

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Der psychiatrische Krankheitsbegriff unter besonderer
Berücksichtigung von Störungen mit
fremdschädigendem Verhalten**

**The concept of mental disorder with special
consideration of disorders involving behavior harmful to
others**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ricarda Marina Laila Münch

Datum der Promotion: 25.11.2022

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Zusammenfassung	5
Abstract	6
1 Einleitung	7
2 Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs in der Medizin	8
2.1 <i>Argumente gegen die Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs</i>	8
2.2 <i>Argumente für die Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs</i>	9
3 Debatte über die Wertneutralität des Krankheitsbegriffs	11
3.1 <i>Wertneutrale Krankheitstheorien</i>	13
3.1.1 Boorses biostatistische Theorie der Krankheit	13
3.1.2 Hucklenbroichs wissenschaftstheoretische Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs	15
3.2 <i>Wertgeladener Krankheitsbegriff</i>	17
3.2.1 Clouser/Culver/Gert: Krankheit als <i>malady</i>	17
3.2.2 Nordenfelt: „Holistische Theorie der Gesundheit“	20
3.2.3 Engelhardt: Gesundheit und Krankheit als sowohl normative als auch deskriptive Begriffe	22
3.3 <i>Zwischenfazit: Wertneutrale und wertgeladene Krankheitstheorien</i>	22
4 Besondere Stellung des psychiatrischen Krankheitsbegriffs	23
4.1 <i>Ist der psychiatrische Krankheitsbegriff Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs?</i>	23
4.1.1 Argumente dafür, dass der psychiatrische Krankheitsbegriff nicht Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs ist	24
4.1.2 Argumente dafür, dass der psychiatrische Krankheitsbegriff Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs ist	26
4.2 <i>Problem des Verhältnisses zwischen moralisch falschem Verhalten und psychischer Krankheit</i>	29
5 Fazit und Konklusionen	29
6 Literatur	32
Eidesstattliche Versicherung	35
Anteilerklärung an der erfolgten Publikation	36
Auszug aus der Journal Summary List	37

Druckexemplar der Publikation: Münch R, Walter H, Müller S. Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems

of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder, Frontiers in Psychiatry, 2020, 11:558655.	41
Lebenslauf.....	57
Publikationsliste	59
Danksagung.....	60

Abkürzungsverzeichnis

ADT	Androgen Deprivation Therapy
APA	American Psychiatric Association
ASPD	Antisocial Personality Disorder
DPD	Dissocial Personality Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition – text revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th edition
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th revision
ICD-11	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11 th revision
PCL-R	Hare Psychopathy Checklist – Revised
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit bildet die Grundlage der Medizin. Obwohl der Begriff der Krankheit selbstverständlich erscheint, hat sich in der Philosophie der Medizin bzw. Medizintheorie eine rege Debatte über die allgemeine Definition von Krankheit entwickelt. Eine allgemeiner Krankheitsbegriff ist nicht nur theoretisch interessant, sondern kann auch als Ausgangspunkt medizinethischer und gesellschaftlicher Diskussionen, z.B. um die Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem, dienen. Anhand verschiedener Ansätze zur Definition des allgemeinen Krankheitsbegriffs gehe ich zunächst der Frage nach, inwiefern Werte für den Krankheitsbegriff eine Rolle spielen.

Davon ausgehend beschäftige ich mich in meiner Arbeit mit einem Bereich der Medizin, in dem die Debatte um den Krankheitsbegriff besonders kontrovers ist: den psychischen Krankheiten. Neben der Frage, ob es überhaupt so etwas wie psychische Krankheiten gibt, dient die Auseinandersetzung mit dem allgemeinen Konzept psychischer Krankheit auch der Prüfung und Rechtfertigung einzelner Diagnosen. Allgemeine Konzepte psychischer Krankheit, wie das "harmful dysfunction"-Modell von Wakefield oder die Definition psychischer Störung im DSM-5 basieren auf der Idee psychischer Dysfunktionen, unter denen das betroffene Individuum in irgendeiner Form leidet.

Dieses Konzept trifft allerdings nicht auf alle Diagnosen im DSM-5 bzw. ICD-10 zu. Wie Sabine Müller, Henrik Walter und ich in dem Paper „Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder“ zeigen, gibt es Diagnosen im DSM-5 bzw. ICD-10, für die das Vorhandensein fremdschädigenden Verhaltens zur Diagnosestellung ausreichen kann. Dies trifft insbesondere auf die Pädophile Störung und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung zu. Beide Diagnosen erfüllen damit nicht die allgemeinen Kriterien gängiger Definitionen psychischer Störung. Wir argumentieren, dass fremdschädigendes bzw. kriminelles Verhalten kein hinreichendes Kriterium psychischer Störung sein sollte, da dies zu einer Pathologisierung des Unmoralischen führen würde. Wir kommen zu dem Schluss, dass die Diagnosekriterien der Pädophilen Störung an die allgemeinen Kriterien psychischer Störung angepasst werden sollten, während die Antisoziale Persönlichkeitsstörung als eigenständige Diagnose aus den Diagnosehandbüchern gestrichen werden sollte.

Abstract

The distinction between disease and health is the basis of medicine. Although the concept of disease seems self-evident, a lively debate has developed in the philosophy of medicine and medical theory about the general definition of disease. A general concept of disease is not only interesting from a theoretical point of view, but can also serve as a starting point for medico-ethical and societal discussions, e.g., about the resource allocation in the health care system. Based on an account of different theories of the general concept of disease, I address the question of the role of values for the concept of disease.

Starting from this, I focus on an area of medicine in which the debate about the concept of disease is particularly controversial: mental disorders. In addition to the question of whether there is such a thing as mental disorder at all, the discussion of the general concept of mental disorder also serves to examine and justify specific diagnoses. Common general concepts of mental disorder, such as Wakefield's "harmful dysfunction" model or the definition of mental disorder in the DSM-5, are based on the idea of mental dysfunctions that cause some form of harm to the affected individual.

However, this general concept of mental disorder does not apply to all diagnoses in DSM-5 or ICD-10. As Sabine Müller, Henrik Walter, and I have shown in the paper "Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder", there are diagnoses in the DSM-5 and ICD-10 for which the presence of behavior harmful to others can be sufficient in order to make the diagnosis. This is particularly true of the diagnoses of Pedophilic Disorder and Antisocial Personality Disorder. Thus, both diagnoses do not meet the general criteria of common definitions of mental disorder. We argue that behavior harmful to others or criminal behavior should not be a sufficient criterion of mental disorder, as this would pathologize the immoral. We conclude that the diagnostic criteria of Pedophilic Disorder should be brought into accordance with the general criteria of mental disorder, while Antisocial Personality Disorder should be removed from the diagnostic manuals as a stand-alone diagnosis.

1 Einleitung

Die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit bildet die Grundlage der Medizin. Im medizinisch-praktischen Alltag scheint die Frage nach einer allgemeinen begrifflichen Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit jedoch zunächst nicht von großer Relevanz. Mediziner*innen haben in ihrer Ausbildung schließlich gelernt, welche Krankheiten es gibt und wie diese zu diagnostizieren und behandeln sind. Eine Auseinandersetzung mit dem allgemeinen Konzept von Krankheit scheint dafür nicht nötig zu sein.

Dennoch hat sich in der Philosophie der Medizin bzw. Medizintheorie eine rege Debatte entwickelt, wie die Begriffe Krankheit und Gesundheit theoretisch zu fassen sind. Wann ist jemand allgemein gesprochen eigentlich krank? Was eint all die Phänomene, die in medizinischen Klassifikationen als Krankheiten gelistet werden und so divers sind wie etwa Knochenbrüche, angeborene genetische Syndrome, Infektionskrankheiten, degenerative Erkrankungen und psychische Krankheiten?

Besonders kontrovers ist die Debatte um den Krankheitsbegriff im Bereich der psychischen Krankheiten. Hier wurde teilweise sogar die Existenz von so etwas wie psychischer Krankheit infrage gestellt, insbesondere von der Anti-Psychiatrie-Bewegung. Der vermutlich prominenteste Vertreter dieser Position ist Szasz (1). Auf jeden Fall gab und gibt es in diesem Bereich der Medizin die meisten Kontroversen um den Krankheitsbegriff und dementsprechend auch immer wieder Veränderungen des Diagnosespektrums, also dessen, was als krank gilt. Das berühmteste Beispiel ist sicherlich die Streichung der Diagnose Homosexualität aus dem DSM im Jahr 1973.

In dem Paper „Should behavior harmful to others be a sufficient criterion of mental disorders? Conceptual problems of the diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder“ (2) befassen Sabine Müller, Henrik Walter und ich uns mit einem spezifischen Problem der Debatte um den Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Anhand der beiden im Titel des Papers genannten Diagnosen stellen wir die Frage nach der Abgrenzbarkeit psychischer Krankheit von kriminellem, unmoralischem oder fremdschädigendem Verhalten und gehen damit der Frage nach, was eigentlich psychische Krankheit definiert. Wie wir in dem Paper gezeigt haben, kann für die Diagnose der *Antisocial Personality Disorder* und der *Pedophilic Disorder* das Vorhandensein eines fremdschädigenden Verhaltens ausreichen. Damit stellt sich die Frage, ob fremdschädigendes Verhalten ein hinreichendes Kriterium psychischer Krankheit sein sollte.

Die Diskussion dieser speziellen Frage innerhalb der Debatte um den Begriff der psychischen Krankheit, wie wir sie in unserem Paper entfalten, biete ich in diesem Text in einen größeren Kontext ein: die Debatte um den allgemeinen Krankheitsbegriff in der Medizin. Zunächst erörtere ich, wofür wir überhaupt einen allgemeinen Krankheitsbegriff benötigen und welche Funktion ein solcher Krankheitsbegriff erfüllt. Anschließend untersuche ich anhand gängiger Krankheitstheorien die Frage, welche Rolle moralische Werte im Hinblick auf den allgemeinen Krankheitsbegriff spielen: Kann ein solcher wertneutral sein oder ist er immer irgendwie wertgeladen? Um den Bogen zu unserem Paper zu schlagen, diskutiere ich zum Schluss die besondere Stellung und die besonderen Probleme des psychiatrischen Krankheitsbegriffs innerhalb des allgemeinen Krankheitsbegriffs.

2 Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs in der Medizin

Die Auseinandersetzung mit dem allgemeinen Krankheitsbegriff spielt bekanntlich weder in der medizinischen Ausbildung noch im medizinisch-praktischen Alltag eine besondere Rolle. Warum also benötigen wir überhaupt einen allgemeinen Krankheitsbegriff?

2.1 Argumente gegen die Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs

Hesslow vertritt die Position, dass ein allgemeiner Krankheitsbegriff überflüssig und für die Medizin im Grunde irrelevant sei (3). Gerade im klinischen Alltag sei der allgemeine Krankheitsbegriff eher eine „Zwangsjacke“, als dass er irgendjemandem weiterhelfe. Es gehe in der medizinischen Praxis doch darum, Menschen mit Problemen, die sich medizinisch angehen lassen, zu helfen. Solange eine Medizinerin helfen könne, solle sie dies tun. Es helfe hingegen niemandem, zunächst im Abstrakten zu entscheiden, ob ein allgemeiner Krankheitsbegriff im konkreten Fall anwendbar sei. Denn aus der Feststellung einer Krankheit folge nicht automatisch deren Behandlungsbedürftigkeit und umgekehrt würden Mediziner*innen auch Menschen behandeln, die keine Krankheit haben (z.B. kosmetische Chirurgie oder gewünschte Sterilisationen). Der Krankheitsbegriff helfe somit in der Praxis nicht, Behandlungsbedürftigkeit festzustellen. Entscheidender als die Feststellung, dass ein Zustand unter den Begriff der Krankheit falle, sei vielmehr der erwartete Nutzen einer Behandlung: „[I]t is not really the presence of disease that is crucial, but the fact that some medical intervention may be beneficial and that it is within the physician’s power to help the patient.” (3) (S. 7).

Auch Ereshefsky ist der Meinung, dass die Begriffe Gesundheit und Krankheit relevante Punkte in medizinischen Diskussionen eher verschleiern, als sie zu klären, und gerade in kontroversen

Fällen nicht weiterhelfen (4). Anstatt zu versuchen, die Begriffe Gesundheit und Krankheit genau zu definieren, sollten Mediziner*innen sich auf das besinnen, was in der medizinischen Diskussion wirklich wichtig sei: die Beschreibung physiologischer oder psychologischer Zustände und die Bewertung dieser Zustände als wünschenswert oder nicht.

Hesslow und Ereshefsky stellen die Bedeutung und Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs vor allem aus praktischen Gründen infrage. So spielt für sie beispielsweise die Unterscheidung zwischen Krankheiten und Enhancements, also Verbesserungen bestimmter (nicht-krankhafter) Merkmale mit medizinischen Mitteln, die häufig als Argument für die Relevanz des Krankheitsbegriffs angeführt wird, für die medizinische Praxis offenbar keine Rolle. Diese Unterscheidung hat in nicht solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen, in denen Patient*innen für ihre Behandlungen selbst aufkommen müssen, tatsächlich eine geringe Relevanz. In solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen hingegen ist die Unterscheidung zwischen Krankheiten und Enhancements ein wichtiges Argument in der medizinethischen und politischen Diskussion um die Verteilung von Ressourcen. Ist die Relevanz des Krankheitsbegriffs daher abhängig von den (kontingenten) Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems?

2.2 Argumente für die Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffs

Der Großteil der Philosophen und Medizintheoretiker, die sich in die Diskussion um den Krankheitsbegriff einbringen, sind entgegen Hesslow und Ereshefsky der Meinung, dass eine Klärung der Begriffe Gesundheit und Krankheit relevant und notwendig ist.

Zunächst gibt es ein theoretisches Interesse, den Begriff der Krankheit zu klären. Hucklenbroich stellt fest, dass „[d]ie Unterscheidung zwischen gesund/normal und krank/pathologisch [...] der medizinischen Organismus- und Krankheitslehre unverzichtbar und *konstitutiv* zugrunde[liegt].“ (5) (S. 15). Daraus leitet er die theoretische Relevanz ab, den Begriff der Krankheit als Grundlage medizinischen Wissens und Handelns zu analysieren bzw. rekonstruieren.

Hucklenbroich weist außerdem darauf hin, dass der Krankheitsbegriff „das wichtigste Bindeglied zwischen theoretischer Medizin und klinisch-praktischer Medizin“ darstelle,

insofern die Krankhaftigkeit von Zuständen ein „*Prima-facie-Kriterium* für deren *Behandlungsbedürftigkeit*“ sei (6) (S. 136).¹

Schramme wiederum argumentiert aus einer praktischen Perspektive für die Bedeutung des Krankheitsbegriffs und nennt drei Bereiche, in denen der Krankheitsbegriff vor allem normativ eine wichtige Rolle spielt (7): Erstens helfe er bei der Abgrenzung zwischen „unmittelbar gerechtfertigten und solidarisch finanzierten medizinischen Behandlungen und darüber hinausgehenden Eigenschaftsverbesserungen, die üblicherweise als Enhancements bezeichnet werden“ (S. 86).² Wie oben dargelegt, ist diese Unterscheidung vor allem relevant für die Frage nach der Ressourcenverteilung in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen. Auch Hucklenbroich hält die Unterscheidung zwischen Therapien und Prävention von Krankheiten einerseits und Enhancements andererseits für wichtig und sieht im allgemeinen Krankheitsbegriff das Kriterium, diese Unterscheidung zu treffen (9) (S. 396).

Zweitens betont Schramme die besondere Rolle des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie, wo er sogar dazu dienen könnte „die Profession der Psychiatrie zu legitimieren“ (7) (S. 86). Der Krankheitsbegriff ist insbesondere in der Psychiatrie aber nicht nur wichtig für die Legitimation des Fachgebiets, sondern auch für die Legitimation bestimmter Diagnosen.

Eine dritte Funktion sieht Schramme darin, dass der Krankheitsbegriff Voraussetzung dafür ist, Menschen bestimmte Verhaltensweisen innerhalb der Gesellschaft zuzugestehen, z.B. nicht zur Arbeit zu gehen (7). Damit hat der Krankheitsbegriff auch eine gesellschaftliche Dimension.

Eine theoretische Klärung des Krankheitsbegriffs ist also einerseits relevant, um die Struktur der medizinischen Wissenschaft zu verstehen, andererseits dient sie als Ausgangspunkt für medizinethische und gesellschaftliche Diskussionen, die daran anschließen.

¹ Dennoch ist Krankhaftigkeit nicht das einzige Kriterium, das die Behandlungsbedürftigkeit eines Zustandes begründet. Hucklenbroich nennt als weitere Kriterien die „vergleichende Bewertung der verfügbaren Behandlungsoptionen und die Präferenzen und Wertüberzeugungen von Patient und Arzt“ (6) (S. 136, FN 2).

² Dass Enhancements prinzipiell nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollten, ist in der medizinethischen Debatte allerdings keineswegs Konsens. Buyx macht beispielsweise einen Vorschlag zu Finanzierungsmöglichkeiten von Enhancements innerhalb der öffentlichen Gesundheitsversorgung, da ein vollkommener Ausschluss von Enhancements aus der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu Ungleichheit führt, indem die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Enhancements von der finanziellen Leistungsfähigkeit abhängt (8). Ein weiterer Aspekt, der mir wichtig erscheint, ist, dass diejenigen Eigenschaften, die mit Enhancement verbessert werden sollen, wie Schönheit, Intelligenz oder auch Zufriedenheit mit sich, von Natur aus sehr unterschiedlich verteilt sind. Die zumindest teilweise solidarische Finanzierung von Enhancement kann daher gerecht sein, um diese natürlichen Ungleichheiten zu verkleinern.

3 Debatte über die Wertneutralität des Krankheitsbegriffs

Eine zentrale Frage in der Diskussion über den allgemeinen Krankheitsbegriff ist die Frage, welche Rolle Wertvorstellungen für die Definition von Krankheit spielen. Beinhaltet die Feststellung einer Krankheit immer ein wertendes Urteil? Ist es also Voraussetzung, dass wir einen bestimmten Zustand als schlecht bzw. unerwünscht bewerten, um von Krankheit sprechen zu können?

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird der Begriff Krankheit in der Regel auf Zustände bezogen, die mit einer Einschränkung des subjektiven Wohlbefindens und/oder der gewohnten Leistungsfähigkeit einhergehen, Zustände also, die im Allgemeinen als unerwünscht bewertet werden. Andererseits gibt es Zustände, die zunächst häufig mit gar keiner Einschränkung der Lebensqualität einhergehen (wie z.B. Bluthochdruck oder Typ 2 Diabetes), die aber trotzdem als Krankheiten bezeichnet werden. Ist die Feststellung und Definition von Krankheit also gar nicht davon abhängig, ob ein bestimmter Zustand subjektiv als wünschenswert oder nicht wünschenswert bewertet wird, sondern eine wertfreie („objektive“) Angelegenheit der Medizin als Wissenschaft?

Anhand der Beantwortung dieser Frage wird häufig zwischen naturalistischen und normativistischen Positionen unterschieden (4, 10). Während Naturalisten versuchen, Krankheit über objektiv feststellbare Abweichungen des menschlichen Organismus von seiner natürlichen Funktionsweise zu definieren, gehen Normativisten davon aus, dass die Bewertung eines Zustandes als unerwünscht essentiell für die Definition von Krankheit ist. Für Naturalisten spielen Werte (i.S. der Bewertung eines bestimmten Zustandes als gut oder schlecht) demnach keine Rolle für den Krankheitsbegriff (bzw. höchstens sekundär, da ein Zustand, der objektiv als Krankheit definiert wird, natürlich zusätzlich unerwünscht sein kann und es häufig auch ist), während sie für Normativisten den Ausgangspunkt der Rede von Krankheit darstellen.³

Bevor einzelne Krankheitstheorien im Kontext ihrer Zuordnung zu den wertneutralen und wertgeladenen Theorien vorgestellt werden, soll kurz auf die unterschiedlichen Bedeutungen des Begriffs der Norm eingegangen werden. Was genau bedeutet es, wenn eine Krankheitstheorie als „wertgeladen“ bzw. „normativistisch“ bezeichnet wird?

Normen spielen in den meisten Krankheitstheorien auf die ein oder andere Weise eine Rolle. Der Begriff der Norm hat jedoch unterschiedliche Bedeutungen, von denen vor allem drei für

³ In eine dritte („hybride“) Kategorie, die beide Ansätze versucht zu verbinden, wird Wakefields Theorie der psychischen Störung als „harmful dysfunction“ eingeordnet (11). Eine Darstellung von Wakefields Theorie findet sich in dem Paper von Müller, Walter und mir (2).

die Diskussion des Krankheitsbegriffs wichtig sind: eine statistische, eine funktionalistische und eine moralische.

