

Der Rupturbegriff in der Psychopathologie und seine Folgen

von

Heinfried Duncker

Einleitung

Die Versorgungslandschaft für Psychisch Kranke in der Bundesrepublik zeugt von einer extremen Vielfalt. Sie definiert sich über zahlreiche Spezialisierungen und Überspezialisierungen, von denen die forensische Psychiatrie nur einen Teilbereich darstellt. Dieser Teilbereich ist allerdings direkt mit der Frage der Schuldfähigkeit verbunden. Im Unterschied zu anderen Ländern muss hier insbesondere die Fähigkeit zur willentlichen Gestaltung seiner Handlungen untersucht werden, die aufgrund einer Erkrankung eingeschränkt sein kann. Es handelt sich darum eine mögliche Verbindung zwischen einer Geisteskrankheit und der Einschränkung des freien Willens zu unterscheiden. Insofern ist die Frage der Schuld- und Steuerungsfähigkeit hierzulande direkt mit den Fragestellungen verbunden, die die psychischen Krankheiten in ihrer Konzeption selbst berühren. Diese Vorstellungen über die Art der psychischen Erkrankung ist natürlich eine der wesentlichen Grundlagen für das Versorgungssystem, das diesen Patienten angeboten wird. Deshalb muss darüber nachgedacht werden, welche Gründe es gibt, die Basis für die Entwicklung zu der heutigen Fragmentierung des Versorgungsfeldes, das zu den bundesrepublikanischen Besonderheiten gehört, zu bilden.

Anlässlich des Kongresses der DGPM und der DKPM im Jahr 2007 in Nürnberg wurde bezüglich der Fragestellung, ob Deutschland im Bereich der psychosomatischen Medizin eine Schlusslicht- oder eine Spitzenposition halte, von den Kollegen aus Luxemburg, Norwegen und der Schweiz sehr offen darüber diskutiert, dass es sich hier um eine deutsche Spezialität handelt. Sie vertraten die Auffassung, dass das fragmentierte Versorgungssystem für

psychisch kranke Patienten einerseits und psychosomatische Erkrankungen andererseits nicht mit der Spezifität des Faches der psychosomatischen Medizin zusammenhänge, sondern eher mit der Besonderheit der Psychiatriegeschichte in Deutschland. Diese Bemerkung wurde seitens der fachlichen Kapazitäten nicht entsprechend aufgegriffen. Das fehlende Aufgreifen kann nicht mit einer Verkennung erklärt werden. Es handelt sich eher um ein Zeichen für eine Verwerfung, so wie wir es gegenüber traumatisierenden Erlebnissen bei unseren Patienten sehen.

Die politische Kabarettist Dieter Hildebrandt (1988) behandelte diese Fragestellung vor ungefähr 20 Jahren in einem Beitrag von „Scheibenwischer“. Er beschrieb in diesem Beitrag bis zu welchem Punkt die deutsche Medizin Ihre Vergangenheit ignorierte, und dies betrifft nicht nur die Psychiatrie. Er hat in diesem Beitrag zahlreiche Namen von Forschern genannt, die im Bereich der Genetik und der Rassenhygiene gearbeitet haben, trotzdem nach dem Krieg ehrenvolle Ämter bekleideten und die Zukunft der deutschen Medizin bestimmten. In der Psychiatrie und Neurologie zählte er eine Reihe von Forschern auf, die die Psychiatrie trotz ihrer Experimente mit jüdischen Schädeln, weiter beeinflussen durften. So zeigte er zum Beispiel auf, dass Schulz (1936) als Erfinder des autogenen Trainings wohl seine eigene Methode deshalb benutzte, um sich an den Abenden nach den Selektionen der Homosexuellen entspannen zu können. Diese schickte er dann in ein Konzentrationslager, wenn sie vor ihm nicht mit einer Frau kopulieren konnten. Er benannte auch einen gewissen Rauch, der einen erheblichen Einfluss auf die forensische Psychiatrie in Deutschland nehmen konnte, nachdem er über die Schädel vergaster jüdischer Kinder geforscht hatte. Diese Aussagen haben seinerzeit keine Reaktionen auf Seitens der forensisch-psychiatrischen Kollegen provoziert. Von München bis Berlin war es so, als hätte dies niemand zur Kenntnis genommen. Das Wissen um diese Seite der Geschichte war nie Anlass kritischer Überlegungen, sei es gegenüber der therapeutischen Methode oder gegenüber den Konzeptionen, die die psychische Krankheit betreffen. Jeder ein wenig in der Psychoanalyse Erfahrene würde vermuten, dass es sich um einen spezifischen kollektiven Abwehrmechanismus handeln könnte.

Sozialpsychiatrie: Unterschiede zwischen Frankreich und Deutschland

Die folgenden Überlegungen können durch einen deutschen Psychiater vielleicht nur deshalb gemacht werden, weil er die Gelegenheit hatte seine psychiatrische und psychoanalytische Ausbildung in Frankreich zu machen und dies zu einer Zeit lebhafter Veränderungen, wie es in den Jahren nach 1968 in Frankreich der Fall war. Vielleicht kann er diese Überlegungen

auch nur deshalb machen, weil er außerdem die Möglichkeit hatte, die Versorgungsrealität in der Bundesrepublik kennen zu lernen mit ihrem Exzess an Partialisierung und Überspezialisierung. In dieser Entwicklung entspricht die Versorgungslandschaft nicht mehr einem integrativen Behandlungsangebot, sondern eher einer Welt von fragmentarisierten Institutionen, die in ihren Aufspaltungen sehr dem Bild ähneln, das wir von bestimmten Patienten, die wir zu versorgen haben, kennen. Die Forderungen nach einem Versorgungssystem, das versucht die Krankheiten integriert und ganzheitlich zu behandeln, sind im Unterschied zu Frankreich verschwunden. Vielleicht hatte dieser Unterschied zwischen Frankreich und Deutschland etwas mit historischen Verankerungen zu tun.

Die französische Sektorisierung war das Resultat einer Revolte aller in der Psychiatrie Tätigen einschließlich der Psychiater gegen die Grausamkeiten während der Nationalsozialistischen Besatzungszeit, in deren Verlauf ungefähr 40.000 psychisch Kranke in den Anstalten verhungert sind. Das Weißbuch der Psychiatrie (Ey, 1967) war in Frankreich das Resultat dieser Revolte, die mit L. Bonnafé nach dem Krieg begann und im Wesentlichen die Ideen der Einbindung der psychisch Kranken in ein sozialpsychiatrisches, personenbezogenes Versorgungsnetz begründete. Dies ging von dem Krankenhaus in Saint Etienne du Rouvray aus, in dem wesentliche Ideen und Ansätze entwickelt wurden. Das Weißbuch war letztendlich das Ergebnis dieser 20jährigen Überlegung und Grundlage dafür, dass sektorisierte Ansätze in seinem Gefolge ab 1967 zur Regelversorgung gemacht wurden.

