

Anspruch und soziale Wirklichkeit des diagnostischen Prozesses traditioneller forensisch-psychiatrischer Begutachtung

Günter Langwieler

Es werden einige soziale und sozialpsychologische Determinanten des Prozesses forensischer Diagnostik thematisiert und mit den Ansprüchen traditioneller forensisch-psychiatrischer Begutachtung aus ihrem Erkenntnismodell und sozialen Selbstverständnis konfrontiert. Der Beitrag kommt zu dem Ergebnis, daß forensische Psychiatrie in ihrem diagnostischen Kernbereich diesen Ansprüchen nicht gerecht wird; darüber hinaus wirkt sie als forschungsleitende Perspektive forensischer Diagnostik erkenntnishemmend, insofern außer-psychopathologische Variablen nur als zu eliminierende Störfaktoren, nicht aber als konstituierende Bedingungen integriert werden können.

Nach wie vor wird das Denken und Handeln forensischer Diagnostik von den Grundvorstellungen tradierter Psychiatrie beherrscht, insbesondere im Bereich des Strafrechts.¹ Eine sozialwissenschaftliche und psychologische Diskussion forensischer Psychiatrie erfolgt unter anderem in Hinblick auf ihre Voraussetzungen (etwa der Kriterien der Exkulpation: Bernsmann/Kisker 1975) und ihre Folgen (etwa auf der Ebene institutionalisierter Versorgung psychisch gestörter Rechtsbrecher: Bergener et al. 1974; Moser 1974), weniger jedoch in Hinblick auf den Prozeß der forensisch-psychiatrischen Begutachtung selbst. Dieser findet – weitgehend unter Ausschluß auch wissenschaftlicher Öffentlichkeit – „im inoffiziellen Dunkel des psycho(patho)logischen Explorier- und Experimentier-Raumes“ (Bernsmann/Kisker 1975, S. 327) statt.

Im folgenden sollen einige Elemente dieses Prozesses benannt werden, die ihn als sozialen Prozeß kennzeichnen. Damit soll zum einen verdeutlicht werden, daß die traditionelle forensische Psychiatrie, gemessen an den von ihr selbst zu formulierenden Gütekriterien, versagt. Unterstellt man mangelnde Publizität und unbefragtes Akzeptieren als wichtige Bedingungen anachronistischer Behandlungstendenzen im Bereich forensischer Begutachtung, so

verdeutlicht sich der sozial- und wissenschaftspolitische Stellenwert einer solchen Fragestellung. Zum anderen will dieser Beitrag einige soziale und sozialpsychologische Determinanten hervorheben, die die zu leistende mikrosoziale Analyse des Prozesses forensischer Diagnostik zu berücksichtigen hätte.

Modellannahmen und soziales Selbstverständnis traditioneller forensisch-psychiatrischer Begutachtung

Ihre zentrale Verfahrensregel leitet Witter (1972) im Handbuch der forensischen Psychiatrie aus dem medizinischen Krankheitsbegriff ab, der es ermögliche, „eine regelhafte Beziehung zwischen der nosologischen Systematik der Psychiatrie einerseits und der forensischen Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit andererseits aufzuzeigen, die sich in einer sehr einfachen Grundregel formulieren läßt: krankhafte Abnormität hebt die Verantwortungsfähigkeit auf; nicht-krankhafte Abnormität kann die Verantwortungsfähigkeit nicht aufheben, sondern allenfalls einschränken“ (S. 968). Die Güte der forensischen Beurteilung steht und fällt also mit der eindeutigen Sicherheit, den Straftäter einer bestimmten Kategorie der nosologischen Systematik zuordnen zu können. Diese Zuordnung erfolgt entsprechend der Ideologie des medizinischen Modells (zu Begriff und Implikationen vgl. z. B. Leifer 1969, 1970/71; Keupp 1972, 1974) über einen wertfreien, rein deskriptiven Vorgang. Im diagnostischen Prozeß kommt es jeweils darauf an, über möglichst präzise Beschreibung von Symptomen bestimmte nosologische Syndrome zu identifizieren, die dann ihrerseits einen Rückschluß auf die psychische Krankheit erlauben. Die Stationen diagnostischer Schlußfolgerungen fußen auf der Annahme einer Identität von Oberflächenerscheinung und Tiefendimension, Index und Indiziertem und lassen sich in dem naturwissenschaftlicher Messung analogen Meßmodell zusammenfassen, jeder aus dem diagnostischen Prozeß hervorgegangene Meßwert erlaube einen unmittelbaren Rückschluß auf den „wahren Wert“, der sich vom gemessenen Wert nur durch den Meßfehler unterscheide. Die Güte forensisch-psychiatrischer Diagnostik erweist sich demnach im Grad ihrer Objektivität, Reliabilität und Validität.