Statistische Normen beziehen sich auf die Häufigkeit und Verteilung bestimmter Merkmale in der Bevölkerung. Sie spielen im klinischen Alltag häufig eine Rolle, z.B. im Rahmen von Normwerttabellen bei Laborbefunden oder bei Perzentilenkurven in der Pädiatrie. Aus statistischen Normen leitet sich der Begriff der statistischen Normalität ab. Normal ist ein Merkmal im statistischen Sinne, wenn es innerhalb definierter Grenzen von einem ermittelten Mittelwert entfernt liegt. Liegt ein Merkmal außerhalb dieser Grenzen, ist die Wahrscheinlichkeit seines Auftretens so gering, dass es aus dem festgelegten Rahmen statistischer Normalität fällt.⁴

Eine andere Bedeutung von Normen, die im Rahmen von Krankheitstheorien eine Rolle spielt, hängt mit dem Begriff der Funktion zusammen. Jeder Prozess im menschlichen Körper hat demnach eine bestimmte „normale“ oder „natürliche“ Funktion innerhalb des Gesamtorganismus (z.B. ist die natürliche Funktion des Herzens, Blut in den Kreislauf zu pumpen). Diese Idee wird oft in Analogie zur Funktionsweise einer Maschine veranschaulicht: Jedes Teil einer Maschine hat demnach eine bestimmte Funktion, mit der es zum Gesamtfunktionieren der Maschine beiträgt. Diese vom Erfinder der Maschine zugeordnete Funktion entspricht dann der funktionalen Norm, anhand derer die einzelnen Teile der Maschine beurteilt werden. Auf den menschlichen Organismus übertragen, stehen wir vor dem Problem, erst einmal definieren zu müssen, was überhaupt die Ziele menschlichen Lebens sind und wie einzelne Prozesse dazu beitragen. Wie genau Funktionen des menschlichen Organismus zu bestimmen sind, hängt demnach von der zugrundeliegenden Theorie der Funktionsweise des menschlichen Organismus ab.⁵

Eine dritte Bedeutung von Normen ist die moralische: Normen sind demnach gesellschaftlich definierte moralische Werte, anhand derer ein körperlicher oder psychischer Zustand oder ein bestimmtes Verhalten als gut bzw. wünschenswert oder schlecht bzw. nicht wünschenswert beurteilt wird.

⁴ Hierbei ist wichtig darauf hinzuweisen, dass es bei statistischen Normen immer eine definierte Anzahl an Werten gibt, die aus der Norm herausfallen, da die Grenzen der Normalität vorher festgelegt werden (häufig sind diese Grenzen so definiert, dass etwa 95,5% der Werte innerhalb und damit etwa 4,5% außerhalb des Normalbereichs liegen).

⁵ Ein Beispiel wäre ein evolutionäres Verständnis von menschlichen Funktionen: die natürliche/normale Funktion eines bestimmten Prozesses bzw. eines Organs ist das Ergebnis natürlicher Selektion (bzw. der Grund, warum etwas selektiert wurde). Dieses Verständnis liegt z.B. Wakefields Theorie zugrunde (12). Für eine ausführliche Diskussion verschiedener Funktionstheorien siehe (13).

Die ersten beiden Bedeutungen von Normen sind deskriptiv. Sie geben Kriterien an (Häufigkeit bzw. Funktion), anhand derer beurteilt wird, ob ein bestimmtes Merkmal oder ein bestimmter Prozess diese erfüllt oder eben nicht. Ein Krankheitsbegriff, der sich auf diese Bedeutungen von Normalität bezieht, wird in der Regel nicht als „normativistisch“ bezeichnet.⁶ Die dritte Bedeutung hingegen ist präskriptiv, indem sie vorgibt, was gut und wünschenswert ist. Wenn eine Theorie also als „wertgeladen“ bzw. normativistisch bezeichnet wird, sind moralische Normen gemeint.

3.1 Wertneutrale Krankheitstheorien

3.1.1 Boorses biostatistische Theorie der Krankheit

Christopher Boorses biostatistische Theorie der Krankheit ist eine der bekanntesten und meistdiskutierten Krankheitstheorien (15-17). Die Feststellung von Krankheit ist für Boorse eine wertneutrale Angelegenheit der Naturwissenschaft, der Anspruch seiner Theorie “to analyze health and disease as understood by traditional physiological medicine.” (15) (S. 543). Die physiologische Medizin gibt also vor, welche Phänomene als gesund und krank bezeichnet werden, und Boorse sieht seine Aufgabe nun darin, eine Definition von Krankheit und Gesundheit zu finden, die all diese Phänomene erfasst. Seine Theorie lässt sich somit den naturalistischen Krankheitstheorien zuordnen.

Die Grundidee seiner Theorie lautet: „[H]ealth is normal functioning, where the normality is statistical and the functions biological.” (15) (S. 542). Zwei Begriffe sind demnach zentral für Boorses Theorie: *statistische Normalität* und *biologische Funktionen*. Damit verbindet er zwei der oben genannten Normalitätsbegriffe: den statistischen und den funktionalistischen.

Boorses Funktionsbegriff kann einer „Zieltheorie“ der Funktionen zugeordnet werden (13): Die biologische Funktion eines Merkmals oder Prozesses des menschlichen Organismus ist dadurch definiert, dass sie einen kausalen Beitrag zu einem bestimmten Ziel leistet. Für Boorse sind die obersten Ziele menschlichen Lebens in Bezug auf Gesundheit individuelles Überleben und Reproduktion. Diese Ziele betrachtet er als wertneutral und aus der biologischen Theorie abgeleitet.⁷ Ein Prozess innerhalb eines Organismus erfüllt genau dann seine normale Funktion, wenn er einen *statistisch typischen Beitrag* („statistically typical contribution“, (15) (S. 562))

⁶ Dennoch wurde auch Theorien, die auf solche Normalitätsvorstellungen zurückgreifen und sich als wertfrei verstehen, vorgeworfen, implizit doch wertgeladen zu sein. Vgl. z.B. die Kritik an Boorse (4, 14), der seine Theorie u.a. auf dem Begriff von normaler Funktionalität aufbaut (siehe auch Kapitel 3.1.1).

⁷ Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass für Boorse Funktionen im Gegensatz zu evolutionären Ansätzen wie z.B. dem von Wakefield, nicht durch ihre evolutionäre Entstehung definiert sind (was als „ätiologisches“ Funktionsverständnis bezeichnet wird), sondern allein durch ihren Beitrag zu den Zielen Reproduktion und Überleben in Bezug auf die aktuelle Lebenssituation und Umwelt eines Individuums.

zu Überleben und Reproduktion des Individuums leistet. Um wiederum die statistische Normalität zu definieren, greift Boorse auf den Begriff der Referenzklasse und des Speziesdesigns zurück. Die Referenzklasse ist definiert als „a natural class of organisms of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species”. (15) (S. 562). Boorse geht davon aus, dass es ein einheitliches empirisch feststellbares Speziesdesign der Gattung Mensch gibt, aus dem sich die normale Funktionsweise des menschlichen Organismus ableiten lässt. Anhand von Untergruppen (Referenzklassen) gemäß Alter und Geschlecht lässt sich so beurteilen, was statistisch die normale Funktion eines Prozesses ist. Genauer definiert ist normale Funktionalität als: „the performance by each internal part of all its statistically typical functions with at least statistically typical efficiency, i.e. at efficiency levels within or above some chosen central region of their population distribution”. (15) (S. 558 f.).

Aus dieser Definition von Gesundheit lässt sich nun der Krankheitsbegriff ableiten. Wenn Gesundheit in normaler Funktionalität besteht, dann ist Krankheit eine Abweichung von dieser normalen Funktionalität, nämlich eine Einschränkung der Funktionsfähigkeiten unterhalb der typischen Effizienz. Ein Herz, das nicht ausreichend Blut pumpt (im Vergleich zu den statistisch ermittelten Normwerten der Population), ist erkrankt. Die Feststellung von Krankheit ist damit für Boorse eine wertneutrale Angelegenheit der Naturwissenschaften und kein wertbehaftetes Urteil. Aus der Feststellung einer Krankheit folgt für Boorse auch nicht zwangsläufig eine Indikation zur Behandlung. Die Frage nach den praktischen Konsequenzen ist getrennt zu betrachten von der theoretischen Frage, ob eine Krankheit vorliegt oder nicht.

Boorse räumt selbst ein, dass seine Theorie zwei Bereiche von Krankheiten nicht erfasst: geringfügige strukturelle Fehlbildungen, die keine Einschränkung der Funktion mit sich bringen, und universelle Krankheiten, also Krankheiten, die für die gesamte Population oder eine bestimmte Alters- oder Geschlechtsgruppe typisch sind⁸ (15). Da seine Theorie bei der Bestimmung von normaler Funktionalität auf einen statistischen Normalitätsbegriff zurückgreift, schließt sie Krankheiten aus, die die Mehrheit der Referenzklasse betreffen. Probleme macht dies insbesondere bei der Erklärung von Alterserscheinungen. Wenn beispielsweise ab einem gewissen Alter die meisten Menschen kognitive Einschränkungen haben, kann Boorses Theorie nicht erklären, warum dies pathologisch sein soll. In einem jüngeren Paper revidiert Boorse daher diesen Teil seiner Theorie, indem er junge Erwachsene

⁸ Boorse legt hier allerdings nicht fest, ab wie viel Prozent Betroffenen eine Krankheit als typisch und damit als universelle Krankheit gilt.

als Referenzgruppe für alle Erwachsenen wählt (17).⁹ Dennoch bleibt, wie Schwartz zeigt, das Problem des „line-drawing“ zwischen normaler Funktion und Dysfunktion (18). Boorse selbst lässt zwar offen, wo genau die statistische Grenze zwischen normaler Funktion und Dysfunktion verläuft. Wenn man jedoch gängige statistische Grenzen verwendet, bliebe, wie Schwartz zeigt, das Problem, dass immer nur ein kleiner fester Prozentsatz als dysfunktional zu betrachten sei und jede eingeschränkte Funktion, die größere Prävalenzen hat, statistisch gesehen nicht mehr als Dysfunktion gelten könne (18).¹⁰ Umgekehrt kann es, so Schwartz‘ Kritik, in Boorses Theorie keine gesunden Populationen geben, da ein bestimmter Teil statistisch gesehen immer krank sein muss (18). Boorse bleibt hier ein Kriterium schuldig, wo genau die Grenze zwischen normaler Funktion und Dysfunktion zu ziehen ist.

Ein weiterer Kritikpunkt an Boorses Theorie, der z.B. von Ereshefsky (4) und Gammelgaard (14) geltend gemacht wird, ist, dass Überleben und Reproduktion als Ziele des Organismus und Maßstab der Gesundheit sich nicht einfach wertfrei aus der Biologie ableiten ließen, sondern auf einer Wahl beruhen. Als andere mögliche Ziele nennt Gammelgaard Wohlergehen (*welfare*) und Lebensqualität (*quality of life*) (14) (S. 110). Aus diesem Grund sei Boorses Theorie nicht wertneutral, sondern basiere auf einer wertbehafteten Auswahl dieser Ziele menschlichen Lebens (4, 14).

Tatsächlich scheint in Boorses Theorie der Aspekt des subjektiven Leidens keine große Rolle zu spielen. Die Krankhaftigkeit von Zuständen, die vor allem in einer Minderung des subjektiven Wohlergehens bestehen (wie z.B. Schmerzerkrankungen), lässt sich nur schwerlich über die Idee einer Einschränkung von Funktionsfähigkeiten in Bezug auf Überleben und Reproduktion konzipieren. Dies wird auch von Hucklenbroich kritisiert (5) (S. 73). Vor allem in Bezug auf psychische Krankheiten ist dieser Punkt, wie wir später sehen werden, relevant (siehe Kapitel 4.1.2).

3.1.2 Hucklenbroichs wissenschaftstheoretische Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs

Hucklenbroich stellt fest, dass beim Krankheitsbegriff zwei Bedeutungsebenen zu unterscheiden sind: zunächst ist er ein Begriff der Lebenswelt, der alltäglich verwendet wird; außerdem ist er aber auch ein theoretischer Begriff, auf dem die medizinische Wissenschaft

⁹ Da das Altern jedoch ein universeller Vorgang ist, der alle Menschen betrifft, stellt sich die Frage, inwiefern Alterserscheinungen überhaupt als pathologisch aufgefasst werden sollten. Dies bedeutet allerdings im Umkehrschluss nicht, dass die Abnahme der Funktionsfähigkeit von Organen im Alter prinzipiell nicht als pathologisch betrachtet werden sollte. Die Frage ist eher, ob es sinnvoll ist, hier als Vergleichsgruppe junge gesunde Menschen zu wählen.

¹⁰ Ein Beispiel, das Schwartz nennt, ist die benigne Prostatatyperplasie, die in der Altersgruppe der über 70-jährigen Männer eine Prävalenz von 17-28% aufweist (18) (S. 375).

basiert (19). Während der lebensweltliche Krankheitsbegriff vage ist und auf keiner klar anzugebenden Definition beruht, sondern in der Mannigfaltigkeit der Verwendungsweisen im Alltag besteht, ist der wissenschaftliche Krankheitsbegriff einer systematischen Analyse zugänglich.

Hucklenbroichs Ansatz ist es nun, den wissenschaftlichen Krankheitsbegriff auf Basis der medizinischen Krankheitslehre zu rekonstruieren. Es geht ihm dabei darum, eine Definition von Krankheit und Gesundheit herauszuarbeiten, die implizit in der medizinischen Lehre schon vorhanden ist, und nicht darum, einen Begriff von Krankheit zu definieren und gewissermaßen „von außen“ an die Medizin heranzutragen. Seine Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs möchte Hucklenbroich daher nicht als „normativ“ verstanden wissen (in dem Sinne, dass sie Mediziner*innen vorgibt, was sie als Krankheit zu betrachten hätten), sondern als „*Zusammenfassung der grundlegenden Kriterien und Prinzipien*, die sich in der heutigen medizinischen Krankheitslehre finden“ (6) (S. 140). Diese Definition ist allerdings nicht starr, sondern passt sich neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen an.

Die Unterscheidung zwischen normalen und krankhaften Zuständen wird nach Hucklenbroichs Rekonstruktion anhand von Kriterien getroffen, die jeweils hinreichend sind, die Krankhaftigkeit eines Zustands zu begründen. Ein Zustand ist demgemäß krankhaft, wenn er 1) „zum vorzeitigen Tod führt“; 2) „mit Schmerzen oder Leiden verbunden ist“; 3) „das (individuelle) Risiko erhöht, dass ein Ereignis der ersten oder zweiten Art auftritt“; 4) „zur Fortpflanzungsunfähigkeit führt“; 5) „die Fähigkeit zum Zusammenleben in Lebensgemeinschaften grundsätzlich beeinträchtigt“ (5) (S. 40). Relevant für die Feststellung des Vorliegens dieser Kriterien im Einzelfall ist nach Hucklenbroich nicht ein irgendwie definierter „Normalverlauf“, da dieser die Unterscheidung zwischen normal und krankhaft schon voraussetze. Entscheidend sei hingegen, dass es einen natürlich vorkommenden möglichen Alternativverlauf gibt, in dem der fragliche Zustand mit seinen Konsequenzen nicht auftritt (5) (S. 42). Universell vorkommende Phänomene sind daher nicht pathologisch (z.B. die prinzipielle Endlichkeit des Lebens). Hucklenbroich verfeinert die Definition dieser fünf Krankheitskriterien, die er als primäre Krankheitskriterien bezeichnet, durch die Hinzufügung von sekundären und tertiären Krankheitskriterien. Diese beziehen sich auf Phänomene, die zwar isoliert betrachtet nicht unter die oben genannten primären Krankheitskriterien fallen, aber entweder direkte Folgen pathologischer Zustände sind und nie in gesunden Organismen auftreten würden (sekundäre Kriterien), oder mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit im Rahmen pathologischer Prozesse auftreten, obwohl sie auch bei

Gesunden vorkommen können (tertiäre Kriterien).¹¹ Mit der Herausarbeitung dieser Kriterien beansprucht Hucklenbroich eine „vollständige Rekonstruktion“ des Krankheitsverständnisses der modernen wissenschaftlichen Medizin geleistet zu haben (5) (S. 57).

Hinsichtlich der Rolle von Werten und Normativität im Krankheitsbegriff weist Hucklenbroich darauf hin, dass die von ihm erarbeiteten Kriterien keine moralischen Wertungen enthielten, sondern rein deskriptiv seien (5) (S. 61 f.). Anhand der Kriterien lasse sich objektiv feststellen, ob ein Prozess krankhaft ist oder nicht. Die moralische Bewertung des Prozesses sei davon zu trennen. Auch die praktischen Konsequenzen, die aus der Feststellung der Krankhaftigkeit eines Zustandes folgen, wie zum Beispiel die Behandlungsbedürftigkeit oder die Befreiung von der Arbeitspflicht, seien davon unabhängig zu betrachten. Auch wenn der Krankheitsbegriff zwar „einen für die genannten ethischen Disziplinen [philosophische Ethik, Medizinethik, Bioethik, Anm. R.M.] *relevanten* Gegenstands- und Diskussionsbereich bilde[t]“ (5) (S. 63), ist die wissenschaftliche Definition von Krankheit nicht die Aufgabe dieser Disziplinen.

3.2 Wertgeladener Krankheitsbegriff

3.2.1 Clouser/Culver/Gert: Krankheit als *malady*

Clouser, Culver und Gert wählen für ihre Krankheitstheorie den Begriff der *malady* (was im Deutschen mit „Gebrechen“ übersetzt werden kann¹²) und explizit nicht den der Krankheit (21). *Malady* soll weiter gefasst sein als der Begriff der Krankheit und als Oberbegriff alle mit „Krankheit“ verwandten Begriffe wie Erkrankung, Verletzung, Funktionsstörung oder Handicap umfassen (21) (S. 36). Definiert wird *malady* als ein Zustand, „such that one is suffering or has an increased probability of suffering some evil“ (21) (S. 30 f.). Jemand ist demnach krank, wenn er ein Übel (*evil*) erleidet. Nun ist der Begriff des Übels aber so weit, dass er kaum dafür herhalten kann, den Krankheitsbegriff zu spezifizieren. Um den Begriff des Übels im Sinne einer *malady* zu präzisieren, nennen die Autoren daher zwei Ausschlusskriterien: Erstens darf dieses Übel nicht durch eine rationale Überzeugung bzw. einen rational nachvollziehbaren Wunsch verursacht sein. Jemand, der z.B. aus nachvollziehbaren Gründen Auto fährt und sich damit einem erhöhten Unfallrisiko aussetzt, ist nicht als krank zu bezeichnen. Zweitens darf ein Übel im Sinne einer *malady* nicht derart durch äußere Umstände verursacht sein, dass es einfach durch veränderte Umstände räumlicher oder

¹¹ Beispiele für sekundäre Krankheitskriterien wären z.B. eine Gelbfärbung der Haut (Ikterus) oder eine Verfettung der Leber. Beispiele für tertiäre Krankheitskriterien sind alle Merkmale, die aus dem statistisch definierten normalen Rahmen herausfallen, also z.B. Laborwerte oder Körpergröße, und mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit pathologisch sind, obwohl sie auch bei Gesunden vorkommen können.

¹² Siehe hierzu (20) (S. 111-134).

gesellschaftlicher Art zu beseitigen wäre. Wenn jemand sich z.B. an einem extrem kalten Ort aufhält, dann leidet er wahrscheinlich unter der Kälte. Dennoch hätte er nach Clouser, Culver und Gert keine *malady*, weil sich sein Zustand sofort wieder normalisieren würde, wenn er sich an einen wärmeren Ort begäbe. Sobald er jedoch Erfrierungen davonträgt, die auch über einen Ortswechsel hinaus bestehen, hätte er eine *malady* im Sinne der Autoren.

Was ist nun aber genau unter dem immer noch sehr allgemeinen Begriff des Übels zu verstehen? Und in welcher Beziehung steht er zum Krankheitsbegriff? Die Autoren betonen zunächst, dass sie Übel (*evil*) nicht als moralisch konnotiert verstanden wissen wollen. Damit ist wohl gemeint, dass der Begriff sich nicht auf bestimmte kulturell und historisch bedingte gesellschaftliche Wertvorstellungen beziehen soll. Dennoch bezeichnen sie den Begriff als normativ, denn ein Übel ist etwas Unerwünschtes. Die Definition von Übel lautet: „that which all persons acting rationally will avoid unless they have a reason not to“ (21) (S. 31). Übel ist für die Autoren das vereinende Merkmal und damit der Oberbegriff für Phänomene wie Tod, Schmerz (womit auch negative Gefühle wie Furcht, Trauer und Verstimmung gemeint sind), Behinderung (auch mentale Einschränkungen), Verlust von Freiheit (*freedom*), Möglichkeiten (*opportunity*) oder Freude (*pleasure*). Auch wenn der Begriff des Übels normativ ist, indem er etwas Schlechtes, Unerwünschtes bezeichnet, wollen die Autoren ihn dennoch nicht als relativ zu einer bestimmten Kultur oder Gemeinschaft verstanden wissen. Der Begriff des Übels soll das bezeichnen, was rational niemand erstreben würde (es sei denn, er hat gute Gründe),¹³ und was daher kulturübergreifend gilt.