In Deutschland ist die Situation des Versorgungssystems, das wir heute haben, in keiner Weise das Ergebnis einer Revolte. Es ist das Ergebnis einer bürokratischen Untersuchung der Psychiatrie, das die Versorgungssituation der psychisch Kranken beschreibt. Diese Untersuchung geschah zu einer Zeit, in der in Italien genauso wie in Frankreich das sozialpsychiatrische Versorgungssystem seit Jahren zum Standard gehörte. In Italien und Frankreich war es nicht anders denkbar, als dass psychisch Kranke in ihren Kommunen behandelt wurden und ihr Ausschluss aus der Gesellschaft massiv kritisiert und zurück gewiesen wurde. Dies betraf ebenso jeglichen karzeralen Ansatz in der Behandlung. Diese Behandlungsstandards waren seit Jahren solide implementiert und stellten die Basis jeglicher psychiatrischen Arbeit dar. Zu dieser Zeit also begann man in der Bundesrepublik unabhängig von den Erfahrungen der Umgebung die Ist-Situation zu erheben, in der für die forensische Psychiatrie eine Schlusslichtposition beschrieben wurde. Zu Beginn der 80ziger Jahre noch wurden die Standards der Versorgung in der Sozialpsychiatrie, die aus Italien bekannt waren, seitens der Direktoren der

psychiatrischen Krankenhäuser extrem kritisch beäugt. Gegenüber den Ideen der französischen Sektorisierung gab es ebenso wie gegenüber der Mehrzahl der psychoanalytischen Gesichtspunkte insbesondere in den Kriminologie den generellen Standpunkt der Ignoranz. Bis heute ist den forensisch Tätigen unbekannt, was die Ergebnisse der Forschungsarbeiten der französischen Fachgesellschaft für die Behandlung aggressiver Straftäter beschreiben. Semistrukturierte Fragebögen zu diesem Thema werden weitgehend ignoriert. Die Schriften von Balier (1996, 1998) über die Erfahrungen zur psychoanalytischen Behandlung von Sexualstraftätern und aggressiven Straftätern sind, folgt man den Zitationen der Ordinarien in der Bundesrepublik, inexistent.

Zudem war das Weißbuch der Psychiatrie in der Bundesrepublik kein Ergebnis einer Revolte der in der Psychiatrie Tätigen gegen die Ideologie der Euthanasie oder ihrer Grundlegungen. Dieses Weißbuch war auch nicht das Ergebnis einer grundsätzlich psychotherapeutischen Grundhaltung in Bezug auf eine integrative Psychiatrie. Die Untersuchungen waren der Ausdruck einer Suche nach technokratisch administrativen Lösungen um das Problem der psychischen Krankheiten zu lösen (s.a Kardoff, 1985).

Das Weißbuch der Psychiatrie hat in Deutschland nicht die Integration der forensischen Psychiatrie in die Gesamtheit der psychiatrischen Kliniken erlaubt. Diese Untersuchung hat auch nicht das Ziel erreicht, dass chronisch psychisch Kranke langfristig wie Patienten behandelt werden. Die Untersuchung erlaubte es auch nicht, dass die Dichotomie zwischen den verschiedenen Behandlungsangeboten für psychisch Kranke aufgehoben wurde, z. B. genauso wenig die Trennung zwischen chronisch psychisch Kranken und Behinderten wie die Unterscheidung, die bei den akuten Erkrankungen Patienten nach dem Kriterium sortiert, ob sie psychiatrischer, d. h. psychopharmakologischer Behandlung bedürfen oder ob sie psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Die verschiedenen Modellprojekte, die nach diesem Weißbuch geschaffen wurden, waren meist zeitlich begrenzt und versuchten die Versorgung partieller Aspekte der Behandlungsschritte in einem Modellprojekt zu erproben. Der Bedarf für integrierte Behandlungsangebote in Analogie zu dem z.B. was die Sektorisierung in Frankreich darstellt, wurde nie erprobt.

Die agnostische Position und ihre Konsequenzen

Diese Entwicklungen haben einen zentralen gemeinsamen Punkt, der die agnostische Position der deutschen Psychiater betrifft. Sie wissen nicht, woher die Krankheit kommt, aber sie

unterstellen stets, dass sie biologischen Ursprungs sei oder dass sie biologisch erklärt werden könnte. Wenn biochemische Veränderungen oder organische Veränderungen beobachtet werden können, so sind diese von vornherein nicht die Konsequenz oder das Resultat eines psychischen Prozesses, sondern sie werden immer sofort als Basis dieses Prozesses verstanden. Die psychiatrische Position ähnelt der, die Singer und Israel in der Mitte der achtziger Jahre anlässlich des Streites um die Einführung des ICD-9 beschrieben: Der Fortschritt in dieser Art, die Diagnostik in der Psychiatrie zu betreiben, ist immens. Es ist als würde man in der inneren Medizin die Standards der Medizin des 18. Jahrhunderts wieder benutzen und als würde man die Diagnose der Hepatitis nicht mehr nach dem serologischen Typ des Virus stellen, der sie verursacht, sondern nach dem Grad der Gelbfärbung der Haut.

Diese Entwicklung in der Bundesrepublik ist das Resultat psychopathologischer Überlegungen, die auf einem Artikel von Jaspers (1910) basieren. In diesem grundlegenden Artikel beschreibt er gegenüber den Psychosen in Übereinstimmungen mit den Sichtweisen von Kraepelin und Bleuler die Unterschiede zwischen den chronischen schizophrenen Psychosen und den chronischen, nicht schizophrenen Psychosen. Die einen entwickeln sich in Kontinuität mit der vorherigen Persönlichkeit in ihren wahnhaften Komplikationen, die anderen entwickeln sich in einer gewissen Ruptur zu dem vorherigen Leben und zu der vorherigen Persönlichkeit. In diesem Sinne beschreibt er teilweise auch das, was die französische Psychopathologie, die sich auf Bleuler und Kraepelin beruft, beschreibt. Dies gilt insbesondere auch in den Beschreibungen Jaspers zu den Entwicklungen der so genannten „leidenschaftlichen Psychosen“, in denen der Wahn von einer fixen Idee ausgeht. Diese hat einen leidenschaftlichen Inhalt, und ihre Entwicklung geschieht in der Kontinuität der Persönlichkeitsstruktur, deren Eigenschaften und Qualitäten sich der Wahn in seiner Entwicklung bedient. Dieser Wahn klebt an der Realität, er ist verständlich, meist logisch, aber ist nichtsdestotrotz ein Wahn. Jaspers beschreibt auch nichts ungewöhnliches, wenn er von den schizophrenen Psychosen spricht, in denen der Wahn und die Halluzinationen zunächst nicht logisch erscheinen. Zunächst vielleicht auch die eine oder andere Idee nicht verständlich sein und sich scheinbar nicht direkt mit der Geschichte des Patienten verbinden. In diesem Sinne sind die Symptome nicht sofort verständlich und logisch.

