

Vorwort

Wohl unter dem Eindruck der filmischen Wiederentdeckung von Tolkiens „Herr der Ringe“ und damit in Erinnerung an Zeiten, zu denen ich diese Bücher las, war der Titel der Festschrift anlässlich des 60. Geburtstages von Herrn Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner geradezu unvermeidlich. Herr Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner war damals als Oberarzt der Psychiatrie und ich als Medizinstudent und Leiter der Didaktik der Medizin am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main tätig. Seit mehr als 16 Jahren bin ich nun Mitarbeiter unter der Leitung von Professor Täschner an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bürgerhospital Stuttgart.

Wie die Helden Tolkiens verfolgt Karl-Ludwig Täschner standhaft und konsequent seinen Weg, der ihm durch wissenschaftliche Erkenntnisse und innere Überzeugungen aufgezeigt wird. Ein Widersacher namens „Der Zeitgeist“¹ erfährt immer wieder, dass Karl-Ludwig Täschner ein skeptischer Mensch ist, der das Neue auf seine Brauchbarkeit und gelegentlich auch auf seine Neuigkeit gründlich prüft, auch ob das vermeintlich Neue und Moderne seinen eigenen Ansprüchen gerecht wird.

In dieser Festschrift kommen Freunde, Kollegen, Mitarbeiter, aber auch Kontrahenten mit Beiträgen zu Werkzeugen, Standorten und Perspektiven der Psychiatrie, zu Problemen psychiatrischer Sachverständigentätigkeit sowie mit aktuellen Forschungsergebnissen zu Wort. Erwartungsgemäß liegt der Schwerpunkt der Festschrift im Bereich Sucht, insbesondere mit Beiträgen zum Thema Cannabis, einer Substanz, mit der sich Karl-Ludwig Täschner in besonderer Weise seit ca. 1970 bis heute wissenschaftlich beschäftigt.

Karl-Ludwig Täschner wurde an demjenigen Tag im November 1942 geboren, an welchem Hitler der 6. Armee in Stalingrad den Befehl gab, die Stellung um jeden Preis zu halten. Das war - wie wir heute wissen -

¹ Täschner (1996) Über den Einfluss des Zeitgeistes auf den Umgang mit Drogen und Drogenabhängigkeit. In: Trabert W, Ziegler B (Hrsg.) Psychiatrie und Zeitgeist. Profil, München Wien

einer der Tage, an dem der Untergang des Dritten Reiches besiegelt wurde, der zu den am weitesten reichenden Veränderungen Europas führte. Der Vater war Soldat, der Rest der Familie, zwei Geschwister und seine Mutter, verbrachte die Kriegszeit in der Ostlausitz und kehrte nach Chemnitz zurück, nachdem die Stadt am 8. März 1945 durch englische und amerikanische Luftangriffe schwer getroffen worden war.

Karl-Ludwig Täschner wuchs in Chemnitz auf, 1959 flüchtete er in den westlichen Teil Deutschlands, kam nach Frankfurt und besuchte dort die Schule weiter bis zum Abitur. 1969 schloss er das Studium der Medizin in Frankfurt mit dem Staatsexamen und der Promotion ab. Es folgte ein Praktikum in der Pharmaindustrie in Basel, danach eine Tätigkeit am Gerichtsmedizinischen Institut der Universität in Frankfurt. Das Interesse für gerichtsmedizinische und gutachterliche Fragen ließ Karl-Ludwig Täschner bis heute nicht los und wirkt sich in seiner umfangreichen gutachterlichen Tätigkeit und wissenschaftlichen Publikationen aus.

Es folgten eine chirurgische und internistische Ausbildung in Seligenstadt und Birkenfeld an der Nahe. Nach einem halben Jahr am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Köppern ging er an die Frankfurter Universitätsklinik. Zunächst war er dort in der Abteilung für Sozialpsychiatrie und später in der Klinischen Psychiatrie tätig. 1975 wurde er zum Oberarzt ernannt, nach Weggang von Prof. Dr. Klaus Wanke wurde er Kommissarischer Leiter der Abteilung für Klinische Psychiatrie II bis zum Jahr 1982. 1985 übernahm er als Ärztlicher Direktor die Leitung der Psychiatrischen Klinik am Bürgerhospital in Stuttgart.

Hier gelang es Herrn Prof. Täschner durch seinen klaren und dennoch im guten Sinne liberalen Führungsstil, Mitarbeiter so zu motivieren und ihnen auch soweit wie möglich freie Hand zu lassen, dass sich die Angebote unserer Klinik kontinuierlich weiterentwickeln konnten.

Die Stagnation in der Entwicklung der stationären Psychiatrie in Stuttgart hatte endgültig ihr Ende aufgrund der Denkschrift zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Stuttgart bis 1995².

1986 standen der dauernd überbelegten Klinik 186 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Heute können bis zu 320 Patienten in unserer Klinik angemessen stationär und teilstationär behandelt werden. Ambulante Betreuungsangebote sowie von unserer Klinik angebotene Liaison- und Beratungsdienste

² Täschner KL, Dietsch P, Fischer J, Holczer V (1992)

erweitern seit Jahren die Möglichkeiten der Versorgung psychiatrischer Patienten.

