

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DAS BÖSE AUS PSYCHIATRISCHER SICHT

Was heißt böse? Wer gilt als böse? Wie ist man böse?

Kaum ein Begriff hat einen so negativen Klang wie das Wort „böse“. Dabei kann es unter verschiedenen Sichtweisen gebraucht werden: Böse im Sinne von verärgert, von boshaft, von Falschheit, von feindlich und schließlich „ein böser Mensch“ von leicht vorwurfsvoll bis hin zur Verbrecher-Kategorie. Am häufigsten ist eine mittlere Gebrauchs-Position im Sinne von niederträchtig, gemein, amoralisch, manchmal auch nur „das wird böse enden“. Kurz: Das Böse ist nicht nur allgegenwärtig, sondern auch vieldeutig, mehrschichtig – und damit irgendwie auch faszinierend.

Aber wie so vieles, was uns in Urteil und alltäglichem Wortschatz begleitet, ernstere Gedanken dazu dürften sich nur wenige machen. Deshalb ist es überaus reizvoll zu erfahren, was jene Fachleute dazu zu sagen haben, die beruflich mit dem Bösen näheren Kontakt halten müssen. Das waren früher die Philosophen (überwiegend theoretische und damit eher folgenlose Gelehrten-Diskussionen), später die Theologen (schon nicht mehr so harmlos, konnte u. U. mit dem Scheiterhaufen enden), sicher immer wieder die Politiker (denen man aber schon früher nicht allzu viel Lauterkeit abnahm) und jetzt? Heute sind es nicht zuletzt die Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen, und hier vor allem die forensisch (und damit gutachterlich) Tätigen. Und immer häufiger auch die Neuropsychiater und -psychologen, die dem Bösen über Gehirn-Struktur und -Funktion näher zu kommen suchen.

Das sind die modernen Aspekte des Bösen in unserer Zeit und Gesellschaft, in der Verschlagenheit, Schadenfreude, Gehässigkeit, Niedertracht, Neid, Missgunst, Eifersucht, Scheinheiligkeit, ja Reizbarkeit, Aggressivität, Rachsucht, Hass, kurz: Gewissenlosigkeit und Gewalt immer bedrängender zu werden scheinen.

Doch das ist natürlich nichts Neues. Das Böse war vom ersten Tag an der Begleiter der Menschheit. Biblisch gesehen von Kain bis Abel, real in jeder Menschen-Horde vor Tausenden von Jahren. Wer die Geschichte studiert, müsste eigentlich dankbar sein, in dieser, unseren Epoche leben zu dürfen. Gleichwohl: Das Böse beschäftigt uns immer mehr. Es bedrängt uns, macht uns Sorge, verunsichert uns. Deshalb sollten wir mehr über das Böse wissen. Dann würden wir auch erfahren, wie vielschichtig dieses (ausschließlich?) menschliche Phänomen ist. Und dass es mehr Böses gibt, als wir je ahnen konnten. Aber auch dass das Böse sehr viel differenzierter zu beurteilen ist, als wir es uns gerne leicht machen.

Dazu ein etwas umfangreicherer Beitrag aus psychiatrischer Sicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Das Böse – Psychopathologie des Bösen – sinnverwandte Wörter des Bösen – Bosheit – Falschheit – Böswilligkeit – Feindseligkeit – „böser Mensch“ – Das Böse aus biblischer Sicht – böse Mächte, Dämonen und Geister und das Böse – Religion und das Böse – Altes Testament und das Böse – Satan, Beliar, Beelzebub, Verkläger, Versucher, die alte Schlange, der große Druide, der Fürst der Unterwelt und das Böse – Exorzismus – Geisterbeschwörung – Austreibung böser Geister - Theokratie und das Böse – Achse des Bösen – Schurkenstaaten – Politik und das Böse – Das Böse im Spiegel der Sinnsprüche – Das Böse aus philosophischer Sicht – Das Böse aus religiöser Sicht – „Teufel der Neuzeit“ – Das Böse aus psychiatrischer Sicht – Schizophrenie – Wahn – psychotrope Drogen – ekklesiogene Neurose – Epilepsie – dissoziative Störungen – Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – Multiple Persönlichkeitsstörung - Bessenheits-Wahn – Zwangsstörung – depressiver Schuldwahn – asoziale, dissoziale oder antisoziale Persönlichkeit – psychose-nahe Störung – schizoide Persönlichkeitsstörung – schizotypische Persönlichkeitsstörung – affektive Störung – Depressionen – Manie – schizoaffektive Störung – Rauschdrogen-Konsum – Medikamenten-Abhängigkeit – hirnorganische Störungen – Intelligenzminderung – Impulskontrollstörungen – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Paraphilien – Störungen der Sexualpräferenz – Perversionen – Borderline-Störung – antisoziale Persönlichkeitsstörung – narzisstische Persönlichkeitsstörung – histrionische (hysterische) Persönlichkeitsstörung – das Böse als menschlicher Defekt – Massenmörder – Serienkiller – Berufsverbrecher – das Böse und die Forensische Psychiatrie – Maßregelvollzug – schwere Persönlichkeitsstörung – schwere andere seelische Abartigkeit – Graduations of Evil – Maß-Skala des Bösen – Psychopathie – gewissenlose Psychopathen – depravity scale – Skala der Verderbtheit – psychiatrisches Gutachterwesen – forensische Gutachten – Arzt-Täter im III. Reich – Sexual-Straftäter – schwere sexuelle Perversion – Anziehungskraft der Meute – Labor-Untersuchungen zum Bösen – Experimente zum Bösen – bad or mad – gesund oder

krank – Grad einer bösen Tat – Anzeichen einer höheren Tat-Planung – instrumentelle Gewalt – das Böse und der psychiatrische Gutachter – das Böse als Preis der menschlichen Freiheit – psychiatrische Schuldfähigkeits-Gutachten – Entwicklungsgeschichte eines Verbrechers – trainierte Psychologisierung-Neigung im Alltag – Neurobiologie des Bösen – Gehirn-Struktur und das Böse – Gehirn-Funktion und das Böse – Neuro-Physiologie des Bösen – Neuro-Anatomie des Bösen – Posttraumatische Wesensänderung (Unfall-Folgen) des Bösen – Stirnhirn und das Böse – Impulskontroll-Störung – Neurowissenschaften und Moral – Neurobiologie der Aggressionen – unbeherrschte Täter – kontrollierende Täter – Nervenzelle und das Böse – Botenstoffe und das Böse – Neurotransmitter und das Böse – Dopamin, Noradrenalin, Serotonin und das Böse – Fremd-Aggressivität – Auto-(Selbst-)Aggressivität – Fanatismus – Amok-Lauf – Amok-Ursachen – Amok-Motive – Amok-Täter – Amok in Deutschland – Amok und psychische Krankheit – Amok und biochemische Hypothesen – Amok und Fanatismus – Psychotherapie des Bösen – Soziotherapie des Bösen – Pharmakotherapie des Bösen – selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) – Lithium – Valproat – Phenytoin – Dopamin-Antagonisten – Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ – Beta-Rezeptoren-Blocker – anti-androgene Medikamente – Schilddrüsen-Hormone – chirurgische Kastration – Morphin-Antagonisten – Cyproteron-Acetat (CPA) – LHRH-Agonisten – u.a.m.

Interessieren würde es schon: das Böse. Aber dann drängt sich bei einigem Nachdenken die Frage auf: Was ist das Böse? Wer ist böse? Wie ist man böse?

Das sind keine unnötigen Fragen. Das Böse beschäftigt die Menschheit seit Anbeginn (siehe später die theologischen und philosophischen Aspekte). Das Böse ist heute so aktuell wie in biblischen Zeiten, aber man macht es sich nicht mehr so einfach wie damals. Man hinterfragt, schlüsselt auf, erforscht sogar die biologischen Ursachen von was-wer-wie.

Ein Fachbereich, der sich nach den Kriminologen und Juristen wohl am meisten mit dem Bösen zu beschäftigen hat, ist die Psychiatrie, und hier besonders die Forensische Psychiatrie (s. später). Von ihr hört man allerdings zu diesem folgenschweren Begriff offiziell wenig. Dabei ist das Böse ihr Alltag, auch wenn nicht in bewusst böartigem, sondern krankhaft induziertem Sinne – wenigstens zumeist. Gerade die gerichtlich, also gutachterlich tätigen Psychiater werden oft genug vor die Frage gestellt: „bad or mad?“ Aber auch sonst ist „böse oder krank“ oder beides durchaus psychiatrischer Alltag. Viel zu hören oder zu lesen gibt es jedoch nicht, jedenfalls nicht allgemein verständlich von psychiatrischer Seite für psychiatrische Gesichtspunkte.

Da kommt das Sonderheft des *NeuroTransmitter* 2/2006 (offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte – BVDN, Deutscher Neurologen –

BVDN und Deutscher Psychiater – BVDP) gerade recht. Der *NeuroTransmitter* hat sich inzwischen als jene nervenärztliche Fachzeitschrift erwiesen, die wissenschaftlichen Anspruch und Praxis-Alltag hochwertig und realistisch zugleich verknüpft. Schon die *NeuroTransmitter*-Sonderausgabe 2005 über „Liebe und Psychiatrie“, wohl das erste Mal, dass dieses ebenfalls heikle, aber auch spannende Thema aus psychiatrisch-neurologischer Sicht abgehandelt wurde, schon diese Ausgabe stieß auf großes Interesse und regte lebhaftes Diskussionen an. Eine komprimierte Fassung der wichtigsten Beiträge zum Thema „Liebe und seelische Störung“ findet sich in dieser Serie.

Inzwischen liegt die Sonderausgabe über „Das Böse und die Psychiatrie“ vor. Auch sie soll wieder komprimiert und – falls nötig – ins Allgemeinverständliche übersetzt wiedergegeben werden. Dabei geht es nicht nur um die allgemeinen Berührungspunkte zwischen dem medizinischen Fach Psychiatrie und der moralischen Kategorie des Bösen, wie es im Vorwort der Schriftleitung heißt. Nein, man geht in die Tiefe, konkret, fach-bezogen, am Alltag orientiert.

Das betrifft vor allem die forensische Psychiatrie, die sich zuvor gutachterlich und nachher therapeutisch mit psychisch kranken Rechtsbrechern beschäftigt. Aber auch die klinische Psychiatrie mit ihrem Schwerpunkt Psychopathologie (psychiatrische Krankheitslehre), ferner psychosoziale bzw. sozial-politische Aspekte, das schon erwähnte psychiatrische Gutachter-Wesen, neurobiologische Fragestellungen und die Therapie, sei sie psycho-, sozio- oder pharmakotherapeutisch ausgerichtet. Und natürlich die Extrem-Situationen, z. B. vom Fanatismus bis zum Amoklauf. Und nicht zu vergessen philosophische, theologische und sogar künstlerische Gesichtspunkte.

Nachfolgend also eine komprimierte Fassung des *NeuroTransmitter* 2/2006.

WAS IST DAS „BÖSE“?

Das „Böse“ ist ein mysteriöses Konstrukt, unter dessen Dach sich alle möglichen Varianten des Unguten versammeln, beginnt Prof. Dr. Dr. Th. R. Payk vom Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum seinen Beitrag über die Psychopathologie des Bösen. Und er fährt fort: In diesem Begriff schwingen Merkmale wie amoralisch, verwerflich, niederträchtig, schlecht, frevelhaft, infam, gemein, teuflisch u. a. mit.

Das ist eine überaus breite Palette, weshalb sich nicht nur die Experten von Philosophie, Religion, Anthropologie, Psychologie und Jurisprudenz, sondern eben auch Psychiater und Psychotherapeuten damit beschäftigen. Dabei wäre es interessant, die bereits angedeutete begriffliche Kategorisierung mithilfe der Synonyma der sinnverwandten Ausdrücke zu erweitern. Denn dann wird erst

so richtig deutlich, welch breites Spektrum das Böse in der Allgemeinheit repräsentiert. Das Böse ist tatsächlich ein mysteriöses Konstrukt, also ein rätselhaftes, geheimnisvolles Gedankengebäude. Im nachfolgenden Kasten findet sich eine Auswahl der wichtigsten bedeutungsgleichen bzw. – ähnlichen Begriffe zu „böse“ aus der Sichtweise lebensgeschichtlicher und alltags-relevanter Wörter.

BÖSE UND SINNV ERWANDTE WÖRTER

im Spiegel verschiedener Sichtweisen

- **Böse im Sinne von *verärgert*:** ärgerlich, gereizt, ungeduldig, nervös, unmutig, indigniert, vergrämt, verbiestert, missmutig, missgestimmt, ingrimmig, missvergnügt, säuerlich, verstimmt, aufgebracht, infam, erbittert, zornig, furios, zähneknirschend, zürnend, erbost, siedend, wutentbrannt, wutschnaubend, wütend, fuchtig, unleidlich, affekt-geladen, unwillig, unwirsch, alteriert, geladen, ungehalten, empört, entrüstet, zornentbrannt, verdrießlich, grimmig, zischend, schäumend, außer sich, grantig, grätig, grollend, schmollend, rabiat, wütig, aus dem Häuschen, wild u. a.
- **Böse im Sinne von *boshaft*:** böseartig, hämisch, hässlich, höhnisch, schadenfroh, gehässig, giftig, gallig, übelwollend, lieblos, ungut, infam, niederträchtig, falsch, intrigant, schikanös, ränkesüchtig, diabolisch, teuflisch, ver-teufelt, infernalisch, satanisch, hinterhältig, hinterlistig, hinterrücks, meuchlings, tückisch, arglistig, heimtückisch, klatschsüchtig, medisant (üble Nachrede), böses Mundwerk, scharfe Zunge, misswillig, verleumderisch, übelgesinnt u. a.
- **Bosheit im Sinne von *Falschheit*:** Böseartigkeit, Hinterlist, Böswilligkeit, Hohn, Verschlagenheit, Schadenfreude, Gehässigkeit, Übelwollen, Arglist, böser Wille, Heuchelei, Hinterhältigkeit, Heimtücke, Intriganz, Infamie, doppeltes Spiel, Gleisnerei, Doppelzüngigkeit, Lippenbekenntnis, Unaufrichtigkeit, Doppelspiel, Niedertracht, Neid, Missgunst, Eifersucht, Futterneid, Scheinheiligkeit, Pharisäertum, Selbstgerechtigkeit, Frömmelei u. a.
- **Böswillig als *feindlich*:** gegnerisch, gram, böse, verfeindet, verworfen, zerstritten, entzweit, uneinig, disharmonisch, unfriedlich, unstimmig, wie Hund und Katze, spinnefeind, zwieträftig, auf Kriegsfuß, aggressiv, angriffslustig, aufsässig, hasserrfüllt, gehässig, giftig, ausfallend, bissig, zänkisch, streitsüchtig, nachtragend, unversöhnlich, verbittert, grollend, schmollend, rachsüchtig, animos, erbittert, ressentimentgeladen, verbiestert, hasserrfüllt, zürnend u. a.

• **Böser Mensch in Verbrecher-Kategorien:** Beschuldigter, Verdächtiger, Beklagter, Angeklagter, Festgenommener, Untersuchungsgefangener. – Rechtsbrecher, Gesetzesbrecher, Krimineller, Straftäter, Täter, Schuldiger, Arrestant, Häftling, Gefangener, Gefängnisinsasse, Strafgefangener, Sträfling, Delinquent. – Dieb, Langfinger, Einbrecher, Geldschrankknacker, Laddendieb, Kaufhausdieb, Räuber, Bankräuber, Straßenräuber, Wegelagerer, Raubmörder, Autobahnmörder, Attentäter, Heckenschütze, Mordbube, Meuchelmörder, Gedungener, Mietling, Kreatur, Werkzeug, Killer, Brandstifter, Feuerleger, Zünder, Rauschgifthändler, Drogenhändler, Dealer, Pusher, Triebtäter, Sexualverbrecher, Kinderschänder, Kindesmörder, Frauenmörder, Lustmörder, Sittlichkeitsverbrecher, Sittenstrolch, Kidnapper, Menschenräuber, Entführer, Luftpirat, Hijacker, Pirat, Ganove, Gangster, Mafioso, Bandit, Halunke, Gauner, Schwerverbrecher, Gewaltverbrecher, Unhold, Unmensch, Mörder, Kapitalverbrecher u. a.

Auswahl aus *Sag es treffender – Sag es auf Deutsch*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 2007

ZUR PSYCHOPATHOLOGIE DES BÖSEN

Die Frage nach dem „Bösen“ beschäftigt inzwischen eine Vielzahl von Fachgebieten, wir sprachen schon davon. Längst liegt dieser schillernde Begriff nicht mehr ausschließlich in den Händen der Theologen, Philosophen, Juristen und Historiker. Gefragt sind inzwischen nicht nur Psychologen und Psychiater generell, sondern ihre Spezialisten auf diesem Gebiet, z. B. die klinischen Psychologen und forensischen Psychiater (s. o.), ja die Psycho- und Neurophysiologen, denn inzwischen wirft auch die Hirnforschung ein neues Licht auf das „Böse“ im Menschen.

In seinem lesenswerten Beitrag über die *Psychopathologie des Bösen* in der Fachzeitschrift *NeuroTransmitter* 2/2006 beschreibt Prof. Dr. Dr. Th. R. Payk vom Zentrum der Psychiatrie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum erst einmal die religiösen und philosophischen Aspekte.

Das Böse aus philosophischer und religiöser Sicht

Dabei wird deutlich, dass die Herkunft des Bösen in den Welt-Kulturen und Welt-Religionen ganz unterschiedlich dargestellt wird. Zum einen ist es ein unabwendbares und zu erdulndes „Übel“, wie eine Naturkatastrophe, zum anderen eine „Sünde“, die der Mensch aus Hass, Gier oder Sadismus selbst her-

beigeführt hat. Nach Emmanuel Kant, einem der markantesten Philosophen zum Thema „Das Böse“ im speziellen und als philosophischer Wegbereiter im Allgemeinen, liegt der „Ursprung des Bösen in der menschlichen Natur“. Das Böse beruhe darauf, dass der Mensch seine Freiheit missbrauche. Er mache aus Eigennutz die Selbstliebe zur Grundlage der Sittengesetze. Weitere Einzelheiten aus philosophischer Sicht, wobei nebenbei ganz unterschiedliche Meinungen diskutiert werden, von der Antike bis heute, siehe die entsprechende Fachliteratur.

Weit weniger diskrepant (uneinig, abweichend) sind hierbei die theologischen Überlegungen, insbesondere die jüdisch-christliche Auffassung des Bösen, das sich vor allem aus dem Ungehorsam gegenüber Gott ergibt. Das beginnt mit dem Sündenfall Adams und endet mit der Erb-Schuld aller kommenden Geschlechter bis zum heutigen Tag. Schuldig war Satan, der „Vater der Lüge“, der sich gegen Gott aufgelehnt hatte und in die Hölle verdammt worden war. In den Offenbarungs-Religionen wurde dieser gefallene Engel namens Luzifer zum Prototypen, zum Urbild des Teufels, zur Personifikation (zum Inbegriff, zur Verkörperung) des „Bösen“ schlechthin. Bildende Kunst, Malerei, Musik und Literatur schöpften unendlich aus den beiden Polen des Guten und Schlechten mit ihren vermenschlichenden Darstellungen dieser theoretischen Konstrukte (Arbeitshypothesen, Gedankengebäude).

DAS BÖSE AUS BIBLISCHER SICHT

Aus biblischer Sicht bezeichnen die Begriffe *böse*, *Bosheit*, *boshaft* weniger eine einzelne Eigenschaft, vielmehr eine innere, gottfeindliche Haltung, die sich auf allen Gebieten des Lebens auswirkt. Gut und Böse sind die beiden Pole, zwischen denen der Mensch bei seinen Entscheidungen zu wählen hat. Das Wissen um Gut und Böse hat er sich am Anfang der Menschheitsgeschichte im Ungehorsam gegen Gott erworben, ohne jetzt fähig zu sein aus eigener Kraft das Gute zu tun.

Gott schuf eine Welt der vollkommenen Harmonie, des Friedens und der Freiheit in der Einordnung unter seinen allein gültigen Willen. Nach dieser Ordnung war die Schöpfung nach Gottes eigenem Urteil sehr gut. Denn Gott hat das Böse in der Welt nicht gewollt und nicht geschafft.

Religions-historisch ergeben sich dabei beispielsweise folgende Epochen:

- Die hebräischen und griechischen Grundwörter bezeichnen im biblischen Sprachgebrauch mit „böse“ oder „das Böse“: Was nicht im Dienst des Guten steht, was nicht zum Guten führt. Dabei schwingt auch eine mehr oder weniger scharfe Akzentuierung dieses Unguten mit im Sinne eines Wider-Göttlichen. Dementsprechend zeigte sich das Böse als eine Macht, als ein Sinnen und Trachten im Herzen; eine Neigung, die zu Unternehmungen, also einem bösen Handeln reizt. Als böse wird insbesondere jede Art von Treulosigkeit

und Ungehorsam gegen Jahwe bezeichnet (Jahwe: Eigenname des Gottes Israels).

Die böse Gesinnung und die böse Tat stören das Verhältnis zu Jahwe und zugleich das gottgewollte Verhältnis des Friedens der Menschen untereinander. Jahwe verabscheut vor allem den Egoismus und die Rücksichtslosigkeit im Gewande der Religiosität, weil sie – dem äußeren Schein zum Trotz - zutiefst böse sind.

