

4 Die substanzbedingte Einschränkung des freien Willens

Reinhard Haller

4.1 Einleitung

Die in den letzten Jahren auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse im Bereich der Neurobiologie geführte Diskussion um die Freiheit des menschlichen Willens ist nicht neu. Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass die Determinismus-Indeterminismus-Debatte innerhalb verschiedener Denkmodelle mit meist konträren Folgerungen seit über 2000 Jahren geführt wird (Liessmann, 2007).

Die neuere Forschung hat einige Befunde mit Bezug zu strafrechtlich relevanten Verhaltensweisen gebracht. Verschiedene Beobachtungen, etwa, dass unter Pädophilen neben Linkshändern sowie Personen mit Kopfverletzungen und niedriger Intelligenz auch solche mit Suchtproblemen überrepräsentiert sind, weisen ebenso auf die Bedeutung möglicher, u. U. auch substanzbedingter Hirnschäden hin wie der Nachweis vermehrter Schädigungen des ventromedialen präfrontalen Cortex bei dissozialen Persönlichkeitsstörungen (Müller et al 2008).

Die gegenwärtig von Seiten vieler Hirnforscher favorisierte Determinismusthese besagt, dass auch strafbares Handeln eines Menschen vollständig durch hirnbioologische Prozesse, in welche psychotrope Substanzen mehr oder min-

der stark eingreifen können, determiniert ist. Dementsprechend wird aus dieser These in der Frage der mangelnden Verantwortung bzw. Schuldfähigkeit des Menschen abgeleitet, dass kein Straftäter verantwortlich gemacht werden könne, weil es keine individuelle Schuld gebe (zusammenfassend Geyer, 2004).

Die Kritik an den Determinismusthesen lautet, dass es dzt. kein Experiment gebe, in dem es gelungen wäre, anhand neurobiologischer Befunde das exakte Verhalten einer Person vorherzusagen und dass das Gehirn als Organ den „falschen logischen Ort“ dieser Phänomene darstelle. Die These, dass jeder Zustand des Universums und damit auch jedes menschliche Handeln zu 100 % determiniert ist, kann jedenfalls wissenschaftlich auf keiner der in Frage kommenden Ebenen belegt werden. Psychotrope Substanzen spielen in dieser Diskussion eine erhebliche Rolle, da sie durch ihren Einfluss auf die kognitiven, voluntativen und emotionalen Systeme die Willensbildung und das Verhalten maßgeblich beeinflussen, was insbesondere in der Kriminalität und in der strafrechtlichen Beurteilung von außerordentlich großer Bedeutung ist. Dies wird allein schon durch den hohen Prozentsatz substanzbeeinträchtigter Täter, welcher in der Tabelle 1 ersichtlich wird, belegt (Platz, 1995, Egg, 2002).

Tab. 1 Alkohol und Drogeneinfluss bei Straftaten

Straftat	Alkohol	Harte Drogen
Leib/Leben	34,4	6,9
Sexualdelikte	13,7	3,8
Persönliche Freiheit	25,4	5,4
Schwerer Diebstahl	9,7	18,2
Sonstige	18,5	5,5
Straftaten insgesamt	11,5	8,6

4.2 Einfluss von Alkohol und Drogen auf die Willensbildung

Der Einfluss von Drogen auf die Willensbildung kann auf verschiedensten Ebenen nachgewiesen werden. Im biologischen Bereich kommen Wirkungen auf morphologische Strukturen, auf die Neurophysiologie oder auf neurochemische Abläufe in Frage. Diese sind Folge von substanzbedingten Änderungen der Verhältnisse an den neuronalen Membranen, an der Neurotransmitter-Aktivität oder an der Rezeptor-Effektor-Kopplung. Darüber hinaus wirken psychotrope Substanzen auf die Intellektualität, die Gedächtnisleistungen und die Emotionalität (Burtscheidt, 2002).

In der psychodynamischen Betrachtung sind die regressiven Momente (Alkohol als vergiftete Muttermilch), die für die Affekt- und Ich-Impulskontrolle maßgebenden substanzbedingten Ich-psychologischen Defizite, der Abhän-

gigkeits-Autonomie Konflikt und der Verlust der Kontrolle von Bedeutung (Foerster, 2009).