Durch seine langjährige Tätigkeit unter Leitung und Anregung von Prof. Dr. Klaus Wanke, dem späteren Ordinarius in Homburg/Saar, richtete sich sein Hauptaugenmerk von Anfang an auf das Drogenproblem. Somit waren auch die ersten Publikationen, oft mit Herrn Wanke zusammen, diesem Thema gewidmet. Die ersten Untersuchungen entstanden auf dessen Anregung hin. In diesem Zusammenhang arbeitete Karl-Ludwig Täschner auch an der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung mit.

1979 erschien „Das Cannabisproblem“, zuletzt 1986 in 3. Auflage. Die Neuauflage wird zurzeit überarbeitet.

Karl-Ludwig Täschner beschäftigte sich vor allem mit drogeninduzierten Psychosen, auch mit Kokain³. 1989 erschien ein kurzgefasstes Psychiatriebuch⁴, 1997 das Buch „Harte Drogen, weiche Drogen?“⁵, das sich an die nichtwissenschaftliche Öffentlichkeit wandte, dabei auf viel Interesse stieß und mittlerweile in mehrere Fremdsprachen übersetzt wurde.

Karl-Ludwig Täschner hat sich immer wieder in wissenschaftlichen Zeitschriften zu Wort gemeldet. Neben seinen sieben Büchern, die er allein verfasste, und den beiden Schriften zusammen mit Koautoren hat er noch weit über 200 überwiegend wissenschaftliche Aufsätze geschrieben. Darunter befinden sich auch einige Handbuchbeiträge, davon einer für die Psychiatrie der Gegenwart, einer für das Handbuch der Betäubungsmittel-Kriminalität und einer für das 2-bändige Lehrbuch der gerichtlichen Medizin von Brinkmann und Madea, das demnächst erscheinen wird. Nicht unerwähnt bleiben sollen seine ca. 250 Vorträge, die Karl-Ludwig Täschner meistens auf wissenschaftlichen Kongressen und Symposien hielt.

Karl-Ludwig Täschner ist Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Fachgesellschaften und war bis 1998 Mitglied des Nationalen Drogenrates der Bundesregierung, der den jeweiligen Gesundheitsminister in Drogenfragen beriet. Karl-Ludwig Täschner war außerdem zu zahlreichen Anhörungen von Bundestagsausschüssen in Gesetzgebungsverfahren geladen, zuletzt zur Frage der Etablierung von Heroin in Verteilungsprogrammen in Deutschland beim Deutschen Bundestag und für eine Gruppe von

³ Täschner KL, Richtberg W. Koka und Kokain – Konsum und Wirkung (1982) 2. Aufl., Deutscher Ärzteverlag, Köln

⁴ Praktische Psychiatrie. Kohlhammer, Berlin Köln

⁵ 2001, 2. Aufl., Trias, Georg Thieme, Stuttgart

Parlamentariern des Schweizerischen Nationalrates zur Frage der Legalisierung von Haschisch.

Trotz seiner vielen Interessen, Aufgaben und Ämter ist Karl-Ludwig Täschner immer auch fürsorglicher und engagierter Arzt im engeren Sinne geblieben, stets geleitet von seiner Überzeugung, dem einzelnen Menschen verpflichtet zu sein, niemals aber Ideologien und Modeströmungen.

Dass dies für ihn selbst unbequem, aber auch für manch anderen unbequem ist, war und ist ihm stets bewusst.

Ich hoffe, dass die Beiträge und die Mitautoren dieses Buchs ein wenig von den Beziehungen, Interessen und Aktivitäten von Karl-Ludwig Täschner und seinen Weggefährten widerspiegeln.

Abschließend möchte ich dem Team von Pabst Science Publishers für seinen Einsatz danken, den Firmen AstraZeneca, Lilly, Novartis, Organon Akzo Nobel und Pfizer für ihre Unterstützung ebenso wie Frau Ute Lämmle für ihren redaktionellen Einsatz.

Jürgen Fischer

Über das schizophrene „Praecox“-Gefühl – ein Beitrag zur systemtheoretisch-neurobiologischen Psychopathologie

Jobst Böning

Für den einer integrativen Psychopathologie und damit zwangsläufig immer auch einem intersubjektiven Erfahrungsdialo­g gleichermaßen neurobiologisch wie phänomenologisch orientierten klinischen Psychiater gehört die Kluft zwischen naturwissenschaftlich-neurobiologischen und phänomenologisch-geisteswissenschaftlichen Aspekten des seelisch gestörten wie auch krankhaften Menschen zur täglichen Herausforderung. Untrennbar ist damit das menschliche Gehirn als die letztlich wohl komplizierteste Struktur des Universums zu reflektieren. Gleichzeitig ist es auch unser „individuelles Universum im Kopf“.

Aufriss zum Problem

Jede nonverbale zwischenmenschliche Kommunikation findet immer im Erlebenskontext „resonanzfähiger“ menschlicher Gehirne statt. Denn als ein nach allen Seiten hin offenes biologisches Kommunikationssystem mit personaler Entscheidungskompetenz kodiert das menschliche Gehirn über das Prinzip der neuronalen Plastizität alle Erfahrungen aus der wahrgenommenen Umwelt mit seiner eigenen inneren Befindlichkeit. Dies ist offenbar eine wesentliche Vorbedingung auch für gefühlsgetönte intersubjektive Begegnungen und kann zu einem besseren Verständnis kognitiv-emotionaler Vorgänge auf der Basis neuronaler Netzwerkorganisationen

führen. Die Bedeutung der durch Erleben, Erfahrung und Lernen modulierbaren Neuroplastizität ist in der bio-psycho-sozialen Konzeptbildung auf dem besten Wege, neurobiologisch fundierte Aussagen auch über Sachverhalte wie Wahrnehmung, Fühlen oder Wollen und sogar einfache mentale Zustände sowie über den Aufbau psychopathologischer Phänomene zu liefern. Sie stellen wiederum die Grundlagen für Aussagen selbst über zwischenmenschliche Kommunikationsphänomene dar (vgl. SPITZER 2000).