In der Entwicklung der hier aufgeworfenen Ideen wird der schizophrene Wahn zum Typ selbst der Geisteskrankheit. Er wird zunehmend stärker als ein Phänomen beschrieben, das nicht einfühlbar, das nicht verständlich ist, das nicht logisch ist und das wie eine Art Fremd-

körper in das vorher geordnete Leben eindringt und dadurch eine Ruptur darstellt. Vor einer derartigen Grundposition ist es unnötig, halluzinatorischen oder wahnhaften Phänomenen zuzuhören. Es ist unnötig zu versuchen diese zu verstehen. Der berühmte Rauch (1960) definiert später, dass je verständlicher eine Sache sei, desto weniger sei sie krankhaft. Ist also etwas krank, hat es niemand notwendig, dem zu zuhören.

In der folgenden Entwicklung in Deutschland wird die Paranoia und werden die leidenschaftlichen Psychosen zu einem Problem, das sich auf die zu Grunde liegenden schweren Störungen der Persönlichkeit reduzieren, die bereits vor der wahnhaften Entwicklung existieren. Wenn es nicht verständlich ist, kann man nicht zuhören, und wenn man dem Wahn nicht zuhört, verschwindet nach und nach die Unterscheidung, die aus der französischen Tradition bekannt ist, z. B. zwischen den Wahnzuständen, die eine logische Verbindung mit der Realität haben und denen, die diese Beziehung nicht aufweisen. Diese Entwicklung muss da enden, dass alle psychotischen Zustände im Wesentlichen im Bereich der schizophrenieformen Störungen zugeordnet werden - außerhalb natürlich depressiver und manischer Zustände. Parallel hierzu wird dann die Paranoia ein Problem, das sich auf Persönlichkeitsstörungen reduzieren lässt. Dies war die Situation bei der Machtübernahme. Die grundlegende Position bestand darin, dass die Geisteskrankheit der Einbruch des Unverständlichen, nicht Nachvollziehbaren und nicht Einfühlbaren in das vorher geordnete Leben darstellt. Diese Konzeption der geistigen Krankheit war auch die Basis für die wissenschaftliche Begründung der Euthanasie und die Erklärung ihres wohlwollenden Charakters.

Dies hatte einerseits zur Konsequenz, dass sich das Feld der Schizophrenie immens erweiterte. Dieses Arbeitsfeld war verbunden mit dem Mangel an Empathiefähigkeit, Logik und Verantwortungsfähigkeit, aber auch Autonomie und autonomer Entscheidungsfähigkeit des Patienten. Er brauchte somit nicht mehr zugehört zu werden. Die anderen Krankheiten einschließlich zumindest teilweise der Neurosen wurden als „Variation der Norm“ verstanden (s.a. Schneider, 1966). Diese Krankheiten, die zur Variation der Norm erklärt wurden, belegten ein Feld, in dem es natürlich Störungen gab, aber diese wurden nicht als krankhaft betrachtet, und sie waren auch, zumindest zum Teil, kein Objekt von Behandlung. Dieser Variation der Norm wurden insbesondere auch die Abhängigkeitserkrankung, die Störung der Persönlichkeit und die sexuellen Deviationen zugerechnet. Die betroffenen Patienten wurden als haltlos betrachtet, amoralisch und minderwertig. Sie bedurften der pädagogischen Führung und Nacherziehung und der Disziplinierung. Hieraus ist abzuleiten, dass kriminelle Patienten,

die unter diesen Störungen litten oder als psychopathisch bezeichnet wurden, lediglich böse- artig waren, haltlos und insofern eine minderwertige Spezies, für die es außer der Sanktion keine entsprechend adäquate Antwort geben konnte, gegebenenfalls die Umerziehung. Sie repräsentierten auf jeden Fall eine Kategorie von Patienten, bei denen es galt, die Psychiatrie zu beschützen. Insofern war diese Position auch nicht isoliert, denn auch Henri Ey (1978) hielt diese Personen sowohl für die psychiatrische als auch für die poenale Behandlung für ungeeignet. Hier gibt es also eine konzeptionelle Grundlage, die eine erste Spaltung produ- ziert:

- einerseits gibt es die wahren psychisch Kranken, die – außerhalb der affektiven Psychosen - an den verschiedenen Formen der Schizophrenie leiden und der einige andere wahnhafte und halluzinatorische Störungen zugerechnet wurden.
- Andererseits gibt es Personen, die natürlich einige Störungen haben, aber die, weil es sich ja nur um eine Variation der Norm handelte, nicht als Krankheit begriffen wurden. Sie hatten somit kein Recht und keinen Zugang zur Versorgung oder sie hatten lediglich einen extrem reduzierten Zugang zu Versorgungssystemen. Dies galt zum Beispiel bis 1968 für Alkoholranke oder für Personen, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen litten. Die Anerkennung 1968 der Alkoholabhängigkeit als Erkrankung ist auch nicht Ergebnis des Kampfes besonders fortschrittlicher Psychiater, sondern Ergebnis der Rechtsprechung.

Zur Funktion der forensischen Psychiatrie in der Definition des Pathologischen

Parallel zu diesen Entwicklungen gegenüber dem beschriebenen grundlegenden Krankheits- verständnis entwickelten sich auch die Therapieangebote um Fragestellungen herum, die mit der forensischen Psychiatrie in Verbindung standen. Die spezifischen Gesichtspunkte der forensischen Psychiatrie waren für die Überlegungen in der allgemeinen Psychiatrie struktu- rierender als in anderen Ländern, denn in der Forensischen Psychiatrie stellt sich die Frage danach, was krankhaft ist und somit von Relevanz für die Schuldfähigkeit und was nicht krankhaft ist, besonders akzentuiert. Die Reduktion oder die Aufhebung der Steuerungsfähig- keit hat schließlich seit 1933 zur Konsequenz, dass die betroffenen Patienten in der Psychia- trie versorgt werden mussten und nicht ins Gefängnis kamen. Deshalb musste die forensische Psychiatrie in der Bundesrepublik gegenüber den diagnostischen Möglichkeiten einen ver- gleichbar größeren Einfluss nehmen, als in anderen Ländern. Gegenüber der Krankheits- definition galt es nämlich die Psychiatrie aus Sicht der forensischen Psychiater davor zu

bewahren, dass es einen „Dambruch“ gäbe, der dafür sorgen könnte, dass die Psychiatrie mit dem sozialen Problem der Kriminalität überschwemmt würde.

