Sinn kritisiert, speziell mit Blick auf den Wortteil «patho».

Verständnis von Psychopathologie vorgeschlagen. Auf diese Weise könnte der Psychopathologie, pointierter: dem angezielten psychopathologischen „Denkstil“, erneut³ eine Brückenfunktion zugewiesen werden für den dringend erforderlichen Dialog zwischen den heterogenen wissenschaftlichen Perspektiven, die das Fach Psychiatrie prägen.

Von der Diagnose als Technik zur Diagnose als Dialog

Diagnose und diagnostischer Prozess gehören als Begriffe zum konzeptuellen Kernbestand der Medizin. Im Folgenden wird für ein prozesshaftes und nicht für ein statisches Verständnis psychiatrischer Diagnosen plädiert, dem unbeschadet der wichtigen technisch-methodischen Aspekte ein *dialogisches Prinzip* zugrunde liegt (Hoff et al. 2020).

Kernbestandteile des diagnostischen Prozesses in der Psychiatrie

Unverzichtbar ist die aktive Zusammenschau der psychopathologischen und der somatischen Ebene. Der psychopathologische Befund berücksichtigt neben dem aktuellen Zustandsbild Persönlichkeit und Lebensumfeld der betroffenen Person. Das Wissen um deren Lebensgeschichte, die biografische Anamnese, stellt eine wesentliche Ergänzung dar, ebenso wie im Bedarfsfall gezielt einzusetzende neuropsychologische Verfahren. Die körperliche Untersuchung wird, je nach klinischer Situation, durch die Messung von Laborparametern sowie durch bildgebende oder neurophysiologische Verfahren erweitert.

Die enorme Informationsmenge, die in jedem Einzelfall entsteht, wird aus Gründen der Praktikabilität von der Symptom- zur Syndromebene verdichtet. Die Fülle von Einzelsymptomen kondensiert so etwa zum gehemmt-depressiven oder paranoid-halluzinatorischen Syndrom. Im nächsten Schritt werden psychopathologischer und somatischer Befund sowie die Daten aus allfälligen Zusatzuntersuchungen auf das Kriterienraster der ICD-10 bzw. ICD-11 oder des DSM-5-TR projiziert (WHO 1991, 2019; APA

2022).⁴ Damit ist der diagnostische Prozess zunächst einmal abgeschlossen⁵.

Operationalisierte Diagnostik in der Psychiatrie: Prinzipien, Nutzen, Grenzen

Die Qualifikation „operationalisiert“ meint ein Vorgehen, das an expliziten, vordefinierten und entsprechend dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand modifizierbaren diagnostischen Kriterien und Verknüpfungsregeln (Algorithmen) ausgerichtet ist. Dabei fußen ICD-10⁶ und DSM-5-TR auf der Betonung der „Deskription“ und damit auf beobachtbaren, vergleichsweise leicht quantifizierbaren psychopathologischen Phänomenen. Diese werden *beschrieben, nicht gedeutet* und (in der Regel) *nicht kausal attribuiert*.

Der Schweregrad einer Erkrankung wird zu einem relevanten Kriterium. Konsequenterweise umgesetzt ist dieses Prinzip in der ICD-10 speziell bei den depressiven Störungen, die in die Kategorien leicht, mittelgradig und schwer unterteilt werden. Die bis zur ICD-9, also bis 1990, vorherrschende, markant theoriebefruchtete Unterscheidung von „endogener“ und „neurotischer“ Depression wird gezielt verlassen. Überdies gewinnt das Komorbiditätsprinzip an Bedeutung, denn es sind *alle* Diagnosen zu stellen, deren Kriterien erfüllt sind – und nicht nur diejenigen, die am augenfälligsten sind, weil sie etwa zu einem Klinikeintritt oder zu einer strafrechtlichen Begutachtung führten.

ICD-10 und DSM-5-TR vermeiden implizite Annahmen zur Verursachung der jeweiligen Erkrankung („ätiologische Neutralität“). Allerdings gibt es Ausnahmen: So etwa führt das ICD-10-Kapitel F0, „Organisch begründbare psychische Störungen“, die postulierte Krankheitsursache sogar im Titel.

Ohne Frage gelang durch die Anwendung der operationalisierten Diagnostik eine Erhöhung der zuvor notorisch niedrigen Zuverlässigkeit (Reliabilität) psychiatrischer Diagnosen. Doch dürfen die Limitationen nicht aus dem Auge verloren werden: Eine strikt deskriptiv-kriteriengeleitete Diagnostik wird speziell bei komplexen, von erheblicher individueller Variabilität geprägten psychopathologischen Phänomenen an ihre Grenzen stoßen, deren Erfassung entscheidend auf eine tragfähige therapeutische Beziehung angewiesen ist: Wie soll die psychotische Aufweichung der Ich-Grenzen präzise erkannt werden („Meine Ge-

³ „Erneut“ soll daran erinnern, dass eine vergleichbare Intention bereits bei Karl Jaspers (1883–1969), dem Begründer einer epistemologisch informierten Psychopathologie, zur Geltung kommt (Abschn. Psychopathologie als „Grundlagenwissenschaft“ und „Referenzsystem“).

