

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig [Direktor: Prof. Dr. A. Bostroem] und aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau [stellvertr. Direktor: Dozent Dr. W. Wagner].)

## Über Suchten mit rezeptfreien Schlafmitteln<sup>1</sup>.

Von  
Diez Sacher.

(Eingegangen am 30. Oktober 1940.)

In einer vor kurzem erschienenen Arbeit von Möbius: „Seltene Suchten“ wird gezeigt, daß die „großen“ Suchten selten und die seltenen Suchten häufig geworden sind. Einen besonders großen Anteil an den Suchten haben neben den Suchten mit Alkaloiden des Opiums bzw. den entsprechenden synthetischen Präparaten wie Eukodal und Acedicon die rezeptfreien Schlafmittel, insbesondere das Phanodorm.

Bei der Durchsicht der Krankengeschichten von 1920—1938 der Breslauer Universitäts-Nervenklinik wurden 30 Fälle von Suchten mit rezeptfreien Schlafmitteln gefunden. Zum Teil war die Schlafmittelsucht allein nicht Grund zur Klinikeinweisung, sondern es bestand gleichzeitig noch ein Alkaloidmißbrauch.

Um einen besseren Überblick über den Umfang der Suchten mit rezeptfreien Schlafmitteln geben zu können, fanden Zahlen und Angaben über Schlafmittel aus Breslauer Apotheken Verwendung.

Da die Symptomatologie der Schlafmittelsuchten bekannt ist, wurde auf die Schilderung der einzelnen Fälle verzichtet.

Die Gründe für den starken Schlafmittelge- und -mißbrauch sind verschiedene. Der Beitritt Deutschlands zum internationalen Opiumabkommen 1928 und insbesondere die straffe Handhabung der Opiumgesetze seit 1933 machten den Süchtigen den Bezug von Morphin und seinen Derivaten fast unmöglich. Die Bereinigung des Heilwesens von morphinsüchtigen Ärzten und verantwortungslosen Apothekern, die Süchtige doch noch in den Besitz der verlangten Mittel setzten, wirkte sich weiterhin günstig aus. Seit 1933 wurde auch die rezeptfreie Abgabe des Codeins, der Gelonida antineuralgica und ähnlicher Präparate, zu denen die Süchtigen gern als Ersatz griffen, unterbunden. Die zur Sucht Disponierten suchten und fanden einen Ersatz in verschiedenen Arten von barbitursäurehaltigen Schlafmitteln, die außerdem noch den Vorteil hatten, rezeptfrei und billig zu sein. Veronal indes, die reine Barbitursäure, ebenso Veronalnatrium und Luminal, sowie einige andere Mittel, sind dem strengen Rezeptzwang unterworfen und nur auf jedesmalige ärztliche Verordnung zu erhalten.

Der wahllose Gebrauch von Schlafmitteln wurde durch die Reklame in Zeitschriften und Apotheken sicher wesentlich gefördert. Immer wieder wurde und wird auch heute noch auf die Unschädlichkeit gewisser Mittel hingewiesen. Wie es in Wirklichkeit mit der „Unschädlichkeit“ eines

<sup>1</sup> D 15.

Teils solcher rezeptfreier Mittel steht, läßt sich an Hand der klinischen Krankenblätter am besten beurteilen.

Zu diesen äußereren Gründen tritt als wichtiger Faktor für die Zunahme der Suchten das gesteigerte Verlangen nach Genußgiften und Suchtmitteln in bewegten Zeiten, die erhöhte Ansprüche in physischer und psychischer Hinsicht an den Menschen stellen. So konnte ich während meiner Apothekertätigkeit in den Monaten kurz vor und während des Kriegsausbruches im Jahre 1939 eine erhebliche Zunahme des Schlafmittelgebrauches feststellen. Leider ist mir das Zahlenmaterial in der betreffenden Apotheke noch nicht zugänglich. Dagegen liegen schon Zahlen von der Zigarettenindustrie vor. Danach ist der Zigarettenkonsum von 100% normal auf 115—120% am Ende des Jahres 1939 gestiegen.