Gleichzeitig können damit die derzeitigen Erkenntnisse der Neurobiologie bzw. der sog. „kognitiven Neurowissenschaft“ (GAZZANIGA et al. 1998) auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen die psychopathologische Theorienbildung befruchten. Dies soll nachfolgend am nur intersubjektiv erfahrbaren Phänomen des sog. schizophrenen „Praecox“-Gefühl zu exemplifizieren versucht werden. Gleichzeitig wird damit ein Beitrag zur psychopathologischen Grundlagenforschung geleistet, d.h. insbesondere zu den neuronalen Mechanismen typisch schizophrener Symptombildung (SPITZER 2001). Denn zwischen der basalen Ebene einzelner Neurone einerseits und engrammierten kortikalen Arealen andererseits liegt die psychophysische Betrachtungsebene neuronaler Netzwerke. Sie lässt es für nahezu alle psychopathologischen bzw. psychischen Sachverhalte verständlich erscheinen, wie auch erfahrungs- und erlebnisgesteuerte Neuronenensembles zusammenarbeiten, um letztlich auch die Generierung hochkomplexer psychopathologischer Phänomene zu leisten.

Im Spiegel der kognitiven Neurowissenschaft, sowohl im Sinne einer modernen Wissenschaft des Geistes als auch einer solchen des Gehirns, legen bereichsspezifische Ergebnisse der modernen Hirnforschung des letzten Jahrzehnts allerdings nahe, dass nicht nur mentale und physische Funktionen, sondern auch das, was unsere Persönlichkeit und Individualität ausmacht, auf der funktionellen Architektur unserer Gehirne beruht. Zumindest so Wolf SINGER (1996), Direktor des Max-Planck-Instituts für Hirnforschung in Frankfurt. Nach ihm sind Subjektives und Objektives unterschiedliche Beschreibungssysteme, keine unüberbrückbaren Welten. Die Spaltung dieser Ebenen sei irgendwann künstlich aufgebracht worden und sie werde sich eines Tages von selbst wieder auflösen. Man fände das Nebeneinander beider Systeme dann nicht mehr als schmerzlich, man müsse nur unsere Projektionen ändern (also kein „Ent-oder-Weder“ mehr, sondern immer ein „Sowohl-als-Auch“ - als zwei kompatible Seiten der gleichen Medaille).

Nach SINGER tangiert dies immer auch philosophische Fragen, die man nicht allein neurobiologisch beantworten sollte. „Wie kann ich Prozesse, die ich in der „Dritte-Person-Perspektive“ beschreibe, zusammenbringen mit dem, was ich in der „Erste-Person-Perspektive“ erfahre“. Ein Denken im „Sowohl-als-Auch“-Konstrukt sollte mit der stets notwendigen Offenheit und insbesondere auch Fähigkeit zum ständigen Perspektivenwechsel zwischen einfühlsamer intersubjektiver Wahrnehmungs- und Deutungsfähigkeit einerseits und neurobiologisch-klinischer Phänomenerfassung andererseits geschehen. In ähnlicher Weise äußert sich auch von VOGLEY (1995) zur Konvergenz von Hirnforschung und Gehirn-Geist-Philosophie. Diese auch kreativ wichtige Ambivalenznotwendigkeit mag anstrengend und unbequem sein, ist aber unverzichtbar, wenn letztlich effiziente Therapien in der klinischen Psychiatrie auch mit dem technischen Know-how der modernen Neurowissenschaft erreicht werden sollen.

Das „Ärgernis“ intersubjektiver Wahrhaftigkeit

Das zugegebenermaßen schwierig greifbare Phänomen des „Praecox“-Gefühls hat insbesondere in der Zeit des biologistisch-reduktionistischen Opportunismus für (aus heutiger Sicht unnötige) Verwirrung und affektiv voll ausgetragene „Ent-oder-Weder“-Streitereien gesorgt. Dies insofern, als es zunächst zu dogmatisch als wegweisend aufgefasst wurde, um auf die Diagnose zumindest einer „Kernschizophrenie“ zu kommen, zur Begründung einer solchen Diagnose – zumal ohne den Kontext eines schizophrenietypischen Symptomensembles – dann jedoch wegen der lange Zeit nicht möglichen Überprüfbarkeit als „völlig ungeeignet“ (SPITZER 2001) eingestuft wurde. Ob letzteres im Licht des derzeitigen Erkenntnisstandes noch so apodiktisch haltbar ist, soll nachfolgend gleichfalls diskutiert werden.

Dabei sollte aber nicht ganz der theoretische Diskurs einer anthropologischen Phänomenologie zwischenmenschlicher Begegnung ausgeblendet werden (BÖNING 2003). Allerdings überschneiden sich die auf ihrem durchwegs traditionell vorgegebenen Bedeutungsgehalt festgelegten Begriffe wie *Intuition* und *Anmutung* oder *Empathie* und *Intentionalität* in den vorgegebenen kategorialen Gegebenheiten. Aber gerade auch für das „Praecox“-Gefühl meint die phänomenologische Erfassung im intersubjek-

tiven Arzt-Patienten-Dialog die komplexe Erfahrung, die ganzheitliche „Wesensschau“ des Patienten durch den Arzt. Nach GRUHLE (1956) ist Intuition „die nichtintendierte unmittelbare Einsicht in Zusammenhänge“ und intuitiv nennen wir im speziellen Falle die prägnante, ganzheitliche, unmittelbare Erfassung des Patienten durch den Arzt (SCHRAPPE 1982).