Die oben genannten Phänomene, die die Autoren unter dem Begriff des Übels subsumieren, sind sehr weit gefasst. Ein Verlust von Freiheit oder Möglichkeiten kann beispielsweise aus vielen Gründen entstehen, die nichts mit Krankheit zu tun haben (wie z.B. eine Gefängnisstrafe oder die Ablehnung in einem Bewerbungsverfahren). Hier weisen die Autoren allerdings darauf hin, dass die oben genannten Phänomene nur dann unter den Begriff des Übels im Sinne einer *malady* fallen, wenn sie nicht Folge einer äußeren aufrechterhaltenden Ursache („sustaining cause“) sind (21) (S. 35). Damit wäre der Freiheitsentzug durch eine Gefängnisstrafe also keine *malady*, da der Freiheitsentzug durch das Ende der Gefängnisstrafe aufgehoben werden könnte. Als Beispiel eines Verlusts von Freiheit, der hingegen nicht auf einer äußeren aufrechterhaltenden Ursache beruht, nennen die Autoren einen Allergiker, der seine Allergene meidet und deswegen keine Beschwerden hat. Die Abwesenheit der Beschwerden sei in dem Fall nämlich nur zu erreichen, indem der Betroffene auf bestimmte Freiheiten (z.B. das Essen

¹³ Gute Gründe wären z.B. sich selbst in Gefahr zu bringen, um einem anderen Menschen das Leben zu retten.

bestimmter Lebensmittel oder den Aufenthalt an bestimmten Orten mit hoher Allergenlast) verzichtet. Auch das Angewiesensein auf die Einnahme von Medikamenten, z.B. um eine Schilddrüsenunterfunktion auszugleichen, verstehen die Autoren als Einschränkung der Freiheit.

Clouser, Culver und Gert wählen für ihre Krankheitstheorie einen sehr weit gefassten Begriff (*malady*), um möglichst alle Phänomene, die die Gesundheit beeinträchtigen können, einzuschließen. Auch das definierende Kriterium der *malady*, das Übel (*evil*), ist durch eine sehr weite Definition bestimmt. Durch diese Weite der Begriffe setzen sich die Autoren allerdings der Gefahr aus, viel zu viele Phänomene in ihren Krankheitsbegriff einzuschließen. Der Bereich dessen, was nicht wünschenswert ist, umfasst ja viel mehr als medizinische Probleme. Um diesem Problem zu begegnen, müssen die Autoren viele Einschränkungen der allgemeinen Definitionen einführen. So führen sie z.B. zur Erklärung des Begriffs der Behinderung das Konzept der „speziestypischen Fähigkeit“ („ability that is characteristic of the species“) ein (21) (S. 33).¹⁴ Dieses Konzept, und vor allem die Grenzziehung, ab wann eine Fähigkeit so gering ausgeprägt ist, dass sie nicht mehr speziestypisch ist, ist allerdings ziemlich vage und, wie die Autoren selbst zugeben, in gewisser Weise willkürlich. Auch die Konzepte „Verlust von Freiheit, Möglichkeiten oder Freude“ als Kriterien für Übel, scheinen nicht ausreichend bestimmt zu sein.

Inwiefern ist die Krankheitstheorie von Clouser, Culver und Gert nun wertgeladen? Die Autoren schreiben dazu: „The concept of malady can be universal and objective and at the same time have values as an integral part, namely, those values that are universal.“ (21) (S. 36). Einerseits enthält ihre Theorie also Werte, andererseits sollen diese objektiv und universell gültig sein. Die Bewertung von Zuständen als wünschenswert oder nicht wünschenswert soll also nicht von (kontingenten) gesellschaftlichen Wertvorstellungen abhängen. Objektiv bedeutet für die Autoren, dass sich alle rational denkenden Personen darüber einig sind. Es stellt sich allerdings die Frage, ob das, was rational niemand wollen kann, wirklich so eindeutig und objektiv festgestellt werden kann, wie die Autoren suggerieren.

Außerdem ist es fragwürdig, ob Werte prinzipiell dazu geeignet sind, den Begriff von Krankheit bzw. *malady* zu definieren. So gibt es z.B. rational gute Gründe dafür, nicht weniger begabt oder schön sein zu wollen als andere. Doch ist deswegen jede geringer ausgeprägte Begabung

¹⁴ Speziestypische Fähigkeiten sind für die Autoren, angelehnt an Boorse, alters- und geschlechtsabhängig. Dass ein Baby nicht laufen kann, ist demnach keine Behinderung. Ebenso wenig, dass ein Mann keine Kinder gebären kann.

oder Schönheit eine Krankheit bzw. ein Gebrechen? Um dieses Argument zumindest teilweise zu entkräften, führen Clouser, Culver und Gert weitere Bestimmungen der oben genannten Übel ein, wie z.B. das Konzept der Einschränkung speziestypischer Fähigkeiten zur Erklärung des Begriffs der Behinderung. Die Unerwünschtheit alleine scheint also nicht auszureichen, sondern es müssen weitere Kriterien erfüllt sein. Hier stellt sich aber die Frage, wieso dann überhaupt im ersten Schritt von dem, was rational keiner wollen kann, ausgegangen werden muss.

3.2.2 Nordenfelt: „Holistische Theorie der Gesundheit“

Nordenfelt stellt seinen Gesundheitsbegriff, und daraus abgeleitet seinen Krankheitsbegriff, in einem Aufsatz von 2007 in Abgrenzung zu Boorses biostatistischem Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff vor (11). Während Boorse Gesundheit in Bezug auf die statistisch normalen Funktionsfähigkeiten eines Organismus im Hinblick auf Überleben und Reproduktion definiert (siehe Kapitel 3.1.1), bestimmt Nordenfelt Gesundheit folgendermaßen: „A is completely healthy if, and only if, A has the ability, given standard circumstances, to reach all his or her vital goals.“ (11) (S. 7). Gesundheit will Nordenfelt als etwas verstanden wissen, das sich auf die Person als Ganzes bezieht. Er nennt seine Theorie daher eine holistische Theorie der Gesundheit („holistic theory of health“). Krankheit ist dementsprechend ein Zustand oder Prozess mindestens eines Organs, der dazu neigt, die Gesundheit einer Person einzuschränken.

Nordenfelt illustriert sein Verständnis von Gesundheit und Krankheit anhand der historischen Entstehung der Begriffe. Der Ausgangspunkt der Erforschung von Krankheiten müsse das Krankheitsempfinden von Menschen gewesen sein: erst wenn jemand die Erfahrung von seelischem oder körperlichem Leid oder Behinderung gemacht habe, hätte es einen Anlass gegeben, nach den Ursachen zu forschen und so nach und nach ein wissenschaftliches Konzept der vorliegenden Krankheit zu entwickeln. Daraus schließt Nordenfelt, dass die subjektive Beeinträchtigung im Sinne von Leid oder Behinderung entscheidend für den Krankheitsbegriff ist und nicht beispielsweise ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko wie bei Boorse (11) (S. 8). Nordenfelt leitet somit den Begriff der Krankheit (*disease*) im Sinne einer wissenschaftlichen Beschreibung anhand eines ätiopathogenetischen Modells aus dem der Erkrankung (*illness*) im Sinne eines subjektiven Krankheitserlebens ab. Die Erkrankung geht somit der Krankheit voraus.¹⁵

¹⁵ Dies muss nicht zwingend in jedem konkreten Fall so sein. Heutzutage werden schließlich auch Krankheiten bei Routine-Checkups entdeckt, ohne dass die betroffene Person ein vorhergehendes subjektives Krankheitsempfinden hat. Nordenfelts Punkt ist, dass es historisch irgendwann einmal der Fall gewesen sein muss, dass zunächst jemand an einer Erkrankung litt, bevor die zugrundeliegende Krankheit entdeckt wurde.

Der Hauptunterschied zu Boorse liegt in Nordenfelts Auswahl der Ziele menschlichen Lebens in Bezug auf Gesundheit. Doch was genau versteht Nordenfelt unter den „wesentlichen Zielen“ (*vital goals*)? Hierzu schreibt er: “The set of A's vital goals is the set of states of affairs which are necessary and together sufficient for A's minimal happiness in the long run.” (22) (S. 280). Die „wesentlichen Ziele“ im Leben eines Menschen, auf die sich Nordenfelts Theorie bezieht, tragen also zu seinem „minimalen Glück“ bei. Der Begriff des „minimalen Glücks“ bleibt dabei allerdings defintorisch weitgehend unbestimmt. Zwar gehört dazu für Nordenfelt die Deckung grundlegender Bedürfnisse wie etwa Nahrung, ein sicheres Zuhause und eine gewisse ökonomische Absicherung (22) (S. 282). Doch darüber hinaus gebe es weitere *vital goals*, die Nordenfelt allerdings nicht festlegen möchte, da Menschen zu unterschiedlich seien, um diese eindeutig zu bestimmen. Als Beispiel nennt er die Ausübung eines Berufs, die für viele ein solches „wesentliches Ziel“ darstelle. Die Ausübung unterschiedlicher Berufe kann durch bestimmte gesundheitliche Einschränkungen unterschiedlich stark betroffen sein. Eine körperliche Beeinträchtigung wie z.B. ein gebrochener Arm sei für einen Handwerker eine größere Einschränkung als für eine Lehrerin. Daher sei im Fall eines gebrochenen Arms die Gesundheit des Handwerkers stärker beeinträchtigt als die der Lehrerin, da er in seinem Ziel, seinen Beruf auszuüben, stärker eingeschränkt ist (22) (S. 282).

Die Gesundheitskonzeption von Nordenfelt umfasst offensichtlich viel mehr als das, was im klinischen Alltag als gesund bezeichnet wird. Der Begriff des Glücks umfasst einen viel weiteren Bereich als der Begriff der Gesundheit.¹⁶ Das Erreichen eines Zustands von Glück kann schließlich durch viele Umstände beeinträchtigt werden, die nichts mit Gesundheit zu tun haben (z.B. durch wirtschaftliche oder gesellschaftliche Bedingungen oder auch private Umstände). Nordenfelt weist daher darauf hin, dass es ihm um eine Bestimmung von Gesundheit gehe und nicht dessen, was ein gelungenes Leben generell ausmacht. Deshalb sei es für seine Definition nicht relevant, ob jemand eine bestimmte (psychische oder physische) Fähigkeit unter realen Bedingungen auch tatsächlich umsetzen könne, sondern ob er oder sie überhaupt über diese (innere) Fähigkeit verfüge (22).¹⁷ Eine Konsequenz der Idee von Gesundheit als Fähigkeit zum Erreichen von „wesentlichen Zielen“ ist, dass Gesundheit für

¹⁶ Die Gesundheitsdefinition der WHO geht allerdings in eine ganz ähnliche Richtung wie die Nordenfelts: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>, abgerufen am 16.08.2021) Es ist aber fraglich, ob diese Definition für die Medizin nützlich ist. Denn nach dieser Definition ist Gesundheit ein Ideal, das fast niemand erreicht.

¹⁷ Um ein Beispiel zu nennen: wenn es einer Frau aufgrund politischer Rahmenbedingungen nicht gestattet ist, einen gewünschten Beruf auszuüben, ist sie deswegen nicht in ihrer Gesundheit eingeschränkt, auch wenn sie dadurch vermutlich in ihrem Glück eingeschränkt ist.

Nordenfelt kein kategoriales, sondern ein dimensionales Konzept ist. Gesundheit ist demnach immer relational zu einem Feld zu verstehen, das sich zwischen „complete health“ und „maximal illness“ erstreckt (22) (S. 283).

Nordenfelts Konzeption ist in einem anderen Sinne wertgeladen als die Theorie von Clouser, Culver und Gert, indem er Gesundheit als relativ zu einem normativen Ziel, dem des „minimalen Glücks“ betrachtet. Dieses Ziel bleibt allerdings unterbestimmt. Einerseits betont Nordenfelt beispielsweise, dass die *vital goals* ein theoretisches Konzept sind und nicht gleichbedeutend mit den aktuellen Wünschen und Überzeugungen eines Menschen sein müssen (22) (S. 282). Andererseits gibt er aber keine klare Definition dessen an, was er unter „minimalem Glück“ versteht und was genau dazu beitragen soll. Daher erscheint Nordenfelts Konzeption von Gesundheit sehr vage und die Anwendung auf den klinischen Kontext schwierig.

3.2.3 Engelhardt: Gesundheit und Krankheit als sowohl normative als auch deskriptive Begriffe

Eine weitere Form von Normativität bringt Engelhardt ins Spiel. Er stellt zunächst fest, dass die Begriffe Gesundheit und Krankheit eine Ambiguität aufweisen, indem sie sowohl deskriptiv als auch normativ seien (23). Der normative Gehalt von Gesundheit oder Krankheit sei allerdings nicht im Sinne einer moralischen Tugend oder Verfehlung zu verstehen. Das Fehlen von Gesundheit werde im Allgemeinen eher als Unglück aufgefasst.

Die Ambiguität des Krankheitsbegriffs bestehe nun darin, dass er zwar einerseits der Beschreibung und Erklärung von Phänomenen diene, andererseits aber auch zu bestimmten Handlungen auffordere. So schreibt Engelhardt: „Zur Entscheidung, eine Konstellation von Phänomenen als Krankheit zu bezeichnen, gehört die Bereitschaft zur medizinischen Intervention, eine Zuweisung der Krankenrolle und eine Handlungsaufforderung an den Mediziner.“ (24) (S. 58). Für Engelhardt ist in den Krankheitsbegriff die (moralische) Aufforderung schon integriert, dass ein bestimmter Zustand überwunden werden solle (24) (S. 44). Der Krankheitsbegriff ist also nicht nur Kriterium dafür, was als gesund und krank gilt, sondern auch dafür, was sein soll und was nicht.

3.3 Zwischenfazit: Wertneutrale und wertgeladene Krankheitstheorien

Die Frage, ob der Krankheitsbegriff Werte enthält, ist in der philosophischen Debatte, wie wir gesehen haben, umstritten. Bedeuten die vielen unterschiedlichen Ansätze nun, dass es gar keinen einheitlichen Krankheitsbegriff gibt, sondern stattdessen viele nebeneinanderstehende

mehr oder weniger gleichberechtigte Modelle? Ganz auflösen lassen sich die Differenzen zwischen den Ansätzen sicher nicht. Dennoch scheint es wichtig zu sein, genau darauf zu achten, in welchem Kontext der Krankheitsbegriff jeweils betrachtet wird. Geht es um eine wissenschaftlich-theoretische Betrachtungsweise oder eher darum, den Begriff Krankheit, wie wir ihn alltäglich verwenden, genauer zu bestimmen?

Die Unterschiede zwischen wertneutralen und wertgeladenen Ansätzen könnten bei genauerem Hinsehen nämlich teilweise auch darin bestehen, dass sie sich auf verschiedene Verwendungsweisen des Krankheitsbegriffs beziehen. Wertneutrale Krankheitstheorien versuchen den Begriff der Krankheit wissenschaftlich-theoretisch zu klären, unabhängig von etwa daraus folgenden praktischen Konsequenzen wie Behandlungsbedürftigkeit oder Zugeständnis einer Therapie. Wertgeladene Ansätze hingegen beziehen sich eher auf unsere praktisch-alltägliche Verwendungsweise des Begriffs Krankheit, indem sie die Unerwünschtheit von Krankheiten (Clouser, Culver, Gert), die durch sie bedingten Einschränkungen bei der Erreichung des „minimalen Glücks“ (Nordenfelt) oder die Aufforderung zur Behandlung (Engelhardt) als im Begriff der Krankheit enthalten verstehen.

Schramme meint dementsprechend in den Diskussionen zwischen Normativisten und Naturalisten zumindest teilweise „Scheinkonflikte“ zu erkennen, da sie sich seiner Ansicht nach eben auf unterschiedliche Kontexte beziehen (7) (S. 101). Auch Hucklenbroich sieht die Kontroverse zwischen naturalistischen und normativistischen Theorien vor allem in einer Missachtung der Unterscheidung zwischen dem, wie er es nennt, lebensweltlichen und dem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff (19) (S. 25).

4 Besondere Stellung des psychiatrischen Krankheitsbegriffs

4.1 Ist der psychiatrische Krankheitsbegriff Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs?

Die oben dargestellten allgemeinen Krankheitstheorien werden meist anhand von Beispielen aus der sogenannten somatischen Medizin erläutert. Die Frage, ob der allgemeine Krankheitsbegriff auch auf psychische Krankheiten anwendbar ist, wird von den Autoren, die sich mit dem Krankheitsbegriff beschäftigen, meist separat diskutiert, und wird demnach nicht für selbstverständlich gehalten.¹⁸ Die besondere Stellung psychischer Krankheiten zeigt sich auch daran, dass gerade in der Psychiatrie die Diskussion über den Krankheitsbegriff besonders

¹⁸ Boorse, zum Beispiel, widmet sich dieser Frage in zwei eigenen Artikeln (25, 26); Hucklenbroich geht auf die Frage explizit ein, z.B. (5) (Kapitel 5.3, S. 68f).

ausgeprägt ist (1, 12, 13, 27, 28). Gilt für psychische Krankheiten also ein besonderer Krankheitsbegriff oder sind psychische Krankheiten genauso Teil eines allgemeinen Krankheitsbegriffs wie somatische Krankheiten?

Das Problem der Anwendung des allgemeinen Krankheitsbegriffs auf psychische Krankheiten besteht einerseits darin, dass die meisten psychischen Krankheiten nicht zwingend, um auf Boorse zurückzukommen, überlebensrelevante Funktionen beeinträchtigen,¹⁹ sondern eher, wie Heinz, Müller und Rosenthal betonen, „das Leben in der Mitwelt, d.h. die Interaktion mit anderen Personen“ (29) (S. 11).

Psychische Krankheiten unterscheiden sich außerdem in den ihnen zugrundeliegenden Krankheitsmodellen von somatischen Krankheiten. Für die meisten psychischen Krankheiten gilt, dass für sie im Gegensatz zu den meisten somatischen Krankheiten bisher keine klare pathophysiologische bzw. neurobiologische Basis bekannt ist. Objektive Diagnosekriterien wie Laborwerte oder histologische Untersuchungen fehlen in der Psychiatrie weitgehend. Die Diagnose psychischer Krankheiten basiert demgegenüber auf der Erfüllung bestimmter Symptomkombinationen, die, da sie sich auf psychisches Erleben, Wahrnehmen, Fühlen oder Verhalten beziehen, immer mit einer gewissen Unschärfe und Subjektivität behaftet sind. Dadurch scheinen Werte in der Psychiatrie eine größere Rolle zu spielen als in der somatischen Medizin. Wenn es, wie in vielen Fällen, nämlich keine klar messbaren biologischen Abweichungen gibt, wie kann dann Krankheit anders als durch die (wertbehaftete) Festlegung, welches Verhalten bzw. welche psychischen Zustände als unerwünscht bzw. nicht-normal und welche als erwünscht bzw. normal gelten, definiert werden? Kann es in der Psychiatrie also nur einen wertbehafteten Krankheitsbegriff geben, weil es auf wissenschaftlich-theoretischer Ebene anders als bei somatischen Krankheiten gar keine klare Trennung zwischen normal und pathologisch geben kann? Wenn aber andererseits die Psychiatrie Teil der Medizin sein will, sollte sie dann nicht auch den gleichen Krankheitsbegriff verwenden?

4.1.1 Argumente dafür, dass der psychiatrische Krankheitsbegriff nicht Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs ist

Graham stellt in seinem Buch „The Disordered Mind“ die Frage, ob psychische Störungen (*mental disorders*) Krankheiten (*diseases*) sind (28). Mit *disease* bezeichnet er das Konzept von Krankheit, wie es in der somatischen Medizin verwendet wird. Auch wenn er keine eigene

¹⁹ Das Überleben kann natürlich auch bei psychischen Erkrankungen gefährdet sein, z.B. durch ein erhöhtes Suizidrisiko oder durch Beeinträchtigungen in Wahrnehmung und Orientierung, die zu einem erhöhten Unfallrisiko führen.

Definition von Krankheit (*disease*) angibt, zeichnen sich prototypische Krankheiten für ihn durch bestimmte Aspekte in Bezug auf Symptome und Ursachen aus, die auf psychische Störungen nicht zutreffen.

Erstens seien die Symptome einer somatischen Krankheit in ihrer Anzahl meist begrenzt und klar abweichend von den normalen Variationen körperlicher Gesundheit (28) (S. 44). Als Beispiel nennt er Malaria: diese zeichne sich durch eine begrenzte Anzahl an Symptomen (Fieber und Anämie) aus, die wiederum aus dem Bereich normaler Variationen von Körpertemperatur und Sauerstofftransport im Blut eindeutig herausfielen. Im Gegensatz dazu seien die Symptome psychischer Störungen komplex und vielfältig und wiesen keine klare Trennung zu normalen Verhaltensvariationen auf. Auch gebe es für psychische Störungen keine diagnostischen Tests wie in der somatischen Medizin, um eine Diagnose zu erhärten, sondern Listen an unterschiedlichen Symptomen, die in verschiedenen Kombinationen auftreten könnten. Das Beispiel Malaria als prototypisch für Krankheit zu betrachten und daraus abzuleiten, was für Krankheiten generell gilt, ist jedoch nicht besonders überzeugend. Es gibt nämlich durchaus auch somatische Krankheiten mit einer großen Breite an Symptomen (z.B. rheumatische Erkrankungen wie Lupus erythematodes oder einige Infektionskrankheiten wie Covid-19). Außerdem sind auch viele somatische Krankheiten nicht eindeutig von den „normalen Variationen“ eines Merkmals zu trennen (man denke nur an den Bluthochdruck). Umgekehrt gibt es durchaus psychische Krankheiten, die sich klar von normalem Verhalten und Erleben abgrenzen lassen, z.B. akute Psychosen. Auch das Argument, psychische Krankheiten seien komplex und in ihren Symptomen vielfältig, überzeugt nicht. Eine spezifische Phobie, wie z.B. die Arachnophobie, ist wenig komplex und zeichnet sich durch eine geringe Zahl an Symptomen aus.