- In der rabbinischen Theologie spielt der böse Trieb eine wichtige Rolle, wobei versucht wird, das Böse in seinem Woher und Zustandekommen zu erklären. Dabei wird dem Menschen aber die grundsätzliche Fähigkeit zugesprochen, den bösen Trieb durch dessen Gegenspieler, den guten Trieb zu überwinden.

- Im Neuen Testament und hier vor allem im Markus-Evangelium, erscheint das Böse als eine vom Menschen ausgehende, ihn im Denken und Handeln leitende „Macht“. Deshalb wird sie auch als eine Einstellung und Haltung definiert, die ganz der Verantwortung des Menschen unterliegt. Das Christus-Geschehen lässt keine Entschuldigung mehr zu. Dafür kommt ihm aber die Macht der Vergebung zugute, denn durch das Ja zur Gottes-Herrschaft überwindet der Mensch das Böse.

Aus: Praktisches Bibel-Lexikon, Hrsg. von A. Grabner-Heider, Marix-Verlag, Wiesbaden 2005

Das hatte allerdings auch konkrete Folgen, meist von übler Art. Im späten Mittelalter beispielsweise, und das bis weit in das 18. Jahrhundert hinein, wüteten im christlichen Europa Besessenheits-Wahn und Hexenglaube, instrumentalisiert zum Mittel kirchlicher Ketzerverfolgung. Während der schauerlichen Epidemien, insbesondere der Pest-Seuchen explodierte dies regelrecht zu einer Massen-Psychose.

Dieser Begriff leitet über zu den psychologischen, vor allem psychiatrischen Fragen, die das „Böse“ aufwirft. Denn die für uns „lächerliche“, wenn auch für die Betroffenen verheerende „Hexerei“ und „bösen Geister“ sind natürlich bis heute in ihren extremen Formen von Okkultismus und Spiritismus lebendig geblieben, auch wenn sie sich geschickt als parapsychologische Ersatz-Religionen tarnen.

Was also ist der Teufel der Neuzeit, fragt Prof. Payk.

DAS BÖSE UND DER TEUFEL DER NEUZEIT

In zeitgeist-konformer, gleichsam säkularisierter Weiterentwicklung der Vorstellung eines individuellen Bösen werden ganz andere Formen, ja reale Personen als deren Inkarnation (Menschwerdung, Verkörperung des Ideellen) beschrieben. Besonders einprägsame Beispiele aus neuerer Zeit sind Hitler, Stalin, Polpot, Idi Amin und andere Führungspersönlichkeiten, als Massenmörder bzw. rückblickend als „monströse Bösewichte mit teuflischen Eigenschaften“ betrachtet.

Doch die Wissenschaft beschäftigt sich längst nicht mehr mit diesen „Lichtgestalten des Dunklen“, sie beunruhigt, ja erschreckt vor allem die „biedermännische Banalität des Bösen“. Sie zeigt sich im „Pflichtbewusstsein“ und „Gehorsam“ der bürokratischen Schreibtischtäter vom Typ eines Adolf Eichmann, deren Eifer und Talent die ungeheuerlichen Schandtaten wie planmäßigen Völkermord und industrialisierte Massenvernichtung erst möglich machten – und das bis heute und über die gesamte Welt verteilt.

Außerhalb der jüdisch-christlich-islamischen Tradition aber blieb nach Payk das Böse in allen Kulturen und Gesellschaften ein letztlich substanzloses, abstraktes Phänomen, als Gegenpol und Verneinung des „Guten“ lediglich noch der Inbegriff des Schlechten, Negativen und Destruktiven (Zerstörerischen).

Dafür beschäftigt den Psychiater (und sollte die Allgemeinheit mehr als bisher beschäftigen) zweierlei, nämlich 1. das „Böse“ in der Psychopathologie und 2. das „Böse“ als menschlicher Defekt. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu diesen Phänomenen:

DAS BÖSE IN DER PSYCHOPATHOLOGIE

Die wahrscheinlich größte Verwirrung und Ratlosigkeit bei Betroffenen und Angehörigen, Nachbarn, Freunden, Berufskollegen und sogar Fremden stiften Wahn-Symptome. Einzelheiten zu diesem und anderen Krankheitszeichen, wie sie nachfolgend aufgeführt werden, siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie und als kurze Definition im Kasten.

Wahn

Der Wahn ist eine krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Wirklichkeit. Daran wird mit subjektiver Gewissheit festgehalten, unkorrigierbar, selbst wenn er im Widerspruch zur objektiven Realität, zur eigenen Erfahrung und zum Urteil gesunder Mitmenschen steht.

Das Charakteristische des Wahns ist vor allem die unerschütterliche Überzeugung, ohne ausreichende Begründung. Der Betroffene weiß einfach, dass es so und nicht anders ist, ohne dass es eines Beweises bedarf. So etwas nennt man auch eine Bedeutungs-Gewissheit: „es ist so“.

Die Wahn-Wirklichkeit ist die einzige Wirklichkeit des Kranken geworden. Dazu kommt die so genannte Ich-Bezogenheit zufälliger und gewöhnlicher Vorgänge. D. h., es werden alltägliche, unauffällige Vorkommnisse in der Umwelt, also gleichgültige Handlungen, harmlose Worte, Bemerkungen oder sonstige Beobachtungen fälschlich für besonders bedeutungsvoll gehalten und wahnhaft auf die eigene Person bezogen.

In der *paranoiden (wahnhaften) Wahnwelt*, ob irdisch oder religiös fixiert, kommen auch bei modernen Menschen nicht selten dämonische Archetypen (Urbilder) vor wie böse Geister, Teufel oder Hexen (bei den muslimischen Patienten „Dschinne“). Sie verunsichern, beunruhigen, belasten, erschrecken und quälen ihre Opfer, vor allem durch „negative Energien“. So etwas wird beispielsweise spürbar durch zermürbende Zoenästhesien oder beängstigende Ich-Störungen, bei denen auf diabolische Weise Denken oder Vorstellungen von außen gelenkt werden.

Am häufigsten gehen diese Symptome mit einer *schizophrenen Psychose* einher, deren Opfer diesen, für sie realen Manipulationen hilflos ausgeliefert sind. Daraus entspringen dann auch viele raptus-artige (extremer, krankhafter Aggressions-Durchbruch) und für Außenstehende völlig unmotiviert erscheinende selbst- und fremd-aggressive Reaktionen, entweder als Verzweiflungstat oder durch imperative (befehlende) Einflüsterungen bzw. Lenkungs-Manöver. Die psychotischen Patienten können ihnen umso weniger widerstehen, je mehr sie innerhalb dieses Wahn-Systems ihr Realitäts-Bewusstsein verloren haben, gibt Prof. Payk zu bedenken.

Zu halluzinatorischen Wahrnehmungen von Teufelsfratzen oder Satansgelächter kommt es bisweilen auch unter *psychotropen Drogen* wie LSD, Psilocin, Psilocybin, Muskarin und – in gerade zu erschreckendem Ausmaß – durch Phencyclidin, eine Rauschdroge mit gnadelosem Gewalt-Potential, selbst- und fremdgefährlich.

Haben die Intoxikationen (Vergiftungen) durch den Rauschdrogenkonsum der letzten Jahrzehnte eher zugenommen, ist der früher häufigere *Besessenheits-Wahn* deutlich zurückgegangen. Er wurde insbesondere im Rahmen so genannter *ekklesiogener Neurosen* beobachtet, wobei vor allem bittere Selbstvorwürfe und flagellantische Selbstbestrafungen für vermeintlich unkeusche oder andere unzüchtige Gedanken oder Handlungen vorkamen (Flagellation = Selbst-Geißelung, z. B. „zur Abtötung fleischlicher Begierden“, auch als Perversion möglich: sexuelle Selbstbefriedigung durch Geißeln).

Das hat die sexuelle Revolution in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hinweggefegt. Bis dahin aber war alles sinnlich-erotische, lustvoll-sexuelle Denken und Handeln in einer leib-feindlichen Gesellschaft als lasterhaft ge-

brandmarkt und in den Rang einer schweren Sünde erhoben worden. Die psychoanalytische Lehre in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert wies zwar immer wieder auf diese krankmachende Unterdrückung hin (Verdrängung libidinöser, d. h. sexueller Wünsche, was zu neurotischen Störungen und psychosomatischen Folgen führen konnte). Doch es dauerte seine Zeit, bis die Bewusstmachung dieser verdrängten Triebansprüche als erster, als notwendiger Schritt zur Heilung erkannt und schließlich als befreiende Erkenntnis der gesamten Gesellschaft zuteil werden konnte.

Dass es aber immer noch, bis in unsere Zeit hinein, Reste einer scheinbar längst überholten „mittelalterlichen Einstellung“ gibt, zeigen unfassbare Einzelfälle von Teufelsaustreibung bis in den Tod – und zwar nicht nur in den „dunklen Regionen dieser Erde“, wo man es am ehesten vermuten würde, nein, auch bei uns. Natürlich ist das eine unglückselige Mischung aus bestimmten Krankheiten, seien sie neurologisch (z. B. Schläfenlappen-Epilepsie), seien sie psychischer Art (z. B. Schizophrenie, wahnhaft und dissoziative Störungen), aber auch aus Mangel an Wissen, verbunden mit streng religiöser, skrupelloser, vor allem aber unkritischer Erziehung bzw. Einstellung, bisweilen heute noch von mancher kirchlicher Seite geduldet und im Schadensfalle von juristischer Seite geahndet.

Natürlich gibt es auch heute noch die erwähnten dissoziativen Besessenheits-Zustände, vor allem in Trance (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Sie haben ja vor allem in Afrika, aber auch in Asien und Lateinamerika eine gewisse Tradition (z. B. das vermeintliche Anhexen von körperlichen oder seelischen Gebrechen durch den „bösen Blick“). Derlei gehört aber in einigen Mittelmeerländern immer noch zum Repertoire animistisch-paramedizinischer Krankheitsauffassungen, einschließlich exorzistischer Behandlungspraktiken zur Austreibung unreiner, böser Geister, gibt Prof. Payk zu bedenken.

Dabei sollte man sich allerdings im „aufgeklärten Mitteleuropa“ nicht zu sicher fühlen, denn hier kommt erneut das Phänomen der Multiplen Persönlichkeitsstörung zur Sprache, heute als dissoziative Identitätsstörung (DIS) bezeichnet. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel.

Dieses psychische Krankheitsbild ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Betroffenen gleichsam aufgeteilt oder „innerlich vermehrt“ sehen, d. h. in verschiedenen Personen zu denken, zu sprechen und zu handeln gezwungen sind. Das legt einerseits eine schizophrene Psychose nahe, andererseits auch hysterische Einflüsse (und bisweilen sogar eine psychotherapeutisch induzierte Selbst-Suggestion, auch das gibt es – leider noch immer).

Allerdings – und das frischt alte wissenschaftliche Diskussionen mit neuen Gesichtspunkten wieder auf – scheinen aktuelle neurobiologische Erkenntnisse durch psychophysiologische und neuroanatomische Untersuchungen darauf hinzuweisen, dass dabei hirnorganische Fehlsteuerungen beteiligt sein könn-

ten. Das würde natürlich ganz neue Dimensionen eröffnen, sei es für Diagnose, Therapie oder Prävention (Vorbeugung). Die Betroffenen und ihre Angehörigen würden es sicher begrüßen, denn solche Leiden pflegen das ganze Leben zu ruinieren.

Etwas weniger spektakulär, aber nicht minder quälend sind dagegen die Symptome anderer seelischer Störungen, bei denen das Böse in spezifischer Eigenart zum Ausdruck kommen kann. Prof. Payk gibt dafür einige Beispiele:

So können Zwangsvorstellungen, Zwangsgedanken und sogar Zwangshandlungen Bestandteile einer so genannten *anankastischen = Zwangs-Depression* sein, was schon für sich eine unendliche Qual bedeutet. Doch es kann noch schlimmer kommen, vor allem wenn sich hier das Phänomen des „Bösen“ mit hereinmischt. Beispiele: quälende Selbstvorwürfe, Versündigungsideen und Schuldgefühle, die sich in monoton-einförmiger Weise um eigene Verfehlungen drehen – real oder eingebildet, meist Letzteres. Solche Patienten können sich dann abgeurteilt und verdammt wähnen, in große Verzweiflung geraten und sogar in den Suizid getrieben werden, obgleich moralisch integer, gesetzestreu und menschlich vorbildhaft, nur eben durch eine archaische Angst um ihr Seelenheil gepackt und nicht mehr losgelassen.

Hier gilt es rechtzeitig und konsequent den dafür zuständigen Arzt, nämlich den Psychiater aufzusuchen, bevor man sich nach unheilvollem Ende dann doch wirklich reale Vorwürfe machen muss. Immer wieder erstaunlich und überraschend ist dabei das schnelle Abklingen der intensiven, jammervollen Selbstbezeichnungen und die offensichtlich unkomplizierte Rückverwandlung in eine freundlich-besonnene Person, nachdem die grausamen Krankheitsphase therapeutisch beherrschbar geworden ist, meint Prof. Payk.

Genauso zermürbend, in der Regel aber noch unerklärlicher, unfassbarer, ist der Beginn einer *schizophrenen Psychose*, und das meist noch in jungen Jahren (vor allem beim männlichen Geschlecht). Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel über die Schizophrenien in dieser Serie, vor allem die scheinbar uncharakteristischen und durch alle möglichen Erklärungen verharmlosten Früh-Symptome. Eines aber ist tatsächlich von bisweilen erschütternder Einprägsamkeit, nämlich das bedrohliche Gefühl eines abgründigen, namenlosen Entsetzens vor einer sich ankündigenden, noch nicht genau fassbaren Katastrophe, wie es schon früher die Experten bezeichneten. Hier spielt mitunter das „Grauen“ vor dem „Bösen“ eine zwar nicht erklärbare, dafür aber tief verunsichernde Rolle, die auch nicht ohne Folgen für den Alltag bleiben kann, vor allem was die für die Außenstehenden „verrückten“ Reaktionen anbelangt.

„Auf schmerzhafteste, die Öffentlichkeit am meisten erregende Weise äußert sich wahrscheinlich das Böse im anomalen Denken, Fühlen und Verhalten von Gewalttätern“, fährt Prof. Payk fort. Die psychiatrischen Diagnosen lauten in der Regel *asoziale, dissoziale oder antisoziale Persönlichkeiten* bzw. *-störungen*, umgangssprachlich als *Psychopathie* oder *Soziopathie* bezeichnet. Ihre fol-

genschwersten Charaktereigenschaften sind Verantwortungslosigkeit, fehlendes Schuldgefühl und verminderte Frustrationstoleranz mit der Folge gesteigerter Aggressionsbereitschaft. Einzelheiten dazu später sowie die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Besonders ernüchternd sind die bedrückenden Erkenntnisse aufgrund entsprechender Untersuchungen an „Menschen gegen Menschen“. Aufgrund solcher Experimente ist die Mehrzahl offenbar bereit, sich eher einer grausamen Autorität unterzuordnen, als ihrem Gewissen zu folgen (siehe später). Oder konkret: „Sind wir alle im Grunde mehr oder weniger *potenzielle Gehilfen des Bösen?*“

DAS „BÖSE“ ALS MENSCHLICHER DEFEKT

Und das ist es auch, was die Menschheit am meisten umtreibt, nämlich nicht Krankheiten, selbst wenn sie zur Gewalt neigen, sondern die Frage, was eine offensichtlich seelisch und körperlich „gesunde“ Person zu einer gefühlkalten, mitleidlosen, gnadenlosen Persönlichkeit werden lässt, z. B. in Form von Massenmördern und Serienkillern. Dabei gibt es natürlich eine große Zahl von Hypothesen über genetische (erbliche), angeborene oder (früh) erworbene Ursachen für eine solch bedenkliche Entwicklung. Hier kommt man jedoch aufgrund der verfeinerten Untersuchungsmethoden des Gehirns immer öfter auf organische Fehlsteuerungen zurück. Das ist zum einen Trost (der gesunde Mensch ist also doch nicht so grund- und bedenkenlos grausam wie bisweilen befürchtet), zum anderen eröffnen sich damit aber neue Aufgaben für Diagnose, Therapie und Prävention.

Früher, d. h. nicht nur vor 3 000 Jahren, aber sicher dort vor allem, dominierte zur Art-Erhaltung der Kampf ums Überleben, ums Dasein schlechthin. Im Laufe der Evolution entwickelte sich dabei eine Art instinktiver Tötungshemmung („Beiß-Hemmung“). Bei höheren(!) Tieren blockiert oder entschärft die bekannte „Demuts-Gebärde“ des Unterlegenen den aggressiven Impuls des Stärkeren. Das ist also als zentralnervöses Programm im Gehirn verankert. Nachdem die Schwelle vom Primaten (Menschenaffen) zum Homo sapiens überschritten war, übernahm das Gewissen die Funktion einer Kontroll-Instanz auf Kosten unflexiblen angeborenen Verhaltens. Der Mensch – so Payk – „verfeinerte das Netzwerk sozialer Regeln und Normen und justierte es an einem für die Gemeinschaft verbindlichen Kodex sozial erwünschter Sitten und Gebräuche.“ Das war die Geburtsstunde eines erträglichen Menschenzusammenlebens.

SINNSPRÜCHE ZUM BÖSEN

- Das Böse meiden ist noch nicht gut sein, man muss es auch nicht wollen (Demokrit).
- Gleich wie Feuer nicht Feuer löscht, so kann Böses nicht Böses ersticken. Nur das Gute, wenn auf das Böse stößt und von diesem nicht angesteckt wird, besiegt das Böse (Tolstoj).
- Nichts Böses geschieht, wofür die Menschen nicht einen Vorwand haben (Menander).
- Nie tut man das Böse völliger und fröhlicher, als wenn man es aus falschen Gewissensüberzeugungen tut (Pascal).
- Ein Bösewicht gelangt zu keiner Größe (Goethe).
- Der Mensch ist von Natur aus böse; wenn er dennoch gut ist, so ist dies die Frucht der Kultur (Hsün Dse)
- Böse Menschen werden ihrer Bosheit selten froh (Christine von Schweden).
- Bösartigkeit hat ein gutes Gedächtnis (Fuller).
- Es ist das Charakter des Bösen, das es immer mit Energie beginnt und mit Schwäche aufhört (Baader).
- Geh mit gemeinen Menschen und du wirst glauben, dass das Leben gemein ist (Emerson)
- Ein böses Wort läuft bis ans Ende der Welt (Wilhelm Busch).
- Wenn einer anfängt, von hässlichen Dingen zu reden, muss man nur weggehen; dann ist er mit seinem Unrat allein (Lämmle).
- Wie einfach ließe sich das Leben an, wenn nur die Schlechten schlecht sein könnten (Waggerl).
- Wer nichts Böses tut, hat damit noch nichts Gutes getan (Waggerl).
- Ein vergiftetes Gemüt saugt Gift aus den süßesten Blumen (Gotthelf).
- Die Dummheit geht oft Hand in Hand mit Bosheit (Heine).
- Boshaftsein ist die Verzweiflung über sich selber (Altenberg).
- Boshafte Menschen sind gekränkte Menschen (Franke).

Voraussetzung ist aber eine normale Funktionstüchtigkeit des Gehirns. Nun aber kommen die Neurowissenschaftler und beweisen uns mittels ihrer hoch technisierten neuropsychologischen und vor allem bildgebenden Verfahren (siehe später) bei impulsiven Gewalttätern eine – so die Fachbegriffe – mangelhafte Inhibition (Hemmung) von Aggressionsimpulsen aus dem limbischen System und dem orbitofrontalen Kortex (zwei Gehirnregionen, die vor allem für Gefühl und Gemüt verantwortlich sind).

Außerdem sollen – besonders bei kaltblütig-berechnenden und planmäßig vorgehenden Berufsverbrechern – Defizite im zerebralen (Gehirn-)Netzwerk so genannter Spiegel-Neuronen vorliegen, also Nervenzellen bzw. deren Verbände, die bei Zuneigung, Mitgefühl, aber auch Schuldgefühlen eine Rolle spielen, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich (deshalb spiegelnd). Gewalttätige Soziopathen beispielsweise haben – so die Experten – offenbar einen Mangel an Intuition sowie eine gestörte Dekodierung oder Interpretation, was das Aus-

drucksverhalten oder die seelische Verfassung ihres Gegenübers anbelangt. Oder schlicht ausgedrückt: Sie können ihr Gegenüber gemütsmäßig nicht wie „normale Menschen“ adäquat einschätzen. Außerdem ist das normale Furcht-Verhalten dieser Menschen gestört.

Mit anderen Worten: Aufbau und Funktion dieser Gehirne lassen bestimmte Eigenschaften vermissen, die im zwischenmenschlichen Bereich notwendig und üblich sind, ohne sich im Alltag ohne Komplikationen zu bewegen, Komplikationen, die dann üblicherweise auch noch mit ungebremster Aggressivität beantwortet werden. Ungeklärt ist die Frage, ob es sich hier um angeborene Defekte oder um toxische (Vergiftungs-)Folgen handelt, und zwar nicht nur durch enthemmende Substanzen wie Alkohol, Rauschdrogen oder Beruhigungsmittel, sondern auch durch Stress-Hormone anlässlich früherer seelischer Traumatisierungen (Verwundungen). Auch der negativ-stimulierende (Gewalt-)Einfluss von Testosteron oder ein erniedrigter Serotonin-Spiegel (ein Botenstoff, der vor allem für die Gemütslage verantwortlich ist) werden diskutiert.