Wie weit sich Suchten erfolgreich bekämpfen lassen, hat der Rückgang der Morphinsuchten gelehrt. Ein interessantes Bild von dem Hang der Menschen zu Genußgiften überhaupt ergibt die Beobachtung, daß während der Prohibition in Amerika die Zahl der Schlafmittelsuchten ganz erheblich zunahm. Zur Zeit vertreiben die Apotheken in Deutschland über 100 verschiedene Schlafmittel, von denen jedoch viele nur in geringem Maße ins Gewicht fallen.

In den Jahren 1920—1938 wurden folgende Fälle in die Klinik eingeliefert, bei denen Schlafmittelmißbrauch mit rezeptfreien Mitteln festgestellt wurde:

Tabelle 1. Übersicht über den jährlichen Zugang an Schlafmittel-suchten.

	1921	1922	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	In allen Jahren zusammen
barbitursäurehaltig	Phanodorm . . .			1	2	3	2	5	4	2	19
	Allional . . .				1	1					2
	Optalidon . . .						1				1
	Noktal . . .									1	1
	Veramon . . .							1			1
	Sedormid . . .									1	1
	div. Schlafmittel			1	1						2
	Bromural . . .	1									1
	Abasin . . .					1					1
	Adalin . . .		1								1
Zusammen pro Jahr	1	1	2	2	3	4	3	6	4	4	30

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß erst seit 1931 Aufnahmen wegen Schlafmittelmißbrauches mit *barbitursäurehaltigen* Mitteln erfolgten und daß die Zahl der Fälle im Zunehmen begriffen ist. Bei den in der Tabelle enthaltenen Zahlen handelt es sich zum Teil um Fälle, die mehrere Mittel gleichzeitig verwendeten. Es wurde für die Tabelle das Mittel herausgenommen, mit dem der stärkste Mißbrauch getrieben worden war.

Nach der Verteilung der klinischen Fälle müßte man auf eine ähnliche mengenmäßige Zusammensetzung des Verbrauches an Schlafmitteln in Apotheken schließen. Es ergeben sich da jedoch interessante Unterschiede, wenn man den Umsatz einer Breslauer Apotheke an Schlafmitteln in Vergleich zieht. Es wurde dazu der Jahresumsatz des Jahres 1938 einer Breslauer Vorstadtapotheke herangezogen.

Tabelle 2. Jährlicher Schlafmittelverbrauch einer Breslauer Apotheke und Zahl der auf die verschiedenen Mittel entfallenden klinischen Fälle.

	Tablettenzahl in Stück	Zahl der klinischen Fälle
<i>Rezeptfreie Barbitursäurederivate.</i>		
Evipan . . . . .		180
Eldoral . . . . .		390
Allional . . . . .		500
Profundol . . . . .		560
Doralgin . . . . .		570
Solarum . . . . .	16740 Stück	610
Noktal . . . . .		730
Optalidon . . . . .		2850
Phanodorm . . . . .		4630
Veramon . . . . .		5720
<i>Rezeptfreie Bromharnstoffderivate.</i>		
Bromural . . . . .		150
Sedormid . . . . .		250
Adalin . . . . .	1502 Stück	532
Abasin . . . . .		570
<i>Rezeptpflichtige Barbitursäurepräparate.</i>		
Quadronox . . . . .	Gesamtsumme	480
Veronal und Na . . . . .	1760 Stück	1280

Der Jahresumsatz an *rezeptfreien* barbitursäurehaltigen und bromharnstoffhaltigen Schlafmitteln der Apotheke beträgt rund 18300 Stück, an *rezeptpflichtigen*, Veronal und Quadronox usw., 1760 Stück. Ausgeschlossen wurden Luminal und Lubrokal, da diese Mittel vorwiegend für Epileptiker Verwendung finden und weniger als Schlafmittel gebraucht werden.

Der Verbrauch von 18300 Stück pro Jahr erscheint gering. Zu dieser Apotheke gehört ein Bevölkerungskreis von etwa 9000 Menschen.