Im klinischen Bereich wird gemäß den diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation bei den durch psychotrope Substanzen ausgelösten psychischen und verhaltensbezogenen Störungen zwischen akuter Intoxikation (Berauschung), schädlichem Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom unterschieden. Von großer Relevanz sind zudem die durch Substanzeinnahme hervorgerufenen psychotischen Reaktionen und die als Folge langfristiger Intoxikationen eintretenden Wesensänderungen. Bei allen diesen Störungen kann die Fähigkeit zur freien Willensbildung eingeschränkt oder sogar aufgehoben sein, einerseits durch die hirnorganischen Folgen andererseits durch die Auswirkungen auf Persönlichkeit und Verhalten (Kröber, 2001).

Mit dem Begriff akute Intoxikation wird ein vorübergehendes Syndrom, das nach Aufnahme von psychotropen Substanzen eintritt und sich aus Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung und des Affektes, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen zusammensetzt, bezeichnet. Die akute Intoxikation meint in der Regel das, was wir in der Alltagssprache unter *Rausch* verstehen. Das Wort „Rausch“, etymologisch mit Rauschen (= Lärmen) zusammenhängend, impliziert im gängigen Sprachgebrauch einen hohen Grad von lustbetonter Gefühlsbewegung, aber auch an veränderter Bewusstseinslage und unkontrolliertem Verhalten.

Unter schädlichem Gebrauch (Missbrauch, Abusus) versteht man einen zur Gesundheitsschädigung führenden Konsum psychotroper Substanzen. Die Verwendung erfolgt ohne medizinische Indikation und in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht, und zwar in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht. Die Gesundheitsschädigungen bestehen neben körperlichen Störungen in psychischen Problemen, z. B. einer depressiven Reaktion nach massivem Alkoholkonsum. Gerade im Zusammenhang mit missbräuchlicher Verwendung von psychotropen Substanzen kann es zu erheblichen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, sei es beim Lenken eines Kfz oder beim Bedienen einer Maschine, kommen. Auch bei vielen Kriminaltaten, insbesondere Aggressionshandlungen, stellen Alkohol- oder Drogenmissbrauch herausragende konstellative Faktoren dar (Boles, 2003).

Der Begriff der Sucht ist mehrdeutig und schwer zu definieren. Etymologisch hängt er zusammen mit dem Wort „siech“. Sucht ist gleichbedeutend mit Krankheit (z. B. Rotsucht, Gelbsucht, Wassersucht) oder Laster (Eifersucht, Habsucht, Streitsucht, Geltungssucht). Sucht wird dabei als ein mehr passives, begieriges und zwanghaftes Verhalten beschrieben, welches durch Fehlen der Fähigkeit zur freien Entscheidung geprägt ist. Sucht ist gleichzusetzen mit zwanghaftem Angewiesensein, mit „Gebundenheit an ein schädliches

Bedürfnis“, die auf Dauer einer chronischen Suizidhandlung gleichkommt. Im Falle einer stoffgebundenen Sucht kommt noch die vom Gift abhängige chronische Organschädigung hinzu. Sucht als „Krankheit des Nichtaufhören- und nicht Genugkriegenkönnens“ reicht somit vom einfachen Hang bis zum dominierenden, unersättlichen Verlangen, einen Trieb zu befriedigen, was mit dem Verlust eines geordneten Selbstwert- oder Umweltbezuges einhergeht.

Die WHO hat wegen des fließenden Überganges zwischen Gewohnheitsbildung und Sucht den übergeordneten Begriff des *Abhängigkeitssyndroms* eingeführt. Deren entscheidendes Charakteristikum ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Hauptkennzeichen der Abhängigkeit sind ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zur Konsumation, die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums, das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. Die meisten angeführten Kennzeichen beinhalten definitorisch die Auswirkungen auf die Systeme der Willensbildung. Der Ausdruck „Zwang“ spricht ebenso für Unfreiheit wie jener des Kontrollverlustes. Allein das Wort „Abhängigkeit“ bedeutet, dass der Betroffene vom Agierenden zum Reagierenden geworden ist und die Freiheit soweit verloren hat, dass er nicht mehr als „Herr im eigenen Haus“ bezeichnet werden kann.