Forderungen an den diagnostischen Prozeß ergeben sich weiter aus dem sozialen Kontext der Begutachtung. Das „belief-system“ des Gutachters rankt um Unabhängigkeit, Neutralität, empirische Sachlichkeit und Objektivität:

„Der Sachverständige gibt dem Gericht Rat; er ersetzt es nicht, nimmt ihm keine Entscheidung ab; er ist weder Ermittlungsgehilfe des Staatsanwalts . . . noch Parteigänger des Angeschuldigten oder Anwalt des Ratsuchenden. . . . Als Gutachter wird der Arzt peinlicher als in jeder anderen Rolle affektive Neutralität einhalten. Er wird sich strikt an empirische Sachzusammenhänge halten und sich nicht in Bereiche normativen, juristischen Denkens hineinfordern lassen“ (Bauer et al. 1976, S. 303).

Das Selbstverständnis forensischer Psychiatrie geht weiter von der Annahme einer positiven sozialen Funktion diagnostischer Etikettierungen aus. Diagnostizieren dient dem Diagnostizierten: der Exkulperte gelangt nach dem BGH in den Genuß einer „Rechtswohltat“ (vgl. Bernsmann/Kisker 1975, S. 327); ihm sollen „therapeutische Mittel und soziale Hilfen“ (§ 65 Abs. 3, 2. StRG) zuteil werden. Andererseits dient Diagnostizieren der Gesellschaft: es ermöglicht die Abschätzung der Gefahr erneuter rechtswidriger Taten, wodurch „Sicherungsmaßnahmen“ indiziert werden können, bzw. die Indikation von Resozialisierungsmaßnahmen.

Soziale Determinanten der diagnostischen Etikettierung psychopathologischer Merkmale

Es wird nun behauptet, daß es klassischer Psychiatrie nicht gelungen ist – und noch weniger ihrer forensischen Variante –, diese ihre Grundannahmen in strenger Weise zu verifizieren. Vielmehr gibt es zahllose Hinweise auf außer-psychopathologische soziale Determinanten, die den gesamten forensisch-diagnostischen Prozeß durchziehen: von den Voraussetzungen der Begutachtung über die Erhebung und Auswertung diagnostischer Daten in der Untersuchungssituation bis hin zur Gutachtenerstellung und den mit dem Gutachten verbundenen Konsequenzen. Sie bewirken, daß ihr dies auch nicht gelingen kann.

Zur Objektivität forensisch-psychiatrischer Diagnostik

Zahlreiche Untersuchungen zur *Unabhängigkeit psychiatrischer Untersuchungsergebnisse von der Person des Untersuchers* belegen, wie gering die Urteilsübereinstimmung zwischen verschiedenen Psychiatern anzusehen ist (vgl. etwa Dörner 1975, S. 140 f.; Edgerton 1969, S. 68; Ull-

mann / Krasner 1969, S. 221–232) und wie sehr Beurteilungsgewohnheiten und Zugehörigkeit zu bestimmten Schulen Verteilungsmuster von Diagnosen bestimmen. (So macht Dörner darauf aufmerksam, daß das Verhältnis schizophren: manisch-depressiv vor einigen Jahren an der Hamburger Klinik 10 : 90, an der Heidelberger Klinik jedoch 70 : 30 betragen habe, S. 140.)