(Von der Zahl der Bevölkerung ist die Anzahl der vom Staat verliehenen Apothekerkonzessionen abhängig. Da Breslau 620000 Einwohner und 70 Apotheken hat, so ergibt sich aus der Rechnung  $620000:70 \approx 9000$  die zu einer Apotheke gehörende Bevölkerungszahl auf etwa 9000.)

Es kämen also auf den Kopf der Bevölkerung in der Gegend dieser Apotheke 2 Schlaftabletten pro Jahr. Nun nimmt wohl nur ein sehr geringer Prozentsatz — vielleicht 1%? — dauernd oder öfters Schlaf-

tabletten. In diesem Falle würde aber auf jede Person ein Schlafmittelgebrauch von 200 Stück jährlich entfallen. Das ist schon eine ganz beträchtliche Menge, besonders da es sich um rezeptfreie Mittel handelt, die größtenteils ohne ärztliche Indikation genommen werden. Nun wird man sicher nicht von dem Umsatz *einer* Breslauer Apotheke auf die übrigen 69 schließen können. Ich kenne jedoch — durch meine Tätigkeit als Apothekerassistent — den Umsatz an Schlafmitteln von 10 Breslauer Apotheken recht gut und weiß, daß der Umsatz an Schlafmitteln der übrigen Apotheken zum Teil noch weit über dem als Beispiel verwendeten liegt, so daß man im Durchschnitt mit einem bedeutend höheren Verbrauch für Breslau rechnen kann.

Das Zahlenmaterial zu dieser Statistik stammt aus den während eines ganzen Jahres einlaufenden Einkaufsrechnungen einer Apotheke. Da mir in den anderen Apotheken Einsicht in diese Rechnungen nicht gewährt wurde, kann ich vergleichende Zahlen leider nicht anführen.

Eine Parallele zu den Zunahmen an klinischen Fällen von Schlafmittelsuchten besteht sicher auch im Schlafmittelumsatz der Apotheken. Derselbe läßt sich zahlenmäßig jedoch nicht mehr ermitteln, da die Rechnungen in den Apotheken nur 1—2 Jahre aufgehoben werden.

Bei den Suchtfällen der Breslauer Universitäts-Nervenklinik springt zunächst die starke Beteiligung des Phanodorm ins Auge. Dem entspricht auch der große Umsatz von Phanodorm in der Apotheke. Anders verhält es sich mit Optalidon und Veramon. An Hand des Apothekersumsatzes müßte man annehmen, daß die klinischen Fälle der Veramon- und Optalidonsucht weit höher liegen, als es tatsächlich der Fall ist. Nun wird allerdings Veramon nur zum Teil als Schlafmittel genommen, meistens aber als Analgeticum. Als solches, wie ich aus Erfahrung weiß, häufig monate- und jahrelang. Ein Zeichen für seine Ungiftigkeit und die geringe Wahrscheinlichkeit einer Gewöhnung an dieses Mittel ist, daß in unserer Klinik ein einziger Fall von Veramonsucht vorliegt, der zudem noch durch das Bestehen eines Alkoholmißbrauches überdeckt ist.

Das Verhältnis des Umsatzes von Phanodorm zu Veramon in der Apotheke beträgt 4:5. Wir hätten dementsprechend auf 20 klinische Fälle von Phanodormsucht 25 Veramonfälle zu erwarten, wenn die Suchtgefahr für alle rezeptfreien Barbitursäurederivate gleich wäre, und nicht einen, wie es tatsächlich der Fall ist. Gleichgültig dürfte es dabei sein, ob das Mittel als Hypnoticum oder Antineuralgicum nur abends oder tagsüber genommen wird.