⁴ Die Diagnostik nach ICD ist im europäischen Raum im allgemeinpsychiatrischen und forensischen Kontext am weitesten verbreitet. Die seit 1991 gültige ICD-10 wurde formal bereits Anfang 2022 durch ICD-11 abgelöst. Die praktische Transition zur ICD-11 wird aber noch eine mehrjährige Übergangszeit erfordern.

⁵ Die einmal, etwa bei Klinikeintritt, gestellte Diagnose ist jedoch keineswegs unveränderbar, im Gegenteil: Es gehört zur Qualitätssicherung jedes Behandlungsverlaufs, die diagnostische Einordnung regelmäßig zu überprüfen sowie bei Bedarf anzupassen. Dies gilt für die oft sehr langen stationären oder ambulanten Behandlungszeiten in der forensischen Psychiatrie umso mehr.

⁶ Dies gilt weniger strikt für die Nachfolgeversion ICD-11, was noch zur Sprache kommen wird.

danken werden, sobald ich sie denke, öffentlich; alle wissen über mein Innerstes Bescheid“)? Können Persönlichkeitszüge und Interaktionsmuster überhaupt „deskriptiv“, also unter gezielter Vermeidung hermeneutischer Elemente, erfasst werden? Was geschieht bei Zuständen, welche die Kriterien einer ICD-10-Diagnose knapp *nicht* erfüllen, aber zu erheblichem Leidensdruck führen („subthreshold syndromes“)?⁷

Eine Bemerkung zur ICD-11 (WHO 2019): Die dezidiert deskriptive, ätiologischer Neutralität verpflichtete Ausrichtung des ICD-10 weicht hier einem kategorial-dimensionalen, gleichsam hybriden nosologischen Modell. Es gruppiert die psychischen Störungen sowohl entlang diagnosenübergreifender ätiologischer Faktoren (etwa im Fall der Stressfolgeerkrankungen) als auch entlang gemeinsamer klinischer Erscheinungsformen (etwa im Fall der dissoziativen Störungen) (Reed et al. 2019). Ein solches diagnosenübergreifendes oder, wie es heute meist genannt wird, „transdiagnostisches“ Denken spielt seit Jahren eine zunehmend größere Rolle.

Neben der aktuellen klinischen Symptomatik erfahren in der ICD-11 lebensgeschichtliche und soziokulturelle Aspekte eine höhere Gewichtung. Die besonders bei den Persönlichkeitsstörungen markante Aufwertung der dimensional Perspektiv, die zulasten der kategorialen geht (Tyrer et al. 2019), führt gerade in forensisch-psychiatrischem Kontext zu lebhaften Debatten.

Aktuelle „transdiagnostische“ Kritik an der etablierten psychiatrischen Diagnostik

Kritische Voten zur operationalisierten psychiatrischen Diagnostik, die es seit ihrer Entstehung gab, wurden mit Beginn des 21. Jh. häufiger und prägnanter: Es sei risikobehaftet, die Zahl psychiatrischer Diagnosen ständig auszuweiten, etwa auf leicht ausgeprägte Verstimmungen, deren Behandlungsbedürftigkeit infrage zu stellen sei. Die Inklusion der als artifizielle Entität empfundenen „pathologischen Trauerreaktion“ als psychische Störung in das DSM-5 leiste einer unzulässigen „Psychopathologisierung“ des Alltags Vorschub (Frances 2013). Überdies bestehe das erhebliche Stigmatisierungspotenzial psychiatrischer Diagnosen fort (Rüsch 2021; Timimi 2014).

Die jüngste „Generation“ der Kritik fordert nun nichts weniger als einen Paradigmenwechsel. Sie kommt aus einer auf den ersten Blick unerwarteten Richtung, nämlich aus den Neurowissenschaften. Diese stehen zwar einem quan-

tifizierend-operationalen Vorgehen positiv gegenüber, doch wird befürchtet, die ursprünglich nominalistisch verstandenen operationalisierten Diagnosen entwickelten gleichsam ein rigides „Eigenleben“. Dies berge das Risiko einer unreflektierten Reifizierung⁸ traditioneller Krankheitsentitäten Kraepelin'scher Provenienz, etwa mit Blick auf die Dichotomie von Schizophrenie und bipolarer Erkrankung. Hier entstehe ein veritables Forschungshindernis, weil der Blick verstellt werde auf klinisch wie wissenschaftlich relevante Phänomene, die quer zur klassischen Nosologie stünden, daher „transdiagnostisch“ seien (Craddock und Owen 2005).

Deutlich wird dies am Begriff „Endophänotypen“: Er meint neurobiologische Parameter wie etwa akustisch evokierte Potenziale (Hegerl und Juckel 2000), von denen eine enge, allenfalls sogar kausale Verbindung mit der hypostasierten neurobiologischen Basis psychischer Störungen vermutet wird (Wortteil „Endo“); jedoch sind sie – im Gegensatz zu vielen anderen (neuro-)biologischen Vorgängen – einem messenden Vorgehen *unmittelbar* zugänglich, sie „erscheinen“ gleichsam zusammen mit bestimmten psychopathologischen Zuständen (Wortteil „Phäno“). Derartige Parameter, oft auch als „Biomarker“ bezeichnet, richten sich aber meist nicht entlang der klassischen nosologischen Linien aus. So trennen sie, entgegen neokraepelinianischer Hoffnungen^{9,10}, keineswegs klar zwischen schizophrenen und affektiven Erkrankungen. Im Gegenteil: Sie stellen die tradierte Dichotomie grundsätzlich infrage.