Aus der psychodiagnostischen Forschung zur Frage des sogenannten Diagnostikereffekts läßt sich einigermaßen zwingend vermuten, daß der Psychiater in der Untersuchungssituation keine neutrale, belanglose oder kontrollierte Variable darstellt, sondern einzelne Beobachtungsdaten selektiv und akzentuierend aus der Menge möglicher Beobachtungen heraushebt, daß er verbales und nonverbales Verhalten des Untersuchten in starkem Maße beeinflusst, steuert und so in direktem Wortsinn provoziert, was er wahrzunehmen wünscht, daß die Persönlichkeit des Gutachters selbst eine Quelle möglicher Verzerrungen diagnostischer Daten bildet (vgl. Hartmann 1970, S. 52–64; er führt unter anderem eine Untersuchung von Filer an, der klinisch-psychologische Gutachten mit Fremdbeurteilungen der Gutachter verglich: Psychologen, die oft introjizierte Feindseligkeit diagnostizierten, wurden selbst als depressiv und intropunitiv bezeichnet, und die im Gutachten am häufigsten erwähnten Abwehrmechanismen waren für die Gutachter bezeichnender als für die Begutachteten).

Die *Unabhängigkeit des Untersuchungsergebnisses von der Untersuchungssituation* muß auf dem Hintergrund diskutiert werden, in welcher Weise der strafprozeßliche Rahmen die Datenerhebung und -auswertung prägt. Fragestellung und Maßnahmeempfehlung des forensischen Gutachtens werden fachfremd durch die gesetzlich formalisierten Alternativen des weiteren Umgangs gerichtlicher Institutionen mit dem zu Begutachtenden vorstrukturiert. „Entscheidungsdruck und Zwang zum therapeutischen und administrativen Handeln“ (Reiter / Gabriel 1973, S. 136) kennzeichnen die diagnostische Situation schon aus der Sicht des Psychiaters anderswo. Sein forensischer Kollege wird, so kann vermutet werden, sein Erkenntnisinteresse ebenfalls kanalisieren, sich von der Verwendbarkeit der Daten für sein Gutachten leiten lassen und solche Merkmale zur Erstellung einer Diagnose bevorzugen, die einer raschen Erhebung zugänglich sind (vgl. Reiter / Gabriel 1973, S. 136).

Noch bedeutsamer prägt die spezifische forensisch-diagnostische Situation die Interaktion von Gutachter und Begutachtetem. Ihre Kommunikation erfolgt alles andere als freiwillig und gleichberechtigt. Wie kaum irgendwo sonst in der Diagnostik wird der Begutachtete Erwartungen und Hoffnungen, Unsicherheit und Angst aktualisieren. Verfälschungstendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit erwarten Bauer et al. (1976) in verstärktem Maße: Aggravation (verstärkte Darstellung gegebener Symptome), Simulation (Darstellung nicht gegebener Symptome) und Dissimulation (Leugnung gegebener Symptome) (S. 304). Dafür sorgt schon, daß der Gutachter dem Begutachteten zu Beginn mitzuteilen hat, daß er dem Gericht gegenüber keine Geheimhaltung übt; vom Begutachteten wird demgemäß Mitarbeit nur innerhalb der Grenzen seiner Interessenwahrung erwartet (vgl. ebenda). Wenn man sich vor Augen führt, daß der zu Begutachtende in bestimmten Fällen bis zu sechs Wochen zur Vorbereitung des Gutachtens in eine geschlossene Einrichtung zwangseingewiesen werden kann oder zur Begutachtung polizeilich vorgeführt wird, wird das ganze Maß an Zwang in der Untersuchungssituation deutlich. Neutral wird der Gutachter kaum wahrgenommen werden, auch wenn er sich in dem Konflikt seiner Rollen als Arzt, Gutachter und möglicherweise öffentlich Bediensteter subjektiv um Neutralität bemühen sollte. Die in einer solchen Untersuchungssituation erhobenen Daten können deshalb nur sehr eingeschränkt objektiv und rein empirisch sein, da sie zumindest teilweise subjektiver Kontrolle des Begutachteten unterliegen, d. h. bewußt ausgewählt und auf der Grundlage eines Interessenkonflikts ausgehandelt werden.