Bei Optalidon ist die Gefahr der Suchtbildung scheinbar gering, wenn man die häufige Anwendung des Mittels berücksichtigt. Obgleich die schweren klinischen Fälle eines Optalidonmißbrauches bis jetzt selten sind, so kann man als Apotheker doch häufiger Optalidonsüchtige beobachten, von denen das Mittel in übermaximalen Dosen sehr lange genommen wird und die auch in geringerem Grade Anzeichen einer Barbitursäureintoxikation bieten. Daß Optalidon und Phanodorm in

so bevorzugtem Maße Verwendung finden, ist bestimmt kein Zufall und auch nicht nur die Auswirkung einer großzügigen Reklame, sondern zeigt die instinktive Sicherheit des süchtigen Menschen für ein neues zur Sucht geeignetes Mittel.

Sehr oft und zu Unrecht wird die Gefahr der Suchtbildung bei Bromharnstoffderivaten unterschätzt, die als angeblich harmlose Mittel an Stelle der Barbitursäurederivate gegeben werden. *Pohlisch* und *Panse* schilderten schon mehrere Fälle, ebenso wurde von *Speer* über einen tödlich verlaufenden Fall chronischer Bromuralvergiftung berichtet. Wenn die Vergiftungen mit Bromharnstoffderivaten verhältnismäßig selten geworden sind, so liegt das daran, daß die rascher und stärker wirkenden Barbitursäurederivate ihnen den Rang abgelaufen haben. In der oben angeführten Apotheke läßt sich dies an Hand der Tabelle ersehen. Dort beträgt der Umsatz an Barbitursäurederivaten rund 16700, an Bromharnstoffderivaten dagegen nur rund 1500 Tabletten im Jahre 1938.

Die klinischen Symptome unserer 17 Fälle von reinem Phanodormmißbrauch stellen das Phanodorm deutlich aus der Reihe der übrigen rezeptfreien Schlafmittel heraus.

Die Intoxikationssymptome des Phanodorm gehen zum Teil parallel mit denen der anderen Barbitursäurederivate. Insbesondere treten in unseren Fällen die gleichen neurologischen Erscheinungen — allerdings besonders stark ausgeprägt — wie bei den chronischen Vergiftungen mit anderen Barbitursäurederivaten auf. Bei dem größeren Teil der Fälle bestehen: Nystagmus, Pupillenträgheit, *Rombergsches Phänomen*, Pyramidenzeichen, grobschlägiger Tremor der Hände und skandierende Sprache. Die neurologischen Symptome sind der Ausdruck einer spezifischen Vergiftung und verschwinden bald im Laufe der Entziehungs- kur, oft sind sie auch nur angedeutet vorhanden.

Wesentlich sind die psychischen Erscheinungen. Bei unseren Fällen von chronischem Mißbrauch kommt es manchmal scheinbar ohne äußeren Anlaß, meist aber infolge der plötzlichen Entziehung des Phanodorm, zu schwersten Erregungszuständen mit großer Aggressivität. Die Stimmungslage ist hierbei sehr labil. Die Patienten sind bald anmaßend, überheblich und euphorisch, bald weinerlich und depressiv verängstigt. Im allgemeinen beherrschen Angsteffekte die Situation. Den Patienten fehlt die Kritikfähigkeit sich selbst gegenüber. Dabei sind sie sehr empfindlich und mißtrauisch. Hervorgehoben sei die Lügenhaftigkeit und Unredlichkeit, nicht nur wenn es sich um die Erlangung von Schlafmitteln bzw. der dazu nötigen Geldmittel handelt.

Wie groß die Giftfestigkeit gegen Phanodorm werden kann, zeigen einige Fälle:

Eine 35jährige Ehefrau nimmt seit mehr als 3 Jahren erst 10, dann 20—30 Tabletten Phanodorm täglich, ohne daß neurologische Erscheinungen auftreten. Da sie Betrügereien verübt, um Geld für Phanodorm zu erlangen, wird sie mehrmals in Heilanstalten zur Entziehung untergebracht, jedoch stets ohne Erfolg.

Es handelt sich hier um eine erblich belastete Psychopathin, deren charakterliche Abwegigkeiten erst in Verbindung mit Phanodorm recht offenbar wurden.