Zusammen mit sprachlich Mitgeteiltem und als Empathie zu umschreibende Anteilnahme, fremdes Erleben verstehend nachvollziehen zu versuchen, nimmt der Arzt bei der Anmutung eine Anzahl nonverbaler Informationen entgegen. Bei diesem „Weg zum unmittelbaren Verständnis fremdseelischer Vorgänge“ (PETERS 1977) stößt freilich auch der erfahrene Arzt jenseits aller operationalisierbaren und zunehmend objektivierbaren Organ- und Psychodiagnostik in bestimmten Bereichen immer wieder an Grenzen, hinter denen der Freiraum „intuitiver Eindrucksbildung“ wie im Erleben des schizophrenen „Praecox“-Gefühls beginnt.

Man tut gerade unter dem derzeitigen Standardisierungs-, Operationalisierungs- und Klassifizierungsdruck wohl gut daran, sein Wahrnehmungsvermögen auch in dieser Richtung ständig zu schulen (vgl. SPITZER 2001). Die derzeitige Identitätskrise des Faches Psychiatrie zum Beispiel, das sich eben nicht zwischen kompatiblen neurowissenschaftlichen Basiserkenntnissen und psychotherapeutischen Behandlungsformen zerreiben lassen darf (MAIER 2002), und das vermehrte Interesse unserer Tage an der sog. kognitiven Neurowissenschaft gehen möglicherweise auch auf die Unsicherheit der intuitiven Urteilsbildung und auf das Versagen natürlicher Menschenkenntnis zurück.

Das sog. „Praecox“-Gefühl

In psychopathologisch-phänomenologischer Sicht entspricht die schizophrene Ich-Störung – oder besser Ich-Akte-Spaltung und bedrohlich erlebt als Selbstentfremdung – einer gestörten „Erste-Person-Perspektive“ im Sinne von Thomas NAGEL (1981). In seiner veränderten Positionalität kann aber das damit untrennbar verbundene Phänomen im „Praecox“-Gefühl auch unerwartete Einsichten in die informationsverarbeitende Perspektive ergeben, die von der notwendigen neuronalen Modularität des Gehirns über die Verschaltungsvoraussetzungen und Abstraktionsleistungen bis zur Erklärung kritischer Zeiten bei der sprachlichen und gedanklichen Symbolkodierung reichen (MASSING 1989). Sie haben spezi-

ell auch die psychotischen Phänomene der Subjekt/Objekt-Spaltung sowie die zentral gestörte seelische Harmonie des schizophren Erkrankten im Blickfeld.

Auf dem Hintergrund neuronaler Netzwerktheorien – gewissermaßen als einziger echter „Quertechnologie“ über alle Wissenssprachen hinweg – vermag die in den Rang einer vierten Kulturtechnik (nach Sprache, Schrift und bildlicher Kommunikation) aufgerückte „datenprozessierende Informationstechnologie“ beide für eine Kulturtechnik notwendigen Kriterien zu erfüllen (Zit. ZIMMERLI 1988): *Transferfähigkeit* zu allen verwandten Nachbardisziplinen und *Lebensrelevanz* selbst für die hier zu behandelnden Wirklichkeiten existenziell gestörter menschlicher Subjektivität, die als zwischenmenschliche Beziehungsstörung wahrgenommen wird.

Da die schizophrene Ich-Störung im gestörten Umfeld und Eigenbezug bewusst erlebt wird, ist damit zwangsläufig auch die „Leib-Seele“-Problematik angesprochen. Zwar unverändert an selbstreflektives Bewusstsein gebunden, aber anscheinend der subjektiven privaten Wirklichkeit der „Erste-Person-Perspektive“ verlustig geworden, ist in der auseinandergebrochenen und disharmonisch erlebten Ich-Sphäre auch der selbstverständliche Stellenwert in der Welt verloren gegangen. Sich selbst fremd geworden und ohne bergenden Ort in der Welt scheint jetzt das seiner privaten Wirklichkeit verlustig gewordene Subjekt (Erste Person) gleichzeitig auf die Objektebene der „Dritte-Person-Perspektive“ reduziert worden zu sein. Dies muss folglich auch eine Beziehungsstörung auf der „Zweite-Person-Ebene“ nach sich ziehen.

Ich-Struktur und Ich-Zerfall

Schließlich erfolgt die Entstehung des Ichs wie die des Selbst zum harmonisch integrierten Einheitserleben aller personalen Bereiche im ontogenetischen Entwicklungsprozess. Da man gerade im Hinblick auf unser Thema aus dem Zerfall einer psychisch intakten Ich-Sphäre am meisten über deren ätiogenetische Aufbaustruktur erfahren kann, sei zunächst zum besseren Verständnis des schizophrenen Ich-Zerfalls einiges zur Ontogenese des Ichs gesagt. Bekanntlich geht die emotionale Entwicklung des Kindes der kognitiven voraus, wobei bestimmte Areale des limbischen Systems bereits vor der Geburt zu arbeiten beginnen, lange bevor komplexere Bewusstseinszustände wie Ich-Empfindung, Autorenschaft der

eigenen Handlungen, Handlungsplanung oder bewusstes In-Rechnung-Stellen der Absichten anderer auftreten. Letzteres beginnt erst im Laufe des 3. Lebensjahres, interessanterweise im engen Zusammenhang mit der Entwicklung einer syntaktischen Sprache (vgl. VOGLEY 1995).