Aus diesen wenigen Bemerkungen zur Objektivität forensisch-diagnostischer Daten geht hervor, daß die Forderung nach Unabhängigkeit des Ergebnisses von der Person des Untersuchers und der Untersuchungssituation gerade dort ihre Grenze findet, wo die diagnostische Situation als soziale Situation und die Konfrontation von Gutachter und Begutachtetem als soziale Interaktion begriffen wird.

Zur Reliabilität forensisch-psychiatrischer Diagnostik

Bereits im Zusammenhang mit der Objektivität wurde die völlig unzureichende Übereinstimmung psychiatrischer Etikettierungen angeführt, für die zu etwa 40 Prozent Inkonsistenzen auf seiten der Psychiater und Patienten nach einer Untersuchung von Ward et al. verantwortlich

sind. Zu 60 Prozent machen die Autoren darüber hinaus die Inadäquatheit psychiatrisch-diagnostischer Kategorien verantwortlich, also die mangelnde Zuverlässigkeit des Meßinstruments.² Diese Kategorien sind so wenig genau inhaltlich voneinander abgegrenzt, daß selbst die Zuordnung von Symptomen zu einer einzigen Kategorie nach verschiedenen Untersuchungen noch mit 10 bis 40 Prozent Übereinstimmungsmangel behaftet sein kann, während die Zuordnungsunsicherheit im konkreten Einzelfall wegen der Komplexität der Symptome noch als wesentlich größer einzuschätzen ist³ (vgl. Dörner 1975, S. 140). Unter dem Aspekt ihrer Zuverlässigkeit kann man die Bezugnahme forensischer Begutachtung auf die psychiatrische Nosologie mit Stoller / Geertsma (1963) so charakterisieren, daß Kunst Wissenschaft weit überwiege, wenn Experten auf dem Gebiet der Psychiatrie zu sagen versuchen, was sie in einer anderen Person entdeckt haben, und Praktiker dieser Kunst weniger übereinstimmen, als öffentlich erkannt werde (S. 65). Die Arbeit forensischer Diagnostiker wird durch den weiteren Umstand erschwert, daß von ihnen gar nicht möglichst präzise Daten über den Begutachteten zur Zeit der Untersuchung verlangt werden. Von Interesse wegen der strafrechtlichen Relevanz ist für das Gericht vielmehr eine Aussage über den Begutachteten in der Vergangenheit (Lag strafrechtliche Verantwortlichkeit bei Begehung der Tat vor?) und in der Zukunft (Sind weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten?), Zeiträume, über die unmittelbare Befunde nicht vorliegen können.⁴

Zur Validität forensisch-psychiatrischer Diagnostik

Validität forensisch-psychiatrischer Daten nach dem medizinischen Modell verlangt, daß psychische Krankheit als eine dem Individuum inhärente Eigenschaft zu messen ist oder – anders ausgedrückt – die Begutachtung in ihrem Ergebnis im wesentlichen auf der Erkenntnis dieser Krankheit beruht und nicht, um eine Fragestellung Scheffs (1974) aufzugreifen, auf Kontingenzen, die außerhalb des Patienten und seines Verhaltens liegen (S. 448).