Zweitens zeichnen sich somatische Krankheiten nach Graham durch ihre Pathogenese aus: während die weiter entfernten Ursachen vielfältig und zahlreich seien (z.B. Genetik, Stoffwechsel, Ernährung, Bewegung etc.), mündeten sie letztlich in einen spezifischen Pathogenese-Weg als „proximale“ Ursache der Erkrankung (28) (S. 44 f.). Im Gegensatz dazu gebe es bei psychischen Störungen keine pathogenetischen Modelle, die auf einer spezifischen klaren Ursache basierten. Solche Modelle seien, so Graham, nicht nur bisher unbekannt, sondern vermutlich gebe es sie gar nicht. Auch gegen diese Unterscheidung lässt sich einwenden, dass es auch für einige somatische Krankheiten bisher keine eindeutigen neurobiologischen Korrelate bzw. Pathogenesemodelle gibt, z.B. für viele Schmerzkrankungen.

Ein drittes Merkmal, in dem sich somatische Krankheiten und psychische Störungen nach Graham unterscheiden, sind sogenannte „looping-Effekte“ (28) (S. 50 f.). Das Wissen um das Vorliegen einer somatischen Krankheit beeinflusst den Verlauf und Charakter der Erkrankung nicht. Wenn jemand beispielsweise erfahre, dass er an Skorbut erkrankt sei, habe dieses Wissen keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf (außer natürlich in dem trivialen Sinne, dass die Person dann vermutlich Maßnahmen zur Behebung des Vitaminmangels einleite). Im Gegensatz dazu könne im Fall von psychischen Störungen ein „knowledge-and-illness interplay“ (28) (S. 51) auftreten. Die Diagnose einer Depression beispielsweise impliziere bestimmte Verhaltensweisen und Reaktionen, von denen die betroffene Person denke, dass sie von ihr unter der Diagnose Depression erwartet werden. Dies könne dazu führen, dass die Person sich gemäß diesen Erwartungen auch verhalte. Somit habe die Mitteilung der Diagnose selbst einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Doch auch diese Unterscheidung lässt sich nicht allgemein aufrechterhalten. Auch bei vielen somatischen Erkrankungen gibt es einen looping-Effekt, z.B. indem Patienten nach der Information, dass sie eine Herzerkrankung haben, ein Schonverhalten entwickeln und körperliche Anstrengungen vermeiden, weil sie davon ausgehen, dass dieses Verhalten von ihnen erwartet wird (was früher tatsächlich der Fall war).

Aus diesen drei Punkten schließt Graham, dass psychische Erkrankungen (*mental disorders*) nicht als Krankheiten (*diseases*) konzeptualisiert werden können. Graham legt dieser Argumentation allerdings kein klares Krankheitskonzept zugrunde, sondern orientiert sich sowohl bei den somatischen als auch bei den psychischen Krankheiten an sogenannten prototypischen Krankheitsbildern, wie Skorbut und Malaria einerseits und Depression andererseits. Von einzelnen Krankheitsbildern auf den allgemeinen Begriff der Krankheit zu schließen, ist allerdings nicht überzeugend, da es sich dabei nicht um eine systematische Analyse des Krankheitsbegriffs handelt.

4.1.2 Argumente dafür, dass der psychiatrische Krankheitsbegriff Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs ist

Hucklenbroich und Boorse hingegen vertreten die Position, dass psychische Krankheiten trotz ihrer Besonderheiten in Pathogenese und Diagnostik Teil des medizinischen Krankheitsbegriffs sind.

Hucklenbroich versucht mit seiner Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs, wie oben dargelegt, die ganze medizinische Krankheitslehre zu erfassen. Dazu gehört auch die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet. Psychische Krankheiten sollten daher genauso wie somatische

Krankheiten von den Krankheitskriterien erfasst werden. Hucklenbroich versteht hier insbesondere das Krankheitskriterium 5 (die Fähigkeit zum Zusammenleben in Lebensgemeinschaften grundsätzlich beeinträchtigend) als für psychische Krankheiten relevant (5) (S. 69). Jedoch gibt es, wie er feststellt, spezifische Probleme im Verständnis psychischer Krankheiten, die eine Anwendung des allgemeinen Krankheitsbegriffs schwierig erscheinen lassen: „Ein eigener, inhaltlich unterscheidbarer psychiatrischer Krankheitsbegriff ist weder notwendig, noch ist zu sehen, worin er denn bestehen könnte. Dagegen ist die Anwendung des systemtheoretischen Organismusmodells und somit des ätiopathogenetischen Krankheitsmodells in der Psychiatrie noch weitgehend Desiderat. Es ist daher gegenwärtig noch nicht möglich, die psychiatrische Nosologie stringent auf eine erfahrungswissenschaftliche Basis zu stellen. [...] Der übergreifende Krankheitsbegriff [...] läßt sich noch nicht anwenden, es ist aber nicht ausgeschlossen, dass dies in der Zukunft möglich wird [...].“ (5) (S. 69). In einem anderen Beitrag weist Hucklenbroich darauf hin, dass das fünfte Krankheitskriterium, das sich auf psychische Krankheiten bezieht, unter Vorbehalt stehe, solange Psychiatrie und Psychopathologie sich noch uneinig seien, welche Phänomene überhaupt als psychopathologisch gelten sollten (30) (S. 14). Erst wenn diese Frage geklärt sei, könne Kriterium 5 verbindlich formuliert werden.

Hucklenbroich ist also der Meinung, dass prinzipiell in der Psychiatrie der gleiche Krankheitsbegriff gilt wie in den anderen medizinischen Fächern, wobei das bisher fehlende Wissen im Bereich der Pathogenese psychischer Krankheiten dazu führe, dass es auf dieser Ebene noch divergierende Krankheitsverständnisse gebe. Mit zunehmendem Wissen sollte sich aber auch hier ein einheitliches Krankheitsverständnis herauskristallisieren.

Auch wenn Hucklenbroich das Kriterium 5 noch unter Vorbehalt sieht, stellt sich dennoch die Frage, ob dieses Kriterium so objektiv angewendet werden kann wie z.B. das Kriterium 1 (zum vorzeitigen Tod führend). Denn ab wann ist jemandes Fähigkeit zum Zusammenleben derart eingeschränkt, dass wir von Krankheit sprechen können? Besteht hier nicht die Gefahr, dass gesellschaftliche Werte zugrunde gelegt werden, die ein erfolgreiches Zusammenleben definieren? Wie kann dann aber verhindert werden, dass jemand, der sich nicht gemäß den gängigen gesellschaftlichen Werten verhält, nicht sofort als krank anzusehen ist?

Boorse ist ebenfalls der Meinung, dass die Psychiatrie keinen besonderen Krankheitsbegriff erfordere, sondern der allgemeine Krankheitsbegriff, der sich am Paradigma der Physiologie orientiere, auch auf den Bereich psychischer Krankheiten übertragen lasse (25). Dennoch zeichneten sich psychiatrische Krankheiten durch einige Besonderheiten aus. Boorse betont,

dass jeder mentale Zustand zwar einem bestimmten physischen Zustand entspreche, dass also jeder psychische Prozess ein neurobiologisches Korrelat habe. Allerdings würden psychische Zustände auf ganz unterschiedliche neurobiologische Weisen realisiert, weshalb eine bestimmte psychische Krankheit nicht mit einer definierten physiologischen bzw. neurobiologischen Krankheit gleichzusetzen sei. Was definiert dann aber psychische Krankheit? Dazu schreibt Boorse: „‘Mental illness‘ is not just a shorthand for ‘obscure brain disease’, since various conditions with obscure neural bases – dyslexia, aphasia, retardation – are not usually called mental illnesses. Rather, a mental disturbance gets classed as ‘mental illness‘ when some accepted explanation of it refers not to the patient’s physiology but to his feelings, beliefs, and experiences. The defining property is mental causation.” (25) (S. 67). Das entscheidende Kriterium, das psychische Krankheiten von somatischen Krankheiten unterscheidet, ist demnach die mentale Verursachung im Gegensatz zur physischen Verursachung.

Wie kann nun aber der allgemeine Krankheitsbegriff Boorses, der sich auf physiologische Funktionen bezieht, auf den Bereich psychischer Krankheiten übertragen werden? Die Voraussetzung für diese Übertragbarkeit ist, dass es so etwas wie ein „psychologisches Spezies-Design“ gibt, also psychische Funktionen, die typisch für menschliche Lebewesen sind, analog zu den physiologischen Funktionen. Als Beispiele für mentale Prozesse, die spezifische Funktionen erfüllen, nennt Boorse: Wahrnehmung, Intelligenz, Erinnerung, Antrieb, Angst, Schmerz und Sprache (25). Während im Bereich der physiologischen Funktionen für Boorse Überleben und Reproduktion die höchsten Ziele sind, gibt er zu, dass diese Ziele zwar auch für psychische Funktionen wichtig seien, allerdings nicht ausreichen, um psychische Funktionen zu definieren. Schließlich seien viele Menschen mit psychischen Krankheiten noch in der Lage, diese minimalen biologischen Ziele zu erreichen (25) (S. 77).

Die Analogie zum allgemeinen Krankheitsbegriff geht nach Boorse nun folgendermaßen: psychische Gesundheit besteht in der normalen funktionellen Organisation des Geistes, die typisch für unsere Spezies ist. Wie unser psychologisches Speziesdesign genau aussieht, sei dabei wiederum eine empirische und keine moralische Frage, im Sinne von, wie wir gerne wären oder sein sollten. Als bestes Modell psychologischer Funktionen verweist Boorse auf die psychoanalytische Theorie.

Dennoch bleibt Boorse hier eine Erklärung schuldig, wie genau ein solches psychologisches Speziesdesign aussieht. Es scheint zumindest schwierig, aus der Vielfalt an psychischem

Erleben und Verhalten so etwas wie eine speziestypische Norm objektiv abzuleiten, ohne dabei normativistisch zu sein.

4.2 Problem des Verhältnisses zwischen moralisch falschem Verhalten und psychischer Krankheit

Ein besonderes Problem in der Definition von psychischer Krankheit zeigt sich in ihrem Verhältnis zu moralisch falschem oder sogar kriminellem Verhalten.²⁰ Manche psychiatrischen Diagnosen, wie einzelne Persönlichkeitsstörungen oder Paraphile Störungen, beinhalten in ihren Diagnosekriterien²¹ fremdschädigendes, moralisch falsches oder kriminelles Verhalten. Ein solches Verhalten kann jedoch ganz unterschiedliche Ursachen haben. Wenn man nicht davon ausgeht, dass kriminelles bzw. moralisch falsches Verhalten per se als psychische Störung aufgefasst werden sollte,²² dann kann kriminelles bzw. moralisch falsches Verhalten sowohl das, aus welchen Gründen auch immer begangene, Fehlverhalten eines verantwortlichen schuldfähigen Individuums als auch die Folge einer psychischen Störung sein. Um hier zu differenzieren, ist es wichtig, ein Konzept von psychischer Dysfunktion zu haben, das diesem Verhalten zugrunde liegt. Nur wenn eine psychische Dysfunktion vorliegt, kann begründet werden, warum ein bestimmtes moralisch falsches oder kriminelles Verhalten Folge einer psychischen Störung ist.

Dieses Problem diskutieren Sabine Müller, Henrik Walter und ich anhand der Diagnosen *Antisocial Personality Disorder* und *Pedophilic Disorder*, für die kriminelles bzw. moralisch falsches Verhalten für die Diagnosestellung hinreichend sein kann (2). Ein unzureichendes Krankheitskonzept birgt in solchen Fällen die Gefahr einer Medikalisierung bzw. Pathologisierung moralisch falschen bzw. kriminellen Verhaltens. Andererseits sollte natürlich anerkannt werden, dass es Fälle gibt, in denen ein solches Verhalten durch pathologische Zustände verursacht wird. Dann reihen sich an die Feststellung einer Krankheit Fragen nach der moralischen und juristischen Verantwortlichkeit an.

5 Fazit und Konklusionen

Die vielen unterschiedlichen Konzeptionen dessen, was der Begriff Krankheit bedeutet, zeigen die Komplexität der Frage. Während manche Autoren der Meinung sind, Krankheit sei ein wertfreier Begriff, dessen Anwendungsbereich objektiv bestimmt werden könne, sind andere

²⁰ Siehe auch Sadler, der das Verhältnis zwischen, wie er es nennt, *vice* (definiert als kriminelles oder moralisch falsches Verhalten) und *mental disorders* ausführlich diskutiert (31).

²¹ Dies bezieht sich sowohl auf die Diagnosen im DSM 5 als auch im ICD-10 bzw. 11.

²² Diese Position vertritt Raine zumindest im Hinblick auf schwereres rezidivierendes kriminelles Verhalten (32).

Autoren der Meinung, dass der Begriff der Krankheit Wertungen beinhaltet und damit normativ sei. Die grundlegende Differenz zwischen den wertfreien und den wertgeladenen Ansätzen könnte, wie oben angedeutet, zumindest teilweise in verschiedenen Verwendungsweisen des Krankheitsbegriffs bestehen: einer wissenschaftlich-theoretischen (*disease*) und einer lebensweltlich-praktischen (*illness*). Diese Unterscheidung ist vor allem im Bereich somatischer Erkrankungen einleuchtend.

Im Bereich psychischer Krankheiten scheint die Beurteilung, ob eine Krankheit vorliegt, auf wissenschaftlich-theoretischer Ebene jedoch schwieriger als in der somatischen Medizin. Ob jemand z.B. unfähig ist, mit anderen zusammenzuleben, lässt sich nicht einfach anhand eines einfachen Bewertungsbogens objektiv beurteilen. Es ist außerdem möglich, dass jemand zwar nicht in einer gesellschaftlich üblichen Form mit anderen Menschen zusammenleben kann (z.B. in einer Kleinfamilie), in einer anderen Form aber doch (z.B. in einer Wohngemeinschaft). Es stellt sich also die Frage, ob die Feststellung psychischer Funktionseinschränkungen überhaupt komplett objektiv erfolgen kann, da ein gewisses Ideal dessen, was normale psychische Funktionen sind, schon vorausgesetzt sein muss. Es ist allerdings nicht klar, welches Modell hierfür einen angemessenen und wertfreien Maßstab liefern könnte.²³ So scheinen sozial geteilte Vorstellungen in der Definition dessen, was normale psychische Funktionen sind, immer eine gewisse Rolle zu spielen.

Am psychiatrischen Krankheitsbegriff zeigt sich außerdem ein spezielles methodisches Problem in der Diskussion um den Krankheitsbegriff: Brauchen wir zunächst eine Definition eines allgemeinen Krankheitsbegriffs, um danach beurteilen zu können, welche Zustände zu den (psychischen) Krankheiten zählen sollten und welche nicht? Oder nehmen wir, wie es der Anspruch der Theorien von Boorse und Hucklenbroich ist, die psychiatrischen Krankheitsbilder, die sich über die Zeit herausgebildet und einen mehr oder weniger breiten Konsens innerhalb der Psychiatrie gefunden haben, und konstruieren von diesen ausgehend einen Begriff, der all diese Krankheitsbilder umfasst?

Im ersten Fall hätte der Krankheitsbegriff von vornherein einen normativen Anspruch, indem er die Kriterien vorgäbe, die gelten müssten, um etwas als Krankheit zu bezeichnen. Hier stellt sich allerdings die Frage, wie ein solcher Krankheitsbegriff abstrakt entwickelt werden könnte, ohne sich auf schon existierende konkrete Krankheitsmodelle zu beziehen.

²³ In unserem Paper (2) gehen Sabine Müller, Henrik Walter und ich auf verschiedene Modelle psychischer Funktionen und ihre Probleme ein.

Im zweiten Fall würden wir den Krankheitsbegriff daran messen, wie gut er die anerkannten Diagnosen erfasst. Dann hätte der Krankheitsbegriff keine „korrigierende“ Funktion mehr, sondern wäre eher eine deskriptive Zusammenfassung der aktuellen Diagnostikhandbücher. Das Risiko einer Beeinflussung durch die aktuellen Wertvorstellungen der Gesellschaft wäre hier, vor allem im Bereich der Psychiatrie, höher.

Eine dritte Möglichkeit wäre, beides miteinander zu verbinden: anhand paradigmatischer Krankheiten (wie z.B. Depression oder Schizophrenie), über die innerhalb der Medizin ein gewisser Konsens herrscht, könnte ein psychischer Krankheitsbegriff herausgebildet werden, der dann dazu dienen kann, Grenzfälle und ihren Krankheitsstatus zu diskutieren. Ein solcher Krankheitsbegriff müsste sich dann gegebenenfalls an Grenzfälle anpassen, sobald es einen breiten Konsens über ihren Krankheitsstatus gibt. Solche Grenzfälle des psychiatrischen Krankheitsbegriffs sind z.B. die Antisoziale Persönlichkeitsstörung und die Pädophile Störung, mit denen Sabine Müller, Henrik Walter und ich uns in unserem gemeinsamen Paper befassen (2). Anhand einer Herausarbeitung der Krankheitskriterien, die bei diesen Diagnosen gelten, fragen wir im Abgleich mit gängigen Definitionen psychischer Krankheit, ob sich der Krankheitsstatus dieser Diagnosen aufgrund dieser Kriterien rechtfertigen lässt.

6 Literatur

1. Szasz TS. The myth of mental illness. *American Psychologist* (1960) 15(2):113.
2. Münch R, Walter H, Müller S. Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder. *Frontiers in Psychiatry* (2020) 11:558655.
3. Hesslow G. Do we need a concept of disease? *Theoretical Medicine* (1993) 14(1):1-14.
4. Ereshefsky M. Defining 'health' and 'disease'. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* (2009) 40(3):221-7.
5. Hucklenbroich P. Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre. In: Hucklenbroich P, Buyx A, Hrsg. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster: mentis (2013). S. 13-83.
6. Hucklenbroich P. Die Wissenschaftstheorie des Krankheitsbegriffs. In: Schramme T, Hrsg. *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp (2012). S. 135-58.
7. Schramme T. Benötigen wir mehrere Krankheitsbegriffe? - Einheit und Vielfalt in der Medizin. In: Hucklenbroich P, Buyx A, Hrsg. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster: mentis (2013). S. 85-103.
8. Buyx A. Enhancement und Krankheitsbegriff - Gerechtigkeitstheoretische Aspekte. In: Hucklenbroich P, Buyx A, Hrsg. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster: mentis (2013).
9. Hucklenbroich P. Der Krankheitsbegriff als Unterscheidungskriterium zwischen Therapie und Enhancement. In: Hilgendorf E, Joerden JC, Petrillo N, Thiele F, Hrsg. *Menschenwürde in der Medizin: Quo vadis?* Baden-Baden: Nomos (2012).
10. Schramme T. Einleitung: Die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" in der philosophischen Diskussion. In: Schramme T, Hrsg. *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp Verlag (2012). S. 9-37.
11. Nordenfelt L. The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2007) 10(1):5-10.
12. Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* (1992) 47(3):373.
13. Schramme T. Psychische Dysfunktion - Grundlage für den Begriff der psychischen Krankheit? In: Hucklenbroich P, Buyx A, Hrsg. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster: mentis (2013). S. 193-210.

14. Gammelgaard A. Evolutionary biology and the concept of disease. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2000) 3(2):109-16.
15. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* (1977) 44(4):542-73.
16. Boorse C. A rebuttal on health. In: J.M. H, R.F. A, Hrsg. *What is disease?* Biomedical Ethics Reviews. Totowa, NJ: Humana Press (1997). S. 1-134.
17. Boorse C. A second rebuttal on health. *Journal of Medicine and Philosophy* (2014) 39(6):683-724.
18. Schwartz PH. Defining dysfunction: Natural selection, design, and drawing a line. *Philosophy of Science* (2007) 74(3):364-85.
19. Hucklenbroich P. „Krankheit“ als theoretischer Begriff der Medizin: Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Krankheitsbegriff. *Journal for General Philosophy of Science* (2018) 49(1):23-58.
20. Schramme T, editor. *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp (2012).
21. Clouser KD, Culver CM, Gert B. Malady: a new treatment of disease. *Hastings Center Report* (1981):29-37.
22. Nordenfelt L. Standard circumstances and vital goals: Comments on Venkatapuram's Critique. *Bioethics* (2013) 27(5):280-4.
23. Engelhardt HT. The Concepts of Health and Disease. In: H.T. E, S.F. S, Hrsg. *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*. Dordrecht: Springer (1975). S. 125-41.
24. Engelhardt HT. Die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit". In: Schramme T, Hrsg. *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp (2012). S. 41-62.
25. Boorse C. What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour* (1976) 6(1):61-84.
26. Boorse C. On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs* (1975) 5(1):49-68.
27. Heinz A. *Der Begriff der psychischen Krankheit*. 2. Auflage. Berlin: Suhrkamp (2015).
28. Graham G. *The disordered mind. An introduction to philosophy of mind and mental illness*. 3. Auflage. London: Routledge (2021).
29. Heinz A, Müller S, Rosenthal A. Was ist "normal", was ist "krank"? Krankheitsbegriff und Diagnostik in der Psychiatrie. *Spectrum Psychiatrie* (2016):10-3.
30. Hucklenbroich P. „Normal–anders–krank “: Begriffsklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In: Groß D, Müller S, Steinmetzer J, Hrsg. *Normal–*

- anders-krank*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (2008). S. 3-31.
31. Sadler JZ. Vice and mental disorders. In: Fulford K, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, Thornton T, Hrsg. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press (2013). S. 451-79.
 32. Raine A. *The Psychopathology of Crime: Criminal Behavior as a Clinical Disorder*. New York: Academic Press (1993).