Diese Entwicklung erscheint durchaus kompatibel mit der von SCHARFETTER (1998) gedeuteten vielschichtigen Aufbaustruktur des Ichs. Danach lässt sich das Ich-Bewusstsein in die Teileigenschaften von Ich-Vitalität, Ich-Aktivität, Ich-Konsistenz, Ich-Identität und Ich-Demarkation auftrennen. Wenn sich ein Mensch später als autonomes Ich erlebt, dann ist das nicht nur ein Ergebnis der Sprache, denn zu jedem Ich gehört auch ein Gegenüber, ein Du. Bevor ein Kind das Wort Ich sagen kann, hat sich bei ihm in der Begegnung mit anderen Menschen eine Menge entwickelt. Jeder Mensch trägt offensichtlich mehrere Ichs „in sich“ und das vom Gesunden so selbstverständlich erlebte Ich im harmonischen Einheitserleben ist ein vielseitiger Begriff. Danach wäre es zu opportunistisch behaupten zu wollen, das Ich sei unteilbar.

Möglicherweise wird das im ontogenetischen Entwicklungsprozess synthetisierte „Gesamt-Ich“ – jeweils als Ganzes wissenschaftlich schwer fassbar – aus der optimalen Integration einzelner neuronaler Module konstituiert, wie einige neurophysiologisch forschende Psychiater meinen. Derartige Module seien die wissenschaftlich fassbare „Ich-Perspektive“, denn Wahn- und Schizophreniekranken können sich nicht in die Gefühlswelt einer anderen Person versetzen, d.h. sie sind nicht in der Lage, einen Perspektivenwechsel zu vollziehen.

Die neurobiologische Transparenz

Geradezu atemberauend ist nun, dass mittels „Funktioneller MRT als Instrument der Schizophrenieforschung“ (Titel des „1. Ulmer Mind - and Brain - Symposiums“ im Januar 2002) gezeigt werden konnte, dass bei einem Wechsel in eine andere Perspektive – wie übrigens auch nach erfolgreicher neuroleptischer Behandlung und wie es Gesunde vollziehen – eine typische Aktivität in der vorderen Hirnhälfte erkennbar wird (VOGLEY et al. 1999). Die Arbeitsgruppe um VOGLEY (2002) wies am Beispiel eines fMRT-Experiments zum Perspektivenwechsel zwischen Erster und Dritter Person nach, dass schizophrene Patienten eine verän-

derte Hirnaktivität insbesondere bei Einnahme der „Erste-Person-Perspektive“ aufweisen.

Unter der Hypothese einer zentralen neurokognitiven Störung als Ursache verschiedener psychopathologischer Symptome der Schizophrenie postulieren die Autoren als grundlegendes Defizit schizophrener Symptome *Störungen der Selbstbezugnahme*. Danach können eigene psychische Zustände nicht mehr verlässlich als eigene erkannt werden und werden daher fälschlicherweise als fremd bzw. von außen kommend erlebt. Die für besonders relevant gehaltenen Teileigenschaften „Meinigkeit und Urheberschaft, Perspektivität und transtemporale Einheit“ - charakteristische Erfahrungen der Selbstbezugnahme - wurden als „Selbstkonstrukt“ formuliert und als Basis der Einheitserfahrung der Person angesehen (VOGELEY et al. 2002).

Unter Zugrundelegung der oben angesprochenen Teileigenschaften des Ich-Bewusstseins im Sinne von SCHARFETTER dürften demzufolge auch die Teileigenschaften der Fähigkeit zur Selbstbezugnahme bei charakteristischen schizophrenen Symptomen gestört sein. Dies äußert sich vornehmlich in den Ich-Störungen mit dem kohärent daraus ableitbaren „Praecox“-Gefühl. Hier sind spezifische Erfahrungsqualitäten der Selbstbezugnahme verloren gegangen. Im Konstrukt neuronaler Netzwerke wäre es gut vorstellbar, wenn beim Zerfall der Ich-Strukturen im akuten schizophrenen Schub mit Abbruch oder Störung der intersubjektiven Kommunikation gleichsam auch desintegrierte und ohne filternde Kontrolle gewissermaßen „freilaufende neuronale Muster“ des funktionsgestörten kranken Gehirns manifest würden. Also eine schizophrene Ich-Störung und „Entfremdung“ auf der Grundlage einer Interaktionsstörung desynchronisierter neuronaler Netzwerke (BÖNING 1999)? Dies ist sicherlich eine provokative und immer noch reduktionistische Sichtweise, aber vielleicht doch mit einem konstruktvaliden Lösungsansatz bereichsspezifischer Hypothesen vereinbar.

Interpretation

Das Faszinierende ist aber, dass dieser systemische neuronale Programmfehler mit Auseinanderbrechen des leib-seelischen Einheitserlebens nicht nur vom Betroffenen selbst im Sinne eines Auflösungsprozesses qualvoll erlebt wird, sondern dieser ohne sprachliche und gestische Äußerung,

rein atmosphärisch vermittelter Eindruck des gestörten Zwischenbezugs auch vom unvoreingenommenen gesunden Außenstehenden in Form des sog. „*Praecox*“-Erlebnisses wahrgenommen werden kann.