Seit dem Aufkommen der Kritik am medizinischen Modell wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, die den Einfluß außerpsychopathologischer Faktoren auf psychiatrische Diagnosen, Entscheidung der Hospitalisierung und Attribution von Gefährlichkeit abzuschätzen versuchten. Einige dieser Faktoren seien genannt. Die Etikettierung

und Behandlung als psychisch gestört wird begünstigt, wenn der Gutachter Vorinformationen seitens anderer Stellen (Kollegen, Polizei, Gerichte etc.) erhält, die bei ihm die Erwartung psychischer Störung induzieren (vgl. Temerlin 1968; Caetano 1974), oder ganz einfach, wenn sich der Untersuchte auf einer psychiatrischen Station aufhält (vgl. Rosenhan 1973; Caetano 1974). Auf Diagnose, Hospitalisierungsentscheidung, Hospitalisierungsdauer und Attribution von Gefährlichkeit wirkt sich nicht nur, und oft nicht einmal entscheidend, die Stärke psychiatrischer Symptome aus, sondern etwa der Faktor frühere Hospitalisierung (vgl. Mendel / Rapport 1969; Levinson / Zank 1974), der Faktor soziale Unterstützung durch andere, z. B. die Familie (vgl. Greenley 1972; Steadman / Cocozza 1973), administrative und organisatorische Faktoren wie Tageszeit und Wochentag der Hospitalisierungsentscheidung (vgl. Mendel / Rapport 1969) oder Zahl verfügbarer Betten (vgl. Haney / Michieulutte 1968), der Faktor vorhandene Therapiemöglichkeiten (vgl. Reiter / Gabriel 1973) oder der Faktor Anwesenheit eines Rechtsanwalts (vgl. Wenger / Fletcher 1969).

Wie kann man diesen „unangemessenen Einfluß von nicht auf pathologische Prozesse bezogenen Kriterien“ (Levinson / Zank 1974, S. 334) erklären? Die letztgenannten Autoren bringen ihn mit den vagen und unpräzisen Maßstäben der Psychiatrie in Verbindung (ebenda). Festzuhalten bleibt die Hypothese, daß auch in forensische Begutachtung in „unangemessenem“ Maße nichtpsychopathologische soziale Merkmale des Begutachteten, insbesondere seine soziale Stellung, eingehen werden, auch wenn dies dem jeweiligen Gutachter nicht bewußt sein sollte.

Zum sozialen Selbstverständnis forensisch-psychiatrischer Diagnostik

Neben Neutralität und empirischer Sachlichkeit wurde das soziale Selbstverständnis forensisch-psychiatrischer Diagnostik oben in die Richtungen markiert, Begutachtung wirke sich positiv auf den Begutachteten aus, ermögliche den Schutz der Gesellschaft bzw. indiziere resozialisierende Maßnahmen. Es mögen einige Hinweise darauf genügen, daß auch hier Anspruch und soziale Wirklichkeit auseinanderklaffen. Vor die Entscheidung zwischen „Inkulpierung, d. h. Relegitimierung der Straf-Instanz“, und „Exkulpierung, d. h. Psychiatrisierung des Problems“ (Bernsmann / Kisker 1975, S. 327), gestellt, kann der Gutachter