Daraus bezieht die transdiagnostische Perspektive ihre Berechtigung: Sie fordert, die psychiatrische Untersuchung, Diagnostik, Therapie und Forschung vom klassischen nosologischen Raster zu lösen und den Fokus zu richten auf Phänomene, die frühere diagnostische Grenzen sprengen (Fusar-Poli et al. 2019). Auch in der forensisch-psychiatrischen Diskussion spielt dieses Denken seit Jahren eine zunehmende Rolle (Popova 2006).

⁷ In der Früherkennung von Psychosen adressiert das Konzept des „Clinical High-Risk State for Psychosis“ (CHR-P) genau diese Problematik (Fusar-Poli 2017). Doch sind die von „subthreshold syndromes“ aufgeworfenen Fragen auch in anderen Bereichen der Psychiatrie von erheblicher klinischer und wissenschaftlicher Relevanz (Angst et al. 1997).

⁸ „Reifizierung“ meint hier das Verständnis psychischer Erkrankungen als objektive Gegenstände, die als solche wissenschaftlich vollständig erkennbar und inhaltlich nicht abhängig seien von der Subjektivität der betroffenen Person oder von der intersubjektivität eines dialogisch verfassten diagnostischen Prozesses (Hoff 2017a).

⁹ Der im letzten Drittel des 20. Jh v.a. in den USA einflussreiche »Neokraepelinianismus« postulierte, wie Dekaden zuvor Kraepelin selbst, die Existenz untereinander sowie vom gesunden Bereich klar abgrenzbarer psychischer Erkrankungen, die empirischer, speziell neurowissenschaftlicher Forschung zugänglich seien (Blashfield 1984; Guze 1978; Hoff 1994).

¹⁰ Es gibt Stimmen, etwa Falkai et al. (2015), die die Kraepelin'sche Perspektive für die heutige Forschung ausdrücklich für fruchtbar halten, sofern sie im Licht aktueller Konzepte wie Neuroplastizität und -regeneration interpretiert werde.

Der transdiagnostische Gedanke ist nicht neu, sondern begleitet die Psychiatrie seit Langem¹¹. In den 80er-Jahren des 20. Jh. begann er, unter der Bezeichnung „Densosologisierung“ eine neue und nachhaltige Dynamik zu entfalten: Van Praag et al. (1987) postulierten am Beispiel des Serotoninstoffwechsels, dass gleichartige neurobiologische Befunde bei klinisch disparaten Zustandsbildern zu finden seien, etwa bei depressiven, Angst-, Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen. Die psychiatrische Forschung müsse daher gezielt über die Kraepelin'sche Nosologie hinausdenken, müsse „denosologisiert“ werden.

Im 21. Jh. ist es das erklärte Ziel der „Research Domain Criteria“ (RDoC), Daten zu generieren, die heterogene Domänen integrieren: genetische Faktoren (z. B. „polygenic risk score“), neurophysiologisch erfasste Hirnaktivität (z. B. im insulären Kortex), physiologische Parameter (z. B. Entzündungsmarker), Verhaltensmerkmale (z. B. affektiver Bias) und relevante Lebensbedingungen (z. B. soziale, kulturelle und Umweltfaktoren) (Insel und Cuthbert 2015). Durch die parallele Auswertung *aller* zu psychisch erkrankten Personen verfügbaren Daten seien Erkenntnisse zu erwarten, die deren (v. a. neurobiologischer) Individualität umfassender gerecht würden und so die Entwicklung effizienterer „personalisierter“ therapeutischer Strategien ermöglichen. Schlagwortartig formuliert: Es geht um die Ablösung der kategorialen Diagnostik nach ICD-10 („category driven“) durch eine datenbasierte Gruppenbildung („data-driven clustering“) nach RDoC (Insel et al. 2010).

Einen anders akzentuierten, aber ebenso konsequent transdiagnostischen Weg verfolgt das Konzept der „Hierarchical Taxonomy of Psychopathology“ (HiTOP). Dieser ebenfalls daten- und algorithmenbasierte, ätiologische Vorannahmen vermeidende Ansatz verfolgt das Ziel, die innere Struktur psychopathologischer Zustände herauszuarbeiten und so zu einer dimensional, zugleich aber hierarchischen Klassifikation psychischer Störungen zu finden (Kotov et al. 2018)¹². Ausdrücklich angestrebt werden – mittels einer besseren Erfassung von Verlaufsparametern und funktionellen Beeinträchtigungen – zuverlässige Prädiktoren für das Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen (Heinz 2017; Krueger et al. 2018).

¹¹ So durchzieht etwa das auf Albert Zeller (1804–1877), Heinrich Neumann (1814–1884) und Wilhelm Griesinger (1817–1868) zurückgehende Konzept der „Einheitspsychose“ in verschiedenen Facetten die psychiatrische Ideengeschichte bis heute (Mundt und Saß 1992).