Letzteres wurde ja einst charakterisiert als das Erlebnis eines plötzlichen Erwachens eines ganz bestimmten, schwer definierbaren ersten Eindrucks des Befremdlichen (MÜLLER-SUUR 1960). Danach wird das typisch (spezifisch?) schizophrene Wesensmerkmal bei einem „sehr erfahrenen“ Untersucher hervorgerufen und ist durch einführendes psychologisches Verstehen nicht zu begreifen. Diese subjektiv erfahrbare Tatsache jenseits der Reichweite klarer menschlicher Begriffe, die nicht in der Wahrheit von Gedanken bestehen (vgl. NAGEL 1981), kann offenbar dem Wesen nach nur deshalb zwischen zwei Personen erfahren werden, weil diese sich in den neurophysiologischen Instrumentarien ihrer Wahrnehmungsfähigkeit – eben der individuellen neuronalen Netzwerkkompetenz – ähnlich sind.

Offenbar spürt rein wahrnehmungsphysiologisch die unvoreingenommene neuronale Netzwerkcapazität des Psychopathologen mit hoher Evidenz den atmosphärisch vermittelten „Programmfehler“ beim schizophrenen Gegenüber. Merkwürdigerweise können wir zuverlässige Indizien für die „Wahrhaftigkeit“ von etwas haben, was wir bislang nicht wirklich zu verstehen gelernt haben. Es erscheint erst im Lichte neuronaler Netzwerkthesen etwas transparenter. Diese phänomenologisch erfahrbare „objektive“ Tatsache scheint in jüngsten neurobiologischen Untersuchungsparadigmen langsam „beweisbar“ zu werden und macht deshalb durchaus seinen schon vor Jahrzehnten postulierten Sinn. Denn eine Person kann von einer anderen Person jetzt intuitiv wissen oder erfahren, welche Störungsqualität das Erleben des anderen hat.

Freilich bleiben diese erfahrbaren Tatsachen in dem Sinne subjektiv, dass diese objektive Zuschreibung von Erlebnissen nur von jemandem möglich ist, der dem Objekt der Zuordnung ähnlich genug ist, um auch dessen Perspektive einnehmen zu können. Er muss sozusagen die Zuschreibung in der Ersten Person ebenso gut verstehen, wie die in der Dritten (NAGEL 1981). Unabhängig von ihrem eigenen Wissenschaftsinteresse kann deshalb eine integrative psychiatrische Phänomenologie, die selbst mit dem subjektiven „*Praecox*“-Erlebnis in diesem Sinne objektiv ist, auch Fragen über die hirnfunktionelle Grundlage der Erfahrung etwas transparenter machen. Der subjektive Charakter des „*Praecox*“-Erlebnisses hat also eine „unmittelbare phänomenologische Qualität“ (KRIPKE 1982).

Resümee

Mit dieser allseits kompatiblen – zumindest widerspruchsfreien – neurowissenschaftlichen wie psychopathologisch-phänomenologischen Argumentations- bzw. Rechtfertigungsstrategie sollte nach inzwischen methodisch immer valider abgesichertem neurobiologischen Erkenntnisfortschritt lediglich der „Wahrheitsgehalt“ des phänomenologischen Erfahrungsbereichs des schizophrenen „*Praecox*“-Erlebens zu belegen versucht werden. Das „*Praecox*“-Erleben ist allein aus dem intersubjektiv mit dem Kranken gewonnenen Erfahrungsschatz und mit der Kraft der gedanklichen Reflexionen eines kreativ analysierenden klinischen Psychopathologen (MÜLLER-SUUR 1960) einst als geniale Idee generiert worden. Daran wird wieder einmal exemplarisch belegt, dass ausgerechnet eine anthropologisch-phänomenologische Sichtweise den vielleicht elaboriertesten und klinisch treffendsten begrifflichen Rahmen zur Beschreibung der Genese einer „diagnostischen“ Idee (vgl. SPITZER 2001) geliefert hat. Und dies war wohl nur deshalb zu einer Zeit möglich, wo noch ohne Aussicht auf beweissichernde „objektive“ Letztbegründbarkeit – und weder gedrängt von Zeit und vom Druck diagnostischer Manuale – allein aus der seit Hippokrates als besonders definierten würdevollen Begegnung zwischen Arzt (hier Psychopathologe) und Patienten (hier schizophrener Kranker) diese Einsicht erst möglich gewesen ist.

Es lehrt zudem, eine vermeintlich alte und lange Zeit als unwissenschaftlich abgewertete Theorie (bzw. generierte Idee) nicht gleich mit dem Bade auszuschütten. „Womit beginnt denn der diagnostizierende Arzt, wenn nicht mit seinen Gefühlen dem Patienten gegenüber, seinen klinisch geschulten Beobachtungen und seinen freien Assoziationen hierzu, wenn er eine Idee zu generieren versucht, woran der Patient wohl leidet?“ (Spitzer 2001). Mit inzwischen ausgefeilten neuropsychologischen Tests, raffinierten bildgebenden Methoden oder mathematischen Berechnungen wird nur der Kontext der Rechtfertigung abgebildet. Dies setzt natürlich voraus, dass ein intuitiv-reflexiver Prozess des „Draufkommens“ (SPITZER) schon als zündende Idee da gewesen ist.