Es ist zu bemerken, dass eine Reihe forensischer Psychiater bei der Ausarbeitung der psychopathologischen Grundlagen mitwirkte, die die schweren Störungen der Persönlichkeit und die Psychopathie aus der psychiatrischen Versorgungslandschaft ausklammerten, indem sie diese nicht als Krankheit deklarierten, sondern als Variation der Norm, die nicht unter dem juristischen Begriff der krankhaften seelischen Störung subsumiert wurde, sondern unter dem juristischen Etikett der „anderen seelischen Abhängigkeit“, deren Schwere im Einzelfall zu belegen ist. Dieser Überbegriff ist direkt verbunden mit dem Mangel an Verständlichkeit, der der psychischen Krankheit unterstellt wird. Bei den Persönlichkeitsstörungen gibt es etwas zu verstehen und gegenüber diesem Paradigma musste dieser Zustand aus der Psychiatrie ausgeschlossen werden. In diesem Sinne hat Rauch wiederholt darauf bestanden, dass ein Phänomen umso gesünder sei, je verständlicher es sei. Insofern war das Verständnis bestimmter kriminogener Prozesse, dass wiederholt festgestellt werden konnte, ein Zeichen dafür, dass es sich nicht um etwas Krankhaftes handeln konnte. Unter dem Blickwinkel ist für den deutschen Psychiater der Verrückte immer noch derjenige, der unverständlich ist.

Die Trennung zwischen normal und pathologisch entwickelte sich aber nicht nur in der forensischen Psychiatrie. Das grundlegende Verständnis der Ruptur zwischen dem krankhaften und dem gesunden Zustand zeigt sich auch in den Versuchen, bestimmte pathologische Zustandsbilder aus dem psychiatrischen Versorgungssystem auszuschließen.

Funktion der forensischen Psychiatrie in dem Ausschluss bestimmter Pathologien

In der forensischen Psychiatrie verbindet sich der Ausschluss bestimmter Pathologien gegenüber zwei Fragestellungen:

- einerseits im Bereich des Verantwortungsgrades der sich mit folgenden Diagnosen verbindet:
 - den schweren Störungen der Persönlichkeit,
 - den Abhängigkeitserkrankungen und
 - den Neurosen;

- zum anderen durch die Effekte im Bereich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bestimmter psychischer Störungen, die nicht pathologisch sind, unter denen wir die affektiven Ausnahmesituationen verstehen, die z.B. bei den Affekttaten zu beobachten sind.

In der allgemeinen Psychiatrie verbindet sich dieses Problem des Ausschlusses, eines Krankheitsbildes aufgrund von Befürchtungen des ‚Dammbruches‘, mit der Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörungen, der psychoreaktiven Störungen nach gravierenden Traumata.

Historisch hätte die Diskussion um die implizite und explizite Gewichtung des Rupturbegriffes nach dem 2. Weltkrieg anlässlich der Probleme explodieren müssen, die sich mit den Opfern des Holocaust verbanden. In Anwendung der Paradigmen der Ruptur gab es entweder die Möglichkeit einer Geisteskrankheit als Einbruch des Unverständlichen in das intakte vorherige Leben oder als Variation der Norm. Wenn man dieses Paradigma gegenüber den psychoreaktiven Störungen nach gravierenden Traumata anwandte, dann schloss es die Existenz dieser Störungen aus. Wenn dieser Bruch nicht bereits implizit vorher im Inneren der Person vorhanden gewesen wäre, dann hätte das Trauma nicht derartige pathologische Konsequenzen haben können. Ansonsten wäre ja plötzlich die Psychiatrie verständlich. Entweder gab es bereits vor dem Trauma eine Persönlichkeit, die in sich die Keime der Ruptur trug. Wenn dies der Fall wäre, dann wäre die posttraumatische Störung diesem Keim gegenüber verbunden und nicht dem Trauma.

Die deutsche Psychiatrie verfolgte dieses Paradigma nach dem Ende des 1. Weltkrieges wo sich, folgt man den Überlegungen von Leonhard (2002), ein medizinisch-militärischer oder psychiatrisch-militärischer Komplex bildete, der die psychiatrische Diskussion stark bestimmte. Es handelte sich darum um jeden Preis zu vermeiden, dass die Soldaten, die traumatisiert von den Schlachtfeldern in Verdun zurückkamen und als „Kriegszitterer“ der Behandlung bedurften, als traumatisiert anerkannt wurden. Leonhard wählte ausdrücklich den Begriff des medizinisch- bzw. psychiatrisch-militärischen Komplexes, weil er ihm die gleichen Auswirkungen zuschrieb wie in der jüngsten Geschichte dem industriell-militärischen Komplex der UdSSR. Dieser Komplex hatte eine determinierende Kraft gegenüber den psychopathologischen Überlegungen vor, während und nach der Nazi-Zeit. 1958 beschrieb Ulrich Venzlaff die Symptomatologie der psychoreaktiven Störungen nach traumatisierenden

Erlebnissen. In dieser Arbeit kritisierte er die grundlegenden Konzeptionen der Heidelberger Schule. Seine Arbeit war die Basis der Entschädigungsprozesse für die Opfer der Konzentrationslager. Leider hat dies nicht zu dem notwendigen Aufstand gegen die grundlegende Idee der Heidelberger Schule geführt.

Eine andere Frage der Überlegung ist direkt mit der Fragestellung verbunden, die die forensische Psychiatrie im Bereich der Schuldfähigkeit beschreibt. In welchem Umfang sind affektive Ausnahmezustände verständlich im Bereich eines soziopsychologischen Kontextes und können trotzdem zu einer Verringerung der Steuerungsfähigkeit führen? Die Psychiatrie versuchte zunächst diese Kategorie außerhalb der psychiatrischen Begutachtung zu belassen. Dennoch hat der BGH hier anders entschieden.

W. Rasch (1964) und H. Sass (1993) haben sich besonders um diese Situationen affektiver Ausnahmezustände bemüht. In ihren Arbeiten beschreiben sie Aspekte wie:

- Welche Symptome und welche Zeichen beschreiben die Entwicklung und den Ablauf?
- Welche Art von Verbindung besteht zwischen Täter und Opfer vor der Tat?
- Wie verläuft die Tat selbst?
- Was geschieht kurz vorher und nachher?
- Welche spezifischen Zeichen sind zu beobachten, die den Zustand einer affektiv zugespitzten Situation bestätigen?

Die 10 von Sass letztendlich festgehaltenen Kriterien (1983) sind kritisiert, stellen aber die Standardbasis der Diagnostik und Begutachtung dar. Das, was in diesen Texten wenig diskutiert wird, ist die Verbindung zwischen dem Konflikt, der häufig seit geraumer Zeit andauerte und beide Partner auslaugte einerseits, und der Situation des affektiven Durchbruches andererseits. Diese Beschreibungen können als ein Resultat einer impliziten Anwendung des Rupturbegriffs verstanden werden.

Rasch (1964) beschreibt in seinen klinischen Fällen über die Tötung des Intimpartners langfristige Beziehungen zwischen verheirateten Partnern, bei denen es im Verlauf der Entwicklung vor der Tat manifeste leidenschaftliche Entwicklungen gegeben hat. Die prädeliktuelle Entwicklung zeugt von Symptomen, die dem entsprechen, was in der klassischen französischen Psychopathologie als Beschreibung der leidenschaftlichen Entwicklung festgelegt

wurde, bevor es zum Ausbruch des Wahns im Verlauf der leidenschaftlichen Psychosen kommt. Diese psychopathologischen Symptome waren eindeutig zu beobachten.