Als Drogenpsychosen werden alle drogenbedingten Zustandsbilder mit psychotischen Erlebnisinhalten definiert, die im Zusammenhang mit der Einnahme von Rauschdrogen (Haschisch, Halluzinogene, Weckamine, Kokain, selten Schnüffelfstoffe und Anticholinergika) ausgelöst werden. Zu den Drogenpsychosen gehören auch verlängerte oder atypische Rauschverläufe im Sinne von Horror- und Bad-Trips sowie flash-back-Phänomene oder Nachhall-(Echo-) Psychosen und auch psychotische Rauschverläufe im Sinne von schizophre- niertartiger Ausprägung. Besondere Bedeutung haben eigengesetzlich ablaufende Geisteskrankheiten, die ohne weitere Drogeneinnahme persistieren und dem Bild einer schizophrenen Psychose entsprechen. Drogenpsychosen gehören zu jenen Krankheitsbildern, bei denen nach rechtlicher Vorstellung die Freiheit des Willens vollständig aufgehoben ist.

Bei lang andauerndem Substanzmissbrauch kann eine kaum mehr reversible *Veränderung der Persönlichkeit bzw. des Verhaltens* hervorrufen. Diese auch als Dep- ravation bezeichnete Störung ist durch eine tiefgreifende Änderung der Affekte, der Bedürfnisse und Impulse, durch eine Nivellierung des Persönlichkeits- gefüges und eine Reduktion der intellektuellen Leistungsfähigkeit gekenn- zeichnet. Die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage, Befriedigungen auf- zuschieben und zielgerichtete Aktivitäten über längere Zeiträume durchzuhalten. Das veränderte emotionale Verhalten reicht von Apathie und affektiver Verflachung bis zu Reizbarkeit und Aggressionsausbrüchen. Bedürf- nisse und Impulse können nicht mehr kontrolliert werden, es kommt zu einer

allgemeinen Enthemmung, zu geändertem Sexualverhalten und kognitiven Defiziten. Schwere Wesensänderungen sind mit einer derart tiefgreifenden Störung des Kritik-, Urteils- und Steuerungsvermögens verbunden, dass keine freien Entscheidungen mehr getroffen werden können (Soyka, 2008).

4.3 Einfluss einzelner Drogen auf Willensbildung und Verhalten

Die einzelnen Drogen haben je nach psychotroper Wirkung, Suchtpotenz, Verträglichkeit, Verfügbarkeit und Einnahmeart unterschiedliche Auswirkungen auf die voluntativen Funktionen, wobei neben dem eigentlichen Drogeneffekt immer auch dispositionelle Voraussetzungen und Persönlichkeit der konsumierenden Person eine Bedeutung der Rolle spielen (Stadtland, 2003).

Alkohol ist in unserer Gesellschaft die mit großem Abstand bedeutendste Droge. Erhöhte Bereitschaft zu sozialem Kontakt, vermehrter Rede- und Tätigkeitsdrang, allgemeine Stimulation und Enthemmung, verminderte Fähigkeit zu kritischer Selbstkontrolle und Herabsetzung der psychomotorischen Leistungsfähigkeiten sind schon bei niederem Blutalkoholspiegel zu beobachten. Den mittelstarken Alkoholrausch kennzeichnen u. a. aggressive Gereiztheit, Einengung des Erlebens auf unmittelbare Triebbefriedigung und Bereitschaft zu primitiven, explosiven Reaktionsweisen. Für den schweren Rausch mit einem Blutalkoholspiegel von über 2,5‰ sind neben Bewusstseinsstörung, Desorientiertheit und illusionären Situationsverkennungen motivlose Angst und Erregung charakteristisch. Zudem ist bei chronischem Alkoholismus die stete Gefahr des Auftretens von komplizierten und pathologischen Rauschen, insbesondere von Eifersuchtswahn und Alkoholhalluzinosen, gegeben (Singer, Teyssen, 2005).

Schlafmittel und Tranquilizer wirken beruhigend, angstlösend, schlafinduzierend und muskelrelaxierend. Zudem haben sie einen antiepileptischen Effekt. Bei längerdauernder Einnahme kann es zu Toleranzentwicklung, Gewöhnung und Abhängigkeit kommen. Nach dem Absetzen tritt ein Entzugsyndrom auf, das durch innere Unruhe, ängstlich-depressive Verstimmung, Depressivität, Schlafstörungen, Zittern, Muskelzuckungen, Kollapsneigung und Angstzustände geprägt ist. In schweren Fällen treten Körperschemastörungen, Depersonalisationserlebnisse, epileptische Anfälle und Verwirrheitszustände auf. Das als sehr quälend erlebte Abstinenzsyndrom verläuft wellenförmig und ist oft von langer Dauer.