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Ricarda Münch, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Der psychiatrische Krankheitsbegriff unter besonderer Berücksichtigung von Störungen mit fremdschädigendem Verhalten“/„The concept of mental disorder with special consideration of disorders involving behavior harmful to others“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit der Erstbetreuerin, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an der erfolgten Publikation

Ich, Ricarda Münch, erkläre, folgenden Anteil an der folgenden Publikation gehabt zu haben:

Münch R, Walter H, Müller S. *Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder*, *Frontiers in Psychiatry*, 2020, 11:558655.

Beitrag im Einzelnen: Zusammen mit Sabine Müller habe ich die Idee des Papers entwickelt, ausgearbeitet und die relevante Literatur dazu recherchiert. Das gesamte Paper habe ich eigenständig geschrieben. Sabine Müller und Henrik Walter haben den von mir geschriebenen Text kommentiert und Vorschläge zur Überarbeitung gemacht, welche ich dann eingearbeitet habe.

Unterschrift der Doktorandin

Auszug aus der Journal Summary List

Die Fachzeitschrift „Frontiers in Psychiatry“ befand sich im Jahr 2018 innerhalb der Kategorie „Psychiatry“ auf Rang 57 von 214 und damit im 2. Quartil (Q2) der gelisteten Fachzeitschriften des Fachgebiets. Mit einem Journal Impact Factor von 3,161 bei einem Eigenfactor Score von 0,013910 erfüllt es die Anforderungen an eine anerkannte Fachzeitschrift.

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2018** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **"PSYCHIATRY"** Selected Category
 Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 214 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	World Psychiatry	5,426	34.024	0.014100
2	Lancet Psychiatry	4,887	18.329	0.022100
3	JAMA Psychiatry	10,894	15.916	0.055560
4	PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS	3,892	13.744	0.005800
5	AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY	43,025	13.655	0.036370
6	MOLECULAR PSYCHIATRY	20,353	11.973	0.049290
7	BIOLOGICAL PSYCHIATRY	43,122	11.501	0.053320
8	JOURNAL OF NEUROLOGY NEUROSURGERY AND PSYCHIATRY	29,660	8.272	0.030730
9	SCHIZOPHRENIA BULLETIN	17,794	7.289	0.025590
10	BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY	25,101	7.233	0.022570
11	NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	25,672	7.160	0.039090
12	ADDICTION	19,945	6.851	0.032100
13	Epidemiology and Psychiatric Sciences	1,217	6.402	0.003830
14	JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY	19,942	6.391	0.019370
15	BRAIN BEHAVIOR AND IMMUNITY	14,533	6.170	0.025700
16	JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY	19,072	6.129	0.023100
17	PSYCHOLOGICAL MEDICINE	25,176	5.641	0.038080
18	JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY	15,807	5.519	0.014930
19	Translational Psychiatry	7,313	5.182	0.024860
20	AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY	7,078	5.000	0.008330

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
21	BIPOLAR DISORDERS	5,143	4.936	0.006760
22	DEPRESSION AND ANXIETY	8,537	4.935	0.014490
23	JOURNAL OF PSYCHIATRY & NEUROSCIENCE	3,293	4.899	0.004540
24	Journal of Behavioral Addictions	1,642	4.873	0.004340
25	ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA	13,340	4.694	0.010630
26	SCHIZOPHRENIA RESEARCH	22,220	4.569	0.029410
27	CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY	4,030	4.483	0.006280
28	EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	7,488	4.468	0.015500
29	PROGRESS IN NEURO-PSYCHOPHARMACOLOGY & BIOLOGICAL PSYCHIATRY	10,674	4.315	0.012400
30	JOURNAL OF PSYCHOPHARMACOLOGY	6,460	4.221	0.010120
31	INTERNATIONAL JOURNAL OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	6,551	4.207	0.012320
32	CNS DRUGS	4,602	4.192	0.007190
33	JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS	30,314	4.084	0.052950
34	CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY-REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE	5,658	4.080	0.006390
35	WORLD JOURNAL OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY	2,429	4.040	0.004200
36	JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY	19,074	4.023	0.019900
37	PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY	16,809	4.013	0.028150
38	EUROPEAN PSYCHIATRY	5,610	3.941	0.008420
39	CNS SPECTRUMS	2,368	3.940	0.003340
40	PSYCHOSOMATIC MEDICINE	12,747	3.937	0.009630
41	JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH	15,180	3.917	0.020850
42	Current Psychiatry Reports	4,050	3.816	0.009260

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
43	EUROPEAN CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY	5,186	3.740	0.009270
44	Journal of Attention Disorders	3,436	3.656	0.006340
45	International Journal of Bipolar Disorders	399	3.550	0.001490
46	INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS	8,728	3.523	0.008910
47	PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES	3,720	3.489	0.004230
48	AMERICAN JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	6,965	3.488	0.010970
49	JOURNAL OF ANXIETY DISORDERS	6,639	3.472	0.009030
50	DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE	18,798	3.466	0.039250
51	PSYCHOPHARMACOLOGY	23,565	3.424	0.022260
52	Early Intervention in Psychiatry	1,630	3.323	0.003310
53	BEHAVIOR THERAPY	5,427	3.243	0.006220
54	GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY	5,224	3.220	0.007360
55	EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE	4,096	3.192	0.004590
56	Behavioral Sleep Medicine	1,285	3.171	0.002350
X 57	Frontiers in Psychiatry	4,605	3.161	0.013910
58	SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY	8,313	3.152	0.013620
59	INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	9,327	3.141	0.010130
60	Body Image	3,304	3.124	0.004870
61	AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL GENETICS PART B- NEUROPSYCHIATRIC GENETICS	4,087	3.123	0.006280
62	JOURNAL OF THE INTERNATIONAL NEUROPSYCHOLOGICAL SOCIETY	6,773	3.098	0.007380
63	SUICIDE AND LIFE-THREATENING BEHAVIOR	4,200	3.032	0.005100
67	European Journal of Psychotraumatology	1,546	3.020	0.005010

Druckexemplar der Publikation: Münch R, Walter H, Müller S. Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder, *Frontiers in Psychiatry*, 2020, 11:558655.



Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder

Ricarda Münch, Henrik Walter and Sabine Müller*

Research Division of Mind and Brain, Department of Psychiatry and Psychotherapy, CCM, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin, Germany

OPEN ACCESS

Edited by:

Manuel Trachsel,
University of Zurich, Switzerland

Reviewed by:

Jennifer Helen Radden,
University of Massachusetts Boston,
United States
Stella Reiter-Theil,
University of Basel, Switzerland

*Correspondence:

Sabine Müller
mueller.sabine@charite.de

Specialty section:

This article was submitted to
Social Psychiatry and
Psychiatric Rehabilitation,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 03 May 2020

Accepted: 25 August 2020

Published: 15 September 2020

Citation:

Münch R, Walter H and Müller S (2020)
Should Behavior Harmful to Others Be
a Sufficient Criterion of Mental
Disorders? Conceptual Problems of
the Diagnoses of Antisocial Personality
Disorder and Pedophilic Disorder.
Front. Psychiatry 11:558655.
doi: 10.3389/fpsyt.2020.558655

Generally, diseases are primarily harmful to the individual herself; harm to others may or may not be a secondary effect of diseases (e.g., in case of infectious diseases). This is also true for mental disorders. However, both ICD-10 and DSM-5 contain two diagnoses which are primarily defined by behavior harmful to others, namely Pedophilic Disorder and Antisocial (or Dissocial) Personality Disorder (ASPD or DPD). Both diagnoses have severe conceptual problems in the light of general definitions of mental disorder, like the definition in DSM-5 or Wakefield's "harmful dysfunction" model. We argue that in the diagnoses of Pedophilic Disorder and ASPD the criterion of harm to the individual is substituted by the criterion of harm to others. Furthermore, the application of the criterion of dysfunction to these two diagnoses is problematic because both heavily depend on cultural and social norms. Therefore, these two diagnoses fall outside the general disease concept and even outside the general concept of mental disorders. We discuss whether diagnoses which primarily or exclusively ground on morally wrong, socially unacceptable, or criminal behavior should be eliminated from ICD and DSM. On the one side, if harming others is a sufficient criterion of a mental disorder, the "evil" is pathologized. On the other side, there are practical reasons for keeping these diagnoses: first for having an official research frame, second for organizing and financing treatment and prevention. We argue that the criteria set of Pedophilic Disorder should be reformulated in order to make it consistent with the general definition of mental disorder in DSM-5. This diagnosis should only be applicable to individuals that are distressed or impaired by it, but not solely based on behavior harmful to others. For ASPD, we conclude that the arguments for eliminating it from the diagnostic manuals outweigh the arguments for keeping it.

Keywords: antisocial personality disorder, psychopathy, dissocial personality disorder, pedophilic disorder, pedophilia, diagnostic criteria, definition of mental disorder, harmful behavior

INTRODUCTION

Generally, diseases are primarily harmful to the diseased individual herself either by being directly life-threatening or at least life-shortening, or by causing pain or suffering, or by impairing her ability to live in human symbiotic communities (1). Harm to others, however, may or may not be a secondary effect of diseases. A typical example are infectious diseases which harm the infected individual and possibly others as well. A mere infection, however, is not called a disease as long as it is not and will not be harmful to the infected individual herself, even if it poses a risk to others as a secondary effect. This is evident from the example of asymptomatic carriers of pathogens. Although they may transmit the pathogen to others and harm particularly vulnerable, e.g. immunosuppressed people, medicine does not regard them as ill.¹ Therefore, such persons should be described as being ‘disease-causing’ for others, rather than as being ‘diseased’ themselves.

If this is true for diseases in general, that they are primarily harmful to the individual herself, it should also be true for mental disorders as long as they are viewed as a subset of diseases. This is reflected in frequently cited attempts to formulate a general definition of mental disorder, like the definition in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (3) or the “harmful dysfunction” model by Wakefield (4). Both definitions characterize a mental disorder by, broadly speaking, a dysfunction in mental processes that is associated with harm to the affected individual.

For some psychiatric diagnoses, however, it is questionable whether the presupposition of harm to the individual really applies. We will show that several diagnoses essentially rely on behavior that is harmful to others, but not necessarily to the individual herself. This is especially true for the diagnoses “Antisocial Personality Disorder” (ASPD) in DSM-5 (or “Dissocial Personality Disorder” in ICD-10) and “Pedophilic Disorder” in DSM-5 and ICD-11.² Instead, as we will show, another disease criterion comes in here: the criterion of “harm to others”.

In the case of Pedophilic Disorder, harm to others is a sufficient criterion. In the case of ASPD, it is a necessary one and, as we will argue, practically also a sufficient one. In addition to the harm criterion, getting another meaning, we will argue that the criterion of a mental dysfunction is unclear in these diagnoses. Thus, the diagnoses of ASPD and Pedophilic Disorder fall out of the general concept of diseases and even out of the general concept of mental disorders. Are they accordingly rather “moral disorders” than clinical disorders?³ If this is true, psychiatry contributes to a “medicalization” of morally wrong behavior (6). The conceptual

problems of ASPD and Pedophilic Disorder lead to the fundamental question which criteria define a mental disorder.

The aim of this paper is to discuss whether behavior harmful to others should be a sufficient criterion of mental disorder as it is the case in the diagnoses of ASPD and Pedophilic Disorder. If we come to the conclusion that this should not be the case, the question arises whether ASPD and Pedophilic Disorder should be eliminated from the diagnostic manuals.

MENTAL DISORDERS AND THEIR DIAGNOSTIC MANUALS

In probably no other specialty of medicine has the concept of “disease” been as contested as in psychiatry. Even though in psychiatry the term “disorder” is predominantly used, it can be regarded as synonymous to “disease”, especially regarding the practical consequences. Apart from the fundamental question whether there’s such a thing as “mental disorders” at all (7), and hence, whether psychiatry is a part of medicine at all, the nature and definition of mental disorders in general have been discussed (4, 8, 9). Other controversies concern the disorder status of specific mental conditions, the most famous example probably being the removal of homosexuality from DSM in 1973 (10, 11). A still missing stringent scientific basis and the important role of values (12) bring psychiatry into a position to constantly question its own presumptions about the concept of mental disorder.

Mental disorders are classified in two classification systems: First, the International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10), by the World Health Organization (WHO) (13). Second, for mental disorders only, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5), published by the American Psychiatric Association (APA) (3). The latter is “viewed as representing the cutting-edge of the field” (14). Both manuals define the current state of the art in psychiatric diagnostics and thus have a huge impact on clinical use but also on public discussions about mental health and finally, through their use in forensic settings, even on court rulings. The practical implications of the diagnostic manuals thus range from the funding of treatments by the public health system to the assessment of someone’s capacity to work, and indirectly to the evaluation of diminished criminal responsibility.⁴

¹ Contrary to medical mainstream opinion, Hucklenbroich regards asymptomatic carriers of infectious diseases as ill. According to his theory (see *The general concept of disease*), asymptomatic carriers fall within the scope of disease criterion 5 (2).

² The rationale of our argumentation applies to other diagnoses as well, like for example “Coercive sexual sadism disorder” in ICD-11. We have chosen Pedophilic Disorder and ASPD because they are the most questioned and relevant diagnoses.

³ Charland (5) argues that only the personality disorders in Clusters A and C are genuine clinical disorders. In contrast, he considers the Cluster B disorders (which include antisocial, borderline, histrionic, and narcissistic personality disorder) as moral disorders since their definitions are “morally loaded” and they require “moral treatment”.

⁴ A psychiatric diagnosis *per se* is not a reason for assuming a lack of criminal responsibility or diminished responsibility but it is part of the forensic examination. According to German criminal law, “[a] person acts without guilt who, at the time the criminal act is committed, is incapable of understanding the wrongfulness of his or her action or is incapable of acting in accordance with this understanding due to mental illness, due to a profound disturbance of consciousness, or due to mental retardation or another serious mental abnormality” [Section 20, German Criminal Code, English translation cited from (15)]. Diminished responsibility is present in the case of a diminished capability of the offender to understand the wrongfulness of an action or to act in accordance with this understanding due to one of the reasons indicated in Section 20 and may lead to mitigated penalty (Section 21, German Criminal Code). Section 20 lists four mental conditions that are necessary prerequisites for assuming a lack of criminal responsibility. However, these mental conditions are not equivalent to specific psychiatric diagnoses. They are legal terms that refer to psychiatric diagnoses (16).

The diagnoses in both diagnostic manuals rely on polythetic criteria sets, of which a specified number of criteria needs to apply for a specified period of time. Since the neurobiological underpinnings and the etiology of many mental disorders are still scarcely understood, the diagnostic criteria sets consist of observable and subjective symptoms. Contrary to most cases in “somatic medicine”, there are only few additional objective tests in psychiatry to support a suspected diagnosis (e.g. for dementias or autoimmune encephalitis).

Given their importance in the diagnostic process, the selection and exact formulation of the criteria of mental disorders are crucial. Changes in these criteria sets have a huge impact on the prevalence of certain mental disorders and on the lives of many individuals. It is thus not surprising that every revision of the diagnostic manuals is accompanied by extended controversies about the inclusion or elimination of diagnoses and the formulation of the diagnostic criteria sets (17, 18). Frances (19), for example, sharply criticizes a “diagnostic inflation” in psychiatry which he thinks was intensified by DSM-5 by adding more diagnoses and expanding the existing ones.

MENTAL DISORDERS HARMFUL TO OTHERS

The most contested diagnoses in DSM and ICD are probably the paraphilias (20) and Cluster B-personality disorders (5).⁵ Especially Pedophilic Disorder and Antisocial Personality Disorder (ASPD) or Dissocial Personality Disorder (in ICD-10) are highly controversial diagnoses. Some authors question their status as clinical disorders [for ASPD, see Charland (5)] or even their place in the manuals [for Pedophilic Disorder, see Green (22)].

Pedophilic Disorder and ASPD are particularly contested because both diagnoses are highly linked to socially deviant or even criminal behavior. Persons with ASPD and pedophilic sexual offenders have a significantly increased risk of (re-)offending (23–25). Sadler (26) calls such diagnoses “vice-laden” disorders, vice being understood in a “technical sense—as simply criminal and/or immoral thought or conduct” (p. 452) by the legal and moral standards of the respective society. The notion of “vice-ladenness” indicates that those disorders imply thoughts and behaviors typically described and assessed in moral and/or legal rather than in medical terms.

Pedophilic Disorder and ASPD are not the only mental disorders associated with behaviors usually described in moral terms and potentially harmful to others, though. A person suffering from schizophrenia, for example, will presumably show in some way socially deviant behavior and may even cause harm to others when, for example, following the commands of imperative voices. The crucial point, however, is that in the case of schizophrenia the symptoms described in the diagnostic criteria

⁵The general concept of the personality disorders has been criticized fundamentally. Lieb criticizes the concept of personality disorder as contradictory in itself and as harmful to the patient and to the therapeutic relationship (21).

set are “relatively immune to misconstrual as vice” (6) (p. 9). Immoral or harmful behavior is not a defining criterion of the disorder, rather it may or may not be a secondary effect of it. In contrast, for ASPD and Pedophilic Disorder, behavior that is morally wrong and primarily harmful to others is a central part of the diagnosis: they are “vice-laden” at their core.

Pedophilic Disorder

In DSM-IV, the diagnosis of pedophilia required that the fantasies, sexual urges, or behaviors involving children cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (Criterion B). This criterion was changed in DSM-IV-TR so that it was then sufficient to have acted on the sexual urges. From DSM-IV-TR to DSM-5, all criteria remained unchanged after the proposed changes were declined (27, 28) (Table 1).⁶

DSM-5, however, introduced a distinction between Pedophilia and Pedophilic Disorder. Pedophilia denotes the mere sexual preference for prepubescent children (Criterion A) and is not considered a mental disorder anymore. Pedophilic Disorder is Pedophilia with either personal distress or interpersonal difficulty, or sexual acts involving prepubescent children (Criterion B).

ICD-11, which has been presented by the WHO in 2019 and will foreseeably come into effect on 1 January 2022, adjusted the criteria of “Pedophilic Disorder” to the DSM-5 criteria (Table 2). Except for the time criterion (the sexual attraction to children must be present for at least 6 months), which is only required in DSM-5, the criteria in ICD-11 and DSM-5 are basically the same (Tables 1 and 2).

The age limit mentioned by DSM-5 (13 years) is clearly below the age of sexual consent, which ranges between 14 and 18 years in most countries (in the US states, for example, it ranges between 16 and 18 years). This means that the criterion of “has acted on these sexual urges” is equivalent to committing a criminal act.

This, however, does not apply to all countries in the world. According to the UNICEF child marriage report from 2014, about 250 million women alive today were married before age 15 (35). In some countries, this is even covered by law as it is allowed to marry before age 18 (in some cases there is no minimum age at all) under certain circumstances (36). This shows that not in every country sexual intercourse with children age 13 or younger is considered a criminal offense. Therefore, the legal and social reactions which individuals, who sexually abuse children, will have to face differ. Of course, even though tolerated by law in some countries, sexual acts involving children are harmful and should be legally forbidden all over the world.

Most researchers emphasize the difference between pedophilic interests and sexual offending against children. Not all individuals

⁶It was proposed to include the attraction to pubescent children and rename the diagnosis “pedohebephilic disorder”, to include a victim count and the use of child pornography in criterion B, and to include the specifiers “in remission” and “in controlled environment” (31). After the refusal of these changes, it was criticized that Pedophilic Disorder is the only Paraphilic Disorder in DSM-5 that lacks the specifiers “in full remission” and “in controlled environment” (32, 33). Further criticism was directed against the refusal to include the attraction to pubescent children (27). These discussions, however, are not in the focus of this paper.

TABLE 1 | Comparison of the diagnostic criteria of pedophilic disorder and pedophilia in the DSM-IV, DSM-IV-TR, and DSM-5.

DSM-IV—Pedophilia (302.2)	DSM-IV-TR—Pedophilia (302.2)	DSM-5—Pedophilic Disorder (302.2)
<p>A. Over a period of at least 6 months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).</p> <p>B. The fantasies, sexual urges, or behaviors cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p>C. The person is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in Criterion A.</p> <p>Note: Do not include an individual in late adolescence involved in an ongoing sexual relationship with a 12- or 13-year-old. (29)</p>	<p>A. Over a period of at least 6 months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).</p> <p>B. <i>The person has acted on these sexual urges, or the sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty.</i></p> <p>C. The person is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in Criterion A.</p> <p>Note: Do not include an individual in late adolescence involved in an ongoing sexual relationship with a 12- or 13-year-old. (30)</p>	<p>A. Over a period of at least 6 months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).</p> <p>B. The individual has acted on these sexual urges, or the sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty.</p> <p>C. The person is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in Criterion A.</p> <p>Note: Do not include an individual in late adolescence involved in an ongoing sexual relationship with a 12- or 13-year-old. (3)</p>

Text that has been changed from the previous version is shown in italics.

TABLE 2 | Comparison of the diagnostic criteria of pedophilic disorder and pedophilia in ICD-10 and ICD-11.