In einem anderen Fall wurden bei einer Krankenschwester, die früher sehr große Mengen Opiate — angeblich bis zu 50 Tabletten Dicodid oder 20—40 Ampullen Morphin, hydrochl. subcutan täglich — während ihrer Berufstätigkeit zu sich nahm, durch einen kurzen Mißbrauch von Phanodorm und die plötzliche Entziehung dieses Mittels die schweren Erregungszustände hervorgerufen.

Eine hohe Toleranz gegen Phanodorm wurde bei einer 43jähr. cyclothymen Patientin unserer Klinik beobachtet, die in ihren depressiven Phasen wochenlang 20—40 Phanodormtabletten täglich einnahm. In der Entziehung kam es zu einem 24stündigen Erregungszustand; im übrigen machte sich der Mißbrauch in Sprach- und Gleichgewichtsstörungen bemerkbar.

Eine Parallele zu diesem Fall gibt *Pohlisch* an. Eine manisch-depressiv Süchtige vermochte während ihrer über 5 Wochen dauernden manisch-depressiven Phasen ihren Phanodormverbrauch auf 30—40 Tabletten täglich zu steigern.

Phanodorm war ursprünglich als Stimulans gedacht. Die Firma „Bayer“ gab zunächst als Indikation des Mittels an: „Sedativum bei Erregungszuständen mit und ohne Zwangsvorstellungen und Phobie.“ *Pfannmüller* stellte 1925 bei 21 Schizophrenen Versuche mit Phanodorm an, die bei Halluzinationen und Verwirrtheitszuständen gute Erfolge gezeigt haben sollen. *Bonhoeffer* und *Bürger* machten bei Patienten mit depressiven Zuständen und Psychosen dagegen die Feststellung, daß sich die bestehenden Krankheitssymptome noch verschlechtern. Das gleiche trifft auch bei den Patienten unserer Klinik zu, die das Phanodorm zur Bekämpfung ihrer Unlustgefühle oder Depressionen anwandten.

In den schwersten Fällen chronischer Phanodormintoxikation kommt es zu psychotischen Zuständen. Einen Fall von Phanodormpsychose beschrieb *Langelüddeke*, 3 Fälle von Phanodormhalluzinose und Delir *Mosbacher*. *Pohlisch* hat unter seinen 25 Phanodormfällen 14 Psychosen. Bei unseren 17 Phanodormfällen kommt es 6mal zur Psychosenbildung, und zwar 4mal während des Gebrauches des Mittels und 2mal während der Entziehung.

Bei unseren 6 *Psychosen* handelt es sich im einzelnen um 3 Subdelire — davon 2 mit optischen und akustischen Halluzinationen — 1 Delir und 2 Halluzinosen.

Die Zeitdauer der Psychosen betrug im Durchschnitt 1—3 Tage; ein Fall von Phanodormdelir klang erst nach 8 Tagen ab. Zum Ausbruch des Delirs kam es immer erst im Anschluß an die Entziehung des Mittels.

Die Kritikfähigkeit für die psychotischen Zustände setzt bei den Patienten erst nach der Entziehung ein. Die neurologischen Ausfallserscheinungen sind bei sämtlichen Psychosen stark ausgeprägt.

Bei der chronischen Phanodormintoxikation kommt es nicht selten zu *epileptischen Anfällen*, die sogar lebensbedrohlich werden können. Bei 4 von unseren Fällen trat ein Anfall nach plötzlichem Absetzen des Phanodorm, bei einem schon vorher auf; bei 2 Patienten wiederholte sich der Anfall mehrmals. In 2 Fällen zeigte sich nach dem epileptischen Anfall ein vorübergehendes Aussetzen der Herztätigkeit, das durch

medikamentöse Behandlung behoben wurde. Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer genuinen Epilepsie waren bei keinem Patienten zu finden.