Auf jeden Fall tritt uns in der antisozialen Persönlichkeitsstörung das „personalisierte Böse“ in Form von Verantwortungslosigkeit, Aggressivität, Hass, Grausamkeit, Boshaftigkeit, Missgunst und Verschlagenheit entgegen. Einzelheiten dazu siehe später.

DAS „BÖSE“ UND DIE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

„Die Linie, die Gute und Böse trennt, verläuft nicht zwischen Klassen und nicht zwischen Parteien, sondern quer durch jedes Menschenherz. Diese Linie ist beweglich, sie schwankt im Laufe der Jahre. Selbst in einem vom Bösen besetzten Herzen hält sich ein Brückenkopf des Guten, selbst im gütigsten Herzen – ein uneinnehmbarer Schlupfwinkel des Bösen“. So kann es nur ein Dichter mit wenigen Worten auf den Punkt bringen, und so ist es auch. Diese Kernsätze stammen von dem russischen Nobel-Preisträger Alexander Solschenizyn. Sie leiten das Kapitel von Prof. Dr. Michael Osterheider und Dr. Andreas Mokros von der Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg ein, jener medizinischen Disziplin, die sich wohl am meisten mit dem Phänomen des „Bösen“ auseinandersetzen. Was haben ihre Experten dazu zu sagen?

Die Forensische Psychiatrie beschäftigt sich mit Diagnose, Differenzialdiagnose (was könnte es sonst noch sein?), Therapie, Rehabilitation und Prävention (Vorbeugung) von seelisch Kranken beiderlei Geschlechts, die mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind. Sie macht leider nur negative Schlagzeilen, z. B. wenn wieder ein rechtskräftig verurteilter psychisch Kranker aus ihren in

der Regel gut gesicherten Krankenhäusern ausbricht oder im Rahmen des Maßregelvollzugs (siehe später) vom bewilligten Ausgang nicht zurückkehrt. Und selbst wenn man in der Tagespresse, aber auch in Zeitschriften, Magazinen u. a. liest, dieser oder jener psychiatrische Gutachter habe sich vor Gericht so oder so geäußert, schwingt sogar bei gutgläubigen Mitbürgern das ambivalente Gefühl mit, das man mit dem zwar nachvollziehbaren, aber wenig zutreffenden Satz umschreiben kann: „Unschuldige sperren sie ein, Täter lassen sie laufen...“

Mit diesem Problem muss die Forensische Psychiatrie leben. Sie hat es übrigens in den vergangenen Jahren gelernt und wird es auch in Zukunft meistern, denn ihre Bedeutung wird wachsen. Das beweist der immense Zuwachs der Zuweisungszahlen im Maßregelvollzug. Oder konkret: Die Anzahl der untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrecher hat sich in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt.

Dabei prägen besonders (Sexual-)Straftäter mit schweren Persönlichkeitsstörungen (Fachbegriff: „Schwere andere seelische Abartigkeit“) zunehmend das Bild der forensischen Kliniken und der öffentlichen Diskussionen um sie. Letzteres geht bis zu unklugen politischen Forderungen, die selbst die höchsten politischen Repräsentanten nicht aussparen und letztlich natürlich nur populistische Floskeln sind, also demagogische, an Ressentiments anknüpfende und diese bewusst für die eigenen Zwecke einsetzende Formen der Stimmungsmache (Stichwort: „Wegsperren für immer“). Auf anderer Ebene geht es dann um „unbehandelbare“ forensische Patienten, für die so genannten „long-stay“-Abteilungen mit entsprechender Aufenthaltsdauer gefordert werden, und sei es für immer.

ZUR GESCHICHTE DES „BÖSEN“ AUS PSYCHIATRISCHER SICHT

So wie das erhoffte Gute ist auch das gefürchtete Böse so alt wie die Menschheit, gleichsam sein Begleiter von der ersten Stunde an. Jeder Mensch auf der Welt bekam und bekommt noch immer rasch zu spüren, was ihn gefährdet, und hier vor allem das Böse im übergeordneten Sinne. So entspringt der Glaube an böse Mächte, an Dämonen und Geister den vielfältigen Gefährdungen menschlicher Existenz, ist Teil der ältesten Naturreligionen und wurde schon früh mythisch, d. h. durch Sagen, Dichtungen und Legenden interpretiert.

Nun weiß man zwar seit jeher was böse ist, aber wer oder was *das Böse* sein soll, das ist abstrakt, also rein begrifflich, theoretisch und deshalb auch schwer vorstellbar. Also musste das Böse personifiziert, mussten ihm menschliche Eigenschaften zugeschrieben werden, kurz: Es wurde verkörpert bzw. vermenschlicht. Da so etwas aber „weh tut“, nämlich das Böse mit Menschen oder Menschheit gleich zu setzen, schuf man notwendigerwei-

se böse Geister oder Dämonen. Und diese Welt war so vielgestaltig und mannigfaltig, wie die Religionen, die sich ihrer bedienten, wiederum seit Menschengedenken. So beginnen Professor Dr. F. Pfäfflin und Dr. T. Ross von der Universität Ulm ihren Beitrag in der Serie über das Böse im Sonderheft NeuroTransmitter 2/2006.

Am bekanntesten für uns ist die alt-testamentliche Tradition des Satans (im Buch Hiob), der zu Jahwes himmlischem Hofstaat gehörte. Unter dem Einfluss persischer und anderer dualistischer Religionssysteme, die auf zwei gegensätzlichen Prinzipien aufbauen, nämlich Gut und Böse, verselbständigte er sich. So wurde Satan im spät-hellenistischen Judentum, in der Gnosis und auch im Neuen Testament zum Gegenspieler Gottes (Einzelheiten siehe die spezielle Fachliteratur).

Im Neuen Testament brachte er es dabei auf eine Vielzahl von Namen: Satan, Beliar, Beelzebub, der Feind, der Verkläger, der Versucher, die alte Schlange, der große Drude, der Fürst dieser Welt, der Fürst der Unterwelt – und schließlich das Böse oder konkreter *der* Böse.

Als das Böse also noch ein Geschlecht hatte und *der* Böse hieß, war es relativ einfach, was dagegen zu unternehmen sei: Kreuzeszeichen, das Gebet und – wenn beides nicht half –, der Exorzismus, die Geisterbeschwörung bzw. Austreibung böser Geister. Wenn das nicht half, dann drohte allerdings das himmlische und in dessen Gefolge das irdische Gericht, bis hin zur Verbrennung auf dem Scheiterhaufen.

In dem Maße aber, wie der Glaube und damit die Macht der Kirche, der Theokratie (Herrschaftsform, die sich göttlich legitimiert) schwand, verlor auch der Teufel seinen Einfluss, was sich nicht zuletzt in Schrift und Bild ausdrückte: So wurde er beispielsweise persifliert, d. h. geistvoll-spöttisch nachgeahmt oder dargestellt als Affe Gottes, bekam einen Pferdefuß oder eine Bocks-Gestalt. Ganz sollte man ihn allerdings nicht übergehen, dafür war seine Macht zu tief verankert im Denken des (vor allem einfachen) Volkes. Das beweisen Aufzeichnungen und insbesondere Krankengeschichten bis weit ins 19. Jahrhundert hinein, also noch nicht sehr lange zurück. Und das beweisen Kriminalfälle, in denen selbst heute noch Priester und andere Berufsgruppen vor Gericht standen/stehen, die gemeint hatten, sie müssten den Teufel austreiben – ein Anachronismus, also ein der jeweiligen Zeit nicht mehr angepasstes Phänomen, das allerdings noch heute gelegentlich vorkommt, wenngleich in bestimmten (tief-gläubigen) Religions-Kreisen bzw. -Regionen – und dann meist schamhaft verschwiegen.

In dem Maße, in dem also der Teufel und das oder der Böse an sich also aus den Köpfen verschwanden, schlug die Stunde des Strafrechts, der Gerichtsmedizin und damit schließlich auch der Forensischen Psychiatrie. (Dabei muss zur Ehrenrettung der Kirche gesagt werden, dass es schon im 17. Jahrhundert dem modernen Denken aufgeschlossene Geister in einflussrei-

che Positionen gab, beispielsweise der Leibarzt zweier Päpste und Konsulent am Obersten Gerichtshof des Kirchenstaates, Paolo Zacchia, der die damalige Dämonenlehre und damit Theorie von der Besessenheit ablehnte und dadurch den Boden zur Aufklärung bereitete.)

Entscheidend waren dann vor allem die Universitäts-Gelehrten mit ihren wegweisenden Krankengeschichten und Gutachten (z. B. Tübingen, vor allem aber Leipzig), was sich aber erst Ende des 19. bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts in der Gründung eines eigenständigen Fachs „Psychiatrie“ und in Zusammenarbeit mit den Juristen als forensischer Auftrag äußerte. Danach ging es dann nicht mehr um *das* Böse, sondern um *den* Bösen, nämlich „böse Menschen“ und die Frage, ob hier nicht ggf. die „Willensfreiheit“ eingeschränkt sei, beispielsweise durch eine seelische Erkrankung.

Das führte dann in den 30-er Jahren des letzten, des 20. Jahrhunderts zur Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ und damit zu entsprechenden Maßnahmen zur Sicherung und Besserung (Maßregelvollzug). Aber erst in der Strafrechtsreform der 60-er und 70-er Jahre rückten dann auch die bis dahin mehr oder weniger dominierenden moralischen Begründungen von Straftatbeständen in den Hintergrund, zu Gunsten des Selbstbestimmungsrechts. Das begann mit den früher mit z. T. erheblichen Strafen (bis hin zur Todesstrafe) belegten Delikten „Ehebruch“, ging über „Sodomie“ (Unzucht mit Tieren) und brauchte relativ lange in Fragen der Homosexualität, um heute wieder bei Sexualdelikten „vor- und leider auch rückwärts diskutiert zu werden“, beklagen die Ulmer Wissenschaftler F. Pfäfflin und T. Ross.

Trotzdem, der Fortschritt im Denken und Beurteilen (und damit auch Verurteilen) ist nicht aufzuhalten. So kommt im Strafgesetzbuch natürlich der Begriff des „Bösen“ nicht vor. Dort wird deskriptiv (beschreibend) und neutral, nicht dagegen moralisch, argumentiert. Verhängt wird beispielsweise der Freiheitsentzug als Strafe und Maßnahme zur Besserung und Sicherung, und weniger zur Absicherung gegen bestimmte Täter, solange ihnen weiterhin Gefährlichkeit unterstellt werden muss.

Allerdings – so die Klage der forensischen Psychiater – hat sich die „öffentliche Rede über Straftäter und besonders über Sexualstraftäter seit 1990 wieder moralisch aufgeladen.“ So hört man vor allem bei sexuellem Missbrauch von Kindern immer wieder den Begriff „Kinderschänder“ und fordert deren „Ächtung“, was nicht nur den Tätern, sondern auch ihren Opfern schweren zwischenmenschlichen, gesellschaftlichen Schaden zufügt.

Außerdem spielen in letzter Zeit nicht nur geopolitische Entwicklungen (s. u.), sondern auch die Überfüllung von Gefängnissen und Maßregelvollzugs-Einrichtungen eine große, in der neutralen Beurteilung des Problems bedenkliche Rolle. Daraus ergibt sich die Frage, ob wir Menschen als böse und damit als unbehandelbar abstempeln und dauerhaft ausgrenzen sollen,

müssen oder dürfen. Hier gibt es in der Tat bemerkenswerte Beispiele, die übrigens schon vor mehr als 200 Jahren kritisch beurteilt worden sind, als die damalige „Physiognomik“, das bekannte Werk von Lavater eine Art „Verbrechens-Diagnose“ durch Laien anzustoßen drohte.

Davon scheinen wir inzwischen auch nicht viel weiter entfernt zu sein, beklagen die Experten, allerdings unter modernen Voraussetzungen. Das beginnt mit der Sammlung extremer Beispiele von Gewalt-Tätern, wie es derzeit vor allem in den USA und in Kanada praktiziert wird einschließlich entsprechender Prognose-Instrumente (Check-Listen zur Vorhersage kriminellen Verhaltens) und geht über die technisch dann doch erstaunlich perfekten Untersuchungsverfahren des Gehirns (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie). Und es endet noch nicht bei wohlfeilen politischen Argumenten, wie sie vor allem wiederum in den USA und dann auch noch von höchster Stelle propagiert werden (nämlich der US-amerikanische Präsident mit seinem Aufruf zum Kreuzzug gegen die „Achse des Bösen“ aus „Schurkenstaaten“).

Man sieht: Es ist ein ständiges Auf und Ab zu registrieren: politisch, militärisch, kulturell, wirtschaftlich – und sogar moralisch bzw. bei der Frage: Gibt es *das* Böse oder gar *den* Bösen? Die Antwort: Es gab es, es gibt es und es wird es immer geben – wie man es zeit- und gesellschafts-konform auch interpretieren mag.

Was sich auf jeden Fall lohnt, ist ein Blick auf die Geschichte, auch des Bösen. Da ließe sich so mancher Irrtum vermeiden. Leider wird dieser hilfreiche Schritt nur selten genutzt.

Eine „Skala des Bösen“?

Nun könnte man meinen, das „Böse“ ist kein psychiatrischer Fachbegriff, den kann man der einschlägigen Boulevard-Presse überlassen. Doch das stimmt nicht. Vor etwa 15 Jahren entwickelte der New Yorker Psychiater Michael Stone eine Maß-Skala, die er als „Graduations of Evil“ bezeichnete, eine Abstufung des Bösen. Diese Skala war das Ergebnis der Auswertung von 279 Fallgeschichten von Ehemännern, Ehefrauen, Eltern und Kindern, die Ehefrauen, Ehemänner, Kinder und Eltern umbrachten – und umgekehrt. Diese Skala über die „Stufen des Bösen“ war allerdings weniger das Ergebnis einer streng wissenschaftlichen, methodisch fundierten Analyse, vielmehr das intuitive Kondensat aus allen diesen kriminellen Schicksalen. Interessant dabei ein charakteristisches Merkmal, was ja der Begriff einer Skala im engeren Sinne auch meint: Jede nächst höhere Stufe vereint in sich alle Aspekte der vorherigen plus noch weitere. In Bezug auf die Skala des Bösen bedeutet das: Jede höhere Stufe beinhaltet das Quantum an Bosheit der vorherigen und enthält darüber hinaus noch ein weiteres „Quäntchen“.

Die Pole der Skala, die Randbereiche sind festgelegt: Am unteren Ende derjenige, der in Notwehr tötet, ohne Anzeichen für eine Psychopathie (siehe später) aufzuweisen. Das andere Extrem ist der psychopathische Mörder, dessen vorrangiges Motiv darin besteht, sein Opfer so lange und so intensiv wie möglich leiden zu lassen. In der Mitte finden sich jene Täter, die andere Menschen ein für allemal „aus dem Wege räumen“, nur weil sie ihnen hinderlich erscheinen.

Diese Untersuchung hat zu Nach-Untersuchungen angeregt. In neuerer Zeit bemüht sich der Psychiater Michael Welner, ebenfalls in New York tätig, wo es bekanntermaßen diesbezüglich viel zu tun gibt, das Böse messbar und damit vergleichbar zu machen. Zu diesem Zweck stellt er gegenwärtig eine „depravity scale“, eine „Skala der Verderbtheit“ auf. Im Unterschied zu seinem Vorgänger nimmt er aber keine Klassifikation vor, sondern führt Umfragen im World Wide Web durch, also eine Art theoretisches Scherbengericht nach antikem Vorbild (welche Verhaltensweisen halten Sie für verwerflich und wie gewichten Sie diese?). Wie immer man derlei beurteilen mag, es ist zumindest ein Meinungsbild über erlaubt-entschuldbar-kriminell von jenen Bürgern, die sich daran im Internet beteiligen.

Ist das Böse ein individual-psychologisches Problem?

„Dem hemdsärmeligen Pragmatismus der US-amerikanischen Psychiater steht hierzulande eine Scheu entgegen, dem Begriff des Bösen in der gericht psychiatrischen Praxis anzuwenden“, leiten Prof. Dr. M. Osterhaider und Dr. A. Mokos zur Lage in Deutschland über. Und das hängt eben nicht zuletzt mit der jeweils herrschenden psychiatrischen Lehrmeinung zusammen (die wechselt, wie andere Sparten des Lebens auch, in der Regel dem aktuellen gesellschaftlichen Zustand angepasst). So nimmt man sich vor allem zurück in Bezug auf eine moralische Wertung in Gut und Böse. Dennoch steht auch hinter jedem Gutachter ein Mensch, der durchaus auch einmal den Eindruck gehabt hat, ihm säße jetzt jemand Böses gegenüber. Denn auch in der deutschen Kriminalgeschichte gibt es viele Beispiele für Verbrechen, die es selbst dem Wohlwollendsten schwer machen, diese „gut-bürgerliche“ oder „moralisierende“ Wertung zu umgehen. Ja, es gibt grauenhafte Beispiele aus der Vergangenheit, die die gegenwärtigen, obgleich schon scheußlich genug, noch um Einiges an „Unmenschlichkeit“ übersteigen.

Was den gutachterlich tätigen Arzt übrigens noch eine Spur zurückhaltender macht, ist die für den Ärztestand natürlich bittere Erkenntnis, dass es auch in den eigenen Reihen „das Böse“ gab und gibt, aus neuerer Zeit beginnend mit den Arzt-Tätern im III. Reich (Experimente an KZ-Opfern, Ermordung „unwerten Lebens“) bis zu aktuellen unfassbaren Taten, meist sexuell getönt. Mensch bleibt Mensch, ob mit oder ohne medizinischem Staatsexamen.

Dabei irritieren die immer wieder gefassten ärztlichen Sexual-Straftäter die Experten weniger; sie laufen unter „schwerer sexueller Perversion“, und das ist krankhaft, ob mit oder ohne Doktor-Titel. Viel mehr Gedanken macht man sich um die Psychiater im III. Reich, die als Vordenker oder Vollstrecker am Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten mitgemacht haben. Hier verwischt sich nämlich die klare Grenzziehung zwischen Gut und Böse, geben die Experten M. Osterhaider und A. Mokros zu denken. Denn in vielen Fällen handelte es sich um ansonsten „unauffällige Bürger“, „liebende Familienväter“, „kulturell Interessierte“, die vor und nach(!) ihrem Verbrechen wieder ein unauffälliges Leben als Ärzte geführt haben. Darin sind sie dann den Männern jener Polizei-Sondereinheiten nicht unähnlich, die sich an der sog. „Endlösung“ in unfassbaren Dimensionen beteiligt haben, zuvor aber als unbescholtene, wenn auch zumeist „geistig einfach strukturierte“ Bürger galten.

Das hat zu vielen psychologischen Spekulationen Anlass gegeben, was Wesensart, vor allem aber die „Anziehungskraft der Meute“ anbelangt, in deren Mitte sich noch der Kleinmütigste alles erlauben kann“.

Ist demnach das Böse kein soziales, sondern ein individual-psychologisches Problem? Prof. Osterhaider und Dr. Mokros erinnern dabei an zwei berühmte Experimente:

Es handelt sich um eine US-amerikanische psychologische Laboratoriums-Untersuchung, bei der die Probanden (Versuchspersonen) als „Lehrer“ eingeteilt wurden, die die Lernleistungen eines nicht sichtbaren „Schülers“ zu beurteilen, zu überwachen und ggf. zu bestrafen hatten. Letzteres – und das ist das Entscheidende an diesem nachdenklich machenden Experiment – mit Strom-Stößen, die von 15 bis zu 450 Volt hochgeschraubt werden konnten. Der Schüler war zwar nicht sichtbar, wohl aber seine Reaktionen hörbar, nämlich seine Schmerzensschreie und zuletzt das hilflose Wimmern. Das hinderte aber die „Lehrer“ nicht daran, in fast zwei Dritteln der Fälle ihre „vermeintliche pädagogische, wenn auch etwas ungewöhnliche Pflicht“ bis zum Ende zu erfüllen, nämlich bis zu den erwähnten maximal 450 Volt.

Natürlich war das ein Experiment, es gab keine echten Stromstöße und die Schreie kamen von einem Schauspieler im Nebenraum. Das wussten aber die strafenden „Lehrer“ nicht – und das macht das Ergebnis so bestürzend (was übrigens in einem deutschen Experiment wiederholt wurde – mit gleichem Resultat).

Nicht viel erfreulicher war ein Experiment mit freiwilligen Versuchspersonen, die per Zufall in „Wärter“ und „Gefangene“ eingeteilt wurden und nun entweder ihre „Aufgabe“ wahrnahmen oder ihr Schicksal ertragen mussten. Das auf zwei Wochen angelegte Experiment in einem Pseudo-Gefängnis musste aber bereits nach wenigen Tagen abgebrochen werden. Die (ja durch Zufalls-Einteilung ausgewählten) Wärter hatten begonnen, ihre Gefangenen brutal zu maß-

regeln, und dies vor allem während der Nachtstunden, wenn sie davon ausgingen, die Überwachungskameras seien ausgeschaltet.