ICD-10— Pedophilia (F 65.4)	ICD-11 – Pedophilic Disorder (6D32)
<p>A sexual preference for children, usually of prepubertal or early pubertal age. Some pedophiles are attracted only to girls, others only to boys, and others again are interested in both sexes. (13)</p>	<p><i>Pedophilic disorder is characterized by a sustained, focused, and intense pattern of sexual arousal—as manifested by persistent sexual thoughts, fantasies, urges, or behaviors—involving pre-pubertal children.</i></p> <p><i>In addition, in order for Pedophilic Disorder to be diagnosed, the individual must have acted on these thoughts, fantasies or urges or be markedly distressed by them.</i></p> <p><i>This diagnosis does not apply to sexual behaviors among pre- or post-pubertal children with peers who are close in age.</i> (34)</p>

Text that has been changed from the previous version is shown in italics.

with pedophilic interests sexually approach children, and not all child molesters have “recurrent and intense” pedophilic interests; about half of the cases of sexual abuse of children are committed by presumably non-pedophilic offenders.⁷

However, both criteria A and B of Pedophilic Disorder contain a behavioral aspect that is sufficient for the respective

⁷Data on the proportion of pedophilic and non-pedophilic child sexual offenders are quite scarce and come from small studies. According to Seto et al. (37), in a sample of 100 child pornography offenders (where the authors assumed a high probability of pedophilic interest due to phallogometric responses), 57% were not known to have had sexual contact with children. Conversely, the prevalence of pedophilic preference among identified child sexual offenders is estimated at about 40–50% (based on their sexual arousal to stimuli depicting children or their sexual offense history) (23). First (38) notes that “compared with other paraphilic disorders, child molestation is even more likely to occur for nonparaphilic reasons”. Nonparaphilic reasons may be “a lack of more preferred sexual opportunities, hypersexuality, indiscriminate sexual interests, or disinhibition as a result of substance use or other factors” (23) (p. 393). Knack et al. (39) name “a general anti-social orientation”, “a sexual interest in coercion”, “attitudes accepting of sex between adults and children”, and “indiscriminate or opportunistic sexual behaviours” as reasons for non-pedophilic child sexual abuse (p. 183). Strassberg et al. found that non-pedophilic child molesters are more likely to show psychopathic traits than pedophilic child molesters (40).

criterion to be fulfilled. The use of the conjunction “or” before “behaviors” in criterion A makes it possible to meet this criterion solely by repeated acts of sexual behavior involving children (38). Regarding criterion B, sexual acts involving children are also sufficient to fulfill this criterion. This means that repeated sexual behavior involving children is sufficient to fulfill both criteria.

According to the criteria in DSM-5 and ICD-11, a diagnosis of Pedophilic Disorder requires neither suffering from the sexual fantasies, urges, or behaviors towards children nor experiencing any impairment in social, occupational or other important activities. The diagnosis can be made solely on grounds of behavior harmful to others. This has been criticized as a confusion of “mental disorder” and “crime” (20) or “immoral behavior” (41).

Antisocial Personality Disorder (ASPD)

In an attempt to define reliably measurable personality traits, the DSM focused on behavior in the definition of ASPD, which was intended to be an equivalent of psychopathy (3, 42). Psychopathy, conceptualized by the Hare Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) (24), contains much more interpersonal and affective symptoms than ASPD (25, 43) but is not a diagnosis in ICD-10 or DSM-5 (44).⁸ Almost all criteria of ASPD in DSM-5 refer to behavior primarily harmful to others (Table 3). In accordance with the diagnostic criteria required for all personality disorders, the antisocial personality traits must be “inflexible, maladaptive, and persistent and cause significant functional impairment or subjective distress” (3).

The equivalent of ASPD in ICD-10, Dissocial Personality Disorder (DPD), refers less to behavioral and more to affective symptoms than ASPD in its criteria set (25) (Table 3). However, as Kröber and Lau (15) note, most of the criteria can still be “easily derived from the criminal behavior itself” (p. 681).

⁸ASPD and psychopathy are largely overlapping concepts. According to Oglloff (25), 81% of persons diagnosed with psychopathy also meet the criteria of ASPD, whereas only 38% of the persons with ASPD receive a diagnosis of psychopathy. This indicates that the population of persons diagnosed with psychopathy can more or less be considered a subset of the population of persons diagnosed with ASPD. Exceptions are typically fraudulent personalities (or so-called “white collar offenders”) who are psychopaths but do not meet the criteria of dissocial or antisocial personality disorder (45).

TABLE 3 | Comparison of the diagnostic criteria of Antisocial Personality Disorder (DSM-5) and Dissocial Personality Disorder (ICD-10).

DSM-5—Antisocial Personality Disorder (301.7)	ICD-10—Dissocial Personality Disorder (F60.2)
<p>A. A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors, as indicated by repeatedly performing acts that are ground for arrest. 2. Deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure. 3. Impulsivity or failure to plan ahead. 4. Irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults. 5. Reckless disregard for safety of self or others. 6. Consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations. 7. Lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated or stolen from another. <p>B. The individual is at least age 18 years.</p> <p>C. There is evidence of conduct disorder with onset before age 15 years.</p> <p>D. The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder.</p>	<p>Personality disorder, usually coming to attention because of a gross disparity between behavior and the prevailing social norms, and characterized by (at least three of the following criteria)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Callous unconcern for the feelings of others. 2. Gross and persistent attitude of irresponsibility and disregard for social norms, rules, and obligations. 3. Incapacity to maintain enduring relationships, though having no difficulty in establishing them. 4. Very low tolerance to frustration and a low threshold for discharge of aggression, including violence. 5. Incapacity to experience guilt, or to profit from adverse experience, particularly punishment. 6. Marked proneness to blame others, or to offer plausible rationalizations for the behavior bringing the subject into conflict with society. <p>There may be persistent irritability as an associated feature. Conduct disorder during childhood and adolescence, though not invariably present, may further support the diagnosis.</p>

The general criteria of personality disorders in ICD-10 require that “the disorder leads to considerable personal distress but this may only become apparent late in its course” and “the disorder is usually, but not invariably, associated with significant problems in occupational and social performance” (13) (p. 202).⁹

However, Habermeyer states that persons with antisocial or dissocial personality traits subjectively do not suffer from their abnormalities and show little willingness to get treated (16). This is accentuated for inmates with high values on the Psychopathy Checklist (16). Many, if not the overwhelming majority of subjects with psychopathy are perfectly content with and identify with their traits; there is no subjective suffering involved in psychopathy (42). Because there is nothing painful or ego-dystonic in psychopathic symptoms, it is unlikely that a psychopath would seek or endure treatment (42). Also persons with ASPD rarely seek treatment (43, 46), indicating that they usually do not feel significantly distressed or impaired by their condition. This becomes evident from the description of the self-image of people with dissocial or antisocial personality traits by Müller-Isberner et al.: “These people generally see themselves as autonomous, strong loners. Some see themselves as exploited and mistreated by society and justify harming others by saying that they themselves are being harassed. Others see themselves as robbers in a world where the motto is ‘eat and be eaten’ or ‘the winner takes it all’ and where it is normal or even desirable and necessary to violate social rules.”¹⁰ (47) (p. 373).

This raises the question whether the diagnosis of ASPD could be made for anyone at all if the criteria of subjective distress and/or functional impairment were strictly applied. In clinical practice, distress can be presumed if someone seeks help

voluntarily. The question is why this person seeks help and what distresses her. According to the literature on antisocial personality cited above, it is probably not her antisocial personality. However, subjective distress “in general” is not sufficient to make this specific diagnosis, even if all the other criteria of ASPD apply. According to DSM-5, the subjective distress must be caused by the antisocial personality traits.

It could be objected that a lack of personal distress in ASPD is precisely part of its psychopathology, in the sense that not recognizing one’s own problems is even more pathological than recognizing them. However, the general problem with this argument is that it allows the attribution of mental disorders to persons without personal distress from the outside. Even though there are cases in which this can be justified (e.g. in the case of severe psychosis/delusions where the individual doesn’t recognize her psychosis/delusions), there is a high risk of misusing psychiatric diagnoses for pathologizing socially deviant or nonconformist behavior.

The questionable personal distress in ASPD is especially relevant in the forensic context where the prevalence of ASPD is much higher than in the general population. The base rate in the population is estimated at 2%, whereas the prevalence among male prisoners is estimated at between 47 and 80% (25, 48). Prisoners are certainly distressed. However, distress because of the legally justified consequences of antisocial behavior, like a loss of freedom, must not be confused with distress because of the antisocial personality traits themselves (49). Distress because of society’s negative reaction to deviant behavior is not a sign of a mental disorder. Rather, it is normal. We suspect that the criterion of subjective distress and/or impairment often is not considered correctly when the diagnosis of ASPD is made, especially not in forensic contexts. The great difference between the prevalence of ASPD in the general population and among male prisoners indicates a strong correlation between ASPD and imprisonments.

⁹For the sake of clarity, we will mainly refer to Antisocial Personality Disorder in this paper, even though many of the points made equally apply to Dissocial Personality Disorder. However, because of the stronger focus on behavior in ASPD compared with Dissocial Personality Disorder, we consider the diagnosis of ASPD as more problematic.

¹⁰Translated by Sabine Müller.

This means that either most criminals have a mental disorder or that ASPD is a construct mainly depicting criminal behavior.

We conclude that, strictly speaking, many persons diagnosed with ASPD in fact only have antisocial personality traits, which are not a mental disorder according to DSM-5. This conclusion is supported by the observation of Herpertz that a lack of considering the general definition of personality disorder and instead a focus on the easily applicable specific criteria lists led to an “inflationary diagnosis frequency” of personality disorders (50). We suspect that, especially in the case of ASPD, many persons are mistakenly classified as “mentally ill” because of a wrongful interpretation or even neglect of the distress/impairment criterion.

ICD-10 and DSM-5 present a categorial classification of personality disorders with ASPD/Dissocial Personality Disorder being a distinct disorder-entity. This categorial approach to personality disorders, however, is broadly contested (50). DSM-5 already introduced an alternative “hybrid” model for personality disorders, mixing categorial and dimensional approaches.¹¹

According to the alternative model, the typical features of ASPD are “a failure to conform to lawful and ethical behavior, and an egocentric, callous lack of concern for others, accompanied by deceitfulness, irresponsibility, manipulative-ness, and/or risk taking” (p. 763). Psychopathy is described as a distinct variant that is “marked by a lack of anxiety or fear and by a bold interpersonal style that may mask maladaptive behaviors (e.g., fraudulence).” (3) (p. 765).

ICD-11 goes even further in replacing the categorial model by a dimensional one (50). According to this model, the diagnosis of a personality disorder comprises three steps. First, the general criteria of a personality disorder must be met (“problems in functioning of aspects of the self [...], and/or interpersonal dysfunction [...] that have persisted over an extended period of time (e.g., 2 years or more)”, “the disturbance is manifest in patterns of cognition, emotional experience, emotional expression, and behaviour that are maladaptive”, “the disturbance is associated with substantial distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning” (34)). Then, the severity of this general personality disorder must be determined (mild, moderate,

severe). Eventually, the specific underlying personality structure is assessed according to five personality domains (negative affectivity, detachment, dissociality, disinhibition, anankastia). Thus, in ICD-11, there will be no category “Dissocial Personality Disorder” anymore. Instead, dissocial and disinhibited traits and behaviors may be a specifier among others in a diagnosis of a (general) personality disorder.

Interim Conclusion

In both the definitions of ASPD and Pedophilic Disorder behavior harmful to others or even criminal behavior is a criterion for the diagnosis of a mental disorder. For Pedophilic Disorder, even though harming others (for a period of at least 6 months) is not a necessary criterion, it can be a sufficient one. For ASPD, repeated harming of others is a necessary criterion, and—not formally, but practically—also a sufficient one.

The key question is: Should criminal behavior/harm to others be a sufficient criterion of a mental disorder? Or does this lead to a “medicalization” of vice conditions, meaning that “all problematic deviance reflects human illness or injury, including criminality and ‘immoral’ conduct” (6) (p. 12)? The crucial point is: can behavior harmful to others alone indicate the presence of a mental disorder? Or is this rather an attempt to “pathologize the morally wrong”? We will come back to this question later.

The conceptual problems of Pedophilic Disorder and ASPD lead directly to a more fundamental question: which criteria define a mental disorder?

THE DEFINITION OF MENTAL DISORDER

The General Concept of Disease

If psychiatry claims to be a part of medicine, a general definition of disease should be the basis of a definition of mental disorders. Hucklenbroich developed a profound reconstruction of the general concept of disease (51). He distinguishes four levels of the concept of disease. The first level is the life-world and personal concept of disease (person X is ill). On the second level, a distinction can be made between healthy and pathological life processes (X is pathological). At the third level, reference is made to a standard model of the human organism (X is pathologically altered). At the fourth level, disease entities and categories are postulated (X is a disease). The basis of the determination of disease entities is an etiopathogenetic model that comprises an identification of primary causes and the typical clinical course.

According to this reconstruction, life processes that meet four criteria can be described as pathological: 1. They are states, processes, or procedures in individuals, 2. which are attributable to the organism, not the environment, 3. which take place independently of the will and knowledge of the affected individuals, and 4. for which there is at least one non-pathological alternative course.

¹¹The alternative model for personality disorders in DSM-5 has been developed for further research (Section III). In the alternative model, personality disorders are generally characterized by impairments in personality functioning (Criterion A) and pathological personality traits (Criterion B). Personality functioning (Criterion A) involves self-functioning (identity and self-direction) and interpersonal functioning (empathy and intimacy). For each of these four elements, five levels of impairment (ranging from no impairment to extreme impairment) can be differentiated. Pathological personality traits (Criterion B) are organized in five broad domains, namely negative affectivity, detachment, antagonism, disinhibition, and psychoticism. The impairments in personality functioning and personality trait expression are relatively inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations (Criterion C). They are relatively stable with onset in at least adolescence or early adulthood (Criterion D), cannot be better explained by another mental disorder (Criterion E), are not attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition (Criterion F), and not better understood as normal for an individual's developmental stage or sociocultural environment (Criterion G) (3) (pp. 761–3).

To determine which processes are diseases, Hucklenbroich distinguishes positive and negative disease criteria. Positive criteria of a disease are: 1. lethality; 2. pain, discomfort, suffering; 3. disposition for 1 or 2; 4. inability to reproduce; 5. inability to live together. The two negative criteria of disease, which determine a condition as non-pathological, are 1. universal occurrence and inevitability, *e.g.* gender, intrauterine and ontogenetic phases, pregnancy, menopause, old age, natural death; 2. knowingly and intentionally self-induced behavior (as long as self-determination is not diminished), *e.g.* suicide, value judgements, risky behavior, abstinence, intentional lying.

Hucklenbroich argues that this general concept of disease also applies to mental disorders, even though an etiopathogenetic disease model like in “somatic” medicine is still missing in psychiatry (2). According to his model, especially the positive criteria 2 and 5 are relevant for mental disorders. Mental disorders are often associated with significant pain, discomfort or suffering. Additionally, they may impair the ability to live together with others in a community. However, Hucklenbroich notes that due to the lack of knowledge about the etiopathogenesis of mental disorders there are still diverging concepts of mental disorder (2).

The DSM-5 Definition of Mental Disorder

One of the mostly cited definitions of mental disorder is given in DSM-5. While conceding that “no definition can capture all aspects of all disorders in the range contained in DSM-5” (3) (p. 20), it is stated that the definition is rather meant to formulate elements required for considering something a mental disorder:

“A mental disorder is a syndrome characterized by **clinically significant disturbance** in an individual’s cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a **dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning**. Mental disorders are usually associated with significant **distress or disability in social, occupational, or other important activities**. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. **Socially deviant behavior** (*e.g.* political, religious, or sexual) and **conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders** unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above.” (3) (p. 20, emphasis added)

The definition starts with 1. an observable symptom level (“clinically significant disturbance”) that is 2. caused by an underlying dysfunction in the “mental domain” of an individual, and that has 3. some expected consequences, namely distress or disability in important activities of daily life. The rest of the definition specifies circumstances under which certain conditions are not deemed mental disorders: Socially deviant behavior and conflicts between the individual and society, which are not the result of a dysfunction, are not considered mental disorders.

The last point seems to be crucial. Pedophilic Disorder and ASPD are, *prima facie*, conditions that are mainly based on a conflict between the individual and other individuals and/or society.¹² A person with Pedophilic Disorder could argue that his sexual orientation simply does not fit in his society’s current concepts of approved sexual relationships while denying that sexual contacts with children are actually harmful to them.¹³ Or a person diagnosed with ASPD could argue that he does not feel bothered by his antisocial behavior because he has many advantages by it, although he might come into conflict with the law unless he is careful.

According to DSM-5, socially deviant behavior can be a sign of a mental disorder only if it results from a dysfunction in the individual’s “psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning”. However, the behavioral symptoms described in the diagnoses of ASPD and Pedophilic Disorder can have very different causes. Indeed, the lack of differentiation between the different causes of mental disorders is a fundamental problem of the nominalistic approach of DSM and ICD.

If hypersexual and even pedophilic behavior occurred in previously normal people after a brain tumor, a brain trauma, or epilepsy surgery, the brain pathology probably causally contributed to the abnormal behavior (54, 55). This is reflected in the differentiation between “developmental” and “acquired” pedophilia in the literature where acquired pedophilia is etiologically associated with a structural brain abnormality and developmental pedophilia is not (54, 56). However, the diagnostic manuals do not differentiate between these two types of pedophilia, as the diagnoses are symptom-based and do not consider etiology.

Also for antisocial behavior, there are associations between damage of the prefrontal cortex, be it due to a head injury or due to neurodegeneration like in Frontotemporal Dementia, and the occurrence of antisocial behavior in previously normal people (57). Cases of severe ventromedial prefrontal lobe epilepsy have been described that were associated with persistent antisocial behavior that was reversible after epilepsy surgery (58). In these cases, abnormal behavior is associated with a brain pathology which suggests a causal link between this pathology and the deviant behavior.

On the other hand, someone can behave in the same way for completely different reasons. For example, someone could live in a subculture where it is normal to behave in an antisocial or even criminal way to be “successful”. If it is normal in the social environment to make a living from, for example, drug dealing or criminal financial transactions, it could be reasonable to follow this tradition. Another example is someone who shows

¹² As soon as a crime is committed against an individual person, the perpetrator comes into conflict not only with the victim but also with the society whose moral or legal norms have been violated.

¹³ As an example, in Germany there were fierce debates about the harmfulness of sexual interactions between adults and children in the 1960s to the 1980s. Some sexologists, psychologists, and psychiatrists denied the harmfulness of sexual interactions with children (52). Pedophilic activists demanded the abolition of the legal age limit of sexual interactions, a position that was supported even by several leaders of the Green party (53).

hypersexual behavior because he simply has no reason to confine himself due to money and power. In these cases, there is no reason to assume an underlying pathology. It is rather a morally questionable behavior.

The point here is: the fact that there are cases of brain pathologies leading to disinhibited or antisocial behavior doesn't imply that all people behaving in the same way have a brain pathology.

Wakefield's "Harmful Dysfunction" Model

The question of the underlying dysfunction in ASPD and Pedophilic Disorder seems to be crucial for defending their status as mental disorders. A frequently cited concept related to the DSM definition of mental disorder is Wakefield's "harmful dysfunction" model (4). This model assumes that a mental condition can be classified as a mental disorder when two criteria apply: Firstly, it is the result of a dysfunction, understood in an evolutionary sense as the failure of a process to perform the function it was biologically designed for; secondly, it is harmful to the individual according to sociocultural standards (4). By this definition, Wakefield tries to escape definitional problems by combining, as he calls it, a "value term" (harm) and a "scientific and factual" term (dysfunction) (4). The idea is to evade two problems: On the one hand, a mere "scientific" concept of mental disorder leads to the problem that every deviation from a scientifically defined standard could be viewed as a mental disorder even though the affected individual is neither suffering nor impaired. On the other hand, a mere value-based concept of mental disorders entails the risk of pathologizing socially disvalued behavior. Thus, according to Wakefield, only a harmful dysfunction represents a mental disorder, not a dysfunction without any harm to the individual nor something evaluated as harmful (according to sociocultural standards) but without representing a dysfunction.

We will come back to the notion of dysfunction in Pedophilic Disorder and ASPD later. Regarding the harm criterion, ASPD and Pedophilic Disorder are special since most mental disorders are primarily harmful to the affected individual. For "vice-laden" disorders like ASPD and Pedophilic Disorder, however, the "harm-criterion" primarily concerns others. Of course, some persons with Pedophilic Disorder might experience personal distress, probably after having internalized the society's negative attitude towards pedophilia. Some persons with ASPD, however, may even enjoy real benefits through their special personality traits, both in terms of income and reproductive success. Malon (11) introduces the concept of "dangerous dysfunction" instead of "harmful dysfunction" in the case of Pedophilic Disorder, arguing that it is actually the concept of "dangerous dysfunction" that explains the presence of Pedophilic Disorder in DSM.

Alternative Definitions of Mental Disorder

In the diagnoses of ASPD and Pedophilic Disorder, harm to the individual in the sense of personal distress or impairment is not necessarily implied. However, harm to the individual might be present even without the person concerned being aware of it. The philosopher Graham (59) states that having a mental disorder does not necessarily comprise the recognition of its harmfulness by the affected individual herself. According to Graham, a mental

disorder is a disability, dysfunction or impairment in one or more basic mental or psychological faculties or capacities of a person that has harmful or potentially harmful consequences for the person concerned (59) (p. 28). It is a disorder because it is harmful in the sense that the person is worse off with the disorder than without the disorder, that she cannot control it, and that it cannot be removed by using additional psychological resources, e.g. by simply "pulling oneself together".