Die *Toleranz* der hier beschriebenen Patienten gegen Phanodorm ist sehr groß, die Toleranzgrenze bei den einzelnen Patienten jedoch verschieden. Die verwendete Phanodormmenge beträgt 3—40 Tabletten täglich, in einem Fall „eine Hand voll“. Die Zeitdauer des Phanodormmißbrauchs bis zur Klinikeinweisung schwankt zwischen einigen Monaten und 7 Jahren. Im Durchschnitt betrug sie 2—3 Jahre. Die große Wirkungsbreite zwischen therapeutischer und letaler bzw. akut toxischer Dosis beim Phanodorm steht in einem krassen Gegensatz zu der des Veronals, bei dem eine Steigerung über 2—3 g sehr selten vorkommt. Beim Veronal kommt es bei dieser Dosis schon zu akuten Vergiftungsscheinungen, die wir beim Phanodorm vermissen. Dadurch, daß sich bei Phanodorm eine Gewöhnung und Anpassung einstellt, wird es als Suchtmittel charakterisiert. Ähnlich verhält es sich mit Optalidon, während bei den übrigen rezeptfreien barbitursäurehaltigen Schlafmitteln die therapeutische Dosis von unseren Patienten selten über das 4—5fache gesteigert wurde.

Daß es bei mehreren Patienten zur Psychosenbildung und zu epileptischen Anfällen kommt, ist weder von der Länge des Mißbrauches noch von der Höhe der Dosierung abhängig. Wahrscheinlich spielt eine gewisse persönliche Disposition und manchmal ein gleichzeitiger Mißbrauch von anderen Genußgiften: Alkohol, Zigaretten, Kaffee, Morphin, eine wesentliche Rolle.

An Hand der Apothekerstatistik wurde gezeigt, daß der Optalidonumsatz  $\frac{2}{3}$  des Phanodormumsatzes beträgt. Trotzdem liegt nur 1 klinischer Fall von Optalidonsucht vor, der von *Möbius* in „Seltene Suchten“ beschrieben wurde. Die Symptome des Optalidonmißbrauches gleichen denen des Phanodorm, nur sind sie wesentlich geringer ausgeprägt. Auffallenderweise traten bei unserem Fall — trotz excessiven Mißbrauches von 50 Tabletten täglich — keine Entziehungserscheinungen auf. Erwähnenswert scheint es, daß der Patient vorher 12 Jahre lang mit den verschiedensten Morphinderivaten süchtig war.

Da das Optalidon in diesem Falle von einem früheren Morphinisten als anscheinend guter Ersatz befunden wurde und auch eine große therapeutische Wirkungsbreite besitzt, die eine rasche und gefahrlose Dosensteigerung ermöglicht, ist die Voraussetzung für eine Suchtbildung durchaus gegeben. Die geringe Zahl klinischer Fälle läßt sich wohl daraus erklären, daß die psychische Beeinträchtigung selbst bei exzessivem Mißbrauch geringer ist als bei Phanodorm.

In dem Vorhergehenden wurden Suchten mit *einem* Mittel beschrieben. Dabei wurde ein gleichzeitiger Mißbrauch von Zigaretten, Alkohol oder Kaffee unberücksichtigt gelassen. Viele unserer Patienten waren jedoch *Polytoxikomane*. Von diesen wurden *mehrere* Schlafmittel, Morphin und Alkohol gleichzeitig verwendet oder die Mittel in kurzen Abständen gewechselt.

In 6 Fällen handelte es sich um gleichzeitigen Gebrauch von verschiedenen Schlafmitteln: 1mal Adalin, Luminal, Somnacetin, 1mal Allional, Luminal Veronal, 1mal Allional, Luminal, Phanodorm, 1mal Noktal, Veronal, 2mal diverse Schlafmittel.

2mal wurden gleichzeitig noch Morphinderivate angewendet; in 2 weiteren Fällen handelt es sich um Morphinsüchtige, die durch Gebrauch von verschiedenen Schlafmitteln und Genußgiften für mehrere Monate ihre Sucht befriedigten, später aber doch zum Morphin zurückkamen.

Auffallend ist, daß es in keinem dieser Fälle zur Psychosenbildung oder zu epileptischen Anfällen kam, im Gegensatz zu den Fällen der reinen Phanodormsuchten.