Rasch (1964) sieht keine Verbindung zwischen dieser Entwicklung einerseits bei dem Täter und der Situation im Bruch. Die Situation muss emotional akzentuiert sein. Das Geschehen hat einen plötzlichen Anfang und ein plötzliches Ende, in dem Sinne einen rechtwinkligen Verlauf. Es folgt ein Schockzustand beim Täter mit einem Fehlen von Erinnerung. Das, was frappierend ist: Trotz der konkreten und detaillierten Beschreibung der leidenschaftlichen Entwicklung vor der Tat wird die Verbindung zwischen der Tat, ihrem Ablauf einerseits und der leidenschaftlichen Entwicklungen andererseits nicht gemacht. Stattdessen behandelt man diesen affektiven Ausnahmezustand als wäre er der Einbruch des Nichtverständlichen in das vorher geordnete Leben, indem die leidenschaftliche Entwicklung, die wiederholten Enttäuschungen, die mit ihrer Zuspitzung verbunden waren, lediglich einen schwächenden Faktor darstellen gegenüber den Widerstandsfähigkeiten im Allgemeinen des Täters. Es ist so, als hätte man die klassische Unterscheidung zwischen Affekt und Leidenschaft in dem Sinne missverstanden, als wären leidenschaftliche Prozesse zum einen nicht mehr dem Bereich der Psychiatrie zuzuordnen und als gäbe es emotionale Ausbrüche lediglich im Affekt, denn Leidenschaft ist ja emotionslos.

Der dritte Sektor, der vollständigheitshalber erwähnt werden muss, betrifft die Frage der Verantwortung Abhängigkeitskranker und der Verantwortungsfähigkeit von schwer Persönlichkeitsgestörten insbesondere aus dem Bereich der narzisstischen Störungen. Natürlich stellt diese Frage implizit immer auch die Frage danach, ob man es mit einem Kranken oder einem Kriminellen zu tun hat, ob man ihn bestrafen oder behandeln muss. In diesem Sinne wäre es für das deutsche Versorgungssystem besser gewesen, wenn es in seinen Antworten auf die Kriminalität Gestörter die Unterscheidung in vier Orte der Behandlung aufrecht erhalten hätte und hiermit ermöglicht hätte, dass effektiv für die schwer Persönlichkeitsgestörten ein adäquater Ort der Behandlung geschaffen worden wäre. Damit wäre vielleicht der Streit um die falschen Patienten in der falschen Institution vermeidbar gewesen. Stellten die schwer persönlichkeitsgestörten Patienten zum Teil bis zu 70 % der Patienten dar, die in bestimmten Abteilungen der forensischen Psychiatrie versorgt wurden, ist zunehmend zu beobachten, dass sie unter den Begriffen der Unbehandelbarkeit entweder aus der forensischen Psychiatrie ausgeschlossen werden, indem sie in die Haft verlegt werden, gegebenenfalls in die Sicherungsverwahrung oder in die so genannten Long-Stay-Units. Umgekehrt ist zu beobachten,

dass in bestimmten Bundesländern dieser Bereich der Diagnostik keinen Zugangsweg mehr zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus darstellt, so z.B. in Sachsen-Anhalt, von wo berichtet wurde, dass im Jahre 2006 kein Patient wegen einer Persönlichkeitsstörung gemäß § 64 StGB untergebracht wurde.

Die Definition des Pathologischen und das Menschenbild

Die Konzeption eines Bruchs als Basis für die Psychopathologie repräsentiert eine Reduktion, die intensiv mit einem zugrunde liegenden Menschenbild verbunden ist. Natürlich darf bei dieser Reduktion die Überzeugung nicht vergessen werden, dass es sich bei diesem Prozess um einen Prozess mit biologisch organischer Grundlage handelt.

In der Praxis: Organische Veränderungen, die festgestellt werden, sind in dieser Betrachtungsweise natürlich immer Grundlage der beobachteten Entwicklung. Eine Hinterfragung derartiger Überzeugungen ist unnötig. So werden bestimmte organische Veränderungen in den Hirnen von Sexualdelinquenten natürlich zur Basis ihres Verhaltens. Diese Überzeugung nährt die Hoffnung, eines Tages das anatomische Zentrum für diese Verhaltensweisen zu finden, das nur ausgeschaltet werden müsste, um diese Patienten zu heilen. Nicht berücksichtigt werden in dieser Diskussion bezeichnenderweise Feststellungen bei Personen, die unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, bei denen man eben solche organischen Modifikationen auch findet. Genauso wenig nimmt man Forschungen zur Kenntnis, die belegen, dass bestimmte psychotherapeutische Vorgehensweisen nach festgestellten klinischen Erfolgen auch zu veränderten neurologischen Bildern führen können. Dies ist aber zunächst einmal eine nur eine oberflächliche Kritik der direkt organizistischen Sichtweise der Geisteskrankheit.

Der Begriff der Ruptur basiert aber nicht nur auf den Hypothesen, dass es eine organische Grundlage für die Geisteskrankheit gibt, so wie den Tuberkelbazillus für die Tuberkulose. Der Begriff der Ruptur beschreibt insbesondere auch, dass die von der Krankheit betroffene Person durch die Krankheit außerhalb der gedanklichen Kontinuität ihres Lebens gerückt wird. Der Einbruch des Unverständlichen, Unlogischen, Nicht-Einfühlbaren in das vorher geordnete Leben reißt die Person außerhalb ihres Lebenslaufes. Diese Konzeption reißt die Krankheit außerhalb alles dessen, was sie mit der sprachlichen Umgebung verbindet. Indem Unverständlichkeit und Uneinfühlbarkeit unterstellt wird, gleitet die Krankheit außerhalb der menschlichen Kommunikation. Ohne Sensibilität im Sinne der Empathie, ohne logische Folge der

Gedanken wird die Krankheit zum Einbruch in die Kontinuität eines Lebens. So wird dieser Mensch außerhalb der kommunikativen Fähigkeiten gerückt und dies betrifft auch seine historische Existenz als Mensch.

Über diese Konstruktion wird der Mensch als Kranker außerhalb der *Conditio Humana* gerückt, wenn man hierfür als Definition die Überlegungen von Legendre heranzieht. In seinem Buch „Das Verbrechen des Gefreiten Lortie“ (1981) bemerkt er, dass der Mensch sich nicht zum Menschen definiert über seine Genetik, sondern über die Tatsache, dass er einerseits dem Tabu des Inzests unterworfen ist, und andererseits dem Gesetz der Sprache. Bei ihm ist die *Conditio Humana* über die Sprache definiert, die das Verbot des Inzests übermittelt und zum Ergebnis hat, dass alle Menschen, auch die Väter, nichts anderes sind als Brüder, die dem gleichen Recht unterliegen. In seinem Buch über den Mord erklärt er detailliert, wie die Reduktion der nazistischen Ideologie dafür sorgte, dass die Frage des Menschenseins sich auf eine Frage des Fleisches reduzierte. Diese „schlächterische Version“ wurde zur Basis von Lösungen in den Konzentrationslagern für solche Menschen, die als minderwertig betrachtet wurden. Wenn man diese Überlegungen auf die Psychiatrie anwendet, findet sie ihr Äquivalent in der Euthanasie. Legendre erzählt klar in diesem Sinne, dass die Reduktion des Menschen auf eine Frage des Fleisches keine deutsche Spezialität sei, sondern dass sie in mehreren Ideologien verankert wäre und somit kein Spezifikum einer Sprache oder eines Volkes.