¹² Das Postulat, es sei zunächst die innere Struktur des Psychischen erschöpfend zu erkunden, bevor Methoden aus den Nachbarwissenschaften in der psychiatrischen Forschung zur Anwendung gelangten, wurde für Jaspers' Zeitgenossen Arthur Kronfeld (1886–1941) zum zentralen Bezugspunkt: Er forderte eine „autologische Psychiatrie“. Sein neukantianisch fundierter Ansatz von 1920 gewinnt dadurch für die heutige Debatte um die Identität der Psychiatrie beachtliche Bedeutung (Hoff 2023; Kronfeld 1920).

Psychopathologie als „Grundlagenwissenschaft“ und „Referenzsystem“: von der theoretischen Basis zur konkreten forensischen Anwendung

Mit seinem Werk *Allgemeine Psychopathologie* (1913) schuf Karl Jaspers die Grundlage für die Anerkennung der Psychopathologie als *klinisches „Handwerkszeug“, methodische Basis und Reflexionsraum der Psychiatrie*. Ein solch umfassendes und selbstbewusstes Verständnis blieb jedoch nicht unangefochten: So gleicht Janzariks (1979) Qualifizierung der Psychopathologie als „Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie“ in der Rückschau geradezu einem Schwanengesang¹³, wurde es um sie doch im letzten Drittel des 20. Jh. zunehmend stiller, was wesentlich mit den bereits erwähnten kritischen Einwänden zu tun hatte.

In dieser Situation darf die Rückbesinnung auf die Motive der Begründer einer wissenschaftlichen Psychopathologie nicht als rückwärtsgewandter Traditionalismus gesehen werden. Ziel ist vielmehr, aktiv den Anschluss zu suchen an die aktuelle Debatte über das Selbstverständnis der Psychiatrie, einschließlich ihres forensischen Teilgebietes. Um dies erreichen zu können, muss die Psychopathologie jedoch, wie Schultze-Lutter et al. (2018) hervorheben, präziser zugeschliffen, „anschlussfähiger“ werden („resharpened“), um sich als umfassende, vom psychischen Einzelphänomen bis zur epistemologischen Reflexion reichende „Klammer“ für eine mehrdimensionale Psychiatrie zu etablieren (Hoff 2008, 2022; Hoff und Saß 2010; Stanghellini 2009).¹⁴

Der damit artikulierte Anspruch ist hoch. Doch er ist angemessen, weil er dem „Forschungsgegenstand“ der Psychiatrie, der psychisch erkrankten Person, geschuldet ist. Denn zwischen personaler Autonomie einerseits und empirischer Forschung andererseits besteht *gerade kein* fundamentaler Widerspruch, im Gegenteil: Beide Perspektiven verweisen aufeinander und sind voneinander abhängig.¹⁵

Konkreter gefasst: Neben einer distanziert-objektiven Erfassung von empirischen Daten geht es im psychiatrischen Handeln, sei es diagnostischer oder therapeutischer Natur, stets auch um das respektvolle dialogische Nachzeichnen dessen, was die betroffene Person erlebt, wie sie denkt und

¹³ Gleichwohl hat es immer wieder gegenläufige Voten gegeben, die die Unverzichtbarkeit des psychopathologischen Diskurses für jedes psychiatrische Handeln hervorhoben (etwa Fuchs 2020; Stanghellini und Broome 2014).

¹⁴ Vgl. zu dieser Thematik das Positionspapier der DGPPN zu aktueller und zukünftiger Identität des Faches Psychiatrie und Psychotherapie (Saß et al. 2019).

¹⁵ Diese Grundhaltung speist sich aus den aufklärerischen Wurzeln der Psychiatrie, auch wenn diese in jüngerer Zeit weniger sorgfältig diskutiert oder generell kritisch betrachtet werden (Hoff 2017b; 2023).

sich verhält. Dialogisch hat dieses Handeln schon deshalb zu sein, weil uns die Psyche einer anderen Person niemals *unmittelbar* zugänglich ist. Jaspers formulierte es so:

„Wir können auffassen und untersuchen nur, was uns gegenständlich geworden ist. Die Seele als solche ist keineswegs Gegenstand. Sie wird Gegenstand durch das, als was sie in der Welt wahrnehmbar sich zeigt: in somatischen Begleiterscheinungen, in verstehbarem Ausdruck, im Benehmen, in Handlungen ...“ (Jaspers 1946, S. 8)

Für die forensische Psychiatrie gilt dies ohne jede Einschränkung, denn ihr obliegt die anspruchsvolle „Übersetzerfunktion“ zwischen medizinisch-psychiatrischer und juristischer Welt (Nedopil 2015). Daher ist sie auf ein konzeptuelles Gerüst angewiesen, das klaren formalen und inhaltlichen Vorgaben genügt: *Formal* hat es die bei der Befunderhebung entstehenden Daten zu ordnen, zu verdichten und in eine Form zu bringen, die sowohl medizinischen Qualitätsansprüchen genügt als auch die Plausibilität für die Rechtsanwender/-innen sicherstellt. *Inhaltlich* muss es anschlussfähig bleiben für aktuelle Forschungsentwicklungen, ohne die notwendige Balance zwischen nomothetischer und idiografischer Perspektive aus dem Auge zu verlieren.