Bei unseren Fällen wurde als Nebenbefund neben der Schlafmittel-sucht ermittelt:

in 12 Fällen Alkoholmißbrauch;  
in 11 Fällen starkes Zigarettenrauchen;  
in 5 Fällen Genuß von viel starkem Kaffee;  
in 1 Fall Genuß von viel starkem Tee;  
in 14 Fällen früherer oder gleichzeitiger Mißbrauch von Morphin und seinen Derivaten.

Bei den Polytoxikomanen erhebt sich die Frage, ob die Giftermahrung des einzelnen ihn zu Kombinationen bringt, die dann bei einer Übersicht über Schlafmittelsuchten immer wieder erscheinen. Nach *Wagner* muß als eine solche Kombination *Phanodorm* und *Kaffee* angesehen werden. Andere Kombinationen wie Barbitursäure und Alkohol oder Morphin scheinen bei unseren Probanden keine solche festen Beziehungen zu haben.

*Pohlsch's* Ansicht, daß es für bestimmte Suchten „Prädilektionstypen“, die nur auf ein bestimmtes Mittel suchtmäßig reagieren, gibt, wird von *Wuth* verneint, da die große Zahl der kombinierten Suchten dagegen spricht. Nach unserem Material scheint es jedoch Prädilektionstypen für Phanodorm zu geben, da 12 Patienten bis zu ihrer Einlieferung in die Klinik ausschließlich phanodormsüchtig waren. Für die übrigen Probanden trifft dies jedoch nicht zu, da sie mehr oder weniger Polytoxikomane sind.

Die Berufsgliederung der Süchtigen unseres Materials ergibt, daß 11 Personen dem Arzt- und Apothekerstand angehören bzw. demselben nahestehen, 5 Personen stammen aus Akademikerkreisen, 12 aus sozial gehobenen Berufen (Beamte, selbständige und angestellte Kaufleute); nur 2 Personen sind Handwerker.

Unter den erstgenannten 11 Personen finden wir 2 Ärzte, 1 Ärztin, 2 Arztfrauen, 1 Pharmazeutin, 1 Apothekersfrau, 2 Krankenschwestern und 2 Apothekerlaborantinnen. Die leichte Zugänglichkeit und die Kenntnis der Mittel bedeutet für die zur Sucht Disponierten, die dem ärztlichen Beruf nahestehen, eine erhöhte Gefahr. Daß so viele Personen aus dem Arztberufe Mißbrauch mit rezeptfreien Schlafmitteln treiben, erklärt sich daraus, daß auch ihnen die unbemerkte Beschaffung der

Morphinderivate sehr erschwert worden ist. Von den 11 Personen waren 8 vorher morphinsüchtig.

Von den 30 Patienten wurden 14 als geheilt entlassen; 10 Patienten wurde das Mittel entzogen, doch wurden sie ohne rechte Krankheitseinsicht entlassen. 4 phanodormsüchtige Patienten mußten nach der Entziehung in Heil- und Pflegeanstalten überwiesen werden; 2 Patienten verließen die Klinik gegen ärztlichen Rat. Von den 14 als gebessert oder geheilt entlassenen Patienten ist die Prognose bei denen ungünstig, die schon mehrmals rückfällig geworden sind.

Die Folgen der Schlafmittelsuchten führen zu schweren sozialen Verfallserscheinungen. Abgesehen von Ehezerrüttungen, Familienzwistigkeiten kam es öfters zu kleineren Betrügereien zwecks Beschaffung der erstrebten Schlaftabletten; in den schwerwiegendsten Fällen wurden die Patienten berufsunfähig und fielen somit der Familie oder dem Staat zur Last.