Bei dieser Frage des Fleisches ist die Psychiatrie erneut angelangt. Diese Frage kann heutzutage nicht als deutsches Phänomen bezeichnet werden, sondern sie ist ein schleichendes Phänomen, demgegenüber die Psychiatrie nicht bemerkt hat, dass die Naziideologie sich unbemerkt in den tautologischen Erklärungen der internationalen Klassifikationen gemäß ICD-10 oder DSM IV eingeschlichen hat. Die Basis der hier beschriebenen Konzeptionen unterstellt einen Bruch in der Historizität der menschlichen Existenz. Diese Unverständlichkeit im Sinne eines sprachlichen Prozesses ergibt als Basis ein Menschenbild, in dem die Geisteskrankheit aus dem sprachlichen Feld ausgeschlossen ist und die somit lediglich als eine Frage des Fleisches behandelt werden kann.

Die Krankheiten werden nicht verstanden, sondern beschrieben ausschließlich in der Form dessen, was sichtbar ist. So gerät die Krankheit außerhalb des sozialen und historischen Diskurses zumindest für die Zeit der akuten Erkrankung. Außerdem erscheint sie als Krankheit

nicht der Diskussion zugänglich. Über diese Definition fehlen die Qualitäten, die Legendre für die *Conditio Humana* als Basis beschreibt.

Diese historische Frage besagt unter anderem, dass die menschliche Geschichte und menschliche Bedingungen nicht ohne Sprache denkbar sind. Es gibt keine Geschichte ohne Sprache, weder individuell noch kollektiv. Und Geschichte ist nur verständlich, wenn sie Empathie und Einfühlbarkeit beinhaltet, Qualitäten, die der psychischen Krankheit in dieser Konzeption abgesprochen werden. Die Spaltungen im Menschenbild und in den Therapieangeboten, die Versorgungslandschaft entspricht dieser Konzeption, die eben beschrieben wurde.

Menschenbild und Versorgungslandschaft

Die psychiatrische Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik hatte vor der Psychiatrie-enquete keinerlei rehabilitative Zielsetzungen. Sie war karzeral ausgerichtet. Aus diesem Grund gab es auch keine Schwierigkeiten, die Patienten, die sowohl krank als auch kriminell waren, in den allgemein psychiatrischen Angeboten zu betreuen. In Anbetracht des allgemeinen karzeralen Charakters, störten sie auch kaum die therapeutischen Abläufe in den Abteilungen. Ohne reintegratives Ziel konnte man sie auch mit den anderen Patienten vermischen. Bis zum Ende der siebziger Jahre gab es mit den festen Häusern zumindest ein Krankenhaus pro Land, in dem besonders gesicherte Abteilungen für psychisch Kranke, die gefährlich waren, zur Verfügung standen. Diese Abteilungen waren bis zur Psychiatrie-enquete nicht psychisch kranken Rechtsbrechern vorbehalten, sondern dienten der gesicherten Unterbringung aller psychisch Kranken, die als gefährlich betrachtet wurden.

Die Einführung einer sozialen Sichtweise und eines rehabilitativen Ziels in die Psychiatrie entsprach auch nicht einer globalen interdisziplinären Sichtweise der Behandlung und Betreuung. Ganzheitliche Konzepte hatten hier wenig zu suchen. Es handelte sich eher um das Nebeneinandersetzen von Detailkonzeptionen, in denen jedes spezialisierte Angebot eine Zielsetzung hatte und gegenüber jedem anderen Angebot wie aufeinander folgende Schritte dann zu einer Behandlungskette führte. Die Politik der kleinen Schritte sah Institutionen für die Tagesbehandlung, die Nachtbehandlung, ambulante Betreuungsangebote, Beratungsangebote, dezentralisierte Institutionen neben den vollstationären Abteilungen in der Nähe des Wohnortes vor. Aber die Idee, die die Basis der Sektorsierung in Frankreich darstellte, nämlich im Sektor eine globale ganzheitliche Versorgungsmöglichkeit für alle Patienten anzubieten, und dies in einer Kontinuität der persönlichen Versorgung, sprich auch der Wahrung der therapeutischen Bindung, wurde nicht aufgegriffen. Die deutsche Version war

eine technokratische Umsetzung aufeinander folgender kleiner Schritte in einem Rehabilitationsprozess so wie man ihn sich auch in der somatischen Medizin vorstellt, in der die eingesetzten Mittel wesentlich wichtiger sind als die Beziehung. In der deutschen Version begleitete man nicht den Patienten durch unterschiedlich intensive Orte der Versorgung im Sinne einer persönlichen Begleitung, sondern man nahm den Patienten und transplantierte ihn von einem Ort intensiver Versorgung zu einem Ort weniger intensiver Versorgung bis er letztendlich rehabilitiert wäre.

Die Katastrophe in der ein derartiges abgestuftes Behandlungsangebot in der forensischen Psychiatrie führen kann, wurde von Rasch (1984) ausführlich in den Beschreibungen der Versorgungsangebote der Klinik in Eickelborn beschrieben. Er wies darauf hin, dass eine derartige Organisation ausschließlich dazu führen konnte, Psychiaters „liebstem Spiel“ zu frönen, dem der „Abschiebe schwieriger Patienten“. In diesem Sinne entwickelte man Strategien gegenüber der Behandlung psychisch Kranker, die eher den Mechanismen und Automatismen der somatischen Medizin ähnelten, als den Bedürfnissen einer Beziehungskontinuität. Aber warum sollte man der Beziehung eine bestimmte Gewichtung in dem Versorgungssystem geben, wenn doch die Erkrankung auf jeden Fall der Einbruch des Unverständlichen und Nicht-Einfühlbaren war?