Rating-Skalen, insbesondere differenzierte wie das AMDP-System (AMDP 2023), sowie operationale Diagnosen sind hilfreich, bedürfen jedoch der Einbettung in den Rahmen einer personenzentrierten Psychopathologie. Denn die erforderliche „Übersetzungsarbeit“ ist mit der Stellung einer ICD-10-/ICD-11- oder DSM-5-TR-Diagnose keineswegs erledigt. Die Beantwortung der vom Auftraggeber gestellten gutachterlichen Fragen bedingt regelhaft eine – von der Diagnostik allein nicht zu leistende – vertiefte Analyse von Persönlichkeit und Biografie sowie, im strafrechtlichen Kontext, die systematische Rekonstruktion des psychischen Zustandes vor, während und nach der vorgeworfenen Straftat.

Wenn also Diagnosen notwendige, aber nicht hinreichende Elemente im Prozess der forensisch-psychiatrischen Begutachtung darstellen, wie kann die umschriebene Lücke geschlossen werden? Saß (1985, 2008) schlug vor, sich eines „psychopathologischen Referenzsystems“ zu bedienen, wobei er an frühere Überlegungen Witters (1972) anknüpfte. In dieser Sichtweise besteht das Ziel psychiatrischen Handelns darin, Veränderungen im Erlebens- und Verhaltenshorizont einer Person, die Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind oder sein können, zuverlässig zu erkennen und nachhaltig zu verändern. Das in diesem Kontext zentrale Element des *psychopathologischen Befunds* ist zum einen im Erfahrungshintergrund der einzelnen Fachperson im Dialog mit psychisch erkrankten Menschen verankert. Zum anderen spiegeln sich in ihm substanzielle Denktraditionen der Psychiatrie wider, die das Fach seit seiner Entste-

hung als wissenschaftliche medizinische Disziplin im späten 18. Jh. begleiten.

Konkret: Die starr-panische Angst des akut paranoiden Menschen, die bis zur Handlungsunfähigkeit reichende zähe Hemmung im Erleben und im Verhalten des schwer depressiven Menschen, die von keinerlei Zweifel begrenzte Gewissheit manischer Personen über die eigene Grandiosität, das selbstschädigende Kontrollbedürfnis im Rahmen einer Zwangserkrankung, die ungezügelter emotionale Antwort eines Menschen mit reduzierter Impulskontrolle auf Kränkungen oder die tunnelartige Einengung des Erlebnishorizontes bei einer schwer süchtigen Person: Mit all diesen, um einen zentralen Begriff des späten Jaspers zu benutzen, *Grenzsituationen* (Hügli 2020; Jaspers 1973) sind Psychiater/-innen, klinische wie forensische, regelmäßig konfrontiert.

Das psychopathologische Referenzsystem bedeutet demnach im Kern die gleichzeitige Anwendung von klinischem Erfahrungswissen, diagnostischer Einordnung *und* konzeptueller Reflexion der jeweiligen gutachterlichen Fragestellung. Ein Beispiel: Die Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit (und der Prognose) bei affektiv akzentuierten Straftaten, verkürzt oft als „Affektdelikte“ bezeichnet, stellt eine anspruchsvolle Aufgabe dar (Hoff 2010; Saß 1983): Manifestierten sich heftige Affekte erstmals bei der Tat selbst, oder lag bereits im Vorfeld eine eskalierende, wenn auch nicht unbedingt explizit gewordene Konfliktsituation vor, die in der Tathandlung kulminierte? Haben massive Affekte die Erlebens- und Handlungsfähigkeit der Person zum Zeitpunkt der vorgeworfenen Tat eingeschränkt oder nicht? Gab es trotz affektiver Anspannung Möglichkeiten zum kritischen Innehalten im unmittelbaren Vorfeld und während eines Tatgeschehens? Die sorgfältige Beurteilung solcher Zusammenhänge setzt einen umfassenden Erfahrungshintergrund im Umgang mit *jeder Art* von psychischer Störung voraus, denn affektiv aufgeladene Situationen kommen bei zahlreichen psychischen Erkrankungen vor. Der stetige Einbezug dieses Erfahrungswissens stellt in der gutachterlichen Situation eine wertvolle Hilfe und eine qualitätssichernde Maßnahme¹⁶ dar. Hier liegt der argumentative Kern einer konsequenten psychopathologischen Referenzierung bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung.

Vor diesem konzeptuellen Hintergrund soll abschließend ein Aspekt der gutachterlichen Praxis betrachtet werden. Gerade im Kontext der strafrechtlichen Begutachtung zu Schuldfähigkeit und Prognose sieht sich die operationalisierte Diagnostik in jüngerer Zeit erheblicher Kritik ausgesetzt: Der Ansatz von ICD-10 und DSM-5-TR, so der Haupteinwand, sei hier im Grundsatz ungeeignet, erfasse

¹⁶ Speziell auf den Aspekt der Qualitätssicherung weisen Habermeyer et al. (2020) hin.

relevante Parameter ungenügend oder gar nicht und verkürze so die Entscheidungsgrundlagen für die freie Beweiswürdigung des Gerichtes in unzulässiger Weise. Als geeignete Alternative wird etwa auf das „Forensische Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluations-System“ (FOTRES) verwiesen (Rossegger et al. 2011; Urbaniok 2016). Im Detail heben Borchard und Gerth (2020) drei Kritikpunkte hervor:

- Reliabilität und Validität der ICD- und DSM-Diagnosen seien generell fragwürdig, also nicht nur, aber auch im forensisch-psychiatrischen Kontext.
- Ein Zusammenhang zwischen ICD- und DSM-Diagnosen einerseits und delinquentem Verhalten bzw. Rückfälligkeit andererseits sei zu bezweifeln.
- Es werde durch die Überbewertung der ICD- und DSM-Diagnostik ein falscher Fokus gesetzt hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit und -chance von Straftätern/-innen.