Stimmt es tatsächlich, das alte Philosophen-Wort von Thomas Hobbes von vor 400 Jahren: homo homini lupus = der Mensch ist des Menschen Wolf (wobei es übrigens in einem Wolfsrudel erstaunlich „human“ zugeht, geben die Zoologen zu bedenken). Oder mit den Worten des französischen Philosophen Jean-Paul Sartre vor „nur“ 50 Jahren: Die Hölle, das sind die Anderen.

Die Begutachtung des Bösen

Wie die Sozialpsychologie uns lehrt, ist also offenbar fast jedem Menschen beinahe alles zuzutrauen, schlussfolgern M. Osterhaider und A. Mokros in ihrem lesenswerten Beitrag. Damit erübrigt sich für sie auch die Frage nach einer eindeutigen, dauerhaften und person-immanenten Unterscheidung in gute und böse Menschen. Dafür ist es sinnvoller, danach zu fragen, ob einzelne Handlungen oder Verhaltensweisen als böse qualifiziert werden können, so wie es der Psychiater Dr. M. Welner (s. o.) versucht. Das erscheint den meisten Experten ziel-führender, besonders wenn man aus den Taten der „Bösen“ zu lernen versucht.

Und hier beginnt sich die Frage nach Gut und Böse in eine andere Dimension zu verwandeln, nämlich *gesund oder krank*. Die Auseinandersetzung mit dem Bösen konzentriert sich im forensischen Gutachten vor allem auf das Phänomen der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“. Das ist das Ziel der modernen Psychiatrie bzw. der sog. „verstehenden Gerichtspsychiatrie“, was leider noch nicht von allen verstanden wird, da ihnen natürlich die näheren Umstände und das Fachwissen fehlen. Danach können selbst jene Täter, deren Taten uns fassungslos machen, als eingeschränkt schuld-fähig oder gar schuld-unfähig bewertet werden, obgleich sie nicht im organischen (körperlichen) Sinne krank sind.

Kein Problem ergibt sich dabei auch für den Laien beim hochgradig psychotischen Patienten, dem „Geisteskranken“, der in wahnhafter Verkennung den Satan zu besiegen glaubt, aber auf seinen eigenen Vater einsticht. Oder beim Minderbegabten, der eine Scheune anzündet ohne zu überschauen, dass er damit auch das Leben der Menschen im angrenzenden Wohnhaus gefährdet, so die Autoren. Schwieriger wird es schon bei einer Persönlichkeitsstörung oder einer sexuellen Deviation (früher Perversion genannt), die dafür aber so schwerwiegend sein muss, dass sie den Straftäter in seiner Wahlfreiheit oder in seinem Urteilsvermögen ebenso stark einschränkt wie eine Psychose. Trotzdem hat der Gutachter in solchen Fällen die maßgebliche Ursache für die Straftat im Auge, die eben nicht wesensfremd (d. h. seiner Wesensart, Persönlichkeit, seinem Charakter *nicht* entspricht), sondern vielmehr Ausdruck einer überdauernden Fehlhaltung der Persönlichkeit ist. Oder kurz: Bei der Geisteskrankheit mit dem erwähnten Satan ist es klar, bei der narzisstischen Wut oder

den pädophilen Übergriffen („Kinderschänder“) wird es zwar schwieriger zu verstehen, bleibt aber im Kern die gleiche krankhafte und deshalb das Strafmaß entsprechend modifizierende Ursache.

In Expertenkreisen gibt es inzwischen Bestrebungen, die den natürlich unscharfen Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ näher einzugrenzen versucht. Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen, doch kann man schon jetzt absehen, dass es bei entsprechenden Fällen dem empörten Laien noch schwerer werden wird, hier das notwendige (Fach-)Verständnis zu mobilisieren. Außerdem beantwortet es noch nicht die Frage der zuständigen Experten, vom Staatsanwalt über den Verteidiger bis zum Richter und zuvor den forensischen Gutachter, welche Aspekte eines Verbrechens uns am ehesten böse erscheinen. Hier sind drei Phasen zu berücksichtigen, nämlich Vorbereitung – Durchführung – Nachwirkungen einer Tat. Oder vereinfachend:

Eine Tat erscheint umso böser

- je höher der Planungs-Grad ist
- je mehr instrumentelle Gewalt darin zum Einsatz kommt (d. h. kalkulierend und willkürlich auf ein Ziel hin ausgerichtet; Gewalt wird bewusst in Kauf genommen, um ein gewünschtes Ergebnis zu erreichen)
- je schwerwiegender die Konsequenzen für die Opfer sind.

Als Anzeichen einer höheren Tat-Planung gelten u. a.

- die Beschaffung von Tat-Mitteln im Vorhinein
- Maßnahmen zur Identitäts-Verschleierung und
- der Einsatz von Hilfsmitteln zur Aufrechterhaltung der Kontrolle über das Opfer.

Zuletzt – so die Experten – spielt natürlich die Unverrückbarkeit der Konsequenzen einer Tat eine Rolle; der Tod oder dauerhaftes Leiden gelten nachvollziehbar als besonders verwerflich.

Psychopathie – ein alter Begriff erfährt eine „neue“ Bedeutung

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist, muss also laut Experten-Meinung feststellen: Die Menschen lassen sich nicht in eindeutig Gute und in eindeutig Böse einteilen, es sind nur bestimmte Handlungen als Böse zu bezeichnen. Dabei hat man aber seine Zweifel, zumindest stellt sich die Frage, ob nicht manche Menschen eher als andere dazu neigen, Böses zu tun. Diese Frage beschäftigt natürlich auch die forensisch tätigen Psychiater und Psychologen.

So auch den kanadischen Psychologen Prof. Dr. Robert D. Hare, der den alten Psychopathie-Begriff mit neuem (und vor allem noch negativerem) Leben erfüllte. Einzelheiten zur Psychopathie siehe die entsprechenden Kapitel über die Persönlichkeitsstörungen und zu Professor Hares Charakterisierung des „gewissenlosen Psychopathen“ in dem ausführlichen Kapitel zu seinem Lebenswerk (Der gewissenlose Psychopath).

Nun war das Psychopathie-Konzept ohnehin noch nie „zimperlich“, was die entsprechend diagnostisch Eingestuften anbelangt. Es ging vom „moralischen Irrsinn“, fälschlich auch als „moralischer Schwachsinn“ in Umlauf (engl. Fachbegriff: moral insanity) über den „gemütsarmen Psychopathen“ bis zu Professor Hares Persönlichkeitsstörung in negativer Verdichtung zum neuen Psychopathie-Begriff (engl.: psychopathy).

Diese Psychopathie-Charakterisierung ist nicht nur durch eine deutlich erhöhte Bereitschaft zur Gewalt und Rücksichtslosigkeit charakterisiert, sie enthält auch „feinere Charakter-Defizite“, die sich gleichsam auf eine „höhere Stufe von Aggressionen und Gewalt“ spezialisiert hat und deshalb besonders schwer und vor allem rechtzeitig zu erkennen ist. Die wachsende Zahl von ahnungslosen, vertrauensseligen und seelisch und psychosozial hilflosen Opfern wird dies bestätigen müssen. Einzelheiten dazu siehe der nachfolgende Kasten.

Die wichtigsten Symptome der Psychopathie

● Emotional / zwischenmenschlich

- heuchlerisch und oberflächlich
- egozentrisch und grandios
- Mangel an Reue oder Schuldbewusstsein
- Mangel am Einfühlungsvermögen
- hinterlistig und manipulativ
- flaches Gefühlsleben

● Abweichendes Sozialverhalten

- impulsiv
- unbeherrscht
- sucht Erregung
- verantwortungslos
- gestörtes Verhalten als Kind
- abweichendes Sozialverhalten als Erwachsener

Nach R. D. Hare, 1993 / 2005

Auf jeden Fall handelt es sich um eine unselige Kombination aus Dissozialität, Gefühls-Kälte, affektiver Unbeteiligtkeit, manipulativem Geschick und Egozentrismus. Oder kurz: gnadenlos.

Tatsächlich zeigen solche, als gewissenlose Psychopathen bezeichneten Täter bestimmte kennzeichnende Eigenheiten, vor allem was ihre Tötungsdelikte anbelangt. Entsprechende Erkenntnisse lauten: kalkuliert, geplant, willkürlich. Psychopathische Täter neigen auch eher zu instrumenteller Gewalt (s. o.), setzen Gewalt bewusst zur Ziel-Erreichung ein und weisen letztlich ein besonders hohes Rückfallrisiko auf (häufiger und rascher).

Interessanterweise gibt es dafür sogar organische Erklärungs-Ansätze, die man verkürzt wie folgt umschreiben kann: Aufgrund einer Dysfunktion in bestimmten Gehirn-Arealen kommt es zu emotionalen und schließlich moralischen Defiziten, von der mangelnden Lernfähigkeit bis zum späteren gemütlösen Verhalten, die viele dieser „unfassbaren Taten“ aus biologischer Sicht erklären könnten. Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel in diesem Beitrag.

Die Zukunft liegt in der interdisziplinären Forschung

Wie lautet die Schlussfolgerung von Prof. Dr. M. Osterheider und Dr. A. Morkos? Der Begriff des Bösen sei nicht kategorisch auf den Menschen anwendbar, er lasse sich nur in der Bewertung von Handlungen einsetzen. Diejenigen, die wiederholt Böses tun, hätten etwas mit der Wesensart des Kindes in seiner Entwicklung gemeinsam. Gemeint sind die Ausschließlichkeit der eigenen Perspektive und die Unbedingtheit des eigenen Wollens. Oder kurz: man sieht nur sich und seine Wünsche. Tatsächlich: Wer immer wieder Böses tut, ist gegenüber dem Empfinden seines Opfers blind. Diese Blindheit kann durch bestimmte Umwelt-Faktoren herbeigeführt oder zumindest begünstigt werden. Sie kann aber auch die Folge einer fehlgeleiteten Persönlichkeits-Entwicklung, vor allem aber auf der Basis eines hirnganischen Defektes sein.

Der forensische Psychiater wird letztlich nur mit der Frage konfrontiert: „Is he bad or mad?“ Mehr wollen die Juristen und letztlich auch die Allgemeinheit nicht wissen. Dass es nicht so einfach ist, diese Frage so fundiert wie möglich zu beantworten, wird dem, der diesen Ausführungen bisher folgen konnte, inzwischen klar.

Deshalb ist gerade die Forensische Psychiatrie, die in den letzten Jahren beachtenswerte Fortschritte gemacht hat, wenn auch offiziell weitgehend unbeachtet, auf eine intensive Zusammenarbeit angewiesen mit der Kriminalpsychologie, mit der Rechtsmedizin, mit den Rechtswissenschaften und neuerdings mit der Neurobiologie. Das Böse ist mehr als nur das Böse, wie man es sich gerne vereinfachend vorstellt. Denn nur verurteilen und anschließend „wegsperrn“, wie es manchen „Populisten“ bis hinauf in die höchsten Politiker-Ränge allzu

leicht über die Lippen kommt, ist zu kurz gedacht. Viel zukunftsreicher im wahrsten Sinne des Wortes (solche Menschen leben und bedrohen ggf. ja noch über Jahrzehnte – oder sie bedrohen nicht mehr, wenn man seitens der Medizin das Richtige tut), viel zukunftsreicher ist eine interdisziplinäre (also von allen zuständigen Fachbereichen getragene) Diagnose und Therapie, aus deren Erkenntnissen sich dann auch eine rechtzeitige Vorbeugung ergibt.

Das Leid verhindern, bevor es sein Opfer ruiniert, das ist die Aufgabe der Zukunft. In vielen medizinischen Bereichen sind wir damit schon ein gutes Stück vorangekommen. Selbst in der Psychiatrie ist man hier auf dem besten Wege. Die Forensische Psychiatrie hat es dabei noch etwas schwerer; deren Aufgabengebiet ergibt vor allem härtere Konsequenzen, nebenbei für beide Seiten (also nicht nur für das Opfer, letztlich auch für den „Täter“). Hier ist das Phänomen des „Bösen“ ein guter Einstieg durch interdisziplinäre Forschung und damit weiterführende und vor allem praktisch bedeutsame Erkenntnisse eines Tages jenen Erfolg zu erringen, der die inzwischen ständig wachsende Zahl von rechtskräftig verurteilten psychisch Kranken im Maßregelvollzug psychiatrischer Krankenhäuser etwas abbremst oder vielleicht sogar kontinuierlich reduziert.

DER PSYCHIATRISCHE GUTACHTER UND DAS BÖSE

Alle diese Ausführungen leiten zu der Frage über bzw. lassen das Interesse an jener Person wachsen, die über Persönlichkeitsstruktur, Motivation, psychosoziales Umfeld, Auslöser und damit die Ursache der „bösen Tat“ wesentlich mit entscheidet. Oder kurz: Der psychiatrische Gutachter, was sind das für Menschen und wie gehen sie in ihrer Arbeit vor?

Als Erstes eine Erkenntnis, die sich bereits aus dem bisher gesagten ableiten lässt, nämlich: „Für den psychiatrischen Gutachter ist „das Böse“ keine Kategorie, die in seiner Praxis von direkter Bedeutung wäre. Er ist nicht danach gefragt. Aber das Böse ist ein Sachverhalt, der im Hintergrund steht und die Szene bestimmt. Und ab und zu erhebt man den Blick vom Untersuchungsgegenstand und schaut dem Bösen schon auch ins Auge“.

So beginnt ein bekannter Experte auf diesem Gebiet seinen Beitrag im Sonderheft des NeuroTransmitter 2/2006 über das Böse und die Psychiatrie, nämlich Prof. Dr. med. Hans-Ludwig Kröber, Direktor des Instituts für Forensische Psychiatrie der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Ja, er geht noch weiter und stellt fest: In der tagtäglichen Praxis im Strafverfahren wird das Böse seitens der Gutachter geradezu ausgeblendet. Ist das möglich? Ja, es ist sogar eine Vorbedingung. Sie soll an einem Beispiel illus-

triert werden: Mit wem wird der Onkologe in der Mehrzahl seiner täglichen Arbeit konfrontiert? Mit Krebskranken. Das ist sein Beruf. Das schließt aber auch täglich Leid, Qual, Verzweiflung und Todesangst ein, und zwar nicht nur vom Patienten, auch von seinen Angehörigen. Wenn er diese zwar nachvollziehbaren, aber eben furchtbaren Reaktionen nicht auszublenden versteht, wird er seinen Aufgaben nicht lange gerecht werden können, weder seelisch noch psychosozial, noch körperlich.

Genauso geht es dem forensischen Sachverständigen: So wie der Krebs das Synonym für reale Todesangst ist, so ist das Verbrechen bedeutungsgleich für das Böse. Der Sachverständige muss die Existenz des Bösen akzeptieren. Seine Aufgabe ist dafür bescheidener: Er versucht herauszufinden, wie es bei diesem Mensch zu dieser Tat kommen konnte. Das erfolgt aber nicht oder hoffentlich nur selten in moralischer Weise, sondern in psychologischen und soziologischen Kategorien.

Denn das Böse an sich – so H.-L. Kröber – ist unbegreiflich. Dass Menschen böse handeln, zwar in freier Entscheidung, als indirekter Ausweis ihrer Freiheit, ist zwar tief beunruhigend. Doch der Versuch, das böse Handeln als ein Handeln zu erklären, dass durch diese oder jene Faktoren „verursacht“ wurde, ist fast noch beunruhigender. Denn das Böse ist nicht gleichsam naturwissenschaftlich zwingend bedingt und deshalb auch nicht in solchen Überlegungsschritten erklärbar. Was gilt es zu bedenken?

Ist das Böse der Preis der Freiheit?

Der Mensch ist zu bösen Handlungen fähig, das ist eine uralte Erkenntnis. Warum? Dafür gibt es viele Gründe: aus Faulheit, Eigennutz, Wut, Rache, aus sexueller oder materieller Begierde u. a. Die Geschichte lehrt (und im Übrigen jeder Blick um uns herum): Um böse zu sein, muss man nicht seelisch krank sein.

Tatsächlich ist das Böse der Preis der menschlichen Freiheit. Das beginnt letztlich schon mit dem Sündenfall im Paradies, wo im Garten Eden ein Baum steht, dessen verbotene Früchte die Erkenntnis des Guten oder Bösen zulassen sollen. Jetzt hätte Gott – so eine theoretische Überlegung, die in der Tat nicht ohne Reiz ist –, den Menschen von vornherein auf „brav, berechenbar und komplikationslos“ programmieren können.

Das hat er nicht. Er hat ihm freigestellt, das Verbot zu akzeptieren oder zu übertreten. Letzteres hat zwar seinen Preis, denn er wird damit seine Unsterblichkeit verlieren. Aber diese Entscheidung ist auch ein Geschenk, die Wirklichkeit wurde zwar geräumiger, aber auch gefährlicher. Denn von nun an gab es *das Sein oder das Sollen*. Also musste der Mensch lernen, auch mit dem Bösen zu leben, wird der Philosoph R. Safranski zitiert.

Und noch etwas anderes wird durch den ersten Sündenfall deutlich und schließlich zur alltäglichen Belastung: dass sich beobachtet fühlen, auch von einer höheren Macht, nicht zuletzt von Gott selber. Deshalb „versteckte sich Adam mit seinem Weibe vor dem Angesicht des Herrn“ und sie müssen sich in Kleider hüllen. Dieses Sich-Verstecken ist ein wesentlicher Bestandteil des Bösen, nämlich die Frage, ob es gesehen wird oder nicht, herauskommt oder nicht und was danach geschieht.

Im „forensischen Handwerk“ ist das Verbergen ein wesentlicher Faktor, meist in Form eines schlichten Beschönigens, Leugnens, wenn nicht gar eines durchaus bewussten Verdrängens: Ich war es nicht, ich kann es nicht gewesen sein, und wenn ich es doch war, suche man denjenigen, der schuld daran ist.

Und der Psychiater sucht. Er sucht nach dem Zusammenhang von Lüge, Täuschung, Tücke, von Tod bringender Hinterlist, von finsterner Niedertracht, von größter Gemeinheit, von perversen Sadismus, kurz, von ungeheurer Unmenschlichkeit – und in der Mehrzahl der Fälle wird er immer wieder überrascht sein, was alles möglich ist. Aber auch überrascht sein, was dahinter steckt, nämlich zumindest nach außen kein „Ungeheuer“, sondern oft genug „erschreckend normal erscheinende Mitmenschen“.

Das „Ungeheuer“ Adolf Eichmann – „normaler als ich es bin...“

„Das Beunruhigende an der Person Eichmanns (man erinnere sich: Karl Adolf Eichmann, 1906–1962, Handelsvertreter, Obersturmbannführer der SS, Leiter des Judenreferats im Reichssicherheitshauptamt, organisierte die Judentransporte in die Konzentrationslager) war doch gerade, dass er war wie viele und das diese vielen weder pervers noch sadistisch, sondern schrecklich und erschreckend normal waren und sind. Vom Standpunkt unserer Rechts-Institution und an unseren moralischen Urteilsmaßstäben gemessen, war diese Normalität viel erschreckender als die Gräueltaten zusammengekommen. „Immerhin war ein halbes Dutzend Psychiater nach seiner Gefangennahme zu dem Ergebnis gekommen, er sei „normal“ – „normaler jedenfalls als ich es bin, nachdem ich ihn untersucht habe“, soll einer von ihnen gesagt haben. Ein anderer fand, dass Eichmanns ganzer psychischer Habitus, seine Einstellung zu Frau und Kindern, Mutter und Vater, zu Geschwistern und Freunden, „nicht nur normal, sondern höchst vorbildlich“ sei (zitiert nach Hannah Arendt).

Warum – so fragt der Forensiker H.-L. Kröber –, warum diskutieren wir hier ein extremes Beispiel? Weil alles, was zwischen Adolf Eichmann und einem selbst liegt, sich im Grundsatz genau so verhält:

Das Böse bedarf keiner Krankheit, um auf die Welt zu kommen, es bedarf keiner Ungerechtigkeit und auch keiner dunklen Mächte – es bedarf lediglich des Menschen.

Und hier beginnt die wahre Aufgabe des Gutachters, aber auch der Rechtsanwälte, Staatsanwälte, Richter. Leider geben sie – so der Experte Kröber – mitunter zu Kritik Anlass, besonders was die „sozialwissenschaftlichen und psychologischen Lebens-Weg-Erklärer“ anbelangt, eine Strömung, die gerade derzeit ungemein an Bedeutung, Einfluss und auch negativen Entscheidungs-Folgen gewinnt. Oder kurz: Die Neigung, für jedes Handeln eine Erklärung zu finden und damit die Verantwortung und Schuld zu externalisieren, d. h. nach außen zu verlegen, also letztlich den, die oder das Andere dafür verantwortlich zu machen.