Wie jemand auf eine gute Idee gekommen ist, ist für den Nachweis ihres Wahrheitsgehaltes zunächst völlig irrelevant. Bei der wissenschaftstheoretischen und methodisch-empirischen Rechtfertigung eines Ideenkonstruktes geht es lediglich um die konstruktvalide Begründung der inhaltlichen Zusammenhänge. Und bei Vorgängen im diagnostischen

Erfahrungsprozess also die richtige Idee zu haben und ihre Richtigkeit empirisch zu beweisen, das sind grundverschiedene Bezugsebenen. Hierfür scheint die wechselvolle Attribuierung des sog. schizophrenen „Praecox“-Gefühls ein geradezu historisches psychopathologisches Beispiel zu sein.

Literatur

- Böning J (1999) Das „Leib-Seele“- bzw. „Geist-Gehirn“-Phänomen im Spannungsfeld neurobiologisch-psychopathologischer Evidenz. In: Baumgartner M, Böhm W, Lindauer M (Hrsg.) Streitsache Mensch – Zur Auseinandersetzung zwischen Natur- und Geisteswissenschaften. Klett, Stuttgart Düsseldorf Leipzig: 127-146.
- Böning J (2003) Intuition und Intersubjektivität – Versuch einer integrativen Analyse. In: Beutel M (Hrsg.) Standard und Intuition – die Zukunft der Qualitätsentwicklung. Neuland, Geesthacht: 12-22
- Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR (1998) Cognitive Neuroscience. The Biology of the Mind. WW Norton & Co, New York London
- Gruhle H W (1956) Verstehende Psychologie. Thieme, Stuttgart
- Kripke S (1982) Wittgenstein on rules and private language. Basil Blackwell, Oxford
- Maier W (2002) Psychiatrie als Beruf – Wie sieht die Zukunft aus? Nervenarzt 73: 96-97
- Massing M (1989) Schizophrenie und die Theorie neuronaler Netzwerke. Fortschr Neurol Psychiat 57: 70-73
- Müller-Suur H (1960) Das sogenannte Praecoxgefühl. Fortschr Neurol Psychiat 29: 145-152
- Nagel Th (1981) Wie es ist, eine Fledermaus zu sein. In: Bieri P (Hrsg.) Analytische Philosophie des Geistes. Hain, Heidelberg New York Princeton: 261-274.
- Peters UH (1977) Wörterbuch der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie. 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore
- Scharfetter C (1998) Dissoziation und Schizophrenie. Die Schizophrenien – ein dissoziiertes nosopoetisches Konstrukt? Fortschr Neurol Psychiat 66: 520-523
- Schrappé O (1982) Intuition und psychiatrische Diagnostik bei Hirnkranken. Nervenheilkunde 1: 3-11
- Singer W (1996) Vom Geschöpf zum Schöpfer. Wie die Entzauberung des Lebendigen das Selbstbild des Menschen verändert. Die Zeit 27: 19

- Spitzer M (2000) Geist, Gehirn & Nervenheilkunde – Grenzgänge zwischen Neurobiologie, Psychopathologie und Gesellschaft. Schattauer, Stuttgart New York
- Spitzer M (2001) Draufkommen versus Rechtfertigen – warum Medizin mehr ist als Wissenschaft. In: Spitzer M (Hrsg.) Ketchup und das kollektive Unbewusste. Schattauer, Stuttgart New York: 58-61.
- Vogeley K (1995) Repräsentation und Identität. Zur Konvergenz von Hirnforschung und Gehirn-Geist-Philosophie. Dunker und Humblot, Berlin
- Vogeley K, Kurthen M, Falkai P, Maier W (1999) The prefrontal cortex generates the basic constituents of the self. *Consc Cogn* 8: 343-363
- Vogeley K, Bergmann A, Falkai P (2002) Selbstkonstrukt und Schizophrenie. *Nervenheilkunde* 7: 344-350
- Zimmerli WCH (1988) Künstliche Intelligenz. Die Herausforderung der Philosophie durch den Computer. *Forum Interdisziplinäre Forschung* 1: 45-51

Zur erhöhten Ethanol-Elimination beim Alkoholiker und ihrer Bewertung aus medizinisch- rechtlicher Sicht

*Hansjürgen Bratzke, Markus Parzeller
unter Mitwirkung von Wenzel Meixner*

I. Einleitung

In der täglichen Praxis der Rechtsmediziner, Strafverteidiger, Staatsanwälte und Richter spielt die Berechnung der Blutalkoholkonzentration (BAK) sowohl bei der Frage der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB als auch im Rahmen von Straßenverkehrsdelikten gemäß § 24 a StVG, § 315 c StGB, § 316 StGB eine besondere Rolle (BARTON 1983, BODE 1994, 1997, BURHOFF 1999). Aus rechtlicher Sicht ist die BAK zum Zeitpunkt der Durchführung einer Straftat relevant (BGHSt 21, 157 (164)). Die Ermittlung der Tatzeit-BAK muss in aller Regel durch einen Sachverständigen geschehen (BGH VRS 1974, 274; OLG Koblenz NZV 1988, 69). Zwischen der Tatausführung und der Blutentnahme vergeht in der Regel einige Zeit, so dass es je nach Fallkonstellation der Rückrechnung zur Bestimmung der BAK bedarf. Dabei wird von der Rechtsprechung angenommen, dass ein individueller Abbauwert nicht feststellbar ist (BGHSt 36, 286 (289); StV 1991, 297 (298 mwN); LENCKNER, PERRON 2001).