Wie sehr diese vorwiegend methodisch-theoretische Debatte in die konkrete – in diesem Fall sogar höchstichterliche – Rechtsprechung eingreifen kann, sei anhand einer viel diskutierten Entscheidung des Schweizerischen Bundesgerichtes vom 03.10.2019 erläutert (Urteil 6B_933/2018).

Zu beurteilen war der Fall eines Mannes mit akzentuierten Persönlichkeitszügen, die jedoch nicht die Diagnose einer *Persönlichkeitsstörung* im Sinne der ICD-10-Kategorie F60 zuließen. In begründeten Situationen, so das Bundesgericht, könne aber auch dann von einer „schweren psychischen Störung“ gesprochen und könnten auch dann therapeutische Maßnahmen gerichtlich angeordnet werden, wenn die Kriterien für eine anerkannte psychiatrische Diagnose zwar *nicht* (vollständig) erfüllt seien, die „Gesamtbetrachtung“ jedoch „langanhaltende deliktrelevante Persönlichkeitsmerkmale mit Krankheitswert“ erkennen lasse (Ziffer 3.5.6. des Urteils).

Um Missverständnissen vorzubeugen: Selbstverständlich darf die Rolle einer gutachterlichen psychiatrischen Diagnose im Strafverfahren nicht überdehnt werden: Sie stellt *eines von vielen Elementen* dar, auf die die richterliche Entscheidungsfindung Bezug nimmt. Umgekehrt ist aber mit Blick auf das erwähnte Urteil hervorzuheben, dass die markante Herabstufung der Relevanz einer nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien gestellten (oder, wie hier, gerade *nicht* gestellten) Diagnose die Nachvollziehbarkeit der gerichtlichen Entscheidung und damit die Rechtssicherheit zu beeinträchtigen vermag.

Dieses Risiko wird, wie ebenfalls an diesem Urteil zu zeigen ist, noch erhöht, wenn von Prozessbeteiligten neu eingeführte, aber unterdefinierte und wissenschaftlich nicht abgestützte Termini sich gleichsam verselbstständigen und so zu potenziell negativen Folgen für Klarheit und Eindeutigkeit der Kommunikation zwischen juristischen und

forensisch-psychiatrischen Akteuren führen. Unter Ziffer 3.5.7. (S. 11/12) findet sich der im beigezogenen psychiatrischen Gutachten enthaltene Begriff des „Dominanzfokus“: *Ihm* – und nicht den psychopathologisch weitaus schärfer definierten narzisstischen Persönlichkeitsanteilen – haben Gutachter *und* Gericht offenbar entscheidendes Gewicht zugemessen.

Zurück zur aktuellen Diagnostikdebatte und zu der möglichen „Klammerfunktion“ einer personenzentrierten, undogmatischen Psychopathologie: Wenn es in der Psychiatrie des 21. Jh. neurowissenschaftliche, psychologische und sozialwissenschaftliche Befunde und Denkansätze gibt, die quer stehen zu den etablierten diagnostischen Entitäten von ICD-10/ICD-11 und DSM-5-TR, die also transdiagnostisch sind, dann sollten diese neuen Wege nicht bekämpft, sondern debattiert, beforscht und zu Ende gedacht werden. Ein solcher ergebnisoffener Dialog zwischen unterschiedlichen Sichtweisen zeichnet sorgfältiges wissenschaftliches Arbeiten aus. Jedoch darf bei aller Kritik an ICD-10/ICD-11 und DSM-5-TR nicht zugelassen werden, dass vielschichtige psychopathologische Denktraditionen als für die heutige Psychiatrie irrelevant eingestuft und damit ignoriert werden. Dies hätte eine konzeptuelle Verflachung zur Folge, die weder der Wissenschaft nützt noch – und schon gar nicht – den psychisch erkrankten, behandlungsbedürftigen Menschen. Ob wir uns im klinischen oder im forensischen Bereich der Psychiatrie bewegen, spielt dabei keine Rolle.

Im Sinne einer Referenz an Ludwik Flecks substanziellen, von der Psychiatrie noch kaum rezipierten Beitrag zur Wissenschaftstheorie der Medizin darf ein umfassenderes Verständnis von Psychopathologie, wie es hier vertreten wird, in pointierter Form als ein „Denkstil“ bezeichnet werden – ein „Denkstil“, der es ernst meint mit einem personenzentrierten Brückenschlag zwischen den heterogenen Perspektiven innerhalb der Psychiatrie und der dies gerade im Kontext des diagnostischen Prozesses zur Geltung bringt, sei es bei der klinischen oder gutachterlichen Tätigkeit.