Insofar, a person with Pedophilic Disorder could be regarded as worse off with the disorder than without it because having it means that either he has to abstain from fulfilling sexual relationships his whole life or he will commit a criminal act and possibly be punished for it. However, this argument is valid only for pedophilic persons living in societies which condemn and regularly punish child sexual abuse. In the case of ASPD, one could argue that the person is worse off with the disorder than without it because he is, for example, not able to have good relationships with other people. This, however, presupposes a certain model of good relationships and a "good life", and therefore is value-laden and moralistic.

Heinz et al. (60, 61) argue for a differentiation between mental diseases in a narrow sense and states of suffering or disorders in a broader sense that do not meet the criteria of a disease. This differentiation, however, is not made by DSM and ICD where the notion of mental disorder is used for all diagnoses. Heinz et al. demand that the notion of mental disease should only be applied when life-relevant functional abilities are impaired and the affected person suffers from it or is impaired in her ability to cope with everyday life. Applying such a standard, many currently classifiable disorders are not diseases in this sense (60, 61). However, they are more or less easily classifiable states of suffering for which psychotherapeutic help and possibly drugs can be offered (60, 61). In this sense, Pedophilic Disorder and ASPD are not mental diseases.

What is a Mental Dysfunction?

The concept of mental dysfunction is central in most definitions of mental disorder. However, there is no consistent definition of this concept. For example, DSM-5 uses the notion of dysfunction without elucidating it.

Schramme (62) distinguishes four models of mental functions. The first model, for which Wakefield's concept of dysfunction is the most prominent example, is based on evolutionary psychology. According to Wakefield, mental functions result from selection processes and thus enable individuals to solve problems of adaptation (4). Schramme rightly criticizes the historical orientation of this theory: Some processes may have been adaptive to past environments but not to our present environment. The second model of mental functions comes from cognitive psychology. Functions in this sense are best understood in formal terms as "input-output-relations", not in any teleological sense. Schramme notes that this theory hardly applies to the concept of mental disorder, because it does not imply "normativity", that means, it has no concept of how a mental function should work, and thus no concept of dysfunction. The third model supports a goal theory of function and is close to Boorse's disease theory that identifies survival and

reproduction as the highest goals of organisms (8). Mental functions are thus understood through their relation to these goals. In contrast to evolutionary psychology, this model does not refer to the evolutionary selection of these functions but evaluates them with regard to the present environment. Schramme, however, criticizes that this model lacks a plausible model of the “psychological species design” with regard to survival and reproduction. The fourth model is the ‘value-theory’, for which there is no established psychological account. This model determines functions according to their contribution to human welfare and the good human life. A mental function thus allows for the individual to live a good life. However, such a theory is always at risk of confounding a certain way of life with mental health.

DISCUSSING THE DISORDER STATUS OF PEDOPHILIC DISORDER AND ASPD

As we have argued, in both the definitions of ASPD and Pedophilic Disorder behavior harmful to others or even criminal behavior is a criterion for the diagnosis of a mental disorder.

If we thus conclude that ASPD and Pedophilic Disorder are just a “medicalization” of vice conditions, we have to ask whether and, if so, how these diagnoses can still be justified within a medical model.

Neurobiological Findings in Pedophilic Disorder and ASPD

The most influential argument to justify the diagnoses of ASPD and Pedophilic Disorder within a medical model seems to be a “conservative” one. These diagnoses are well established, they have a long clinical tradition and some prognostic utility (18). This supports the argument that they should only be changed if there is strong empirical evidence that another nosological construct is more valid than the established ones.

The idea of a validation of the existing nosological constructs is pursued by researchers investigating underlying neurobiological and neuropsychological alterations in persons with ASPD or Pedophilic Disorder. There is a growing body of research indicating that there might be deviations in the brains of persons with ASPD and Pedophilic Disorder. However, the interpretation of these findings needs to be handled with care: Are the neurobiological deviations a sign of a pathology, or a sign of a vulnerability, or a consequence of a disease, or only a normal variant? And further, can these neurobiological differences causally explain the behavior (at least partly)?

For ASPD, studies show structural and functional deviations mainly in the areas of the amygdala, the striatum and the prefrontal cortex (43, 57, 63). Genetic etiological studies suggest an association of a gene x environment interaction of MAOA enzyme deficiency and childhood maltreatment with antisocial behavior (57, 63). Evidence for developmental factors in the etiology of ASPD comes from studies that suggest a link between prenatal factors, such as birth complications, maternal smoking and alcohol consumption during pregnancy, or

prenatal nutritional deficiency, and the occurrence of antisocial and violent behavior (57, 64). Also, an association between maltreatment during childhood and maternal withdrawal in infancy and ASPD has been found (64). These findings suggest, that biological and social factors play a role in the development of ASPD, while “the presence of both factors exponentially increases the rates of antisocial and violent behavior” (64) (p. 4).

For Pedophilic Disorder, reduced amygdala volumes were found in several studies (65, 66). The association between pedophilia and increased rates of left-handedness, more head injuries before age thirteen, and lower intelligence suggest that neurodevelopmental factors play a role in the development of pedophilia (66). These findings support, though do not prove, the idea of underlying neurobiological alterations in Pedophilic Disorder.

However, most of the studies have severe methodological flaws.

For Pedophilic Disorder, most of the studies show a sampling bias in investigating only incarcerated pedophilic child sexual offenders with very scant evidence on non-offending pedophiles (65, 66). It is thus not clear whether alterations found in the brains of pedophilic child sexual offenders are causally contributing to their pedophilic preference itself or whether they are rather associated with offending in general by, for example, contributing to diminished behavioral control or lower intelligence. The latter assumption is supported by a MRT study by Schiffer et al. (67), which provided first evidence that child sexual offending in pedophilia rather than pedophilia alone is associated with structural brain differences. Their study was published in the context of the German multi-sided research network NeMUP that investigated differences between pedophilic and non-pedophilic men, between child sexual offenders and non-offenders, and between convicted and non-convicted (pedophilic) child offenders.¹⁴

In the case of ASPD, the main methodological problem seems to be confounding variables, since most of the persons with ASPD show psychiatric comorbidities like substance use disorder or mood disorders (43). Another problem is the questionable homogeneity of persons that fulfill the criteria of ASPD. A study by Gregory et al. (71), for example, found significant differences in gray matter volume in the prefrontal cortex between offenders with ASPD and additional psychopathic traits and offenders with ASPD without psychopathic traits, but not between offenders with ASPD without psychopathic traits and non-offenders.

These findings show the need for better study designs to get more reliable results. However, even if we get better results, we still face the general problem of interpreting neurobiological

¹⁴The NeMUP researchers found that executive dysfunctions are related to offense status rather than pedophilic preference (68). Furthermore, they revealed that offenders and non-offenders differed in age, intelligence, educational level and experience of childhood sexual abuse, whereas pedophiles and non-pedophiles mainly differed in sexual characteristics (e.g., additional paraphilias) (69). When they compared convicted and non-convicted pedophilic child sexual offenders, they found only two significant differences between the two groups. The convicted offenders had a higher interest in prepubescent children and had committed significantly more sexual offenses against children compared to non-convicted subjects (70). However, significant differences regarding clinical characteristics, inhibition performances, neuronal activation, empathy and impulsiveness between the two groups were not found (70).

differences as indicated above. The finding of a neurobiological difference is not equivalent to a dysfunction, understood in psychological terms. The question of dysfunction is superior to it. An atypical structure or function of the amygdala, for example, is not per se dysfunctional or pathological. The assessment of its dysfunctionality depends on its assumed effects on the psychological and behavioral level, and how these effects are evaluated. An atypical function of the amygdala could even be evaluated as advantageous because it is associated with less anxiety.

Dysfunction in Pedophilic Disorder and ASPD

A crucial point in any discussion about the disorder status of a mental condition is the question if there is a convincing model of dysfunction, understood in psychological terms.

Pedophilic Disorder

With regard to pedophilia, one could argue under an evolutionary account of dysfunction, that it is a form of a sexual dysfunction, assuming that the biologically defined function of sexual arousal (*i.e.* the reason the mechanism of sexual arousal was selected for) lies in its contribution to (potential) reproduction (72) (p. 499), which is clearly not the case in pedophilic sexual behavior. This, however, is an insufficient model of the function of human sexuality. Human sexuality has important functions beyond reproduction, particularly promoting pair bonding and fulfilling emotional needs. Many forms of sexuality that do not pursue reproduction are broadly accepted, *e.g.* sexual intercourse of infertile people, under birth control, or homosexuality. Furthermore, there is no reason not to use a certain function for other, possibly purely hedonistic purposes that have nothing to do with its evolutionary function. The fact that a function is used for other than the alleged evolutionary purposes does not mean that this is dysfunctional.

Some pedophilic men actually state that they are not only interested in sexual contact with children but also look for romantic relationships with them (73). The dysfunction in Pedophilic Disorder thus cannot simply stem from the fact that the sexual arousal is not associated with (potential) reproduction. The concept of a dysfunction in an evolutionary sense falls too short here.

According to DSM-5 and ICD-11, a pedophilic sexual interest is only deemed a mental disorder when it leads to subjective distress or impairment, or has been acted upon.

To assume that having certain sexual fantasies or urges is not pathological but acting according to them is, seems inconsistent. It might be explained by the implicit assumption that there is another dysfunction involved, namely an impaired ability to control one's behavior. To illustrate this point: if a heterosexual teleiophilic man (*i.e.* a man sexually attracted to physically mature individuals) sexually assaults a woman, it is not generally supposed that he must be mentally disordered because he couldn't control his sexual urges. For it is just as possible that he thought the assault was justified, *e.g.* because the woman dressed "lewdly". There is no reason to regard the case of

the heterosexual teleiophilic sexual offender differently from the case of a pedophilic sexual offender who is convinced that his behavior is morally justified, or who just does not respect the rights of children.

Moser (74) rightly argues that a diagnosis of a paraphilia does not imply a lack of the ability to control one's behavior: "Those individuals who cannot control their sexual impulses may qualify for another diagnosis based upon their inability to control their impulses, but not based upon the specific sexual behavior." (p. 323).

This analysis shows that a model of dysfunction measured by moral standards is employed for Pedophilic Disorder. This argument is supported by the fact that the appraisal of sexual activities with children depends on historical and cultural contexts and has been accepted at varying times and cultures (22). This, of course, does not morally justify sexual acts with children. Only cultural relativists would conclude that sexual acts involving children are morally permissible because they are accepted in some cultures. We, however, regard child sexual abuse as a violation of universal human rights, including children's rights. Thus, the fact that child sexual abuse is not sanctioned in some countries is no valid argument against its moral wrongness and its legal prohibition.

ASPD

In the case of ASPD, one could argue that antisocial behavior represents a dysfunction in social functioning. This argument implicitly presupposes that prosocial behavior is normal human behavior. However, under an evolutionary account, in many or even most societies during human history antisocial behavior was probably "adaptive" because it was the "normal and efficient" way to success, both in terms of reproduction and material wealth. Only in civilized societies governed by the rule of law, antisocial behavior becomes less adaptive than prosocial behavior and is considered abnormal and dysfunctional.

Some authors suggested that psychopathy could also be understood in evolutionary terms due to frequency-based selection as "adaptive" behavior (49, 75). According to this idea, a society with a prosocial majority can tolerate a small number of psychopaths that pursue their goals without being restrained by "other-regarding norms". Reimer (49) argues that the typical personality traits of psychopaths, like experiencing less anxiety and being able to resist attempts of "moral" social reinforcing, can also be understood as advantageous under a pro-individualist account of human existence. Maibom argues that psychopathy is not a disorder at all, but "from a certain perspective, what we call deficits are actually advantages" (75) (p. 34).

PRACTICAL ARGUMENTS FOR CONSIDERING PEDOPHILIC DISORDER AND ASPD AS MENTAL DISORDERS

Classifying something as a mental disorder is not only a theoretical question, but also has practical implications that need to be considered.

Most persons with Pedophilic Disorder and ASPD don't seek help (11, 43). For ASPD, individuals presumably often don't feel pain and thus have no motivation to change their condition (46). For Pedophilic Disorder, the possible reasons for not seeking help range from not feeling distressed by it, or not recognizing its potential harmfulness towards others to a lack of knowledge about possibilities to get help and shame and fear of stigmatization (76).

However, as the study of Levenson et al. (76) also shows, some persons with Pedophilic Disorder are willing to get help. As an example, the Dunkelfeld ("dark field") project in Berlin, Germany, a voluntary prevention project for pedophilic men at risk of offending, shows that a significant number of pedophiles seeks help (77).

In many countries, the diagnosis of a mental disorder justifies treatment within the publicly funded health system. For that reason, the diagnoses of ASPD and Pedophilic Disorder can serve a useful purpose for individuals who feel distressed by their condition. If the health system with its long clinical experience can offer help, then it should do so (72).

However, the question is whether we need the diagnoses of Pedophilic Disorder and ASPD so that these persons can get help. For social problems social institutions outside the health system could be conceivable that offer help. Even if these diagnoses were removed from the diagnostic manuals, people could get help within the health system for comorbid conditions like depression or anxiety disorder if these mainly cause their personal distress. In the case of paraphilias, Moser et al. argue that "other psychological characteristics describe these individuals and their concerns more accurately than their sexual interests do" (20). Indeed, 93% of a sample of pedophilic sex offenders showed psychiatric comorbidities, mostly mood and anxiety disorders and substance use disorders (78). ASPD is also associated with anxiety disorders and substance use disorders. For the latter a prevalence of 80–85% among persons with ASPD was reported (43).

One could object that these comorbidities possibly are a consequence of the Pedophilic Disorder or ASPD and therefore the focus of treatment should be the Pedophilic Disorder or ASPD as the primary condition. However, the fact that there are almost no effective treatments for Pedophilic Disorder or ASPD yet indicates that what actually can be treated within the health system might rather be associated disorders like depression, anxiety, or substance use disorder and not ASPD or Pedophilic Disorder itself.

Both, ASPD and Pedophilic Disorder, are supposed to be associated, besides others, with neurodevelopmental factors (57, 66), which makes it difficult to therapeutically intervene as late as in adulthood. The goal of therapies is thus rather the prevention of future deviant behavior in order to avoid harm to others. As Seto (79) puts it regarding Pedophilic Disorder: "Instead of a 'cure', the focus of treatments for nonoffending individuals with pedophilia or hebephilia is the development of more effective self-management, to prevent sexual offending." (p. 209).

The idea of drug treatment with antiandrogens or GnRH analogs (androgen deprivation therapy, ADT) in Pedophilic

Disorder is not to change sexual preference but to reduce sex drive and thereby reduce the risk of (re-)offending. There is, until now, very limited evidence of the efficacy of ADT, and the level of willingness to undergo this kind of treatment is quite low (79, 80). Furthermore, according to a review of studies on behavioral and cognitive-behavioral treatments of pedophilia, there is no reliable evidence of their long-term efficacy (23). There are, however, few hints that it might be possible to actually modify sexual interest in children by, for example, strengthening self-esteem, coping skills, emotional self-regulation, and relationship skills in order to enable men with a sexual interest in children to fulfill their emotional and sexual needs with adult partners (81). Studies on specific techniques, like masturbatory reconditioning in order to suppress deviant sexual interests and/or enhance normative sexual interests, show scant evidence of their efficacy to date (82).

For ASPD, a meta-analysis by Wilson (83) shows no significant effects of treatments. A lack of high-quality studies and small sample sizes might contribute to these findings. Better designed studies with larger sample sizes are required for future research.

It seems necessary to classify ASPD and Pedophilic Disorder as mental disorders in order to facilitate further research on them, gain better insights into their etiology, and develop new therapies. The example of the "psychopathy"-concept, however, shows that there can be a lot of research on a concept without being an official diagnosis in DSM and ICD (44). The psychopathy-checklist (PCL-R) is widely used in forensic contexts to reliably assess the risk potential of criminals with psychopathic traits (24). Since psychopathy does not need to be a diagnosis in DSM and ICD to be a broadly applied concept, it seems that ASPD and Pedophilic Disorder do not need it either.

Similar to psychopathy, ASPD and Pedophilic Disorder are most relevant in forensic contexts (25, 38). Apart from clinical utility, the forensic implications of these diagnoses need to be considered. According to Sexually Violent Predator laws in many U.S. states, sex offenders with a "mental abnormality" and a high risk of re-offending can be indefinitely committed after the prison sentence to protect society from them (84). Even though "mental abnormality" is a legal term referring to an impairment in emotional and volitional capacity that predisposes to the commission of criminal sexual acts and not synonymous with "mental disorder" (85), the diagnosis of a paraphilic disorder, as specified in DSM, is practically mostly accepted as sufficient to ascertain "mental abnormality" (86). Regarding these severe consequences, the definition of the paraphilic disorders in DSM seems especially critical.

CONCLUSIONS

"Vice-Laden Disorders" in Psychiatry

Diagnoses that primarily rely on behavior harmful to others, like Pedophilic Disorder and ASPD, fall out of the general disease concept. They even do not meet the general criteria of mental disorders as defined by DSM-5 or the "harmful dysfunction"

model by Wakefield. Neither the criterion of harm to the individual himself, nor the criterion of a dysfunction are met in these two diagnoses.¹⁵ Instead, they rely on another disease criterion: the criterion of harm to others. Psychiatry brings itself into great conceptual difficulties by making behavior harmful to others/criminal behavior a central part of the definition of some mental disorders, while at the same time lacking a clear concept of dysfunction in these cases. When diagnoses are formulated in a way that makes it possible to apply them to mere antisocial and criminal behavior, psychiatry is at risk of confounding the medical and the moral.

Furthermore, the purely behavioral diagnoses do not reveal whether the behavior is based on a mental dysfunction or whether it was chosen voluntarily or for specific reasons.

Therefore, the formulation of the criteria sets of “vice-laden” disorders needs to be done very cautiously in order to avoid a confusion between criminal/immoral behavior and mental disorder. It should not be possible that harming others/criminal behavior defines a mental disorder. A psychiatric diagnosis should not only rely on observable behavior, but consider psychological, cognitive, or affective factors as well.

After considering the arguments for and against the disorder-status of Pedophilic Disorder and ASPD, we come to different conclusions regarding both diagnoses.

The Disorder-Status of Pedophilic Disorder

In the case of Pedophilic Disorder, we think that the diagnosis should be kept but reformulated in accordance with the general definition of mental disorder in DSM-5 in order to make it consistent with a medical model of mental disorder. This means it should only be applicable to individuals that are distressed or impaired by it so that they can get treatment within the health system. It should not be possible to make the diagnosis solely based on behavior harmful to others. Therefore, we suggest reformulating Criterion B of Pedophilic Disorder as follows: “The sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty (e.g. in the context of occupation, family life, friendships, intimate life).” That means, the criterion “The individual has acted on these sexual urges” is cancelled.

Our suggested reformulation of Criterion B is indeed consistent with the form it already had in DSM-IV. As De Block et al. (87) note, the DSM-IV diagnostic criteria were “by far the most consistent vis-à-vis the DSM’s own definition of mental disorder” (p. 291). It was, however, criticized that this criteria set leads to the situation that someone acting on his pedophilic interests without feeling distressed would not be considered mentally ill (88). O’Donohoe et al. (89) argue that rather the lack of experiencing subjective distress when being sexually attracted to children than the experience of distress is a

sign of psychological problems. They do not accept that, according to DSM-IV, a “contented pedophile” does not meet the criteria of a mental disorder. They argue that a person sexually interested in children must be considered in some way socially impaired “because societal norms dictate that it is abnormal for a person to be sexually interested in children” (p. 102). They clearly want to classify pedophilia as a mental disorder for social and forensic rather than for medical reasons. Their postulation that “a single instance of sexual behavior with a child should be sufficient to label someone as having a disorder” (89) (p. 103) confounds criminal behavior with mental disorder.

If pedophilia by itself is not a mental disorder according to DSM-5, then acting according to it cannot be a mental disorder unless there is clear evidence of a dysfunction of volitional control. Impairment of volitional control, however, is not implied in the diagnosis of a paraphilic disorder (85). If we assume that sometimes such impairment is given, then it probably stems from another disease (like e.g. dementia, a brain tumor or mental retardation). If there is no such impairment, we have to assume that this person acted deliberately, and it is not clear why this should be a sign of a mental disorder rather than simply a criminal act.

The DSM-5 warns of the dangers of using a diagnostic manual developed for clinical purposes in the forensic context. For assigning mental disorder in the legal sense “additional information is usually required beyond that contained in the DSM-5 diagnosis, which might include information about the individual’s functional impairments and how these impairments affect the particular abilities in question” (3) (p. 25).

It is important to note that there is a difference between a mental disorder and the US-American legal concept of “mental abnormality”.

We suggest that it should be possible to diagnose a “mental abnormality” in the forensic sense for a person with pedophilia who is neither distressed nor impaired by his pedophilic condition (i.e., who fulfills criterion A but not B according to our suggestion). Even though this person does not meet the criteria of a mental disorder as suggested by us, he might still meet the concept of “mental abnormality” if there is evidence of a high risk of reoffending. We thus suggest that this difference in clinical and forensic use is clearly annotated in the diagnostic criteria of Pedophilic Disorder in DSM. This suggestion is important with regard to other countries than the USA. The DSM is used worldwide for research, and therefore its diagnostic criteria should not be distorted in order to adapt them to the US legal system. In Germany, for example, no diagnosis of a mental disorder is required to order preventive detention after imprisonment; rather the assessment of danger and the prognosis of the probability of recidivism is decisive.