Liest man psychologische oder psychiatrische Schuldfähigkeits-Gutachten, so begegnet man dieser Haltung bei manchem vermeintlich Sachverständigen auf Schritt und Tritt, bedauert Professor Kröber. Wie oft sei der Verlust jeglicher Maßstäblichkeit zu beklagen, und zwar bei allen Beteiligten: „Dass alltägliche Lebens-Belastungen zumutbar sind, ihre sozial-verträgliche Meisterung in die Verantwortung des Einzelnen fällt, selbst dann, wenn der Betreffende unattraktiv, minderbegabt und arbeitslos ist, wird mancherorts geleugnet. Und dies sogar in entsprechenden Gutachten, während man es im eigenen Lebensumfeld als selbstverständlich voraussetzt, mahnt der Forensik-Professor. Und weiter: „Man versteht, wie einer so geworden ist – aufgewachsen mit ständig wechselnden Beziehungsperson, missachtet, manche auch oft geprügelt. Dies ändert andererseits nichts daran, dass diese Person jetzt geltungsbedürftig, beratungs-resistent, rücksichtslos und gefährlich ist und keinerlei Scheu hat, anderen zu beweisen, dass sie nun eine Größe im Negativen entwickelt hat. Er ist einer von jenen geworden, die immer wieder böse handeln in einer Weise, dass sie sich selbst in ihrer Bedenkenlosigkeit feiern. Ihre frühe Lebensgeschichte, in der sie selbst noch Opfer waren, kann man bedauern; in ihrem jetzigen Leben zerstören sie jedes Mitgefühl“, so der Experte.

Fazit: „Der verstehende Nachvollzug der Entwicklungsgeschichte eines Verbrechens muss keineswegs zur Befreiung von Verantwortung führen. Erwachsen-Werden bedeutet vor allem, sich mit den eigenen Schwächen und Stärken zu arrangieren, abzufinden mit Körpergröße, Konstitution, Intelligenz-Ausstattung, dem eigenen Temperament. Zum ständigen Umgang mit sich selbst gezwungen, gewinnt jeder ab einem gewissen Alter eine gewisse Übung mit sich selbst, seinen Stärken und Schwächen“, führt H.-L. Kröber aus und zitiert seinen alten Lehrer, den Psychiater Prof. Dr. Werner Janzarik: „Anders als der Krankheitsprozess lässt eine Persönlichkeitsstörung in aller Regel Auseinandersetzung und Anpassung zu. Die Verantwortung dafür, wie einer geworden ist, kann ihm, solange eigene Entscheidungen die Entwicklung dahin wesentlich mit gestaltet haben, nicht abgenommen werden.“

Das sind klare Worte in einer sich aber immer unklarer entwickelnden Zeit und Gesellschaft. Warum? Einer der Gründe ist die medien-gesteuerte, zumindest aber – erleichterte Psychologisierung-Neigung im Alltag, d. h. von jedermann. Prof. Kröber konkretisiert dies an Beispielen seine Gutachter-Tätigkeit: „Es verblüfft immer wieder, wie rasch und weitgehend selbst schwach begabte Straffällige psychologisierende Theorien ihres eigenen Verhaltens aufgreifen und reproduzieren, so dass man glaubt, Psychologie-Studenten gegenüber zu sitzen. Die Psychologisierung aller Lebensverhältnisse ist inzwischen soweit fortgeschritten, dass vermutlich das Nachmittags-Programm des Fernsehens mit seinen Rede-Shows und Gerichtsverhandlungen, mit seinen Seifen-Opern ein stetes Training hierin darstellt, sodass inzwischen nicht nur fast alle Frauen, sondern selbst ihre klobigen Männer überzeugt sind, eine Psyche zu haben, die im weitesten Sinne natürlich auch psychische Probleme entwickelt, wenn auch nicht krank zu sein. Sie wollen nun doch allmählich mal verstehen, warum man immer wieder andere Leute verprügelt oder einbricht.“

Oder kurz: Das Laien-Psychologisieren wird inzwischen allseits als Chance gesehen, banale Erlebnisse und Handlungsweisen mit einer anderen, tiefgründigen Bedeutung zu versehen, vor allem wenn sie einem selbst zum Opfer „umformatiert“ („Seelenkitsch“): Es ist auf einmal alles ganz psychisch...

Leider – so Prof. Kröber – findet sich dies auch in manchen Schuldfähigkeits-Gutachten. Und das ist deshalb so folgenreich, weil es letztlich eine angemessene realitäts-basierte Behandlung mit dem Ziel der Sozialisierung des Täters verhindert.

Bad or mad, d. h. böse oder krank?

Hier wiederholt sich die bereits angedeutete Fragestellung: böse oder krank? Dabei wird eine neue, an sich zukunfts-trächtige Entwicklung zumindest neue Diskussionen aufwerfen. Gemeint sind die neurobiologischen Erkenntnisse, also morphologische (organisch fassbare, körperliche) sowie damit verbunden auch funktionelle Änderungen im Gehirn. Einzelheiten dazu siehe das nachfolgende Kapitel. Nach Ansicht von H.-L. Kröber preschen allerdings einige, auch (Neuro-)Experten zu schnell und zu unüberlegt vor, wenn sie behaupten: „Weil es für das menschliche Denken, Fühlen, Wahrnehmen, Urteilen und Handeln eine materiale (d. h. stofflich fassbare) Basis in Form des Gehirns gibt, sei nicht mehr der Mensch, sondern dessen Gehirn die determinierende (bestimmende) Ursache allen Handelns. Damit sei die Freiheit nichts anderes als eine Illusion. Zu Ende gedacht sei dies natürlich eine General-Absolution für jegliches Verbrechen, von der Steuerhinterziehung bis zum Massenmord. Deshalb gibt er zu bedenken:

„In der Forensischen Psychiatrie ist es schon lange bekannt, dass der Mensch mit dem Gehirn wahrnimmt, denkt, entscheidet. Gleichwohl ist dadurch nicht die Entscheidungsfreiheit und Verantwortlichkeit beeinträchtigt, sondern nur

dann, wenn eine Krankheit vorliegt. Denn es gibt Menschen, die keine Straftaten begehen. Sie kommen aus allen sozialen Schichten, man findet sie in allen Intelligenzgraden, unter Gesunden wie unter denen mit (allen) psychischen und körperlichen Störungen Belasteten. Und sie sind, welche Beeinträchtigung auch immer vorliegen mag, stets die Mehrheit, nämlich die Mehrheit der Armen, der Minderbegabten, der psychisch Kranken, der Taubstummen usw.

Also besteht keine zwingende, sich allgemein durchsetzende Kausal-Beziehung (Ursache und Folgen) zwischen Beeinträchtigungen (oder auch Glück und Wohlstand) und Straffälligkeit.

Nun gibt es aber Menschen, die rechtswidrige Taten begehen und der Psychiater stellt eine Schuld-Unfähigkeit fest, weil sie an einer ernsten psychischen Erkrankung leiden, die sie das Rechtswidrige ihres Tuns nicht erkennen lässt. Oder die sie unfähig macht, gemäß ihrem Wissen um die Rechtswidrigkeit zu handeln. Beispiel: Ein schizophrener Wahn, psychotisch bedingte quälende leibliche Beeinträchtigungserlebnisse u. a.

Und es gibt Menschen, die befördert durch Minderbegabung, geringe emotionale Ansprechbarkeit, Kritikschwäche, geringe Bereitschaft Frustrationen zu ertragen, durch Leichtsinn, Langeweile, erhöhte Reizbarkeit und Substanzmissbrauch dazu neigen, zur Befriedigung materieller oder psychischer Bedürfnisse Straftaten zu begehen. Sie wissen zwar, dass sie es nicht dürfen. Aber der Schaden für andere berührt sie nicht oder kaum.

Dafür – so Prof. Dr. H.-L. Kröber – kann man sie nicht privilegieren (hier: mit Vorrechten versehen). Aber in manchen Fällen ist ob ihrer Schwächen eine nachsichtigere Bestrafung oder psychiatrische Behandlung gerecht und nützlich. Oft besteht bei diesen Menschen keine tiefere Einsicht in die Berechtigung der strafrechtlichen Normen. Es sollte jedoch genügen, dass sie diese gutheißen, solange sie selbst von ihnen geschützt werden.

„Der Straftäter, der psychiatrische Gutachter und das Böse“ – ein weites Feld, das weit über die Frage der Schuldfähigkeit hinausreicht. Prof. Kröber zitiert mehrfach den israelischen Schriftsteller Amos Oz. Mit einem Auszug aus seinen Ausführungen soll dieses Kapitel enden:

„Ich persönlich glaube, dass jeder Mensch in seinem Herzen fähig ist, das Gute von dem Bösen zu unterscheiden. Auch wenn er vorgibt, es nicht zu können (...). Aber die Moderne hat all das verändert. Sie hat die klare Grenzlinie verwischt, die die Humanität seit ihrem Anfang, seit dem Garten Eden, gezogen hat (...). Mit anderen Worten: Die modernen Sozialwissenschaften waren der erste Versuch, Gut und Böse von der menschlichen Bühne zu fegen. Zum ersten Mal in ihrer langen Geschichte waren Gut und Böse überformt von der Idee, dass Umstände für menschliche Entscheidungen und Handlungen, vor allem für menschliches Leid verantwortlich seien. Die

Gesellschaft ist schuld. Die Kindheit ist schuld. Die Politiker sind schuld. Kolonialismus, Imperialismus, Zionismus und was sonst noch – alle sind schuld. So begann die große Weltmeisterschaft im Opfersein. (...) Eine kleine, im Verborgenen wirkende Gruppe „dunkler Mächte“ ist an allem schuld: an Armut, Diskriminierung, Erderwärmung, dem 11. September wie dem Tsunami. Gewöhnliche Menschen hingegen sind immer unschuldig, Minoritäten niemals verantwortlich. Opfer sind per definitionem moralisch rein“ (Amos Oz).

GIBT ES EINE NEUROBIOLOGIE DES „BÖSEN“?

Das Böse beunruhigt: Schließlich hört, liest und sieht man tagtäglich von seinen Auswirkungen. Deshalb interessieren auch Ursachen, Hintergründe, Situation, Gelegenheit – und vor allem Charakter, Wesensart, Persönlichkeit, wie immer man es nennen mag.

Mit dieser Frage beschäftigen sich deshalb viele Fachbereiche und Berufe, von der Philosophie bis zum Vollzugsbeamten im Gefängnis. Und schon immer, in letzter Zeit aber vermehrt, fast alles andere dominierend die Frage: Wo hat das „Böse“ im Menschen seinen Sitz, im Herzen, im Gehirn, im virtuellen, damit aber nicht konkret fassbaren Bereich des Seelischen?

Dass das Böse seinen Sitz letztlich im Gehirn haben muss, ist den meisten inzwischen klar. Dass man es aber bereits gezielt lokalisieren kann, jedenfalls gibt es erste hoffnungsvolle Ansätze dazu, und zwar sowohl anatomisch wie physiologisch, also konkret örtlich und funktionell, d. h. Gehirn-Substanz und Gehirn-Funktion, das wird erst nach und nach auch in der Allgemeinheit publik – und weckt Neugier und Hoffnungen. Vor allem wenn sich einige Wissenschaftler aus nachvollziehbaren Gründen (Ruhm, Ehre, Gewinn, Position) zu früh und vor allem „zu weit aus dem Fenster lehnen“. Doch die seriösen Forscher winken ab. Hier gilt es sehr genau zu unterscheiden (und das macht bekanntlich Mühe und ist damit unpopulär): Eine Neuro-Physiologie oder Neuro-Anatomie (also von Gehirn und Nervensystem) des Bösen gibt es nicht. Hier prallen verschiedene Konzepte, ja Begriffs-Systeme aufeinander. Um also weiter zu kommen, muss man sich schon die Mühe machen, die verschiedenen Ebenen auseinander zu halten.

Moralische Begriffe – so Prof. Dr. Jürgen Müller von der Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen im *NeuroTransmitter* 2/2006 – lassen sich ebenso wenig wie Rechtssysteme naturwissenschaftlich bewerten oder untermauern. Dies vor allem bei dem Thema „Neurobiologie von Schuld oder Schuldfähigkeit“, also letztlich dem gesellschaftlichen Schluss-

punkt des Bösen, wenn sich nämlich der Täter vor Gericht zu verantworten hat.

Schuld und Schuldfähigkeit sind vor allem juristische Begriffe, die sich – das muss man akzeptieren – mit dem jeweiligen Rechts-System verändern können. Wer das nicht glaubt, vergleiche nur einmal die Gesetzeslage der einzelnen Nationen, von den Veränderungen im eigenen Lande im Laufe der Geschichte ganz zu schweigen. Derzeit beherrscht vor allem ein Täter-Strafrecht die Diskussion, bei dem die Tat in den Hintergrund und die Täter-Befindlichkeit in den Vordergrund tritt. Oder kurz: Es wird nach der Fähigkeit des Täters gefragt, und zwar grundsätzlich, d. h. ob er überhaupt schuldhaft handeln konnte.

Die Neurobiologie, also die naturwissenschaftliche Untersuchung von Gehirn und Nervensystem im weitesten Sinne, kann jedoch eine solche Frage nicht beantworten. Juristisch bedeutsam sind der Gesetzes-Text und der situative Zusammenhang, also Umfeld, Auslöser, besondere Bedingungen, die Persönlichkeits-Eigenschaften zum Tat-Zeitpunkt u. a.; doch das hat wenig mit der neurobiologischen Ausgangslage des entsprechenden Gehirns zu tun.

Wenn man es einmal ganz schlicht will...

Das Böse, dieser Satz steht fest,
ist stets das Gute, das man lässt.

Wilhelm Busch

Andererseits eröffnen sich gerade in letzter Zeit ganze neue Perspektiven für eine „Forensic Neuroscience“, also eine Neuro-Wissenschaft, die sich mit psychisch kranken Rechtsbrechern oder zumindest juristisch Gefährdeten beschäftigt.

Doch auch hier gibt es Einschränkungen, vor allem die Pflicht zu präzisen Fragestellungen, mahnt J. Müller. Eine naturwissenschaftliche Antwort kann man lediglich auf neurobiologische Determinanten forensisch relevanten Verhaltens erwarten (kurz: „gehirn-biologische Ursachen“) – aber das ist schon mal was. Denn jetzt lässt sich konkreter fragen:

Zeichnen sich neurobiologische Grundlagen aggressiven Verhaltens ab, die beispielsweise zu einer dissozialen/asozialen/antisozialen Psychopathie bzw. heute Persönlichkeitsstörung führen könnten?

Alte Erkenntnisse im Lichte neuer wissenschaftlicher Befunde

Die tragischen Umstände sind alt, so alt wie Unfall-Folgen und insbesondere Kriegs-Verletzungen. Sie haben seit Jahrtausenden viele Fragen aufgeworfen – unbeantwortet. Konkret wurden sie aber erstmals vor etwa 150 Jahren beschrieben; und damit zum Ausgangspunkt dieser Art von lebens- und gesellschafts-bedeutsamer Forschung.

Gemeint ist die spektakuläre posttraumatische Wesensänderung des Amerikaners P.P. Gage. Zuvor eine verantwortungsvolle, sozial integrierte, energische und konsequent planende und handelnde Persönlichkeit. Dann ein schwerer Kopfunfall („posttraumatisch“ hier also unfallbedingt-hirnorganisch und nicht – wie heute üblich – eine seelische Verwundung bezeichnend). Gage überlebte ihn mit normaler Gedächtnisleistung und Intelligenz, ungestört auch Sprache, Sinnesorgane und Bewegungsmöglichkeiten. Nicht jedoch sein Verhalten. Er wurde launisch, respekt- und verantwortungslos, unzuverlässig und wankelmütig – sein Umfeld war fassungslos. So ging er in die medizinische Geschichte ein. Deshalb konnte man viele Generationen später nicht nur dieses Schicksal rekonstruieren, sondern auch seinen Schädel untersuchen. Ergebnis: Sein Stirnhirn war beschädigt.

Diese Region des Gehirns hat scheinbar keine unmittelbare Funktion, jedenfalls nicht im Sinne organischer fassbarer Einflüsse (wie beispielsweise der Schläfenlappen mit bestimmten Epilepsie-Anfällen, das Kleinhirn für einen ungestörten Bewegungsablauf usw.). Erst nach und nach konnte man sich darauf einigen, dass im Stirnhirn vor allem Aspekte des Sozialverhaltens und der Impulskontrolle konzentriert sein müssen. Oder kurz: wie man sich „ordentlich als Mensch unter Menschen zu bewegen hat“.

P.P. Gage aber war durch seine Stirnhirn-Verletzung wie umgedreht, was in der Wissenschaft später mit dem Begriff der „Acquired Psychopathy“, also einer Art erworbener Psychopathie umschrieben wurde.

Heute stellt man sich deshalb aus gutem Grund die Frage: Werden zumindest einige Ursachen von Gewalt, gestörtem Sozialverhalten und mangelhafter Gemüts-Fähigkeit neurobiologisch bzw. durch konkrete Gehirn-Störungen ausgelöst und unterhalten? Sind Moral und Entscheidungsfindung neurobiologisch verankert? Und vor allem: Sind soziale Lernprozesse und soziale Interaktionen biologisch determiniert?

Das Stirnhirn und seine Aufgaben

Tatsächlich belegt inzwischen eine Vielzahl von Studien den Einfluss des Stirnhirns (also in etwa die Region zwischen Augenbrauen und Haaransatz) auf das, was man vereinfacht „zwischenmenschliche Verträglichkeit“ nennen könnte. Gestört wird es zum einen durch die erwähnten Unfall- oder Kriegsfolgen, zum anderen aber auch möglicherweise konstitutionell verankert (also wohl erbbedingt und damit vornherein so angelegt).

Interessant dabei aber doch ein wegweisender Unterschied:

- Menschen, die von vornherein ein solches gehirn-bedingtes Defizit aufweisen, können beispielsweise ein schwer gestörtes Sozialverhalten zeigen. Und dies nicht zuletzt deshalb, weil sie vor allem unfähig sind, die Konsequenzen ihrer Handlungen vorwegzunehmen (was droht, wenn ich dieses oder jenes tue) und damit auch ihr Verhalten entsprechend ihrer Erfahrungen zu modifizieren. Solche Menschen sind dann auch nicht fähig, trotz intensiver Behandlung, irgendwann einmal nachweisbare Therapie-Fortschritte zu erzielen.
- Im Gegensatz dazu sind aber Erwachsene, die erst durch Unfall- oder Kriegs-Folgen eine entsprechende Gehirn-Schädigung erlitten haben, zumindest in der Lage, das unter normalen Bedingungen erworbene „emotionale“ (gemütsmäßige) Wissen und seinen Einsatz im zwischenmenschlichen Bereich zu registrieren, wenn auch nicht mehr abzurufen und entsprechend situations-adäquat einzusetzen. Hier allerdings kann dann wenigstens durch die Therapie einiges wieder erlernt werden. Und dies im Gegensatz zu Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, die aufgrund ihrer charakterlichen Veranlagung unfähig sind bzw. größte Mühe haben, aus negativen Erfahrungen zu lernen und damit auch entsprechende Sanktionen (z. B. Vorwürfe, Abmahnungen, Bestrafungen und Ausgrenzung) zu vermeiden.

Inzwischen weiß man aus so genannten strukturell-morphologischen und funktionellen Techniken der Bildgebung (kurz: aus modernen Gehirn-Untersuchungsverfahren), dass tatsächlich gerade die Stirnhirn-Region bei der so genannten Emotions-Verarbeitung (also der Aspekte des Gemüts) und damit bei aggressivem und impulsivem Verhalten wesentlich beteiligt ist.

Allerdings – die Wissenschaft steht immer wieder fassungslos vor der schier unübersehbaren Komplexität des menschlichen Gehirns –, sind hier offenbar nicht nur das Stirnhirn, sondern auch andere Bereiche des Gehirns beteiligt (z. B. Schläfenlappen u. a.). Dabei zeigt sich dann, dass Menschen mit den erwähnten „Psychopathie-Eigenschaften“ auch auf anderen Ebenen ihre Defizite haben, was in der Summe zu den mit gesundem Menschenverstand nicht nachvollziehbaren Konsequenzen im Alltag beiträgt. Beispiele: Nicht nur die Gemütsverarbeitung, sondern auch das gemüts-betonte Erinnerungsvermögen, ja selbst das Arbeitsgedächtnis, insbesondere aber die Impulskontrolle und sogar einige vegetative Funktionen wie Herzschlag-Folge, Hautleitfähigkeit, Muskel-Aktivität u. a. sind im Gegensatz zur unauffälligen Allgemeinheit mehr oder weniger charakteristisch verändert.

Wichtig auch die Erkenntnis, dass wesentliche Sprach-Teilfunktionen gestört oder zumindest schlechter ausgebildet sein können als es dem Durchschnitt

vergönnt ist (z. B. sprachliche Unterscheidungsaufgaben wie Sprachverständnis, Sprachverarbeitung u. a). Ganz zu schweigen von so genannten höheren seelisch-geistigen Ebenen wie dem „Sich-einfühlen-Können in andere“ (eine wichtige Voraussetzung für Empathie, also Einfühlungs- und Zuwendungsvermögen).

Wieder andere, zumindest experimentell reproduzierbare (also immer wieder wissenschaftlich objektivierbare) Funktions-Defizite, beispielsweise in den rechts-seitigen Schläfenlappen-Arealen, könnten erklären, warum diese Psychopathen weder Angst vor Strafe noch Mitgefühl mit ihren Opfern haben. Diese Gemüts-Aspekte sind bei ihnen offenbar organisch nicht oder nur unzureichend angelegt – und damit funktionsfähig. Manches davon mag auf den ersten Blick vorteilhaft wirken, ist aber – zumindest was die Lernfähigkeit und Alltags-Strategien anbelangt – dann doch nachteilig.