Resümee: drei Thesen

1. Die wissenschaftlich fundierte psychiatrische Diagnostik ist ein *notwendiges und qualitätssicherndes*, für die Beantwortung der Gutachtensfragen *allein jedoch nicht hinreichendes Element* der forensisch-psychiatrischen Tätigkeit.
2. Der substanzielle Rückbezug auf den Erfahrungshintergrund der Psychiatrie im Umgang mit *allen* Formen und Schweregraden psychischer Störung, das „psychopathologische Referenzsystem“ im Sinne von Saß, steht keineswegs im Gegensatz zur aktuellen neuro- oder sozialwissenschaftlichen Forschung. Im Gegenteil: Ein solcher

Rückbezug, der auch die international etablierten psychiatrischen Diagnosemanuale ICD-10/ICD-11, DSM-5-TR sowie die ihnen entgegengehaltenen Kritiken gezielt einbezieht, sichert die Differenziertheit und Qualität der forensisch-psychiatrischen Begutachtung.

3. Die Psychopathologie hat, sofern sie personenzentriert, methodenkritisch und epistemologisch informiert arbeitet, das Potenzial, als „Klammer“ für die mit den Zentrifugalkräften ihrer Subdisziplinen ringende Psychiatrie des 21. Jh. zu fungieren. Sie könnte, mit Ludwik Fleck gesprochen, einen – hier ausdrücklich positiv konnotierten – „Denkstil“, welcher der Psychiatrie in all ihren Arbeitsfeldern besonders angemessen ist, zu praktischer Geltung bringen.

Funding Open access funding provided by University of Zurich

Interessenkonflikt P. Hoff gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (Hrsg) (2023) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 11. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Angst J, Merikangas KR, Preisig M (1997) Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 8):6–10
- APA (American Psychiatric Association) (2022) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. APA Press, Arlington (DSM-5-TR)
- Blashfield RK (1984) The classification of psychopathology—Neo-Kraepelinian and quantitative approaches. Plenum Press, New York
- Borchard B, Gerth J (2020) Die Relevanz eines kohärenten forensischen Beurteilungs- und Behandlungsprozesses: Grenzen der allgemeinspsychiatrischen Diagnosesysteme ICD und DSM für die forensische Fallkonzeption. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 14:197–211
- Campbell JK, O'Rourke M, Slater MH (2011) Carving nature at its joints: natural kinds in metaphysics and science. MIT Press, Cambridge
- Craddock N, Owen MJ (2005) The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Brit J Psychiatry* 186:364–366
- Falkai P, Rossner MJ, Schulze TG, Hasan A, Brzózka MM, Malchow B, Honer WG, Schmitt A (2015) Kraepelin revisited: schizophrenia from degeneration to failed regeneration. *Mol Psychiatry* 20:671–676
- Fleck L (1935) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Benno Schwabe, Basel [zitiert ist der Nachdruck 2023], 14. Aufl. bei Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Frances A (2013) Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life. William Morrow & Co, New York
- Fuchs T (2020) Randzonen der Erfahrung. Beiträge zur phänomenologischen Psychopathologie. Karl Alber, Freiburg, München
- Fusar-Poli P (2017) The clinical high-risk state for psychosis (CHRP), version II. *SCHBUL* 43:44–47
- Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N et al (2019) Transdiagnostic Psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry* 18:192–207
- Guze SB (1978) Nature of psychiatric illness: Why psychiatry is a branch of medicine. *Compr Psychiatry* 19:295–307
- Habermeyer E, Mokros A, Briken P (2020) „Die Relevanz eines kohärenten forensischen Beurteilungs- und Behandlungsprozesses“: grosser Wurf oder alter Wein in undichtem Schlauch? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 14:212–219
- Hegerl U, Juckel G (2000) Identifying psychiatric patients with serotonergic dysfunctions by event-related potentials. *World J Biol Psychiatry* 1:112–118
- Heinz A (2017) A new understanding of mental disorders: computational models for dimensional psychiatry. MIT Press, Cambridge
- Hoff P (1994) Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Hoff P (2008) Do social psychiatry and neurosciences need psychopathology—and if yes, what for? *Int Rev Psychiatry* 20:515–520
- Hoff P (2010) Vorgestalten und Selbstkorruption auf dem Weg zum Affektdelikt. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 4:240–247
- Hoff P (2017a) On Reification of mental illness: historical and conceptual issues from Emil Kraepelin and Eugen Bleuler to DSM-5. In: Kendler KS, Parnas J (Hrsg) Philosophical issues in psychiatry IV: classification of psychiatric illness. Oxford University Press, Oxford, S 107–120
- Hoff P (2017b) Von Kant zu Fichte: Transzendentes Denken und die Grundlegung von Psychiatrie und Psychotherapie im 21. Jahrhundert. In: Ivaldo M, von Manz HG, Radrizzani I (Hrsg) Vergegenwärtigung der Transzendentalphilosophie: Das philosophische Vermächtnis Reinhard Lauths. Königshausen und Neumann, Würzburg, S 273–290
- Hoff P (2019) Compulsory interventions are challenging the identity of psychiatry. *Front Psychiatry* 10:783. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00783>
- Hoff P (2022) Psychopathological knowledge and methodically sound diagnostics are core elements of forensic psychiatry. *Forensic Sci Int Mind Law* 3:100073. <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2022.100073>
- Hoff P (2023) Arthur Kronfeld und die Identität der Psychiatrie – Denkwege vom 18. bis zum 21. Jahrhundert. Kohlhammer, Stuttgart
- Hoff P, Saß H (2010) Psychopathologische Grundlagen der forensischen Psychiatrie. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Saß H (Hrsg) Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht. Handbuch der Forensischen Psychiatrie, Bd. 2. Springer, Berlin, Heidelberg, S 1–156
- Hoff P, Maatz A, Vetter JS (2020) Diagnosis as dialogue: historical and current perspectives. *Dialogues Clin Neurosci* 22:27–35. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/phoff>