In höheren Dosen können Benzodiazepine Amnesien hervorrufen. Bei längerer Einnahme kommt es zu Minderung der kognitiven Funktionen, der Leistungsfähigkeit und zu permanenter ängstlich-depressiver Verstimmung. Der Endzustand der Medikamentensucht ist durch eine ausgeprägte Wesensänderung, durch sozialen Abstieg und Isolation sowie durch Suizidalität geprägt. Medikamentensüchtige scheinen infolge der mit der Sucht verbundenen

„Über-Ich-Schwächung“ delinquenten Impulsen weniger Widerstand entgegenzusetzen zu können.

Die akute Wirkung der Cannabinoide ist auf psychischem Gebiet durch leichte Benommenheit, Euphorie, Ausschaltung negativer Umweltreize und intensive Wahrnehmungen von Musik, Licht und Farbeffekten geprägt. Das psychische Verlangen tritt bei längerer Auswirkung meist recht intensiv auf, eine körperliche Abhängigkeit ist jedoch nicht zu beobachten. Nach gehäufter und längerdauernder Abundanz kommt es oft zu irreversiblen Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur. Das meist zu beobachtende *Amotivationssyndrom* ist gekennzeichnet durch Leistungsknick, Interessensverlust, Gleichgültigkeit und Apathie, Mangel an Verlässlichkeit, rasche Änderung von Motivation und Stimmung und oft unangepasste Affektivität.

Akute Opioidwirkung führt zu einem Zustand der tiefen Entspannung und Ruhe, der völligen Zufriedenheit und Abgeschlossenheit sowie der Herabsetzung negativer psychischer und körperlicher Empfindungen. Die Schmerzwahrnehmung wird neutralisiert, das Hungergefühl unterdrückt, der Hustenreiz stark gedämpft. Sämtliche Opiate führen zu einer raschen körperlichen und psychischen Gewöhnung, der Abhängige muss die Dosis rasch steigern und benötigt schließlich das Vielfache der für nichtsüchtige Menschen tödlichen Dosen. Die Entzugssymptome treten etwa 6 bis 10 Stunden nach der letzten Injektion auf und erreichen nach 12 bis 20 Stunden ihren Höhepunkt. Im Zustand des Entzugs besteht ein ungeheuer starker, nicht zu beherrschender Drogenhunger, der Süchtige tut alles, um nur irgendwie an die Substanzen zu gelangen. Er beruhigt sich erst wieder nach neuerlicher Injektion und gelangt so durch die ständige Dosissteigerung und durch die Auswirkung der hohen Morphindosen in einen *circulus vitiosus*.

Die Wirkung des Kokains ist geprägt von Euphorie, Angeregtheit, gesteigerter Leistungsfähigkeit, von Rede- und Bewegungsdrang und übersteigertem Selbstwertgefühl, bei größeren Dosen durch Enthemmung und Erregungszustände. Nach Abklingen der Wirkung dominieren Antriebsarmut, Müdigkeit, Angstzustand und Depressionen. Bei längerer Verwendung kommt es zu ständiger Angst und Depressivität.

Das psychische Abhängigkeitspotenzial des Kokains, welches sich von einer ehemaligen Elitedroge zu einem weit verbreiteten Suchtmittel nicht nur in den klassischen Risikogruppen entwickelt hat, ist enorm und dem des Morphins nahezu gleichzusetzen, während eine körperliche Gewöhnung nicht zu beobachten ist.

Akute und chronische Wirkung der Amphetamine und anderer Psychostimulanzien entsprechen in etwa dem Kokaintyp. Sie führen rasch zu Antriebssteigerung, Aktivität, gehobener und euphorischer Stimmung, anhaltendem Gefühl von Frische und Leistungsfähigkeit sowie verringertem Schlafbedürfnis. Die zu beobachtende körperliche und psychische Abhängigkeit führt zu einem allgemeinen

Nachlassen der psychischen Fähigkeiten und in manchen Fällen zu Angstzuständen, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen.