Vor diesem Hintergrund entwickelten sich die Angebote in Institutionen der stationären Vollversorgung in der Nähe der Wohnorte. Aber diese Angebote betrachteten sich nicht für die Gesamtheit der Patienten des Wohnorts zuständig, sondern delegierten bereits bestimmte unbeliebte Aufgaben. Im Allgemeinen war in diesen Institutionen der Patient der forensischen Psychiatrie ausgeschlossen. Zusätzlich schlossen bestimmte Institutionen die Psychisch Kranken aus, die auch geistig behindert waren und zwangen die früheren Großkrankenhäuser dazu, außerhalb der sektorierten Versorgung die Betreuung dieser Patienten sicherzustellen. Weitergehend schlossen bestimmte Institutionen auch bestimmte Erkrankungen, wie z.B. die stoffgebundenen Abhängigkeiten, aus oder Patienten, bei denen das Ausmaß der Gewalt vor der Behandlung erheblich war. So konnte sich eine Art technokratischer Überspezialisierung entwickeln, die eher das als Klientel betreute, was die Institution für sinnvoll hielt, als das, was der örtliche Bedarf war.

Innerhalb diesen ideologischen Konstellationen spielte gegenüber dem Versorgungssystem in der Psychiatrie die Tatsache eine wesentliche Rolle, dass die Sozialversicherungssysteme sich

weigerten, die Kosten für lang andauernde Krankenhausbehandlung chronisch psychisch Kranker zu bezahlen. Im Unterschied zu chronisch somatischen Erkrankungen sahen die Krankenkassen ihre Aufgabe nicht darin, psychisch Kranke wie verfassungsgemäß gefordert, genauso langfristig stationär bei Bedarf behandeln zu lassen wie die somatisch Kranken. In weiten Bereichen waren die Kosten in den achtziger Jahren, die durch chronisch psychisch Kranke verursacht wurden, im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu Lasten der Sozialhilfe verlagert. Dies dauerte bis Anfang der neunziger Jahre, bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegeversicherung eingeführt wurde, die relativ schnell die Kosten für die dann als Heimaufenthalte umdeklarierten Behandlungen übernahm. Es war die im technokratischen System übliche und gegenüber einem enthumanisierten Krankheitsbegriff notwendige logische Konsequenz, dass chronisch psychisch Kranke behindert und nicht krank waren.

Abgesehen davon leidet die Versorgung Psychisch Kranker auch unter der ansonsten für die Bundesrepublik ganz spezifisch – weltweit einzigartig finanzierten, doppelten Krankenversorgung, in der:

- die Krankenversicherungen die Heilbehandlung für eine Krankheit bezahlen;
- die Rentenversicherung die Maßnahmen der Rehabilitation bezahlen, die sicherstellen sollen, dass ein Patient beruflich wieder eingegliedert werden kann, indem ihm bestimmte Angebote aus dem Kurwesen aufoktruiert werden
- und letztlich, wenn keins der beiden Systeme zahlt, obliegen die Kosten der Sozialhilfe.

Die eben genannten Maßnahmen beruflicher Rehabilitation im psychischen Fach waren zunächst lediglich für die Alkoholabhängigen, dann für Patienten mit stoffgebundenen Abhängigkeiten vorgesehen. Später erweiterte sich diese Form des Behandlungsangebotes auf die psychosomatischen Erkrankungen und letztlich auch auf die psychiatrischen Erkrankungen.

Die Spaltungen im psychiatrischen Versorgungssystem und seiner Komplexität werden noch deutlicher, wenn man gegenüber den Behandlungsangeboten beschreibt:

- zum einen die zahlenden Instanzen,
- zum anderen die Orte, wo die Versorgung sichergestellt wird,

- und die Klientel, die von diesen Systemen ausgeschlossen sind und gar nicht versorgt werden.

Aus der Sichtweise der Bezahler gibt es vier Arten von Institutionen:

- Die Versorgung der psychisch Kranken in der forensischen Psychiatrie wird durch den Staat bezahlt.
- Die Versorgung der psychisch Kranken im Allgemeinen im Bereich der akuten Erkrankungen in den psychiatrischen Krankenhäusern, den Abteilungen für Psychiatrie in den allgemeinen Krankenhäusern und den Abteilungen für psychosomatische Medizin werden durch die Krankenkassen finanziert. Hier gibt es aber deutliche Beschränkungen in der Zeitdauer, für die diese Behandlungskosten übernommen werden.
- Die sozialmedizinischen Angebote der beruflichen Rehabilitation für psychisch Kranke und psychosomatische Patienten werden durch die Rentenversicherungsträger in dem Ausmaß finanziert, in dem sie sich strikt darauf beschränken, Angebote der beruflichen Rehabilitation darzustellen.
- Die Kosten für chronisch Kranke, die langfristige Hilfestellungen brauchen, werden durch die Pflegeversicherungen übernommen, analog zu den Kostenübernahmen für Alte und Gebrechliche in Pflegeheimen. Pflegerische Hilfsangebote ersetzen also langfristige therapeutische Angebote. Gegen den Widerstand vieler Psychiater wurde hier die Ungleichbehandlung der psychisch Kranken, die nicht verfassungskonform ist, durch ein trickreiches linguistisches Spiel wieder eingeführt, sodass die großen psychiatrischen Landeskrankenhäuser unverändert so weiter existieren können. Die früheren Langzeitpatienten existieren als Bewohner der Heime weiter.

Gemäß den therapeutischen Konzeptionen, Indikationen und Behandlungsbereiche unterteilen sich die therapeutischen Angebote im Spaltungsprozess wie folgt:

- Die Krankheiten aus dem Bereich der stoffgebundenen Abhängigkeiten (F10 – F19) werden außerhalb der akuten Krisenzustände weder in den Abteilungen für Psychiatrie, noch für psychosomatische Medizin versorgt, sondern ausschließlich in den arbeitsrehabilitativen Angeboten der Sozialmedizin, die von den Rentenversicherungen getragen werden, unter der Bedingung, dass es sich um die Wieder-

herstellung der Arbeitsfähigkeit handelt. Tendenzen diese Spaltung zu überwinden bestehen allerdings in den Suchthilfenetzwerken.

- Die akuten und chronischen Psychosen (F20 – F29) werden in der regulären Psychiatrie, in den psychiatrischen Krankenhäusern, den Abteilungen für Psychiatrie in den allgemeinen Krankenhäusern während der akuten Behandlungsdauer behandelt und als chronisch Kranke im Anschluss daran in Heimen für psychisch Behinderte.
- Die affektiven Störungen (F30 – F39) sind ein gespaltenes Feld. Je stärker die medikamentöse Behandlung im Vordergrund des Behandlungsbedarfes steht, um so stärker wird der betroffene Patient im Bereich der Psychiatrie versorgt, wenn die Therapie eher im Bereich psychotherapeutischer Angebote zu suchen ist, um so eher findet sich der Patient im Bereich der psychosomatischen Medizin wieder. Ein schöner Kampfplatz für alle die Fälle, die ein wenig schwierig sind und aufgrund der Schwierigkeit natürlich im eigenen Krankenhaus oder in der eigenen Abteilung immer ungelegen kommen. Sie sind dann besser im Nachbarangebot betreut. Wir befinden uns vor einer der Spielarten, in denen nicht der Widerstand behandelt wird, sondern nur gemeinsam mit dem Patienten agiert werden kann.
- Die Angebote für neurotische und somatoforme Störungen (F40 – F48) bleiben natürlich in den Händen der Abteilung für psychosomatische Medizin, solange wie die Patienten sich krank fühlen und dies wollen.