Zurzeit geht man in der Rechtsprechung (BGHSt 35, 314; 37, 237; NSTZ 1989, 24; BA 1998, 78; StV 1986, 247 (248); 1987, 341; 1991, 18) aufgrund wissenschaftlicher Empfehlungen (ZINK und REINHARDT 1976, 1984, GERCHOW et al. 1985) von einem Alkoholmindestabbau von

0,1‰/h und einem Alkoholmaximalabbau von 0,2‰/h (+ einmaliger statistischer Sicherheitszuschlag 0,2‰) aus.

Da das Abbauverhalten von Ethanol bei Alkoholikern anderen Gesetzmäßigkeiten unterliegt, wird in der medizinischen Literatur über zu ändernde Maximalabbauwerte für die Rückrechnung bei Alkoholikern diskutiert (HAFFNER et al. 1991, 1992; GILG 1999).

Bei Nicht-Alkoholikern wurde in Trinkversuchen ein durchschnittlicher Abbauwert zwischen 0,13‰/h (JOACHIM u. SCHULTE 1983), 0,14‰/h (SCHRÖTER et al. 1995) und 0,16‰/h (FORSTER et al. 1961; MALLACH 1966) ermittelt. Dagegen wurden bei chronischem Alkoholmissbrauch höhere durchschnittliche Abbauwerte zwischen 0,17‰/h (LINDROS et al. 1980), 0,22‰/h (HAFFNER et al. 1991 mwN), 0,25‰/h (OLSEN et al. 1989), 0,26‰/h (ADACHI et al. 1989), 0,30‰/h (WINEK u. MURPHY 1984) bis zu 0,39‰/h (KATER et al. 1969) bestimmt. Nach heutigem Wissensstand ist der erhöhte Abbau vor allem auf eine Induktion des mikrosomalen Ethanol-oxydierenden Systems (MEOS) zurückzuführen (ADACHI et al. 1989; HAFFNER et al. 1991; HAFFNER et al. 1992; MISRA et al. 1971; OLSEN et al. 1989; PENNING 1996, WINEK u. MURPHY 1984).

In der vorliegenden Studie wird ein Vergleich zwischen laborchemisch gemessenen „Realwerten“ und berechneter BAK vorgenommen, um zu überprüfen, ob die von der Rechtsprechung angewandten Rückrechnungsmethoden dem konkreten Einzelfall bei Alkoholikern gerecht werden. Bei einer höheren Abbaurate der BAK bei Alkoholikern ist zu hinterfragen, ob alkoholabhängige Personen durch die derzeit geläufige Rückrechnungsmethode nach REINHARDT und ZINK (1976, 1984) für Fragen zur Schuldfähigkeit benachteiligt werden.

II. Material und Methode

Insgesamt wurden 19 alkoholranke Patienten in die Studie zum Abbauverhalten von Blutalkohol bei chronischem Alkoholismus eingeschlossen. Die Patienten waren zur Alkoholentzugsbehandlung stationär aufgenommen worden. Es handelte sich um 15 Männer im Alter von 35 bis 51 Jahren und 4 Frauen im Alter von 34 bis 48 Jahren. Die Patienten wurden nach der Aufnahme über die Studie informiert. Nach Einwilligung wurden sie körperlich untersucht und sonographiert. Über eine Verweilkanüle

wurde den Patienten über einen Zeitraum von bis zu 49 Stunden in ca. stündlichen bzw. zweistündigen Intervallen Blutproben entnommen. Die Blutalkohol- und Begleitstoffkonzentrationen (Acetaldehyd, Aceton, Ethylmethylketon, Iso-Butanol, Methanol, N-Butanol, N-Propanol und Sek-Butanol) wurden gaschromatographisch doppelbestimmt. Die übrigen Laborparameter wurden im Krankenhaus erfasst.

Ausgehend von den Kriterien der Rechtsprechung (BGHSt 25, 246 (250); 37, 231 (237); BURHOFF 1999, SALGER 1989) wurden die Blutalkoholkonzentrationen (BAK_L (‰)) der Entnahmezeitpunkte (t_n) auf den Zeitpunkt der ersten Blutentnahme (t_0 = „Tatzeitpunkt“) im Hinblick auf die Schuldfähigkeit zurückgerechnet.

Bei der Berechnung des Maximalabbaus wurde davon ausgegangen, dass zum Zeitpunkt t_0 die Alkoholresorption abgeschlossen war.

Es wurden die Differenzen zwischen der laborchemisch bestimmten Blutalkoholkonzentration und den berechneten Blutalkoholkonzentrationen ($BAK_{t_0} - BAK_{maxS}$ (‰)) ermittelt.

III. Ergebnisse

1. Krankheitsbilder und Sonographiebefunde

Das Durchschnittsalter der 15 männlichen Patienten lag mit 42,8 Jahren geringfügig höher als das der 4 weiblichen Patienten mit 41,3 Jahren. Die Patienten wiesen überwiegend ausgeprägte Krankheitsbilder auf, die für einen langjährigen Alkoholabusus sprachen (Tabelle 1 und 2). Bei 11 (57,9%) der Patienten lag das Bild einer äthyltoxischen Hepatose vor. Die Steatosis hepatis war mit 82,4% der häufigste Befund bei der Abdomen-Sonographie.

2. Klinische Chemie

Die Laborwerte der leberspezifischen Transaminasen lagen für die GOT bei 79%, für die GPT bei 57,9% und für die Gamma-GT bei 68,4% der Patienten über den Normwerten des Labors (Tabelle 3).