In der Gruppe der Halluzinogene werden verschiedene Substanzen von chemisch sehr unterschiedlicher Struktur zusammengefasst, die entweder aus Pflanzen (z. B. Mutterkorn, Payote-Kakteen) gewonnen oder synthetisch hergestellt werden. Der bekannteste Vertreter ist das LSD 25 (*Lysergsäure-Diäthylamid*), das 1943 vom Schweizer Chemiker *Hofmann* entdeckt wurde. Die meist oral eingenommenen Substanzen führen zu starken Sinnestäuschungen, Verlust der Realität, Abbruch der Beziehungen zur Außenwelt, Störungen des Raum- und Zeitgefühls und Verschmelzungsgefühlen des eigenen Ichs mit vorgestellten Objekten. In 10 bis 30 % der Trips kommt es zu Angst- und Panikzuständen, zu so genannten Horror- oder Badtrips. Bei längerdauernder Einnahme werden häufig latent vorliegende Geisteskrankheiten ausgelöst oder reaktiviert, in manchen Fällen bleiben die im Drogenrausch erlebten Horrorzustände längere Zeit bestehen. LSD-Räusche können Wochen bis Monate nach der Einnahme als flash-backs wieder auftreten. Bei langdauernder Einnahme kommt es zu irreversiblen Störungen der Persönlichkeitsstruktur.

Halluzinogene Wirkungen haben auch die so genannten „biogenen“ Drogen, also psychotropen Substanzen, die in Pflanzen, Pilzen oder Tierprodukten vorkommen und auf legale Weise erlangt werden können. Besonders verbreitet ist der Missbrauch von Stechäpfeln, Engelstropfen, Alraunen und verschiedenen Pilzen, welche Halluzinationen, Erregungszustände, Verwirrtheit und schwere Kreislaufnebenwirkungen hervorrufen (Winckler, Foerster, 1996).

Im juristischen Bereich wird zwischen Diskretions- und Dispositionsfähigkeit unterschieden. Wenn man psychotrope Substanzen nach ihrer Wirkung auf kognitive und voluntative Funktionen prüft, liegt folgende Einteilung auf der Hand.

Auf die „Diskretionsfähigkeit“ wirken Halluzinogene hoch dosierte Cannabinoide, *Ecstasy* und andere *Designerdrogen*, Phencyclidin, Schnüffelstoffe und biogene Substanzen. Vornehmlich im Bereich der „**Dispositionsfähigkeit**“ greifen Alkohol, Barbiturate, Benzodiazepine, niedrig dosierte Cannabinoide, Opiate, Kokain und Amphetamin an. Auch die in jüngerer Zeit in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses rückenden „Verhaltenssüchte“ wirken auf dieser Schiene (Haller, 2008).

4.4 Lösungen im Strafrecht

Wie schon erwähnt, hat der Gesetzgeber den Weg gewählt, bei jeglicher Form des Handelns, auch des kriminellen, die Freiheit des Willens als prinzipiell gegeben vorauszusetzen, aber bestimmte psychische Zustände zu definieren, bei denen man gleichsam die Übereinkunft trifft, dass Betroffene nicht

schuld- bzw. zurechnungsfähig handeln können. Im Suchtbereich lauten die entsprechenden Bestimmungen nach dem österreichischen Strafgesetzbuch, welches sich hier kaum von jenen anderer Länder unterscheidet wie folgt: Die Zurechnungsunfähigkeit wird im § 11 StGB bestimmt:

„Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinn, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft.“

Taten, die im Zustand der selbstverschuldeten Berausung verübt werden, können nicht sanktioniert werden, da sie ja im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit begangen worden sind. Wohl aber wird das sozial verwerfliche Verhalten, sich in einen solchen Zustand zu bringen, geahndet. In Österreich ist dies durch den § 287 StGB geregelt:

„Wer sich, wenn auch nur fahrlässig, durch den Genuss von Alkohol oder den Gebrauch eines anderen berausenden Mittels in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt, ist, wenn er im Rausch eine Handlung begeht, die ihm außer diesem Zustand als Verbrechen oder Vergehen zugerechnet würde, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen. Die Strafe darf jedoch nach Art und Maß nicht strenger sei, als sie das Gesetz für die im Rausch begangene Tat androht.“