Kurz: Die ständig wachsende Fachliteratur zur Neurobiologie von Impulskontrolle, Emotions-Verarbeitung, Entscheidungsprozessen und „Moral“ gehört gegenwärtig zu den spannendsten Gebieten der Neurowissenschaften, vor allem was dissoziale/antisoziale Persönlichkeitsstörungen anbelangt, die ja bekanntlich zu den „unangenehmen Zeitgenossen“ zu gehören pflegen.

Neurobiologische Aspekte der Aggressionen

Hier sind es vor allem die Aggressionen, das offenbar ständig wachsende Übel, das die Allgemeinheit beunruhigt und die Wissenschaftler stimuliert, auf diesem Gebiet biologisch voranzukommen.

Bei der Forschung der Aggressions-Genese (woher, warum, wieso und gibt es Korrektur- oder Therapie-Möglichkeiten?) unterscheidet man in der neuropsychologischen Forschung pro-aktive und re-aktive Formen der Aggression.

- Pro-aktiv vorgehende Gewalttäter setzen ihre Aggressionen berechnend, gezielt, zweckgerichtet ein, gehen gesteuert, wenn nicht gar manipulativ vor, können eher und damit gezielter planen gelten damit als „kontrollierende Täter“.
- Re-aktiv vorgehende Täter reagieren – wie der Name schon sagt – erst oder nur oder vorwiegend auf ein Ereignis. Sie gehen ungesteuert und plötzlich vor. Sie gelten als „unbeherrschte Täter“.

Bei den pro-aktiven Tätern weiß man über organisches Korrelat und Transmitter noch wenig, falls überhaupt irgendwelche Besonderheiten vorliegen, die sie von der Allgemeinheit unterscheiden, geben die Wissenschaftler zu. Anders bei re-aktiv, plötzlich, ungesteuert und unbeherrscht handelnden Tätern. Hier konzentriert man sich nach den bisherigen Kenntnissen auf Gehirnbereiche (also der erwähnte Fachbegriff: organisches Korrelat) mit zugegebenermaßen

schwierigen Namen wie parietaler Gyrus, linker Gyrus angularis, Corpus callosum, Amygdala, Thalamus und medialer Temporallappen. Das muss man sich nicht merken; es wird aber wenigstens deutlich, dass die rund 1400 durchschnittlichen Gramm Gehirngewicht keine amorphe (formlose, ungestaltete) Nerven-Masse sind, sondern das Wunderwerk der Entwicklung schlechthin (allerdings Fehl-Konstruktionen oder mindestens -Steuerungen eingeschlossen). Wenn es nun Hirn-Areale gibt, die an den Negativ-Eigenschaften: ungesteuerte Impulsivität, Aggressivität und Gewaltbereitschaft besonders beteiligt sind (ein engeres, umschriebenes Gewaltzentrum gibt es offenbar nicht, sondern eher eine neuronale (Nerven-)Vernetzung), wenn es also – schlicht gesprochen – bestimmte „negative Regionen“ gibt, ist dann nicht auch das Gegenteil möglich, also eine positiv einwirkende, steuernde, besänftigende, korrigierende Gehirn-Region?

Das scheint es zu geben, nämlich das eingangs erwähnte Stirn-Hirn (Fachbegriff: präfrontaler Cortex). Doch wie wir gehört haben: Wird es gestört oder gar zerstört, verändert sich der Mensch – negativ.

In der Forschung aber geht es weiter. Denn sind einige Regionen in Verdacht geraten, in puncto ungesteuerter Gewalt-Neigung beteiligt zu sein, stellt sich die nächste Frage: Was passiert dort konkret, soll sich „Normales“, „Gutes“ oder gar „Böses“ entwickeln?

Kontaktaufnahme von Nervenzelle zu Nervenzelle durch Botenstoffe

Dass sich Milliarden Nervenzellen eines einzelnen Gehirns-Teils in (hoffentlich zumeist) Gutem, aber auch Schlechtem (z. B. durch Krankheit) zu einem Funktions-Zentrum entwickeln können, d. h. dass alle zusammenarbeiten, basiert auf der so genannten „neuronalen Vernetzung“. Und die wiederum ist möglich durch die Kontaktaufnahme von Nervenzelle zu Nervenzelle durch bestimmte Botenstoffe (Fachbegriff: Neurotransmitter). Davon gibt es eine ganze Reihe mit wiederum etwas schwierig auszusprechenden Namen, die aber zusehends auch in den Medien Eingang finden, z. B. Dopamin (wichtig bei der Parkinson-Krankheit, aber auch bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung - ADHS), Noradrenalin und vor allem Serotonin (bei Depressionen, Angststörungen u. a.).

Vor allem das Serotonin-System spielt bei der Aggressions-Genese eine große Rolle, gibt Prof. Dr. J. Müller zu bedenken. Und hier bei zwei scheinbar entgegen gesetzten Konsequenzen, wenn nicht genügend Serotonin als Botenstoff in den entsprechenden Gehirnsregionen zur Verfügung steht, nämlich Suizidgefahr und Aggressivität. Dabei hängt beides natürlich eng miteinander zusammen, denn Fremd-Aggressivität (z. B. Gewalt gegen Andere) kann auch rasch in Auto-Aggressivität (Gewalt gegen sich selber = Selbsttötungsversuch) umschlagen.

Und wieder ist es die Stirnhirn-Region, bei der dann auch der „Serotonin-Haushalt“ über Hemmung (wenn genügend Serotonin vorhanden ist) oder Ent-hemmung (das Gegenteil) von impulsiv-aggressivem Verhalten mit-entscheidet. Aber auch dies offenbar nur im Verbund mit anderen Gehirn-Regionen. Die Forschungs-Arbeit geht nicht aus. Dies vor allem dann, wenn man meint, therapeutisch den „Stein der Weisen“ gefunden zu haben (siehe später).

Wie überhaupt – so Prof. Müller – die „Neurobiologie des Bösen“ trotz erfreulicher Forschungs-Erfolge noch mehr Fragen aufwirft als Antworten zulässt, un-abhängig von gesellschaftlichen, juristischen oder einfach moralischen Aspekten, von Konstitution und Umwelt (und hier vor allem früh-kindlicher Entwick-lung). Trotzdem kann die Neurobiologie – schrittweise – noch so manche, einige sagen sogar entscheidende Beiträge leisten; und sie wird es.

Dabei geht es für den Alltag vor allem um psychologische (konkret: psycho-biologische) Hemmungs- und Kontroll-Mechanismen, um beispielsweise ein aufbrausendes Verhalten noch rechtzeitig beherrschen zu können (sprich: Impulskontrolle). Und es geht darum emotionale (gemütsmäßig verankerte) Zustände wahrzunehmen und verarbeiten zu können (Emotions-Regulation). Und natürlich Emotionen, Kognitionen und Motive (Gefühl-Wahrnehmungen und Beweggründe) zu einem ganzheitlichen Erlebnis- und Handlungs-Entwurf vernetzen zu können.

Dass dies so kompliziert ist und dass es im Falle eines Fehlens solcher „Bau-steine“ des Lebens zu schwerwiegenden Konsequenzen kommen kann, und zwar nicht nur für den Betroffenen, auch für die Gesellschaft, das verwundert erst einmal. Allerdings ahnen diejenigen, die diesen Ausführungen bis hierher gefolgt sind, dass es von Vorteil ist, über normal entwickelte Gehirn-Funktio-nen zu verfügen. Denn für die vielleicht kleinere, aber dafür problematischere Gruppe der Benachteiligten im Sinne entsprechender Defizite von Gehirn-Sub-stanz und damit –Funktion, die auch gerne als gemeinschafts-bezogenes We-sen in einem sozialen Umfeld integriert sein möchten, geht es vor allem um die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen, mitfühlende Zuwendung zu zeigen, den täglichen Ärger mit möglichen Aggressions-Tendenzen in Schranken zu halten und damit ein geordnetes Zusammenleben zu ermöglichen.

Hier kann die Neurobiologie zuerst Einsicht, dann Verständnis, schließlich Hilfestellung fördern. Damit wird sie in Zukunft zu einem wichtigen Baustein eines gewalt-freieren und ggf. im Bedarfsfall korrigierbaren Miteinanders.

DAS BÖSE – DER FANATISMUS – DER AMOK-LAUF

Wenn etwas das Böse in seiner Extremform von Gewalt die Menschen erschüttert, ratlos, verzweifelt, ja selber wütend bis „böse“ macht, dann sind es nicht zuletzt Nachrichten über einen erneuten Amok-Lauf in aller Welt mit Unschuldigen, Verletzten, ja Toten und ihren verstörten Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Mitschülern oder Arbeitskollegen. Wahrscheinlich gibt es niemanden, der bei solch einer Tat nicht sofort den gleichen Gedanken hegt: Das ist das Böse schlechthin. Oder: Der oder die ist böse. Oder resigniert: Was gibt es nicht alles Böses auf dieser Welt. Der Begriff des „Bösen“ ist jedenfalls dabei, ob ausgesprochen oder nicht.

Wenn sich also eine Tat so unmittelbar mit dieser negativen Extremform menschlichen Verhaltens verbindet, dann lohnt es sich auch, einige Überlegungen dazu anzustellen. Was also ist Amok? Wer läuft Amok? Was sind die Hintergründe dieser meist folgenschweren „bösen“ Tat?

Der Psychiater und Psychoanalytiker Professor Dr. Lothar Adler mit langjähriger Erfahrung in Klinik und Praxis hat sich intensiv mit dem Amok-Lauf und seinen Hintergründen befasst. Dazu eine komprimierte Übersicht, vor allem was seine Verbindung zum Bösen schlechthin anbelangt. Weitere Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel in dieser Serie.

„Amuck“ bedeutet auf Malaiisch so viel wie „zornig“, „rasend“. Etymologisch gibt es Verbindungen zu „Amoucos“, das aus West-Indien stammt und Menschen bezeichnet, die sich und andere aus Ehrgefühl unter Beachtung eines Rituals umbrachten. Die tödliche Grundlage eines Amok-Laufs hat ihren Ursprung jedenfalls in einer spezifischen Technik der Kriegsführung, was in diesen Regionen zu nahezu unfassbaren Opfer-Dimensionen geführt hat. Zuerst ging es wohl „nur“ um kriegerische Auseinandersetzungen von Fürstentümern, später um wahllose Rache-Akte in diesem Zusammenhang; schließlich um todesmutige Elitetruppen ohne Rücksicht auf sich und andere, die allerdings später als Einzelpersonen oder Banden auch für private Auseinandersetzungen gedungen werden konnten und damit von staatlich-religiösen Organisationen zum kriminellen Banden-Wesen herabsanken. Heute hat der Amoklauf wieder eine religiös-fanatische Färbung und kostete in den entsprechenden Regionen viele Opfer.

Die Frage nach Hintergründen – seien sie ethnologisch (völkerkundlich), soziologisch oder psychiatrisch – werden sehr unterschiedlich beantwortet. Häufig zu finden bei Einzel-Tätern sind Entwurzelung und niedriger Bildungsstand und als Motive Partnerverlust, Ehescheidung, schwere materielle Einbussen und vor allem Kränkungen. Psychische Krankheiten wurden bei den früheren Amok-Motiven kaum gefunden, wenn man einmal von dem weit verbreiteten Phänomen erhöhter Kränkbarkeit bei generell unzureichender Fähigkeit absieht, akzeptable Lösungs-Strategien für scheinbar unüberwindliche Konflikte zu suchen bzw. zu finden.

Hier hört man oft von einem Begriff, der es inzwischen wieder(?) unserer eigenen Epoche und Gesellschaft schwer macht, nämlich der Narzissmus (Einzelheiten siehe die ausführlichen Kapitel in dieser Serie). In diesem Zusammenhang sprechen die Spezialisten in ihrer Fachsprache inzwischen von einer unseligen Kombination aus narzisstisch sowie schizoid, zwanghaft-rigide und depressiv-angstgefährdet mit Neigung zur Überkompensation subjektiver Schwäche. Und wenn es konkrete seelische Störungen sind, die hier mit hereinspielen, dann – wenn auch seltener – Schizophrenie, hirnorganische Psychosyn-drome (z. B. Epilepsie, die Folgen von Kopfunfällen, Gehirnentzündung u. a.) sowie Intoxikationen (Vergiftungen) und vereinzelt affektive Psychosen (insbesondere Depressionen und manische Hochstimmungen).

Erstaunlich oft zu finden, fast hat man den Eindruck, sie gehören zwingend dazu, sind folgende Faktoren: Zum einen die Unverhältnismäßigkeit von Tat und Anlass, zum anderen der eher gleichförmige Ablauf. Auf unverhältnismäßig geringen psychosozialen Stress reagieren zumeist junge Männer zunächst mit einer grüblerischen Selbst-Isolation, ehe sie in einem extremen Erregungs-zustand in eine mörderische Raserei verfallen, fasst Prof. Adler seine Erkennt-nisse zusammen. Häufig beginnt die Bluttat zu Hause und weitet sich dann auf Unbekannte aus. Tötungs-Folgen sind zwar nicht zwangsläufig, aber häufig. Die Tat endet mit der Überwältigung oder dem Tod des Amok-Läufers selber. Wenn nicht, wird meist für den Tat-Ablauf Erinnerungslosigkeit (Fachbegriff: Amnesie) angegeben, die sich sogar auf das Vorfeld der Tat ausdehnen kann. In letzter Zeit haben sich allerdings neue Varianten von Motiv, Ablauf und psy-chozialen Ursachen in den Vordergrund geschoben. Der Amok-Lauf ist in Bewegung.

Amok in Deutschland?

Nun ist man zwar nicht blauäugig, ordnet das Böse jedoch vor allem „den an-deren“ zu. So kann man sich Amok in Deutschland zwar schon theoretisch vorstellen, aber tiefer reichende Kenntnisse dazu hat man in der Regel nicht. Da hilft die Untersuchung von Professor Dr. L. Adler weiter, der die Dekaden 1980/1990 und 1990/2000 untersuchte und mit den bekannten weltweiten In-formationen verglich. So bekommt das Böse dann auch konkrete Gestalt. Er schreibt in seinem Beitrag über „Das Böse und der Fanatismus am Beispiel Amok“ in der Fachzeitschrift NeuroTransmitter 2/2006:

Amok-Läufe sind in Deutschland extrem selten. Die Täter sind meist männlich. Entgegen der Erwartungen soziologisch orientierter Experten haben sie nach der „Wende“ im Vergleich zuvor sogar leicht abgenommen: Von einer Tat pro 5,5 Mio. auf pro 8,5 Mio. so genannte Männer-Jahre. Eine ähnliche Häufigkeit wird übrigens auch international vermutet.

Auf jeden Fall ist die – vor allem nach einer neuen Tat oft behauptete – Zunah-me von jugendlichen Amok-Läufern für Deutschland nicht nachweisbar. Der

Einzelfall mag fassungslos machen, doch man muss auch die Statistik respektieren. Dafür droht offenbar etwas anderes, nämlich dass sich die Altersgrenze weiter nach unten, in junge Jahre hinein verschiebt. Dies entspricht allerdings auch einem Trend, der sich generell für selbst- und fremd-aggressive Handlungen bei Jugendlichen nachweisen lässt.

Und ein weiterer Aspekt gibt zu denken: Amok-Läufe werden tendenziell etwas seltener (nochmals: die erschütternden Medien-Berichte sind das eine, die Statistik das andere!), dafür aber gefährlicher, zumindest was die Verletzungsfolgen anbelangt. Denn die Waffen-Arsenale, insbesondere die Schusswaffen werden auch in Deutschland mehr, zumal letztere seit der Wende offenbar auch leichter zu beschaffen sind. Dabei verwundert im positiven Sinne eine Erkenntnis, die Prof. Adler wie folgt umschreibt: „Eine entscheidende Änderung der Opferzahl scheint jedoch nicht eingetreten zu sein.“ Selbst extreme Taten wie die in Erfurt zeigen, dass auch Täter mit Waffen-Arsenalen ihre grauenhaften „Möglichkeiten“ oft nicht ausschöpfen; das könnte ein Hinweis auf eine intentionale (also mehr oder weniger geplante) Steuerung sein“.

Die Veränderung der Waffenwahl in Abhängigkeit von ihrer Verfügbarkeit hat sich übrigens schon in den einst klassischen südost-asiatischen Amok-Ländern abgezeichnet: von den früheren Stich- und Hieb-Waffen über zweckentfremdete Gegenstände wie Autos oder Bagger bis zu den erwähnten Schusswaffen, was letztlich nicht nur die folgenschwerere Verwundungen, sondern auch die Opferzahl beeinflusst bzw. in Zukunft beeinflussen könnte.

Epidemiologische und psychologische Aspekte

Wie aber steht es nun mit den psychologischen Faktoren der Amok-Läufer in Deutschland? Ihr Ausbildungs-Niveau ist überdurchschnittlich gut, fasst Professor Adler seine Erkenntnisse zusammen. Dafür ist die Arbeitslosen-Quote auffällig hoch. Vor einem Viertel Jahrhundert waren 40%, inzwischen 70% der erwachsenen Amok-Läufer ohne feste Beschäftigung. Das heißt: Amok-Läufer können sich wahrscheinlich zunächst beruflich gut integrieren, ehe sie schließlich – aus welchen Gründen auch immer – immer mehr psychosozial dekompensieren bis zur End-Tat: Amok. Auch sind mit knapp 40% aller Täter Migranten (also zugewanderte Bürger ausländischer Herkunft) überrepräsentiert. Das gilt allerdings laut Statistischer Jahrbücher auch für die Tötungs- und Gewaltdelikte generell. Insofern ist es für die Amok-Gefahr keine Besonderheit, wenn natürlich auch auffällig.

Eindeutig dafür das Geschlecht der Täter: fast ausschließlich Männer. Daran hat sich nichts geändert. Hier gibt es dann doch erhebliche Unterschiede generell, beispielsweise zu psychisch Kranken (1 Frau auf 4 Männer) und gesunden Gewalttätern (1:10). Der Amok-Lauf scheint aber – aus welchen Motiven und Ursachen heraus auch immer – der weiblichen Psyche offenbar eher fremd.

Wie sieht es nun aber mit seelisch kranken Amok-Läufern in Deutschland aus? Nicht anders als im südost-asiatischen, ja internationalen Bereich. Seelische Störungen sind bei Amok-Läufern gegenüber der Normalbevölkerung weit überrepräsentiert.

Wissenschaftlich gesehen ergibt sich dabei folgendes Bild (auch wenn es in seiner Kurzfassung etwas ermüdend bis verwirrend wirkt, dafür folgen später einige erläuternde Hinweise). In der für den Alltag von Klinik und Praxis und letztlich auch für die Forschung verpflichtenden Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 ergibt sich im Vergleich mit den untersuchbaren(!) Amok-Tätern folgende Aufteilung:

In einem Drittel der Fälle so genannte F2- und F3-Diagnosen (konkrete Hinweise s. u.). Ein weiteres Fünftel geht auf Kosten von F6. Das Gleiche, nämlich ein weiteres Fünftel machen offenbar intoxikations-bedingte und Affekt-Handlungen aus. Das eine ist die gefährliche Absenkung der ansonsten ggf. stabilisierenden Hemmungs-Schwelle durch Vergiftungen jeglicher Art (wohl akut überwiegend durch Rauschdrogen bzw. später im zermürbenden und zu allem fähig machenden Entzug); das andere sind Kurzschluss-Handlungen.

Was bedeuten nun die F-Einteilungen konkret?

Das sind – rein formal aufgezehlt, Einzelheiten siehe die Untersuchungen von Professor Adler – beispielsweise schizophrene Psychosen (F2), unterteilt nach paranoider, hebephrener oder katatoner Schizophrenie; ferner schizotype Störungen (latente Schizophrenie, Borderline-Schizophrenie), anhaltende wahnhaftige Störungen (Paranoia), sensitiver Beziehungswahn (querulatorischer Wahn), induzierte wahnhaftige Störungen (von einer Person auf die andere), schizoaffektive Störungen (Schizophrenie und Depression, manchmal auch manische Hochstimmung im Wechsel) u. a.

Oder affektive (Gemüts-)Störungen unter F3, d. h. depressive Episoden, manische Episoden, manische und depressive Episoden abwechselnd, die chronische depressive Verstimmung (Dysthymia) u. a.

Oder Persönlichkeitsstörungen, früher Psychopathien genannt (F6): paranoide (wahnhaftige), fanatische, expansive, sensitive, querulatorische, schizoide, dissoziale (gemütsarme, gewissenlose), emotional instabile (impulsive, schnell erregbare bis explosive), Borderline-, hysterische, anankastische (zwanghafte) oder selbstunsicher-zwanghafte, ängstlich-vermeidende, depressive, von anderen abhängige u. a. Persönlichkeitsstörungen.

Kann man denn die Einzelfälle nach der Tat genauer untersuchen? Nicht immer, denn oft endet der Amok-Lauf entweder mit Selbsttötung oder tödlichem

Ausgang durch die Sicherheitskräfte. Man muss sich letztlich bescheiden, und zwar auf das, was gemeldet und wissenschaftlich nachträglich klassifizierbar ist.

Immerhin – so Professor Adler – scheint sich bei wenigstens der Hälfte der gemeldeten Amokläufe „indizien-mäßig“ eine lang andauernde und schwer wiegende psychische Störung abzuzeichnen, selbst wenn man (rausdrogenbedingte) Vergiftungen und Affekt-Handlungen nicht einberechnet.