In der deutschen Diktion sollen chronisch psychisch Kranke rehabilitiert werden. Es gibt derartige Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker. Wesentlich mehr derartige Institutionen der beruflichen Rehabilitation wenden sich den psychosomatischen Krankheiten zu, die Mehrzahl den Abhängigkeitskranken. Die ausschließliche Sichtweise der rehabilitativen Behandlungen ist die Wiedereingliederung in die Arbeit, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder die Vermeidung des Eintritts einer Arbeitsunfähigkeit. Ein großer Teil der Behandlungsangebote aus den Bereichen der Arbeitstherapie und –erprobung muss in den therapeutischen Konzepten besonders berücksichtigt werden. Wenn man davon ausgeht, dass 95 % der Behandlung der Drogenabhängigen und der Alkoholkranken in derartigen spezialisierten Einrichtungen, die zudem auch noch relativ zentralisiert sind, durchgeführt werden, kann man sich die therapeutischen Konsequenzen ausrechnen. Sie widerspricht dem Gedanken der Sektorsierung und macht Rehabilitation nicht zu einem sprachlich psychosozialen Akt der Wiedereingliederung vor Ort, sondern zu einer auf den Einzelnen ausgerichteten, vom Heimtort getrennten Maßnahme zur Schaffung von Ressourcen oder der

Behebung von Behinderungen. In den Zielrichtungen ist in der Praxis ein großer Teil der therapeutischen Aufwendungen diesen Erwartungen der Rentenversicherungsträger entsprechend organisiert unter der Form der Arbeitstherapie bis hin zur Arbeitserprobung. Sieht man die Gewichtung dieser Anteile therapeutischer Arbeit, so muss man zu dem Schluss kommen, dass die Arbeit in der Bundesrepublik erneut die Qualität gekommen hat, frei zu machen, zumindest von suchtmachenden Stoffen.

Schlusswort

Es gibt die hoch spezialisierten psychotherapeutischen Angebote in der psychosomatischen Medizin und die Kette endet in den Langzeitbereichen der forensischen Psychiatrie. Diese Kette von Versorgungsangeboten teilt sich die Kranken nicht nach der Region auf, aus der sie stammen, sondern nach dem therapeutischen Angeboten, von denen man meint, dass sie einerseits nützlich wären und andererseits bezahlbar. Diese Art vorzugehen birgt eine Gefahr, denn jedes therapeutische Angebot wird von den Therapeuten definiert und nicht von den Bedürfnissen der Patienten.

In der Praxis sieht es dann so aus, dass ein Patient als zu depressiv für die Abteilung für psychosomatische Medizin beurteilt und zum Psychiater geschickt wird. Der findet, dass er auch ein wenig zu viel trinkt, so dass er in die Rehabilitation für Alkoholabhängige geschickt wird. Dort ist er dann wiederum gegenüber den arbeitstherapeutischen Angeboten zu depressiv, vielleicht wird er auch nicht als zu depressiv, sondern nur als behandlungsunwillig beurteilt.

Zusätzlich werden durch bestimmte Fragestellungen psychisch Kranke disqualifiziert. Hier einige Beispiele aus dem Bereich der forensischen Psychiatrie:

- Ist ein Patient z.B. nicht krank genug für dieses Behandlungsangebot oder ist er nicht ausreichend behandlungsfähig, sodass man ihn besser in die Sicherungsverwahrung verlegt?
- Gibt es unbehandelbare Patienten, die nur einfach verwahrt werden müssen, gegebenenfalls ihr Leben lang ohne Behandlung in Institutionen, die geschlossen sind und eine Art gesichertes Heim für psychisch behinderte Straftäter darstellen?
- Welche dieser Patienten gehören eigentlich ins Gefängnis?

Ähnliche Fragen stellen sich gegenüber der Verbindung zwischen Psychiatrie und Gewalt. Die Gewalt ist in vielen Bereichen mit der psychiatrischen Pathologie verknüpft. Kann man diese Gewalt vermeiden? Diese Frage stellt sich der Bewegung für die gewaltfreie Psychiatrie. Ist diese Gewaltfreiheit Ergebnis eines guten Behandlungssystems oder ist die Gewaltfreiheit Voraussetzung für die Übernahme der notwendigen Behandlung? Muss die Gewalt, wie der Einbruch des Unverständlichen aus dem Versorgungsnetz ausgeschlossen werden? Oder erfordern gewalttätige Psychisch Kranke spezifische Institutionen? Vielleicht die der forensischen Psychiatrie?

Eine integrative und ganzheitliche psychiatrische Versorgung, die dem psychisch Kranken in seiner Gemeinde als sozialpsychiatrisches Phänomen begegnet, kann mit dem Ausmaß dieser Spezialisierungen keine Versorgungsrealität werden. Die Spezialisierungen der deutschen Psychiatrie, auch die im Bereich der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, sind zutiefst geprägt von den in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts herrschenden Ideologien zum Krankheitsbegriff. Dies müsste geändert werden.

Literaturliste

AWMF (2005): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Schizophrenie, - Kurzfassung -, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/038-009.htm>

Balier, Cl.: Psychanalyse des comportements violents. Paris, 1988

Balier, Cl. : Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris, 1996

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen, Bern, 2005

Ey, H.: Le livre blanc de la psychiatrie, Paris, 1967

Ey, H.: Manuel de psychiatrie. Paris, 1978

Hildebrandt, D., Priol, U.: Scheibenwischer. 44. 06.10.1988

Jaspers, K.: Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: „Entwicklung einer Persönlichkeit“ oder „Prozess“? Z. Ges. Neurol. Psychiatr., 1,1910, 567-637

Kardorf, E. von: Das Modellprogramm und die Folgen, 1985, Bonn

Legendre, P. : Le crime du Caporal Lortie: Traités sur le père. Paris, 1989

Leonhardt, M.: Die Begutachtung von Holocaust-Überlebenden. Ein Exkurs zu den Sollbruchstellen in der Identität des forensischen Psychiaters. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2002, 3, 59-77

Rasch, W.: Krank und / oder kriminell. Bielefeld, 1984

Rasch, W.: Die Tötung des Intimpartners. Stuttgart, 1964

Rauch, H. J.: Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit bei nicht krankhaften Bewusstseinsstörungen. Der Med. Sachverständige, 1960, 56, 202-213

Saß, H. : Affektdelikte. Der Nervenarzt, 54, 1983, 557-572

Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart, 1966

Saß, H. (Hrsg.): Affektdelikte. Interdisziplinäre Beiträge zur Beurteilung von affektiv akzentuierten Straftaten. Berlin, 1993

Schulz, J. H.: Übungsheft für autogenes Training, 1936, Stuttgart

Venzlaff, U.: Die psychoreaktiven Störungen bei entschädigungspflichtigen Ereignissen. Göttingen, 1958