die zweite Alternative keineswegs unbefragt als vorteilhaft für den Straftäter ansehen. Die Rechtlosigkeit des Exkulpierten bei Sicherungsverwahrung selbst im Vergleich zu Strafgefangenen belegt Szasz (1975, S. 87 ff.) für die USA augenfällig. Ob forensisch-psychiatrische Begutachtung als Ermöglichungsbedingung für die Realisierung der staatlichen Pflicht zur Hilfe für den Exkulpierten, zugleich sein verbrieftes Grundrecht, (vgl. Bernsmann / Kisker 1975, S. 337 f.) anzusehen ist, kann bezweifelt werden: Für die Indikation therapeutischer Maßnahmen erscheint psychiatrische Diagnostik als wenig geeignet (vgl. Dörner 1975, S. 141). Den Thesen der Neutralität und Resozialisierungsintention forensisch-psychiatrischer Etikettierung stehen die Thesen gegenüber, daß Etikettierung als pejorativ und stigmatisierend anzusehen sei und diagnostische Etikettierung statt Resozialisierung eher die Verfestigung psychischer Störung zu abweichender Identität in Form einer Patientenkarriere anleite (vgl. etwa Bentz / Edgerton 1971; Swanson / Spitzer 1970). Schließlich machen Bernsmann / Kisker (1975) auf den kriminologisch bedenklichen Aspekt aufmerksam, durch Überziehen des spezialpräventiv-individualtherapeutischen Ansatzes werde die Sicht auf kriminogene Sozialzusammenhänge verstellt (S. 335 f.).

Traditionelle forensische Psychiatrie als diagnostische Leitperspektive?

Der forensische Psychiater handelt in seiner Gutachter-tätigkeit nicht objektiv oder rein empirisch, nicht unabhängig oder überparteilich, und selbst im besten Fall haftet seinen diagnostischen Etikettierungen ein solches Maß mangelnder Zuverlässigkeit und Gültigkeit an, daß es in keinem angemessenen Verhältnis zu seiner juristischen Achtbarkeit und zu den Konsequenzen seines Urteils für den Begutachteten steht. Nun ist es Vertretern traditioneller Psychiatrie durchaus nicht unbegreiflich, wenn Diagnostik sozialen Einflußgrößen ausgesetzt ist, die Objektivität, Reliabilität und Validität ihrer Befunde einzuschränken. Das Konzept des Meßfehlers bildet für sie aber das ganze Integrationspotential für außer-psycho-pathologische Determinanten. In der Frage der Integrierbarkeit sozialer Prozesse in die forensisch-psychiatrische Diagnostik zeigt sich eine wesentliche Erkenntnissschranke, da deren Untersuchung höchstens zum Zweck ihrer Eliminierung interessiert. Aus der Anwendung des medizinischen Modells auf die Diagnostik erwächst ein Erkennt-

nismodell, das die Gesellschaftlichkeit des Menschen nicht als Bedingung der Erkenntnis begreift, sondern als Hindernis. Zugleich erwächst daraus ein Hindernis für eine Umstrukturierung des Erkenntnisinteresses auf soziale Einflußgrößen forensischer Diagnostik.

Summary

Social and social-psychological determinants qualifying forensic diagnostics as a social process contrast with fundamental hypotheses of traditional forensic psychiatry with regard to its diagnostic model (objectivity, reliability, validity) and social concept. Therefore traditional psychiatry, being unable to adequately integrate social and social-psychological variables cannot serve as a guideline for research in the social context of forensic diagnostics.