Diesen normativen Bestimmungen entsprechen eine Reihe von klinischen Syndromen (Athen, 1986), von denen in der gutachterlichen Praxis jene, die man als „komplizierten“ und „pathologischen“ Rausch bezeichnet, besonders bedeutsam sind:

Der Begriff des komplizierten Rausches entspricht jenem des quantitativ abnormen Rauschzustandes. Damit ist aber nicht jede quantitative Abweichung vom normalen Rausch, sondern nur das mit einer abnorm starken Erregung einhergehende Zustandsbild der Alkoholintoxikation gemeint. Nach seiner Beschreibung unterscheidet sich der komplizierte Rausch vom normalen Rausch durch die starke vitale Exzitation mit gereizter Grundstimmung und durch die rasch sich vertiefende geistige Benommenheit mit extremen Enthemmungserscheinungen. Die Orientierung bleibt erhalten und die Gesamtsituation wird dabei nicht verkannt (Foerster, Leonhardt, 2002).

Die diagnostische Unterscheidung zwischen einfachem und kompliziertem Rausch ist anhand der Stärke und Dauer der alkohologenen vitalen Erregung, der Persönlichkeitsfremde des Handelns und der Art der Grundstimmung vorzunehmen. In den meisten Fällen herrscht dabei eine gereizte Stimmungslage vor, aber auch depressiv-gereizte oder ängstlich-gereizte Verstimmungen sind möglich (Foerster, Leonhardt, 2002).

Manche Autoren betonen zwar ebenfalls die quantitative Abweichung des komplizierten Rausches, nehmen aber nicht nur auf die Erregung Bezug. So schreibt Bleuler (1979):

„Mit dem komplizierten Rausch bezeichnet man einen Rausch, dessen psychische Symptome als bloße Übertreibung eines gewöhnlichen Rausches aufgefasst werden können. Das Handeln im komplizierten Rausch ist auf Grund der natürlichen Bestrebungen des Berauschten zwar übertrieben, aber doch noch begreiflich und nicht völlig persönlichkeitsfremd. Im komplizierten Rausch mag einer dreinschlagen, wenn er gestichelt worden ist. Im pathologischen Rausch kann einer den besten Freund ohne jeden verständlichen Grund erschlagen“.

Ähnlich heißt es in der Beschreibung von Mende (1983):

„Die größte kriminologische Bedeutung hat der komplizierte Rausch, der vom gewöhnlichen quantitativ unterschieden ist und cerebrale oder andere körperliche Erkrankungen, Schwachsinn und abnorme Persönlichkeitsstrukturen sowie Schädigungen durch chronischen Alkoholismus zur Voraussetzung hat. Hier kommt es insbesondere leicht zu kurzschlussartigen Gewalthandlungen, die nicht eigentlich persönlichkeitsfremd, wenngleich in ihrem Ausmaß inadäquat anmuten“.

Der pathologische Rausch (qualitativ abnormer Rauschzustand), in der forensischen Literatur unzählige Male beschrieben und diskutiert, ist wissenschaftlich umstritten und wird in der Praxis selten gesehen. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ist der Begriff allerdings unter der Nummer F10.07 enthalten und wird wie folgt beschrieben:

„Kurz nach dem Trinken einer Menge, die bei den meisten Menschen keine Intoxikation hervorrufen würde, erfolgt ein plötzlicher Ausbruch von aggressivem, oft gewalttätigen Verhalten, das für den Betroffenen im nüchternen Zustand untypisch ist.“

Wenn die klassischen Symptome wie Störung der Sinnkontinuität, völliger Erlebenszusammenbruch, Verworrenheit, Wahnideen und Beeinflussungserlebnisse vorliegen, entspricht dies einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung im Sinne der Schuldausschließungsparagraphen, sodass Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit immer aufgehoben sind (Venzlaff, 2003).