- Hügli A (2020) «Grenzsituationen erfahren und existieren ist dasselbe» – eine philosophische Meditation über einen Satz von Karl Jaspers. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03092>
- Insel TR, Cuthbert BN (2015) Brain disorders? Precisely. *Precision medicine comes to psychiatry*. *Science* 348:499. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al (2010) Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 167:748–751
- Janzarik W (Hrsg) (1979) *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*. Enke, Stuttgart
- Jaspers K (1946) *Allgemeine Psychopathologie*, 4. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg (1913)
- Jaspers K (1973) *Existenzerhellung*. Philosophie, Bd. 2. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 201–254
- Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA (Hrsg) (2015) *Re-visioning psychiatry: cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health*. Cambridge University Press, Cambridge
- Kotov R, Krueger RF, Watson D (2018) A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry* 17:24–25
- Kronfeld A (1920) *Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis*. Springer, Berlin
- Krueger RF, Kotov R, Watson D et al (2018) Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 17:282–293
- Mundt C, Saß H (Hrsg) (1992) *Für und Wider die Einheitspsychose*. Thieme, Stuttgart
- Nedopil N (2015) Juristische Schwellenvorgaben, psychiatrische Diagnostik und psychopathologisches Erkennen. *Unerschöpflicher Diskurs. Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 9:171–178
- Popova NK (2006) From genes to aggressive behavior: the role of the serotonergic system. *Bioessays* 28:495–503
- van Praag HM, Kahn RS, Asnis GM, Wetzler S, Brown SL, Bleich A, Korn ML (1987) Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. *J Affect Disord* 4:173–193
- Reed GM, First MB, Kogan CS et al (2019) Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 18:3–19
- Rossegger A, Laubacher A, Moskvitin K, Villmar T, Palermo GB, Endrass J (2011) Risk assessment instruments in repeat offending: the usefulness of FOTRES. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 55:716–731
- Rüsch N (2021) *Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. Elsevier, München
- Saß H (1983) Affektdelikte. *Nervenarzt* 54:557–572
- Saß H (1985) Ein psychopathologisches Referenzsystem für die Beurteilung der Schuldfähigkeit. *Forensia* 6:33–43
- Saß H (2008) Psychische Störungen und Schuldfähigkeit – Ein psychopathologisches Referenzsystem. *Psychiatrie* 5:182–189
- Saß H, Maier W, Bormuth M, Brüne M, Deister A, Fuchs T, Hasan A, Hauth I, Hoff P, Hohagen F, Köhler S, Kronsbein J-M, Mayer-Lindenberg A, Schramme T (2019) *Zur Identität der Psychiatrie: Positionspapier einer DGPPN-Task-Force zum Thema Identität*. DGPPN, Berlin
- Schultze-Lutter F, Schmidt SJ, Theodoridou A (2018) Psychopathology—a precision tool in need of re-sharpening. *Front Psychiatry* 9:446. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00446>
- Schweizerisches Bundesgericht, Urteil 6B_933/2018 vom 3. Oktober 2019. https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?lang=de&type=show_document&highlight_doid=aza://aza://03-10-2019-6B_933-2018&print=yes
- Stanghellini G (2009) The meanings of psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 22:559–564
- Stanghellini G, Broome MR (2014) Psychopathology as the basic science of psychiatry. *Br J Psychiatry* 205:169–170
- Timimi S (2014) No more psychiatric labels. Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol* 14:208–215
- Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ (2019) The development of the ICD-11 classification of personality disorders: an amalgam of science, pragmatism, and politics. *Ann Rev Clin Psychol* 15:481–502
- Urbaniok F (2016) *FOTRES – Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System: Diagnostik, Risikobeurteilung und Risikomanagement bei Straftätern*, 3. Aufl. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Werner S, Zittel C (2019) *Ludwik Fleck: Denkstile und Tatsachen. Gesammelte Schriften und Zeugnisse*, 3. Aufl. Suhrkamp, Berlin
- WHO (World Health Organisation) (1991) Tenth revision of the international classification of diseases, chapter V (F): mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva (deutsch (1991): ICD-10. Huber, Bern Göttingen Toronto)
- WHO (World Health Organisation) (2019) ICD-11: international classification of diseases for mortality and morbidity statistics. Eleventh revision. Reference guide. WHO, Geneva
- Witter H (1972) Die Beurteilung Erwachsener im Strafrecht. In: Göppinger H, Witter H (Hrsg) *Forensisch-psychiatrische Gegenwartsprobleme*. Facultas, Wien, S 40–48
- Zachar P (2000) Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philos Psychiatr Psychol* 7:167–182

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.