Anmerkungen

- (1) Die Kriterien der Exkulpierung (§ 20 StGB) tragen die Handschrift psychiatrischer Nosologie mit leichten Zugeständnissen an psychologische Begrifflichkeit. Diese „Psychiatrie-Hörigkeit des Strafrechts“ (Bernsmann / Kisker 1975, S. 325) kann aber keineswegs als Folge wissenschaftlicher Überlegenheit eines biologisch-medizinischen Krankheitsmodells der Exkulpierung verstanden werden. Vielmehr stellt dies ein Faktum dar, das nur sozialwissenschaftlich erklärbar ist. Bernsmann / Kisker (1975) stellen treffend den „Kuhhandel“ von Psychiatern und Psychologen in der Sonderkommission Strafrecht zur Vorbereitung des 2. StRG unter das Motto: „Schuldlos handelt, wer berufspolitische Interessen über die Rechtsache stellt“ (S. 329). Damit gehorchen bereits die gesetzlichen Grundlagen der forensischen Diagnostik außer-psychopathologischen sozialen Determinanten.
- (2) Trotz intensiver Bemühungen der WHO, eine international einheitliche Klassifikation auch „psychiatrischer Krankheiten“ durchzusetzen, indem ein Diagnoseschlüssel samt Glossar zur Verfügung gestellt wird (vgl. Mombour / Kockott 1971), kommen Bauer et al. (1976) zu der Feststellung, daß das Problem der „Zuordnungsunsicherheit“ nach wie vor bestehen bleibe (S. 12). Um so mehr verwundert die etwas realitätsferne Einschätzung Strotzkas (1973), in der ganzen Welt bestünden recht scharf definierte Begriffsbestimmungen für die verschiedenen Kategorien psychischer Krankheiten übereinstimmend mit entsprechend daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen (S. 97).
- (3) Dörner (1975) faßt eine Untersuchung von Zigler und Philips zusammen, die bei 793 Krankengeschichten Symptombeschreibung und zugeordnete nosologische Kategorie miteinander verglichen und fanden, daß „Symptommhäufigkeiten bei Diagnosen auftraten, für die das eigentlich gar nicht vorgesehen ist; daß Patienten gute Chancen haben, eine Diagnose zu bekommen, ohne die zugehörigen Symptome zu bieten; daß bezogen auf die Gesamtpopulation auch die wesentlichen Symptome wenig häufig auftreten, teils nicht häufiger als in der normalen Population; und daß die Symptome sich diagnostisch in großem Ausmaß überlappen“ (S. 140). Die Urteilsübereinstimmung ist bei organisch fixierbaren psychischen Störungen als größer anzusehen, beträgt jedoch auch hier nach einer Untersuchung von

Schmidt und Fonda nur 74 Prozent (vgl. ebenda). In der Exkulpationspraxis überwiegen darüber hinaus nach einer Einschätzung von Bernsmann / Kisker (1975) die „unbiologischen Fälle“ (S. 331), unter anderem „Psychotiker“ (S. 334).

(4) Solche Aussagen sind deshalb nur möglich unter der Voraussetzung einer Stabilität oder Konstanz psychischer bzw. psychopathologischer Merkmale über die Zeit. Man kann in Frage stellen, ob das hier zum Ausdruck kommende statische Menschenbild der Natur psychischer und psychiatrischer Merkmale entspricht und ob es geeignet ist, therapeutische Veränderungsprozesse anzuleiten. Aber selbst wenn psychiatrische Symptome die geforderte Stabilität aufweisen würden, so wäre immer noch zu fragen, ob diese Stabilität dem Merkmal aus sich heraus zukommt oder ob sie auch als Ergebnis sozialer Konstruktion verstanden werden kann. Scheff / Sundstrom (1970) sehen empirische Evidenz eher, wenn auch nicht eindeutig, für die These der Labeling-Theorie, nicht-etikettiertes abweichendes Verhalten sei transitorisch, während etikettiertes Verhalten stabil sei (S. 37).