Beim chronischen Alkoholismus treten Situationen, die zu Delikten in berauschem Zustand führen, infolge vermehrter, verlängerter und durch Toleranzbruch rasch intensiv ausfallender Rauschzustände gehäuft auf. Typisch für chronische Alkoholiker sind primitive, wenig durchdachte, kurzschlüssig durchgeführte, oft aus Verführungssituationen entstandene Eigentums-, Sexual- und auch Affektdelikte. Weiters bedingen im Verlauf der kritischen und chronischen Phase der Alkoholkrankheit ausbrechende Alkoholpsychosen, insbesondere Eifersuchtswahn und Alkoholhalluzinose, immer wieder Zu-

stände, die in Art und Schwere einer Geisteskrankheit im Sinne des § 11 StGB gleichwertig sind und daher Exkulpierung bedingen. Organische Psychosyn-drome und Persönlichkeitsveränderungen im Gefolge des chronisch fortschrei-tenden Alkoholismus führen zu einer generellen Minderung des Dispositions-vermögens, in weit fortgeschrittenem Stadium sogar zur völligen Aufhebung (Nedopil, 2008).

Eine recht pragmatische Hilfe zur Einschätzung der Willenseinschränkung durch die diversen Missbrauchs-/Abhängigkeitsstadien liefert Waldmann (1975):

Das erste Stadium wird als „Drogenmotivation“ bezeichnet und umfasst das neugierige Ausprobieren der Substanz. Bereits in diesem Stadium ist ein Abbau der Schranken gegenüber der Drogeneinnahme erfolgt und ein erster Schritt in die illegale Drogenszene getan. Eine wesentliche Willensbeeinträchtigung ist aber noch nicht festzustellen.

Das zweite Stadium wird als jenes der „Drogenerfahrung“ bezeichnet. Es werden neuartige Erlebnisse unter dem Einfluss von Drogen gesucht. Die meisten Drogenkonsumenten sind von der Erweiterung ihres Erfahrungshorizontes begeistert. Es kommt zu einer allmählichen Umstrukturierung des Tagesablaufes. Die Konsumenten suchen nach Gleichgesinnten im Bekanntenkreis, häufig wird gemeinsam konsumiert. In diesem Stadium kommt es zu einer Reduzierung der Willenskraft.

Im dritten Stadium tritt eine „Drogenbindung“ ein, es entspricht der „Suchtmittelge-wöhnung“ im rechtlichen Sinn. Das bisherige soziale Gefüge löst sich auf, bei alltäglichen Konflikten wird die Flucht in die Drogen gesucht.

Als viertes Stadium folgt die „Drogenkonditionierung“. Der Drogenkonsum dient jetzt vorwiegend der Vermeidung von Entzugserscheinungen. Die Freiheit des Süchtigen ist durch den Drogengebrauch stark eingeschränkt, da er in einem unaufhörlichen Wechsel zwischen Berausung und quälendem Entzug lebt.

Schluss

Das Problem des Einflusses psychotroper Substanzen auf die Willensbildung spielt sich sowohl individuell als auch gesamtgesellschaftlich zwischen Frei-heit, Abhängigkeit und Kontrolle ab. Drogen sind Substanzen, welche auf den verschiedensten Betrachtungsebenen des Problems der freien Willensbildung bedeutsame Funktionen haben (Kröber et al., 2009). Gerade die hirnbio-logische Grundlagenforschung kann von Kenntnissen über die durch Drogen in-duzierten neurochemischen Abläufe, durch die strukturellen und morpholo-gischen Änderungen und ihre Wechselwirkung mit jenen Hirnsystemen, in denen der Sitz psychotischer Erkrankungen vermutet wird, viel profitieren. Die mannigfache psychopathologische Symptomatik, welche durch die diver-

sen Rauschgifte hervorgerufen wird, bringt Fortschritte in der phänomenologischen Analyse der Willensfrage. Die Sucht als Krankheit des Freiheitsverlustes wirft grundsätzliche Überlegungen in der Determinismus-Indeterminismus-Debatte auf. In der Suchttherapie spielt bei allen großen Hilfen von medizinisch-psychiatrischer und psychologisch-sozialer Seite der Wille des abhängig und damit unfrei gewordenen „Patienten“ letztlich immer die entscheidende Rolle. Suchtkrankenhilfe muss mit einem Wort den letzten Sinn immer darin sehen, das betroffene Individuum wieder in die Autonomie zurückzuführen. In wie weit dabei der Wille des Einzelnen durch rechtliche Maßnahmen, justiziellen Druck und therapeutische Motivation beeinflusst werden kann und darf, ist Gegenstand der heftigsten Diskussionen.