Fanatische Amok-Läufer?

Nun hört man aber häufiger vom Fanatismus bzw. fanatisch gesteuerten Amok-Läufen. Was gilt es hier zu unterscheiden? Expansive fanatische Persönlichkeiten scheinen unter den Amok-Läufern selten zu sein. Anders als bei den Fanatikern zeigen Amok-Läufer typischerweise erfolglose Anpassungsbemühungen. Am Ende sehen sie sich als hoffnungslos gescheiterte Außen-seiter, als „alien“ in einer für sie feindlichen Welt.

Nicht unerheblich beteiligt ist dabei ein Wesenszug namens Rigidität (inner-seelische und damit auch nach außen nachteilige Starrheit von Denken, ja Fühlen und damit Handeln). Und die lässt dann so manche, eigentlich noch tragbare und korrigierbare Situation schließlich auswegslos erscheinen. Ausgangspunkt ist eine zumeist überhöhte bis hohe narzisstische Verletzlichkeit und Labilität, d. h. Unsicherheit und Beeinflussbarkeit.

Und ein ganzer wichtiger, wenn auch meist nur subjektiv belastender, verborgen gehaltener Aspekt, nämlich das „Nicht-vergessen-Können“ und damit wohl auch ein „Nicht-vergeben-Können“.

Häufig liegen auch Störungen der Impuls-Kontrolle vor, d. h. der Betreffende hat sich nicht fest genug „in der Hand“, geht sofort hoch, wird von blind-wütigem Zorn, ja schwerem Jähzorn ergriffen. Und dann muss es nur noch ein Waffen-Fetischist sein, der über ein entsprechendes Arsenal verfügt und die Situation wird kritisch.

Nicht zu vergessen sind noch Eigenschaften, die alle in ihrer Problematik nachvollziehen können, was eine schließlich unkontrollierbare Entwicklung in Richtung „blinder Rund-um-Schlag“ anbelangt. Und das sind die bei Amok-Läufern fast durchweg feststellbaren Kontakt- und Beziehungs-Störungen.

Ursachen – Motive – Täter-Opfer-Verhältnis – Diagnosen

Das eine sind also die Ursachen; was aber sind die Motive, die auslösenden Beweggründe? Sie variieren in den untersuchten Zeiträumen kaum und erstrecken sich auf praktisch alle wesentlichen Lebensbereiche, häufig kombiniert,

zumeist durchaus ernsthaft, mitunter aber auch ungewöhnlich, kaum nachvollziehbar.

In der Regel liegen auslösendes Ereignis und Amok-Tat nahe beieinander. Es können sie aber auch Wochen, Monate oder gar Jahre trennen.

Und wie steht es mit dem Täter-Opfer-Verhältnis? Die Antwort scheint einfach, jedenfalls nach den statistischen Erkenntnissen heute: Je näher die Opfer dem Täter stehen, desto gezielter wird getötet.

Und schließlich: Gibt es Unterschiede im Amok-Ablauf je nach Diagnose? Offenbar ja. Prof. Dr. L. Adler:

- „Schizophrene bekämpfen unspezifisch den Verfolger in der Menge“. Sie greifen Fremde an und verletzen viele, töten wenige und überleben den Amok-Lauf oft.
- Depressive greifen dagegen die Familie und Freunde an, um ihnen altruistisch („selbstlos“, so wahnwitzig sich dies auch anhören mag) das Elend dieser Welt zu ersparen, so wie sie es in ihrer depressiven Hoffnungslosigkeit zu sehen glauben. Dabei töten sie gezielt, verletzen selten und sterben am Ende fast immer mit (Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in den verschiedenen Depressions- und Suizid-Kapiteln dieser Serie).
- Persönlichkeitsgestörte greifen erst Nahestehende und dann Fremde an, töten und verletzen etwa gleich häufig und sterben vor allem nach schweren Amok-Läufen oft auch selber. Hier ist also auf eine hohe Gefährlichkeit für sich und andere zu achten.

Biochemische Hypothesen: Leiden Amok-Täter unter Serotonin-Mangel?

Die weltweiten Vergleichs-Untersuchungen zur Gewalt bis hin zum Mord sowie Amok zeigen für diese erschreckenden Taten viele Gemeinsamkeiten. Das legt die Frage nahe: Liegt hier nicht vielleicht auch ein biochemisches Defizit zugrunde? Das menschliche Gehirn besteht aus Milliarden von Nervenzellen, die zweckgerichtet vernetzt die vielschichtigen Lebensanforderungen meistern lassen, Großes schaffen können – aber auch „niedrige Instinkte und hässliche Taten“ einschließen. Natürlich spielen dabei die psychosozialen Faktoren eines Menschenlebens eine große Rolle. Aber sind es auch die entscheidenden, zumindest bei Extrem-Reaktionen bzw. -Taten?

Dem Neurotransmitter (Botenstoff) Serotonin bzw. dem ganzen so genannten serotonergen System im Gehirn wird die Rolle eines übergeordneten Puffers für alle Affekte (Gemütsregungen, von der leichtesten bis zu extremsten) zugesprochen. Zu den erwähnten extremen gehören dann, ausgedrückt in Fach-

begriffen, sowohl homizidale auch suizidale Störungen der Impulssteuerung bis hin zur tödlichen Gewalt gegen andere (Homizid) bzw. sich selber (Suizid).

Amok kann nun zwanglos als Impulskontroll-Verlust interpretiert werden, erklärt Professor Adler, Amok kann aber auch eine lange Vorgeschichte von Fehl-Anpassungen aufweisen. Von der rein äußerlich registrierbaren „Charakter-Seite“ spielen dabei die erwähnte Eigenschaften rigid/impulsiv, passiv/aggressiv und sensitiv /narzisstisch eine wichtige Rolle. Dazu kommen selbstredend auch kulturelle Denk- und Erziehungs-Stile. Und eine Vielzahl weiterer Aspekte, bei der in biochemischer Hinsicht auch ein so genanntes Serotonin-Mangelssyndrom diskutiert wird. Das nämlich kann bei dem erwähnten Botenstoff-Defizit durchaus in einen Impuls-Kontrollverlust münden.

Einzelheiten würden hier zu weit führen und finden sich übrigens in verschiedenen Beiträgen dieser Serie angedeutet. Immerhin sei eines vermerkt, auch wenn die Fachbegriffe fast nicht auszusprechen sind: Es gibt bemerkenswerte Verbindungen zwischen entsprechend krankhaften Persönlichkeitseigenschaften und einem erniedrigten 5-Hydroxyindolessigsäure-Spiegel (5-HIES); und das ist nichts anderes als ein Abbau-Produkt des Serotonin im Liquor (Nervengewebe).

Da der Mensch Chemie, konkret Biochemie ist, und zwar von den Muskeln, Knochen und inneren Organen bis zum Gehirn einschließlich aller damit verbundenen Funktionen (also nicht nur Bewegung, sondern auch „Geist“), ist es eigentlich nahe liegend, selbst in solchen Extrem-Fällen menschlichen Handelns auch nach einer biochemischen Ursache zu suchen. Reiner Forscher-Ehrgeiz ist das nicht, denn sollte es sich als entscheidend erweisen, wären natürlich auch medikamentöse Behandlungs-, vielleicht sogar Vorbeugungs-Maßnahmen möglich (siehe später).

Schlussfolgerung

Individueller Amok – so Professor Adler am Ende seiner Ausführungen – kommt seit jeher weltweit vor, zu allen Zeiten, in allen Kulturen. Er macht auch nicht vor der westlichen Welt halt, wie wir inzwischen fast regelhaft registrieren müssen.

Dabei sind psychische Störungen nicht zu übersehen. Sie ergeben sich aus sozialen und persönlichen Konflikten und überschreiten die Schwelle vom „Ausrasten“ bis zum Amoklauf. Warum? Weil möglicherweise eine defizitäre Affekt-Verarbeitung und Affekt-Steuerung im Rahmen eines ausgeprägten Serotonin-Mangel-Syndroms vorliegen könnte. Oder kurz: Gibt es biologisch vorbestimmte Amok-Reaktionen? Dies erst einmal als Frage.

Eine weitere Überlegung betrifft den derzeit beunruhigend um sich greifenden Fanatismus. Doch L. Adler greift hier die Überlegungen seines Kollegen, des

Psychiatrie-Professors und Theologen G. Hole auf (siehe das ausführliche Kapitel über den Fanatismus), wenn er feststellt: Sollte es im Einzelfall ein Fanatiker sein, der zum Amokläufer wird, dann kann es sich zumeist wohl nur um den Typus des „stillen, introvertierten Überzeugungs-Fanatikers“ handeln. Trotz aller Häufung von Impulssteuerungs-Störungen fehlt beim Amokläufer die für den Fanatismus notwendige konsequente aggressive Durchsetzung überwertiger, aber sonst sozial akzeptierter Ideen (nochmals: es lohnt sich, den Beitrag über den Fanatismus von G. Hole zu lesen, der so manchen Irrtum ausräumen vermag).

Kurz und eindrucksvoll fasst dies auch der Philosoph Professor Dr. Karl Jaspers zusammen (in dieser Serie schon einmal erwähnt, zumal er früher als Psychologe gearbeitet hat), der es auf den Punkt bringt:

Der Fanatiker kämpft (fast) nie mit sich und immer gegen (fast) alle. Der individuelle Amok-Läufer kämpft aber (fast) immer gegen sich und einmal gegen (fast) alle.

Das Böse im individuellen Amok entspringt nicht einem zielgerichteten Fanatismus, sondern zumindest oft krankheitsbedingter Fehl-Anpassung und möglicherweise biologisch vorgegebenen Faktoren, schließt Professor Adler sein interessantes Kapitel über „Das Böse und der Fanatismus am Beispiel des Amok“.

KANN MAN DAS BÖSE MEDIKAMENTÖS BEHANDELN?

„Böse“ und „Gut“ sind – es kam mehrfach zum Ausdruck – kulturell, historisch, religiös, ja sogar individuell und – man glaubt es kaum, aber die jüngste Entwicklung lässt keine Zweifel aufkommen –, sogar politisch durchaus wandelbare Begriffe. Und so eine im Grunde explosible Mischung führt rasch in weltanschauliche Auseinandersetzungen. Hier tut die Medizin – und insbesondere die Psychiatrie, die ja in gesellschaftliche bzw. weltanschauliche Kontroversen stärker eingebunden ist als jede andere medizinische Sparte –, gut daran, diese oft zuerst religiös und später ideologisch aufgeladenen Begriffe zu vermeiden. Damit entkommt die Psychiatrie und mit ihr die Forensische Psychiatrie allerdings nicht dem Dilemma, dass sie mit der Definition von „krank“ und „gesund“ immer auch Normierungen und Wertungen setzt. Aber sie kann dafür Begriffe suchen, die außerhalb des gesellschaftlich und vor allem religiös belasteten Zusammenhangs stehen. So beginnen sinngemäß Dr. A. Hill, Dr. P. Briken und Professor Dr. Berner vom Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie der Universität Hamburg ihren interessanten Beitrag über die *Pharmakotherapie bei Antisozialität und sexueller Gewalt* in der Fachzeitschrift NeuroTransmitter 2/2006.

Die Bedeutung von „böse“ reicht laut Duden von moralisch schlecht und verwerflich über schlimm und übel bis hin zu ärgerlich, zornig, wütend und ungezogen, unartig.

Unterschieden wird das metaphysisch Böse, also das, was jenseits des derzeit möglichen Erfahrungswissens steht und der damit dem Guten entgegen gesetzte Seins-Bereich, vom ethisch und moralisch Bösen, das den religiösen Wert-Setzungen und Normen zuwiderlaufende Denken und Handeln. So jedenfalls die Experten.

Und da das Böse sehr viel mit Aggressivität und Gewalt zu tun hat und vor allem die Forensische Psychiatrie sich mit Selbst- und Fremd-Gefährdung befassen muss, also Gesundheits- und Lebensgefährdung für sich und andere, sind die Psychiater gut beraten, den Begriff des „Bösen“ also zu meiden und stattdessen von Aspekten der Antisozialität, hier vor allem der Aggressivität und Impulsivität zu sprechen. Das sind konkrete Phänomene und ihre gefährlichen Konsequenzen, die es zu diagnostizieren, zu behandeln sowie gutachterlich zu beurteilen gilt und denen möglichst rechtzeitig vorzubeugen ist.

In diesem Zusammenhang kann man dann auch die Möglichkeiten und Grenzen der Pharmakotherapie diskutieren, vor allem aber der medikamentösen Behandlung von Antisozialität in Form von ungesteuerter Impulsivität, Aggressivität und Gefährdung durch drohende Gewalttaten. Was also kann man tun?

Antisoziales Verhalten: Welche Krankheitsbilder stehen zur Diskussion?

Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt, wussten die Alten. Und so steht auch bei der Behandlung der Antisozialität die Diagnose an erster Stelle. Oder konkret: Woher kommen und wie äußern sich Aggressivität, Impulsivität und antisoziales Verhalten, welches sind die psychosozialen oder biologischen Wurzeln, die gesellschaftlichen Verstärker, die ungünstigen Bedingungen auf allen Ebenen, die zu einer Tat oder einem durchgehenden Fehlverhalten führen, das nicht nur die anderen, sondern auch den Betroffenen selber in größte Schwierigkeiten zu bringen pflegt.

Die Psychiater im Allgemeinen und die forensisch tätigen im Speziellen haben dabei vor allem folgende seelische Störungen im Auge:

- schizophrene Psychosen einschließlich psychose-nahe Erkrankungen wie schizoide, schizotypische, wahnhaftige Störungen u. a.
- affektive Störungen, also Depressionen und manische Hochstimmungen, aber auch Mischbilder wie die schizoaffektiven Störungen mit schizophrenen, depressiven und/oder manischen Symptomen zugleich oder kurz hintereinander

- Substanz-Missbrauch oder Abhängigkeit, d. h. Rauschdrogen und Medikamente
- hirnorganische Störungen (von den Unfall-Folgen bis zu Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-Leiden u. a.)
- Intelligenzminderung
- Impulskontrollstörungen, z.B. Pyromanie (Feuerlegen), Kleptomanie (Stehlsucht), Spielsucht, die so genannte intermittierende explosive Störung u. a.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), also der „Zappel-Philip“ von der Kindheit bis ins hohe Lebensalter
- Paraphilien bzw. Störungen der Sexualpräferenz (früher als Perversionen bezeichnet)
- Persönlichkeitsstörungen, z. B. Borderline, antisozial, narzisstisch, histrionisch (hysterisch) u. a.

Bei allen diesen Leiden kann es auch krankheitsbedingte (und natürlich umwelt-verstärkte) Reaktionen geben, die man durchaus als „böse“ interpretieren muss. Diese „Wertungen“, so nahe liegend sie aus der Sicht der Betroffenen auch sein mögen, interessieren den Psychiater aber wenig. Er braucht „harte Daten“, was im seelischen Bereich besonders schwierig ist.

Trotzdem gibt es eine wachsende Reihe strukturierter Risiko- und Prognose-Beurteilungen, die die Heilungs-Aussichten abschätzen sollen, in diesem Fall was die mögliche Gefährlichkeit angeht. Dabei haben sich so genannte standardisierte (genormte, vereinheitlichte) Instrumente als hilfreich und valide (nachvollziehbar aussagekräftig) erwiesen. Einzelheiten würden hier zu weit gehen, aber eines ist sicher:

Selbst bei der mitunter durchaus schwierigen Beurteilung von antisozialen Persönlichkeiten mit emotional instabilen (d. h. Borderline-, narzisstischen und histrionischen) Zügen lassen sich die im Grunde schwer exakt zu beurteilenden Fehlverhalten wie Empathie- (Einfühlungsvermögen, Zuwendung), Verantwortungs- und Reuelosigkeit ganz gut erfassen. Und dies einschließlich dem mitunter recht raffinierten betrügerisch-manipulativen Verhalten mancher „Patienten-Täter“.

Hier zeichnet sich aber auch die Grenze therapeutischer, konkret: pharmakotherapeutischer Möglichkeiten ab. Denn letztlich ist es einfacher, durch entsprechende Medikamente überschießende, in der Fachsprache: „produktive“ (d. h. negativ auffallende) seelische Symptome zu dämpfen, als fehlende Fähigkeiten (z. B. Verantwortung, Reue, Zuwendung, Mitgefühl) aktiv hervorzu-

bringen. Trotzdem die Frage: Lässt sich hier medikamentös etwas erreichen? Dazu muss man aber erst einmal die Grundlage medikamentöser Einflussnahme klarstellen, nämlich den Gehirn-Stoffwechsel.

Der Gehirn-Stoffwechsel: Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren seiner Beeinflussung

Was spielt nun eine Rolle im Gehirn-Stoffwechsel und was kann man konkret tun, jedenfalls derzeit?

Die Antwort ist nicht ganz befriedigend, vor allem nicht für Laien. Zum einen müsste jetzt eine große Zahl von schwer verständlichen Fachbegriffen folgen, mit denen noch nicht einmal der Arzt in Klinik und Praxis ohne Nachschlagen in Fachbüchern und Lexika problemlos fertig würde. Die dafür zuständigen Fachbereiche, nämlich die Neurophysiologie, Neurochemie, die Psychopharmakologie u. a. sind eben überaus schwierige Gebiete, was sich nicht zuletzt in der Fachsprache niederschlägt.

Unausgesprochen, von den meisten sicher auch nach außen unbestritten, sind übrigens zwei weitere Aspekte: Zum einen die Befürchtung, hier würden sich Manipulations-Möglichkeiten auf allerhöchster Ebene, nämlich über die Gehirnfunktion des Menschen anbahnen, was sich schließlich in der chemischen (und am Ende gar politischen oder kriminellen?) Steuerung von Charakter, Wesensart, Eigenschaften, kurz menschlichen Vor- und Nachteilen ausdrücken könnte. Zum anderen vielleicht auch das Gegenteil, eine Enttäuschung über die doch begrenzten Möglichkeiten, die bisher zur Verfügung stehen. Laien stellen sich die Wissenschaft nicht so mühevoll und auf kleinste Schritte angewiesen vor.

Trotzdem nachfolgend die erwähnte, kurz gefasste und notgedrungen an der wissenschaftlichen Oberfläche bleibende Übersicht zur Frage: Kann man Antisozialität und Aggressivität medikamentös beeinflussen?

Was man bisher weiß, ist aber nicht wenig. Aggressivität und Impulsivität scheinen nämlich auf so genannte serotonerge Defizite im Zentralnervensystem zurückzugehen; diese Bezeichnung fiel in dieser Serie schon mehrmals. Auch der Botenstoff Dopamin bzw. das ganze Dopamin-System spielt dabei direkt oder indirekt eine nicht unerhebliche Rolle.

Konkret heißt das, dass bestimmte Psychopharmaka namens selektive **Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)**, die ursprünglich nur für Depressionen und später auch für Angststörungen und andere seelische Beeinträchtigungen konzipiert worden sind, auch einen Teil dieser neuen Aufgabenbereiche übernehmen könnten. Das würde bedeuten, dass sie nicht nur Reizbarkeit, Impulsivität, Aggressivität und antisoziales Verhalten zu reduzieren vermögen, sondern auch sexuelle Fehlgriffe, basierend auf sexueller Impulsivität

und zwanghaft-süchtigem Fehl-Verhalten, beispielsweise bei Patienten mit Paraphilien (früher „sexuelle Abartigkeiten“, später Perversionen genannt) – und damit vor allem bei Sexualstraftätern.

Schon zuvor, nämlich in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde auch die Wirksamkeit des altbekannten **Lithiums** in der Reduzierung von Gewalttätigkeit bei nicht-psychotischen, chronisch impulsiv-aggressiven Straftätern sowie Kindern und Jugendlichen nachgewiesen. Ähnliches gilt offenbar auch für andere Stimmungs-Stabilisatoren (die beispielsweise zur Rückfall-Vorbeugung von manisch-depressiven Erkrankungen eingesetzt werden) wie **Valproat**. Weniger erfolgreich in dieser Hinsicht ist ein weiteres Medikament aus dieser affektiv rückfall-mindernden Gruppe, das Carbamazepin, auch wenn es sonst durchaus seine stimmungs-stabilisierenden Verdienste hat. Dieser Hinweis macht übrigens deutlich, dass man nicht mit jedem Medikament aus einer ansonsten relativ einheitlichen Pharmakon-Gruppe die gleichen Behandlungserfolge für verschiedene Heilanzeigen erzielen kann.

Interessant auch der Hinweis, dass das als Antiepileptikum krampfverhindernd wirksame **Phenythoin** auch bei nicht-epileptischen Gefängnis-Insassen Reizbarkeit und Aggressivität zu reduzieren vermag.

Auch wenn der bereits erwähnte Botenstoff **Dopamin** im Gehirnstoffwechsel erhöht ist, zumindest in einigen Gehirn-Regionen, dann drohen unter bestimmten Umständen ebenfalls aggressive, impulsive und wenig steuerbare „erlebnishungrige“ Verhaltensweisen (englischer Fachbegriff, den man immer wieder hört: sensation-seeking). Deshalb hat man auch mit Dopamin-Antagonisten (die also die überschießende Wirkung reduzieren bzw. normalisieren) erfreuliche Erfolge, was Feindseligkeit und aggressive Durchbrüche bei einigen dieser psychischen Störungen anbelangt, die hier gehirn-physiologisch betroffen sind. Solche Medikamente sind die so genannten antipsychotisch-wirksamen Neuroleptika gegen psychische Leiden wie beispielsweise schizophrene und manische (krankhaft hochgestimmte) Psychosen.