Our intention is not to protect the “contented pedophile”, as long as he is dangerous, from preventive detention or to downplay the harm that child molesters do to their victims in any sense. On the other hand, our suggestion is not meant to preclude the detained child molester from getting treatment if at some point he starts to show insight into his problems and wants

¹⁵However, this conclusion is not equally applicable to definitions of mental disorder that do not require that the individual recognizes the harmful consequences of his condition, like the definition of Graham (59).

to get treated. Rather, we want to separate the medical aspects of Pedophilic Disorder from the societal and forensic implications.

To summarize, our suggestion is as follows. We agree with the differentiation between Pedophilia and Pedophilic Disorder in DSM-5 and suggest adding a category “Pedophilia with mental abnormality” for forensic purposes. Thus, we suggest defining Pedophilia as pedophilic preference without distress/impairment; Pedophilic Disorder as pedophilic preference with distress/impairment; and Pedophilia with mental abnormality as pedophilic preference with sexual offending and high risk of re-offending with or without distress/impairment.

The Disorder-Status of ASPD

In the case of ASPD, however, we think that the arguments to remove it as a distinct diagnosis from the diagnostic manuals are stronger than the ones to keep it. Especially the presumed lack of personal distress of individuals with ASPD and the strong correlation with criminal behavior and incarceration indicate that this diagnosis is more of a social than a mere health-related problem.

We agree with Kröber and Lau (15) who said: “If those with antisocial personalities, like anyone else, are subject to social influences and learning processes, they act as rational and competent citizens; their decision against behaving in compliance with standards should not be considered as pathologic.” (p. 687).

Herpertz and Sass (90) warn of the consequences of confounding antisocial behavior with “real” disorders in forensic psychiatry: “If the forensic psychiatrist fails to distinguish clearly between simple antisocial behaviour and a profound disturbance in personality, psychiatry runs the risk of being charged with handling all kinds of recurrent social deviance and delinquency. This would greatly hamper our capacity to treat those offenders who show real and treatable mental disorders.” (90).

As Gert & Culver (41) put it: “If psychiatry is to take its place as a branch of medicine, mental disorders, like physical disorders, should be limited to conditions that cause harm to the person with the disorder.” (p. 489).

We think that the implementation of a dimensional model of personality disorders, as introduced by ICD-11, will mitigate the problem of attributing a diagnosis of mental disorder to mere criminal behavior. The ICD-11 does not contain the diagnosis “Dissocial Personality Disorder” anymore. Antisocial or dissocial personality traits will then be a specifier among others in the diagnosis of a general personality disorder. Thus, with this new model, the focus will hopefully be more on the cognitive, affective and interpersonal dimensions of personality disorders while avoiding an overly focus on deviant behavior.

REFERENCES

- Hucklenbroich P. “Disease entity” as the key theoretical concept of medicine. *J Med Philos* (2014) 39(6):609–33. doi: 10.1093/jmp/jhu040
- Hucklenbroich P. “Die wissenschaftstheoretische Struktur der medizinischen Krankheitslehre”. In: Hucklenbroich P, Buyx A, editors. *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*. Münster: mentis (2013). p. 13–83
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association: Arlington, VA (2013)

To summarize: We suggest removing ASPD from the DSM, and support the planned removal of the diagnosis DPD from the ICD-11.

Practical Implications

Our suggestion to remove or reformulate the “vice-laden” diagnoses does not imply the demand for stopping research on them—quite the contrary. Especially in the forensic context, it is important to find opportunities to effectively prevent their harmful consequences and develop treatment methods insofar this is possible. The concept of psychopathy shows that an official diagnosis is not necessary for research to be done on forensically relevant conditions.

Regarding Pedophilic Disorder, our suggestions strongly support therapeutic offers (like the Dunkelfeld project) for people who feel distressed or impaired by their condition and seek help.

Regarding antisocial behavior, we think that it is much more of a social problem that has to be addressed more by other societal systems than the health system.

Finally, our suggestions have legal implications in some legal systems. Particularly for the USA, we suggest adding the category of “pedophilia with mental abnormality” in DSM for forensic use in order to separate the clinical and forensic aspects of pedophilia. However, the requirements of the legal systems in some countries are no valid argument against clear conceptual differentiations in the psychiatric diagnostic systems.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Development of the concept (SM, RM). Writing of the paper (RM). Literature research (RM, SM). Discussion of the concept (RM, SM, HW). Editing the text (SM, HW). All authors contributed to the article and approved the submitted version.

FUNDING

ERA-NET NEURON and the Federal Ministry of Education and Research (BMBF) of Germany funded the work of SM (grant number: 01GP1621A). The research of RM and HW did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors. We acknowledge support from the German Research Foundation (DFG) and Open Access Publication Fund of Charité—Universitätsmedizin Berlin.

- Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* (1992) 47(3):373. doi: 10.1037//0003-066x.47.3.373
- Charland LC. Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders. *J Pers Disord* (2006) 20(2):116–25. doi: 10.1521/pedi.2006.20.2.116
- Sadler JZ. Vice and the diagnostic classification of mental disorders: a philosophical case conference. *Philos Psychiatr Psychol* (2008) 15(1):1–17. doi: 10.1353/ppp.0.0152

7. Szasz TS. The myth of mental illness. *Am Psychol* (1960) 15(2):113. doi: 10.1037/h0046535
8. Boorse C. What a theory of mental health should be. *J Theory Soc Behav* (1976) 6(1):61–84. doi: 10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x
9. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* (2012) 7:3. doi: 10.1186/1747-5341-7-3
10. Bingham R, Banner N. The definition of mental disorder: evolving but dysfunctional? *J Med Ethics* (2014) 40(8):537–42. doi: 10.1136/medethics-2013-101661
11. Malon A. Pedophilia: a diagnosis in search of a disorder. *Arch Sex Behav* (2012) 41(5):1083–97. doi: 10.1007/s10508-012-9919-5
12. Sisti D, Young M, Caplan A. Defining mental illnesses: can values and objectivity get along? *BMC Psychiatry* (2013) 13:346. doi: 10.1186/1471-244x-13-346
13. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and of Behavioural Disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. World Health Organization: Geneva (1992)
14. Sadler JZ. “Values in psychiatric diagnosis and classification”. In: Fulford K, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al editors. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press. (2013). p. 753–78. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199579563.001.0001
15. Kröber HL, Lau S. Bad or Mad? Personality disorders and legal responsibility—the German situation. *Behav Sci Law* (2000) 18(5):679–90. doi: 10.1002/1099-0798(200010)18:5<679::AID-BSL405>3.0.CO;2-L
16. Habermeyer E. “Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB”. In: Venzlaff U, Dreßing H, Habermeyer E, Bork S, editors. *Psychiatrische Begutachtung: ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, hrsg. von Harald Dreßing und Elmar Habermeyer. 6th revised and extended edition. München: Elsevier, Urban & Fischer (2015) p. 405–11
17. Frances A, Nardo JM. ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *Br J Psychiatry* (2013) 203(1):1–2. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127647
18. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* (2012) 7:8. doi: 10.1186/1747-5341-7-8
19. Frances A. *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow & Co: New York (2013)
20. Moser C, Kleinplatz PJ. DSM-IV-TR and the paraphilias: An argument for removal. *J Psychol Hum Sex* (2006) 17(3-4):91–109. doi: 10.1300/j056v17n03_05
21. Lieb H. “Persönlichkeitsstörung”: zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes. Dgvt-Verlag: Tübingen (1998)
22. Green R. Is pedophilia a mental disorder? *Arch Sex Behav* (2002) 31(6):467–71; discussion: 479–503. doi: 10.1023/a:1020699013309
23. Seto MC. Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol* (2009) 5:391–407. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153618
24. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy: Assessment and forensic implications. *Can J Psychiatry* (2009) 54(12):791–802. doi: 10.1177/070674370905401202
25. Ogloff JR. Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Aust NZ J Psychiatry* (2006) 40(6-7):519–28. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x
26. Sadler JZ. “Vice and mental disorders” In: Fulford K, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press (2013), 451–79. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199579563.001.0001
27. Blanchard R. A dissenting opinion on DSM-5 pedophilic disorder. *Arch Sex Behav* (2013) 42(5):675–8. doi: 10.1007/s10508-013-0117-x
28. Beech AR, Miner MH, Thornton D. Paraphilias in the DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* (2016) 12:383–406. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093330
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th edition*. American Psychiatric Association: Washington DC (1994)
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th edition*. American Psychiatric Association: Washington DC (2000)
31. Seto MC, Fedoroff JP, Bradford JM, Knack N, Rodrigues NC, Curry S, et al. Reliability and validity of the DSM-IV-TR and proposed DSM-5 criteria for pedophilia: Implications for the ICD-11 and the next DSM. *Int J Law Psychiatry* (2016) 49(Pt A):98–106. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.08.002
32. Balon R. Politics of diagnostic criteria: specifiers of pedophilic disorder in DSM-5. *Arch Sex Behav* (2014) 43(7):1235–6. doi: 10.1007/s10508-013-0246-2
33. Briken P, Fedoroff JP, Bradford JW. Why can't pedophilic disorder remit? *Arch Sex Behav* (2014) 43(7):1237–9. doi: 10.1007/s10508-014-0323-1
34. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision*. World Health Organization. (2018). [March 3, 2020]. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentify%2f517058174>
35. United Nations Children's Fund. *Ending Child Marriage: Progress and prospects*. UNICEF: New York (2014). [March 03, 2020]. Available at: https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR.pdf
36. World Policy Analysis Center. What is the minimum age of marriage for girls? (2019). [March 03, 2020]. Available at: <https://www.worldpolicycenter.org/policies/what-is-the-minimum-age-of-marriage-for-girls/when-all-exceptions-are-taken-into-account-what-is-the-minimum-age-of-marriage-for-girls>
37. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol* (2006) 115(3):610. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.610
38. First MB. DSM-5 and paraphilic disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* (2014) 42(2):191–201
39. Knack N, Winder B, Murphy L, Fedoroff JP. Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *Int Rev Psychiatry* (2019) 31(2):181–94. doi: 10.1080/09540261.2018.1541872
40. Strassberg DS, Eastvold A, Wilson Kenney J, Suchy Y. Psychopathy among pedophilic and nonpedophilic child molesters. *Child Abuse Negl* (2012) 36(4):379–82. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.09.018
41. Gert B, Culver CM. Sex, immorality, and mental disorders. *J Med Philos* (2009) 34(5):487–95. doi: 10.1093/jmp/jhp037
42. Hübner D, White L. Neurosurgery for psychopaths? An ethical analysis. *AJOB Neurosci* (2016) 7(3):140–9. doi: 10.1080/21507740.2016.1218376
43. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep* (2013) 15(12):427. doi: 10.1007/s11920-013-0427-7
44. Crego C, Widiger TA. Psychopathy and the DSM. *J Pers* (2015) 83(6):665–77. doi: 10.1111/jopy.12115
45. Habermeyer E, Dreßing H. “Persönlichkeitsstörungen”. In: Venzlaff U, Dreßing H, Habermeyer E, Bork S, editors. *Psychiatrische Begutachtung: ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, hrsg. von Harald Dreßing und Elmar Habermeyer. 6th revised and extended edition. München: Elsevier, Urban & Fischer (2015). p. 292–306
46. Reid WH, Gacono C. Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. *Behav Sci Law* (2000) 18(5):647–62. doi: 10.1002/1099-0798(200010)18:5<647::AID-BSL407>3.0.CO;2-O
47. Müller-Isberner R, Eucker S, Rohner A, Eusterschulte B. “Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB”. In: Venzlaff U, Dreßing H, Habermeyer E, Bork S, editors. *Psychiatrische Begutachtung: ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*, hrsg. von Harald Dreßing und Elmar Habermeyer. 6th revised and extended edition. München: Elsevier, Urban & Fischer (2015). p. 363–87
48. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* (2002) 359(9306):545–50. doi: 10.1016/s0140-6736(02)07740-1
49. Reimer M. Psychopathy without (the language of) disorder. *Neuroethics* (2008) 1(3):185–98. doi: 10.1007/s12152-008-9017-5
50. Herpertz SC. Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11. *Fortschr Neurol Psychiatr* (2018) 86(03):150–5. doi: 10.1055/a-0576-7149
51. Hücklenbroich P. “Der Krankheitsbegriff der Medizin in der Perspektive einer rekonstruktiven Wissenschaftstheorie”. In: Rothhaar M, Frewer A, editors. *Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs*. Stuttgart: Steiner (2012). p. 33–6
52. Frommel M. Pädosexualität und Sexualpolitik der Parteien: Eine Debatte, bei der fast alle im Glashauss sitzen, sich aber dennoch gern mit Steinen bewerfen. *Kritische Justiz* (2014) 47(1):46–56. doi: 10.5771/0023-4834-2014-1-46
53. Institut für Demokratieforschung, Georg-August-Universität Göttingen. *Die Pädophiliedebatte bei den Grünen im programmatischen und gesellschaftlichen*

- Kontext. Erste und vorläufige Befunde zum Forschungsprojekt. (2013). [March 18, 2020]. Available at: <http://www.demokratie-goettingen.de/content/uploads/2013/12/Paedophiliedebatte-Gruene-Zwischenbericht.pdf>
54. Gilbert F, Focquaert F. Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: punishment or treatment? *Int J Law Psychiatry* (2015) 38:51–60. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.007
 55. Sartori G, Scarpazza C, Codognatto S, Pietrini P. An unusual case of acquired pedophilic behavior following compression of orbitofrontal cortex and hypothalamus by a Clivus Chordoma. *J Neurol* (2016) 263(7):1454–5. doi: 10.1007/s00415-016-8143-y
 56. Camperio Ciani AS, Scarpazza C, Covelli V, Battaglia U. Profiling acquired pedophilic behavior: Retrospective analysis of 66 Italian forensic cases of pedophilia. *Int J Law Psychiatry* (2019) 67:101508. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101508
 57. Raine A. Antisocial personality as a neurodevelopmental disorder. *Annu Rev Clin Psychol* (2018) 14:259–89. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084819
 58. Trebuchon A, Bartolomei F, McGonigal A, Laguitton V, Chauvel P. Reversible antisocial behavior in ventromedial prefrontal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* (2013) 29(2):367–73. doi: 10.1016/j.yebeh.2013.08.007
 59. Graham G. *The disordered mind. An introduction to philosophy of mind and mental illness. 2nd edition.* London: Routledge (2013)
 60. Heinz A, Müller S, Rosenthal A. Was ist “normal”, was ist “krank”? Krankheitsbegriff und Diagnostik in der Psychiatrie. *Spectr Psychiatr* (2016) 4:10–3
 61. Heinz A. *Der Begriff der psychischen Krankheit. 2nd ed.* Berlin: Suhrkamp (2015)
 62. Schramme T. Can we define mental disorder by using the criterion of mental dysfunction? *Theor Med Bioeth* (2010) 31(1):35–47. doi: 10.1007/s11017-010-9136-y
 63. Ling S, Umbach R, Raine A. Biological explanations of criminal behavior. *Psychol Crime Law* (2019) 25(6):626–40. doi: 10.1080/1068316x.2019.1572753
 64. Guillen Gonzalez D, Bittlinger M, Erk S, Müller S. Neuroscientific and genetic evidence in criminal cases: a double-edged sword in Germany but not in the United States? *Front Psychol* (2019) 10:2343. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02343
 65. Mohnke S, Müller S, Amelung T, Kruger TH, Ponseti J, Schiffer B, et al. Brain alterations in paedophilia: a critical review. *Prog Neurobiol* (2014) 122:1–23. doi: 10.1016/j.pneurobio.2014.07.005
 66. Tenbergen G, Wittfoth M, Frieling H, Ponseti J, Walter M, Walter H, et al. The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges. *Front Hum Neurosci* (2015) 9:344. doi: 10.3389/fnhum.2015.00344
 67. Schiffer B, Amelung T, Pohl A, Kaergel C, Tenbergen G, Gerwinn H, et al. Gray matter anomalies in pedophiles with and without a history of child sexual offending. *Transl Psychiatry* (2017) 7(5):e1129. doi: 10.1038/tp.2017.96
 68. Massau C, Tenbergen G, Kargel C, Weiss S, Gerwinn H, Pohl A, et al. Executive functioning in pedophilia and child sexual offending. *J Int Neuropsychol Soc* (2017) 23(6):460–70. doi: 10.1017/s1355617717000315
 69. Gerwinn H, Weiss S, Tenbergen G, Amelung T, Fodisch C, Pohl A, et al. Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending - Differentiating sexual preference from offence status. *Eur Psychiatry* (2018) 51:74–85. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.02.002
 70. Gibbels C, Sinke C, Kneer J, Amelung T, Mohnke S, Beier KM, et al. Two sides of one coin: a comparison of clinical and neurobiological characteristics of convicted and non-convicted pedophilic child sexual offenders. *J Clin Med* (2019) 8(7). doi: 10.3390/jcm8070947
 71. Gregory S, Ffytche D, Simmons A, Kumari V, Howard M, Hodgins S, et al. The antisocial brain: psychopathy matters. *Arch Gen Psychiatry* (2012) 69(9):962–72. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.222
 72. Berlin FS, Berner W, Bullough VL, Dixon AF. Peer commentaries on Green (2002) and Schmidt (2002). *Arch Sex Behav* (2002) 31(6):479. doi: 10.1023/A:1020603214218
 73. Seto MC. Is pedophilia a sexual orientation? *Arch Sex Behav* (2012) 41(1):231–6. doi: 10.1007/s10508-011-9882-6
 74. Moser C. When is an unusual sexual interest a mental disorder? *Arch Sex Behav* (2009) 38(3):323–5; author reply 31–4. doi: 10.1007/s10508-008-9436-8
 75. Maibom HL. To treat a psychopath. *Theor Med Bioeth* (2014) 35(1):31–42. doi: 10.1007/s11017-014-9281-9
 76. Levenson JS, Willis GM, Vicencio CP. Obstacles to help-seeking for sexual offenders: implications for prevention of sexual abuse. *J Child Sex Abuse* (2017) 26(2):99–120. doi: 10.1080/10538712.2016.1276116
 77. Beier KM, Ahlers CJ, Goecker D, Neutze J, Mundt IA, Hupp E, et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J Forensic Psychiatry Psychol* (2009) 20(6):851–67. doi: 10.1080/14789940903174188
 78. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* (1999) 156(5):786–8. doi: 10.1176/ajp.156.5.786
 79. Seto MC. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. 2nd Edition.* Washington, DC: American Psychological Association (2018)
 80. Amelung T, Kuhle LF, Konrad A, Pauls A, Beier KM. Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *Int J Law Psychiatry* (2012) 35(3):176–84. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.005
 81. Marshall WL. Are pedophiles treatable? Evidence from North American studies. *Seksuologia Polska* (2008) 6(1):39–43
 82. von Franqué F, Briken P. Techniken masturbatorischer Rekonditionierung zur Veränderung pädophiler Interessen—eine systematische Übersicht. *Z Sex-Forsch* (2016) 29(03):224–49. doi: 10.1055/s-0042-114625
 83. Wilson HA. Can antisocial personality disorder be treated? A meta-analysis examining the effectiveness of treatment in reducing recidivism for individuals diagnosed with ASPD. *Int J Forensic Ment Health* (2014) 13(1):36–46. doi: 10.1080/14999013.2014.890682
 84. Frances A, Sreenivasan S, Weinberger LE. Defining mental disorder when it really counts: DSM-IV-TR and SVP/SDP statutes. *J Am Acad Psychiatry Law* (2008) 36(3):375–84
 85. First MB, Halon RL. Use of DSM paraphilia diagnoses in sexually violent predator commitment cases. *J Am Acad Psychiatry Law* (2008) 36(4):443–54
 86. Wakefield JC. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. *Int J Law Psychiatry* (2011) 34(3):195–209. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.04.012
 87. De Block A, Adriaens PR. Pathologizing sexual deviance: A history. *J Sex Res* (2013) 50(3–4):276–98. doi: 10.1080/00224499.2012.738259
 88. First MB, Frances A. Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *Am J Psychiatry* (2008) 165(10):1240–1. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08030361
 89. O'Donohue W, Regev IG, Hagstrom A. Problems with the DSM-IV diagnosis of pedophilia. *Sex Abuse* (2000) 12(2):95–105. doi: 10.1177/107906320001200202
 90. Herpertz S, Sass H. Personality disorders and the law, with a German perspective. *Curr Opin Psychiatry* (1999) 12(6):689–93. doi: 10.1097/00001504-199911000-00018

Conflict of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2020 Münch, Walter and Müller. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

1. Münch R, Walter H, Müller S. *Should Behavior Harmful to Others Be a Sufficient Criterion of Mental Disorders? Conceptual Problems of the Diagnoses of Antisocial Personality Disorder and Pedophilic Disorder*, *Frontiers in Psychiatry*, 2020, 11:558655.

Danksagung

An dieser Stelle danke ich herzlich all denen, die mich bei der Verfassung meiner Doktorarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Erstbetreuerin, PD Dr. Sabine Müller, für die ausgezeichnete Betreuung, den engen wissenschaftlichen Austausch und die konstruktive Unterstützung bei der Umsetzung meines Vorhabens. Ebenfalls herzlich danken möchte ich meinem Zweitbetreuer, Prof. Dr. Dr. Henrik Walter, für hilfreiche Anregungen bei der Erstellung der Arbeit.

Meiner Familie und meinen Freund*innen danke ich für ihre Ermutigungen während der Entstehung dieser Doktorarbeit.