Literatur

- BAUER, M., et al., Psychiatrie, Stuttgart 1976
- BENTZ, K. W. / EDGERTON, W. J., The consequences of labeling a person as mentally ill, in: Social Psychiatry, 6, 1971, S. 29–33
- BERGENER, M. / ENGELS, G. / KÖSTER, H., Zur künftigen Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher, in: Psych. Klinik, 1974, S. 231
- BERNSMANN, K. / KISKER, K. P., § 20 StGB und die Entschuldbarkeit von Delinquenz diesseits biologisch-psycho(patho)logischer Exkulpationsmerkmale, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 58, 1975, S. 325–339
- CAETANO, D. F., Labeling theory and the presumption of mental illness in diagnosis. An experimental design, in: J. of Health and Social Behavior, 15, 1974, S. 253–260
- DÖRNER, K., Entstehung und Wirkung psychiatrischer Diagnosen, in: Ders., Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt / M. 1975, S. 137–149
- EDGERTON, R. B., On the „recognition“ of mental illness, in: PLOG, S. C. / EDGERTON, R. B. (Hrsg.), Changing perspectives in mental illness, New York 1969, S. 49–72
- GREENLEY, I. R., The psychiatric patient's family and length of hospitalization, in: J. of Health and Social Behavior, 13, 1972, S. 25–37
- HANEY, C. A. / MICHIEULUTTE, R., Selective factors operating in the adjudication of incompetency, in: J. of Health and Social Behavior, 9, 1968, S. 233–242
- HARTMANN, H., Psychologische Diagnostik, Stuttgart 1970
- KEUPP, H., Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München / Berlin / Wien 1972
- KEUPP, H., Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: Medizinisches Modell und mögliche Alternativen, in: KRAIKER, Ch., Handbuch der Verhaltenstherapie, München 1974
- LEIFER, R., In the name of mental health: The social functions of psychiatry, New York 1969
- LEIFER, R., The medical model as ideology, in: Intern. J. of Psychiatry, 9, 1970/71, S. 13–21

- LEVINSON, R. M. / ZAN YORK, M., The attribution of „dangerousness“ in mental health evaluations, in: J. of Health and Social Behavior, 15, 1974, S. 328–335
- MENDEL, W. M. / RAPPORT, S., Determinants of the decision for psychiatric hospitalization, in: Archives of General Psychiatry, 20, 1969, S. 321–328
- MOMBOUR, W. / KOCKOTT, E., Übers., Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Intern. Klassifikation der WHO: ICD 8. Rev., Berlin 1971
- MOSER, T., Schuldfähig und behandlungsbedürftig, in: Psychiatrische Praxis, 1, 1974, S. 217
- REITER, L. / GABRIEL, E., Diagnose „Psychopathie“ and diagnostischer Prozeß bei Jugendlichen, in: STROTZKA, H. (Hrsg.), Neurose, Charakter, soziale Umwelt, München 1973
- ROSENHAN, D. L., On being sane in insane places, in: Science, 179, 1973, S. 250–258
- SCHEFF, T. J., The leveling theory of mental illness, in: American Sociological Review, 39, 1974, S. 442–452
- SCHEFF, T. J. / SUNDSTROM, E., The stability of deviant behavior over time: A reassessment, in: J. of Health and Social Behavior, 11, 1970, S. 37–43
- STEADMAN, H. J. / COCOZZA, J. J., The criminally insane patient: Who gets out? In: Social Psychiatry, 8, 1973, S. 230–238
- STOLLER, R. J. / GEERTSMA, R. H., The consistency of psychiatrists: clinical judgements, in: J. of Nervous and Mental Disease, 137, 1963, S. 58–66
- STROTZKA, H., Die Stellung der Antipsychiatrie, in: Ders., Neurose, Charakter, soziale Umwelt, München 1973
- SWANSON, R. M. / SPITZER, S. P., Stigma and the psychiatric patient career, in: J. of Health and Social Behavior, 11, 1970, S. 44–51
- SZASZ, T. S., Psychiatrie – die verschleierte Macht, Olten / Freiburg i.B. 1975
- TEMERLIN, M. K., Suggestion effects in psychiatric diagnosis, in: J. of Nervous and Mental Disease, 147, 1968, S. 349–353
- ULLMANN, L. P. / KRASNER, L., A psychological approach to abnormal behavior, Englewood Cliffs N. J. 1969
- WENGER, D. / FLETCHER, C. R., The effect of legal counsel on admissions to a state mental hospital: A confrontation of professions, in: J. of Health and Social Behavior, 10, 1969, S. 66–72
- WITTER, H., Die Beurteilung Erwachsener im Strafrecht, in: GÖPPINGER, H. / WITTER, H., Handbuch der Forensischen Psychiatrie II, Berlin / Heidelberg / New York 1972

März 1977

Fasanenstraße 42, 1000 Berlin 15