Natürlich fällt das ggf. reizbar-aggressive und damit zwischenmenschlich kritische Verhalten solcher Psychose-Betroffenen auch mit ihrem gesamten psychotischen Beschwerdebild zusammen. Der medikamentöse Erfolg dieser Arzneimittel geht also auch darauf zurück, dass diese besonders unangenehme Aggressivität generell reduziert werden kann. Einige dieser Neuroleptika scheinen aber auch einen spezifischen anti-aggressiven Effekt zu entwickeln, der nicht nur anti-psychotisch zu erklären ist und damit auch bei nicht-psychotischen Aggressiven heilsam wirken könnte.

Im Rahmen einer solch schwer steuerbaren Aggressivität werden gelegentlich auch Beruhigungsmittel (Fachbegriff: **Tranquilizer vom Typ der Benzodiazepine**) eingesetzt, besonders bei akut aggressiven Impuls-Durchbrüchen. Und dies durchaus mit vorübergehend erfreulichem Erfolg. Zur Langzeit-Behandlung sind sie jedoch nicht geeignet. Zum einen droht ein relativ hohes Abhän-

gigkeitsrisiko, zum anderen kann es sogar zu paradoxen Reaktionen kommen, d. h. die Aggressivität wird überraschenderweise verstärkt.

Schließlich gibt es noch die so genannten **Beta-Rezeptoren-Blocker**, eingesetzt für mancherlei Indikationen (z. B. Herz-Kreislauf) und auch mit durchaus positivem anti-aggressivem Effekt bei entsprechend riskanten Patienten mit Schizophrenie, hirnorganischer Störung oder Demenz. Dabei scheinen sie sich besonders bei agitierten (unruhig-gespannten) oder gar aggressiven Opfern nach Schädelhirn-Trauma (Kopf-Unfall) zu bewähren.

Zuletzt steht noch eine Reihe weiterer medikamentöser Ansätze zur Diskussion, die aber noch nicht bis zur Anwendungs-Reife gediehen sind (z. B. bei erniedrigtem Kortisol-Spiegel). Einzelheiten dazu siehe die Spezial-Literatur.

Sexualhormone und Aggressivität

Etwas weiter ist man dagegen bei der Frage: **Testosteron-Spiegel** und Aggressivität. Hier geht es vor allem um gewalttätige Sexualstraftäter. Dabei scheint das männliche Geschlechtshormon Testosteron eher einen Einfluss auf die Aggressivität als auf die Impulsivität zu haben. Einen günstigen Einfluss entwickeln in diesem Zusammenhang auch bestimmte psychologische Behandlungs-Verfahren. Interessant auch eine Studie bei erwachsenen Männern, bei denen Zusammenhänge zwischen dem **Östradiol-Spiegel** und der Fähigkeit zum „emotionalen Aushandeln“ gefunden wurden (Östradiol ist ein natürliches weibliches Sexualhormon, das vor allem bei der Frau während der Schwangerschaft gebildet wird und nach den Wechseljahren deutlich zurückgeht). Dagegen hat ein erhöhter Testosteron-Spiegel offenbar Auswirkungen auf verstärkte körperliche Gewaltbereitschaft und tatsächliche Verletzungs-Neigungen.

Trotz dieser Erkenntnisse über den Einfluss der Geschlechtshormone auf Aggressivität, Feindseligkeit und gewalttätiges Verhalten werden so genannte **anti-androgene Medikamente** bisher fast ausschließlich bei Sexualstraftätern eingesetzt (s. u.).

Weitere Stoffwechsel-Systeme in Diskussion

Schließlich fanden sich in einigen Untersuchungen auch Besonderheiten der **Schilddrüsen-Hormone**, nämlich hohe Spiegel von Trijodthyronin und niedrige von freiem Thyroxin bei Straftätern mit wiederholt gewalttätigem Verhalten und krimineller Rückfälligkeit. Auch gibt es Hinweise für Störungen im Glukose-(Zucker-)Stoffwechsel bei Straftätern. Dies alles hat aber bisher noch zu keinen Überlegungen geführt, hier mit einer gezielten Behandlung einzugreifen.

Interessant auch die Erkenntnis, dass niedrige **Cholesterol-Spiegel** (s. u.) mit einem erhöhten Risiko in Verbindung gebracht werden bei nicht-krankheitsbedingten Todesfällen (Suizide, Opfer von Gewalttaten oder Unfällen), bei Aggressivität, Gewalttätigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung. Hier wird es allerdings kompliziert, denn es spielen verschiedene Stoffwechsel-Systeme eine Rolle, die sich auch noch gegenseitig beeinflussen. Tatsächlich wurde aber in einer Studie nachgewiesen, dass man durch bestimmte Nahrungs-Ergänzungsmittel mit Vitaminen, Mineralien sowie Omega-6- und Omega-3-Fettsäuren eine deutliche Abnahme von ernsteren Zwischenfällen einschließlich gewalttätiger Übergriffe bei Gefängnis-Insassen erreichen konnte. Cholesterol oder Cholesterin ist ein wichtiger Stoffwechselfaktor, den die Allgemeinheit vor allem im Zusammenhang mit Gewichtsproblemen kennt, auch wenn dies natürlich nur ein Teil-Aspekt ist.

Die Experten stellen deshalb zur Diskussion, gerade in Gefängnissen, aber auch bei sonstigen ernährungs-bezogenen Maßnahmen entsprechende Überlegungen zumindest in Erwägung zu ziehen. Die Kosten die durch Gewalttaten entstünden, seien deutlich höher. Tatsächlich diskutiert man auch eine Art „kriminelle Ernährungsberatung“, was aber natürlich noch in den Anfängen steckt und von seiner Effektivität her bisher nicht ausreichend geprüft werden konnte.

Auch **Medikamente, die Entzug und dauerhafte Abstinenz von Alkohol und Rauschdrogen** sicherstellen sollen (z. B. Disulfiram, Methadon, Naltrexon) können zu einer Abnahme krimineller Verhaltensweisen beitragen, natürlich vor allem bei alkohol- oder drogenabhängigen Patienten. Der Effekt geht insbesondere auf eine Verminderung des „drogen-suchenden Verhaltens“ zurück, mit allen Risiken (z. B. Übergriffe oder Überfälle), weil sich Reizbarkeit und Aggressivität in Grenzen halten lassen und vor allem die Impulskontrolle besser funktioniert (Kurzschlussreaktion).

Therapeutische Mitarbeit begrenzt

Leider sind alle diese Erfolge von einem wichtigen Faktor abhängig, um den es nicht zum Besten steht: die Compliance, wie der Fachausdruck heißt – auf Deutsch: Therapietreue im Allgemeinen und Einnahmезuverlässigkeit der verordneten Medikamente im Speziellen. Der Grund: die typischerweise eingeschränkte Krankheits- und damit Therapie-Einsicht oder gar -Motivation. Und wenn, dann vor allem oder zumindest eher aus der Hoffnung auf Lockerung der Haftbedingungen oder frühzeitige Entlassung heraus, als von dem Leidensdruck erlöst zu werden, der zu dem grenzwertigen oder gar kriminellen Verhalten führte.

Aus diesem Grunde greifen die Therapeuten gerne zu so genannten Depot-Präparaten mit Langzeitwirkung. Dann ist wenigstens dieser Erfolgs-Faktor halbwegs gesichert, denn in aller Regel ist von einer länger anhaltenden oder gar Dauer-Therapie auszugehen.

Hier muss dann allerdings auch das Problem der Nebenwirkungen berücksichtigt werden. Denn wenn diese zur unzureichenden Behandlungs-Motivation hinzukommen und vor allem in störender oder ausgrenzender Hinsicht (z. B. die so genannten extrapyramidal-motorischen Begleiterscheinungen mit diskriminierenden Bewegungsstörungen, einschließlich Mimik), dann ist noch weniger mit entsprechender Mitarbeit zu rechnen, mahnen die Experten A. Hill, P. Briken und W. Berner in ihrem lesenswerten Fachartikel.

Medikamente gegen sexuelle Gewalt?

Ein heiß diskutiertes Thema, nach jedem in den Medien veröffentlichten Fall noch verstärkt, ist die **Pharmakotherapie bei sexueller Gewalt**. Dabei ist auf die Rolle des Sexualhormons Testosteron bereits hingewiesen worden. Schon in älteren Studien an inhaftierten Vergewaltigern konnte nachgewiesen werden, dass die Täter mit den gewalttätigsten Delikten die höchsten Testosteron-Spiegel hatten. Unterschiedliche Erkenntnisse ergaben sich bei Pädophilen mit Kindesmissbrauch.

Auf jeden Fall zeigt sich auch in anderen Untersuchungen (z. B. nicht-kriminelle sexuelle Aktivität, d. h. Geschlechtsverkehr und Masturbation), dass der Testosteron-Spiegel eine wichtige Rolle für sexuelles Verlangen, sexuelle Phantasie, sexuelle Funktionsfähigkeit und Fertilität (Fruchtbarkeit) spielt.

Und so hat sich auch die anti-androgene Behandlung (in diesem Fall zur Triebdämpfung im Rahmen von Sexualdelikten durch Männer) besonders bei Sexualstraftätern mit Paraphilien (heute sexuelle Präferenzstörungen, früher sexuelle Abartigkeit, später Perversionen genannt) durchaus bewährt. Das Gleiche gilt offenbar für antisoziale Persönlichkeitsmerkmale. Und beides ist nach Ansicht mancher Experten in ihrer Wirkung und Dauer sogar deutlich erfolgreicher als bestimmte psychotherapeutische Verfahren bei diesem schwierigen Aufgabenfeld, so die Autoren aus Hamburg.

Auch die **chirurgische Kastration** (in diesem Fall die funktionelle Ausschaltung der Hoden) senkt die Rückfall-Raten bei Sexualstraftätern deutlich. Sie ist aber nicht mehr umkehrbar und wirft neben den ethischen auch viele menschliche Probleme auf. Deshalb wird sie seit der Einführung anti-androgener Medikamente nur noch selten praktiziert (und das erst nach Einholung zweier Gutachten und der Genehmigung durch die jeweilige Ärztekammer).

Unter den **Antiandrogenen**, also jenen Substanzen, die die Wirkung natürlicher Androgene (männliche Geschlechtshormone) aufheben, hat sich vor allem das Cyproteron-Acetat (CPA) bewährt. Es wird seit den 70-er Jahren bei Sexualstraftätern erfolgreich eingesetzt und reduziert nicht nur das sexuelle Verlangen, sondern auch die Erregbarkeit und damit das Verhalten bei para-

philen Patienten (s. o.) und Sexualstraftätern. Das wirkt sich vor allem günstig auf die ansonsten bedenkliche Rückfall-Quote aus.

Darüber hinaus gibt es **neuere, synthetische Produkte**, die auf übergeordneter Ebene in den Regelkreislauf der Androgene eingreifen, erklären die Autoren die Forschungs-Ergebnisse der jüngsten Zeit. Dabei wird über die Hypophyse (Hirnanhangsdrüse am Boden des Zwischenhirns und zuständig für die Steuerung bestimmter Hormone) die Aktivität der Gonaden (Geschlechtsdrüsen) unterdrückt. Dadurch fällt beispielsweise der Testosteron-Spiegel auf „Kastrations-Niveau“, wie sich die Fachleute ausdrücken. Von den im Maßregelvollzug anti-androgen behandelten Straftätern wird inzwischen die Hälfte mit diesem neuen, die andere Hälfte mit dem schon erwähnten CPA therapiert. Beides wird als Depot-Medikation subkutan (unter die Haut) injiziert. Manche Präparate müssen deshalb nur alle 3 Monate gegeben werden, was natürlich einen zusätzlichen Sicherheitsfaktor bedeutet.

Natürlich sind auch hier **Nebenwirkungen** zu tolerieren. Sie entsprechen den Symptomen eines Testosterons-Mangels, bilden sich aber nach Absetzen der Medikamente in der Regel wieder zurück. Neben der Beeinträchtigung der Sexualität und Spermatogenese (Samenzellenproduktion) kommt es vor allem zu äußeren Veränderungen, die nicht so ohne weiteres hingenommen werden: Ausbildung der Brust beim Mann, Abnahme der Körper- und Gesichts-Behaarung, trockene Haut, ferner Gewichtszunahme und Verschlechterung einer ggf. schon vorhandenen diabetischen Stoffwechsellage (Blut, Zucker); ferner Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Thromboembolien (Bildung eines Blutpfropfes mit der Gefahr, dass er in Herz, Lunge, Gehirn fortgeschwemmt wird), Osteoporose (Schwund des Knochengewebes) sowie Müdigkeit, Antriebsminderung und depressive Verstimmungen.

Das ist natürlich kein geringer Eingriff, vor allem was die unerwünschten Begleiterscheinungen anbelangt und muss deshalb sehr ausführlich mit dem Betroffenen besprochen und von ihm auch akzeptiert werden. Immerhin kann durch eine angepasste Dosis, die das erwähnte Nebenwirkungsspektrum in Grenzen hält, ein ansonsten unbeeinflussbares deviantes sexuelles (Fehl-) Verhalten gehemmt werden, ohne die gesamte Sexualität versiegen zu lassen, stellen die Experten A. Hill, P. Briken und W. Berner fest.

Auch die **Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)** reduzieren sexuelle Phantasien, sexuelles Verlangen, Masturbation und (damit) ggf. sexuell deviantes (krankhaft abweichendes) Verhalten, vor allem wenn es sich um ein diesbezüglich fast zwanghaftes sucht-ähnliches Beschwerdebild und damit Fehlverhalten handelt. Die wissenschaftliche Diskussion dazu ist aber noch nicht abgeschlossen. Die Nebenwirkungen dieser SSRI-Arzneimittel sind zudem deutlich geringer als die der Antiandrogenen (s. o.).

Schließlich steht noch der so genannte **Morphin-Antagonist Naltrexon** nicht nur in der Behandlung von Alkoholismus, Rauschdrogen, Sucht, Bulimie,

Zwangs- und Impulsstörungen, sondern auch bei zwanghaft-süchtigen sexuellen Symptomen zur Diskussion, und dies bei ebenfalls nur gering ausgeprägten Nebenwirkungen.

Zugelassen ist in Deutschland aber bisher nur das antiandrogen **Cyproteron-Acetat (CPA)**, wenn es um die Trieb-Dämpfung bei „Sexual-Deviationen“ von Männern geht. Alle anderen Therapie-Maßnahmen erfolgen jeweils im Rahmen eines „freien Heilversuches“, wie der Fachausdruck auf Deutsch lautet und sollen deshalb nur von Experten mit entsprechender Erfahrung verordnet, betreut und vor allem gut dokumentiert werden (z. B. schriftliche Einverständnis-Erklärung).

Wie geht man derzeit bei Sexualstraftätern therapeutisch vor?

Wenn es nun um die praxis-relevante Frage geht: Wie lautet die Reihenfolge der empfohlenen medikamentösen Therapie-Maßnahmen in der Behandlung von Paraphilien und Sexualstraftätern, so erklären die Experten des Instituts für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie der Universität Hamburg folgendes „stufenweise Vorgehen in Abhängigkeit von der Gefährlichkeit und Schwere der Störung“:

Die Behandlung beginnt mit einer intensiven Psychotherapie z. B. kognitiv-behavioralen oder psychodynamisch-orientierten Psychotherapie, wie die Fachausdrücke heißen. Das ist die therapeutische Basis, mit der grundsätzlich angefangen werden sollte. Finden sich noch zusätzlich Störungen seelischer oder körperlicher Natur, werden diese spezifisch behandelt, z. B. Suchtkrankheiten, Depressionen, Angststörungen u. a.

Bei leichteren, weniger gefährlichen Fällen, die Experten nennen so etwas Hands-off-Delikte, meist Exhibitionismus, Voyeurismus („Schausucht“) oder zwanghafter Konsum von illegaler Pornographie, kann zunächst ein Behandlungsversuch mit einem SSRI (s. o.) unternommen werden. Dies vor allem dann, wenn zusätzlich Angst, soziale Phobie, Depressionen oder Zwangsstörungen vorliegen. Hier stehen mehrere SSRI-Produkte zur Verfügung, die nicht nur eine erste Auswahl, sondern auch einen weiteren Versuch mit neueren Substanzen ermöglichen, falls bei älteren der gewünschte Erfolg ausbleibt. Außerdem muss natürlich die individuelle Dosis herausgefunden und dann auch durchgehalten werden (Einnahme-Zuverlässigkeit!).

Bei unzureichendem Erfolg oder einem Risiko für die erwähnten Hands-off-Delikte, konkret z. B. bei impulsiv-aggressiven Patienten, Pädophilie oder sexuellem Sadismus, sollte der Arzt zunächst das mehrfach erwähnte CPA verabreichen. Die neueren synthetischen LHRH-Agonisten (Einzelheiten siehe Spezialliteratur) sind noch nicht offiziell für diese Heilanzeigen zugelassen. Eine solche Therapie sollte allerdings dann erwogen werden, wenn CPA keinen Erfolg bringt oder durch seine Nebenwirkungen nicht mehr verantwortbar ist.

Schließlich kann noch die Kombination von einem anti-androgenen Präparat mit einem SSRI erwogen werden, wenn das mehrschichtige Beschwerdebild dazu zwingt (siehe depressive, ängstliche oder zwanghafte Patienten).

Die Einnahmезuverlässigkeit (Fachbegriff: Compliance) ist ein Problem, das wohl die Mehrzahl der Patienten betrifft, vor allem aber solche mit einer schweren antisozialen Persönlichkeitsstörung. Sie sehen die Zwänge einer Behandlung am wenigsten ein, spielen gern den Kooperativen und später den arglos Enttäuschten, wenn die Medikation nichts bringt – scheinbar. Ja, es wird bisweilen sogar die antihormonelle Behandlung durch heimliche Einnahme von Androgenen (s. o.) unterlaufen. Hier greifen dann die Therapeuten mitunter zur Kombination von LHRH-Agonisten und CPA.

Natürlich hat die Gabe eines Medikaments im Allgemeinen und eines „anti-sexuellen“ im Speziellen einen Einfluss auf die Psychotherapie, also die Behandlung mit seelischen Mitteln. Im positiven Sinne sind manche Patienten durchaus entlastet, ja erst nach Beginn einer medikamentösen Behandlung in der Lage offen über ihre früheren sexuellen Phantasien und Verhaltensweisen zu berichten. Damit wird die psychotherapeutische Arbeit erleichtert, mitunter sogar überhaupt erst erfolgreich.

Nicht selten sind aber so genannte narzisstische Krisen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Dazu kommt es vor allem dann, wenn die selbstwert-stabilisierende, mitunter auch tröstende oder auf jeden Fall lustvolle Sexualität wegfällt oder nicht mehr ausreicht, geben die Experten A. Hill, P. Briken und W. Berner zu bedenken. Oder mit ihren Worten: Wenn sich die Plombe „Perversion“ für die Ich-Stabilisierung auflöst und Kastrationsängste konkret re-aktualisiert werden.

Die Folge können depressive Reaktionen, aber auch Wut und aggressives Verhalten sein. Möglicherweise versucht auch der Patient sich und anderen seine schon vorher brüchige und durch das Medikament jetzt zusätzlich bedrohte männliche Identität durch eine Überkompensation zu beweisen. Das können beispielsweise ein macho-haftes Verhalten, wenn nicht gar schwere Impulshandlungen sein.

So etwas muss also ebenfalls bearbeitet werden, einschließlich neuer Verhaltensweisen, gleichsam eine Brücke über das jetzt geschaffene Loch. Hier gibt es übrigens noch erheblichen Forschungsbedarf, was aber auf große praktische Schwierigkeiten stößt, teils aus ethischer, teils aus juristischer, ja sogar aus pharmakologischer Sicht.

Deshalb sind wir – so die Experten – nach wie vor weit entfernt, das Problem der Gewalttätigkeit des Menschen biologisch und medizinisch umfassend zu verstehen oder therapeutisch zu lösen, sei es psycho-, sei es pharmakotherapeutisch. Die Medien (und damit auch die Allgemeinheit?) machen es sich mit-

unter sehr leicht, wenn sie Forderungen stellen, die in der Realität (bisher) nicht erfüllbar sind. Das heißt: in allen Fällen befriedigend oder gar optimal. Denn gemessen an früher hat sich nun doch einiges getan, sowohl psychotherapeutisch als auch medikamentös.

Die Frage, die immer wieder und jeder Einzelfall aufwirft, lässt sich jedoch in wenige Worten fassen: Was will man, was darf man, was kann man, was soll man? Ein komplexes, ein schwieriges Thema, zu dem viele etwas zu sagen haben. Gerade letzteres kollidiert dann eben auch oft genug mit dem Machbaren. Das sollte man bei seinem (vorschnellen?) Urteil nicht vergessen, mahnen die Experten.

LITERATUR

Ein die Menschheit seit jeher beschäftigendes Problem, wie wir aus diesen Ausführungen ersehen konnten. Deshalb auch eine entsprechend umfassende Literatur auf praktisch allen Gebieten menschlichen Denkens und Handelns. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie (Anfrage bei den Autoren) und eine schier unermessliche Welt-Literatur.