Die forensische Psychiatrie, die mehr als andere Disziplinen mit den praktischen Auswirkungen der ansonsten oft theoretisch geführten Diskussion über Willensfreiheit befasst ist, sieht sich vor einem doppelten Dilemma: Zum einen, dass auch mit psychopathologischen Methoden das Problem der Willensfreiheit nicht zu lösen ist. Zum anderen, dass gerade die komplexen Eingriffe psychotroper Substanzen in die diversen Willensbildungssysteme nicht wirklich durchschaubar sind. Mit dem bekannten Strafrechtler Gustav Radbruch könnte man deshalb gerade bei der Begutachtung von Menschen mit Suchtproblemen sagen:

„ ein guter psychiatrischer Sachverständiger kann nur sein, wer es mit einem schlechten Gewissen ist.“

Literatur

- Athen D (1986) Syndrome der akuten Alkoholintoxikation und ihre forensische Bedeutung. Springer, Berlin-Heidelberg
- Boles SM, Miotto K (2003) Substance abuse and violence. A review of the literature. *Aggression Violent Behav* 8, 155–174
- Burtscheidt W (2002) Störungen durch Alkohol. In Müller-Spahn F, Gaebel W (Hrsg.) Diagnostik und Therapie psychische Störungen. Kohlhammer, Stuttgart, 164–186
- Egg R (2002) Sucht und Delinquenz – Epidemiologie, Modelle und Konsequenzen. In: R.D.H.g.S.e.V. Gassmann (Hrsg.). Suchtprobleme hinter Mauern. Lambertus, Freiburg
- Foerster K, Dreßing H (2008) Psychiatrische Begutachtung, 5. Auflage. Urban & Fischer, München
- Foerster K, Leonhardt M (2002) Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei akuter Alkoholintoxikation und Alkoholabhängigkeit. In Schneider F, Friester H (Hrsg.) Alkohol und Schuldfähigkeit. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Geyer C. (Hrsg.) (2004) Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente. Suhrkamp, Frankfurt am M.
- Haller R (2008) Das psychiatrische Gutachten. 2. Auflage. Manz, Wien
- Kröber HL (2001) Die Beeinflussung der Schuldfähigkeit durch Alkoholkonsum. *Sucht* 47, 341–349
- Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.) (2009) Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 4. Kriminologie und Forensische Psychiatrie. Steinkopff, Darmstadt
- Liessmann KP (2007) Die Freiheit des Denkens. Zsolnay, Wien

- Müller JL, Gänßberger S, Sommer M et al (2008) Prefrontal and temporal brain dysfunction through emotion and cognition interaction in criminal psychopaths. *Behav Sci Law* 26(1), 131–150
- Nedopil N (2008) *Forensische Psychiatrie*, 3. Auflage. Thieme, Stuttgart
- Platz W E (1995) *Alkoholriminalität*. Fink, München
- Radbruch G (1945) Gesetzliches Unrecht und über gesetzliches Recht. In *Süddeutsche Juristenzeitung*, 105–108
- Renzikowski J (2002) Im Labyrinth des Vollrauschtatbestands (§ 323 a StGB). In Schneider F, Frister H (Hrsg.) *Alkohol und Schuldfähigkeit*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Singer M, Teyssen S (2005) In Foerster K, Dreßing H (Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung*, 5. Auflage. Urban & Fischer, München 2008
- Soyka M, Küfner H (2008) *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. 6. Auflage. Thieme, Stuttgart, New York
- Stadtland C, Nedopil N (2003) Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für kriminelle Rückfälle. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 71, 654–660
- Venzlaff U (2003) Über den sogenannten „pathologischen Rausch“ oder die zähe Lebensdauer eines „Unbegriﬀs“. In Amelung K, Wolke W, Lilie H, Rosenau H, Rüping H, Wolfsast G (Hrsg.) *Festschrift für H. L. Schreiber*. Müller, Heidelberg
- Waldmann H (1975) Stadieneinteilung und Typologie jugendlicher Drogenkonsumenten. In: Waldmann H, Zander W (Hrsg.) *Zur Therapie der Drogenabhängigkeit*. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen
- Winckler P, Foerster P (1996) Straftaten unter Alkohol- und Drogeneinfluss. In Längle G, Mann K, Buchkremer G (Hrsg.) *Sucht. Attempto, Tübingen*