#### Zusammenfassung.

In der Arbeit wurden Suchten mit rezeptfreien Schlafmitteln an Hand von 30 klinischen Fällen der Universitäts-Nervenklinik Breslau beschrieben. Gleichzeitig wurde versucht, einen Überblick über den Gebrauch von rezeptfreien Schlafmitteln in der Bevölkerung zu geben durch die Feststellung des Jahresumsatzes einer Breslauer Apotheke. Es zeigte sich dabei, daß sich das Verhältnis des Apothekenumsatzes von rezeptfreien zu rezeptpflichtigen Schlafmitteln wie 10:1 verhält, und daß von den rezeptfreien Schlafmitteln 91% Barbitursäurederivate und 9% Bromharnstoffderivate sind.  $\frac{3}{4}$  aller freiverkäuflichen Mittel bilden in dieser Apotheke Veramon, Phanodorm und Optalidon. Der ärztlich nicht kontrollierbare Bedarf an Schlafmitteln ist ein viel größerer, als man im allgemeinen annimmt. Bei dem Vergleich zwischen Apothekenstatistik und klinischen Fällen von Schlafmittelsuchten zeigte sich, daß nur Phanodorm als Suchtmittel eine entscheidende Rolle spielt (es lagen 17 Fälle von reiner Phanodormsucht vor), während von Veramon und Optalidon, das in der Apothekenstatistik an erster bzw. dritter Stelle steht, nur je 1 Fall vorliegt. Die erste Sucht mit rezeptfreien Barbitursäurederivaten findet sich im Jahre 1931, also bald im Anschluß an das Inkrafttreten des verschärften Betäubungsmittelgesetzes. Es zeigte sich, daß die Schlafmittel von vielen ehemaligen Morphinisten als brauchbare Ersatzmittel verwendet wurden. Die Zahl der Schlafmittelsuchten nahm seit 1931 stetig zu. Wenn auch die meisten Barbitursäurederivate zur Sucht führen können, so nimmt doch das Phanodorm insofern eine ganz besondere Stellung ein, als es einmal für eine große Gruppe von Süchtigen das einzige Suchtmittel bildet, zum anderen eine besonders große Toleranz besitzt — der Tagesverbrauch der einzelnen Probanden betrug 3 bis 40 Stück — und weiterhin in der Folge sehr oft zur Psychosenbildung und zu epileptischen Anfällen führt.

Im Gegensatz zum Phanodorm wurden die anderen rezeptfreien Schlafmittel von den Süchtigen ziemlich wahllos gewechselt bzw. öfter mit Morphinderivaten kombiniert. Die verwendeten Dosen waren weit geringer, sie betragen nur das 4—5fache der therapeutischen Dosis. Es kam in keinem Falle zur Psychosenbildung oder zu epileptischen Anfällen.

Die Berufsgliederung der klinischen Fälle ergab eine fast ausschließliche Beteiligung der geistig arbeitenden Bevölkerung und eine gewisse Berufsgefährdung der dem Arzt- und Apothekerberuf nahestehenden Personen.

Die Prognose der Suchten mit rezeptfreien Schlafmitteln ist schlecht, da ein großer Teil dieser Patienten meist wieder rückfällig wird.

Am 1. 4. 40 wurde der Rezeptzwang für sämtliche Schlafmittel eingeführt, die Barbitursäuredervate in irgendeiner Form enthalten. Diese Mittel dürfen jedoch auf ein Rezept mit Gebrauchsanweisung, das ein halbes Jahr Gültigkeit hat, in beliebigen Mengen abgegeben werden. Die reine Barbitursäure und ihre Salze und Luminal unterliegen nach wie vor dem strengen Rezeptzwang (jedesmal ein neues Rezept notwendig). Die Bromharnstoffderivate (Adalin, Bromural und Abasin), sowie das Sedormid sind weiterhin rezeptfrei. Daß eine Minderung der Schlafmittelsuchten durch das Gesetz erreicht wird, steht außer Frage. Allerdings dürfte es für die schon Phanodormsüchtigen z. B. kein Hindernis bedeuten, sich auf ein sog. „Dauerrezept“ Phanodorm bzw. andere Barbitursäuredervate in beliebiger Menge ein halbes Jahr lang zu besorgen. Andererseits ist nach den Erfahrungen, die ich seit April d. J. in der Apotheke machte, der Umsatz an Sedormid und Adalin um das 5—10fache gestiegen, so daß man ein Ansteigen der Suchten mit diesen Mitteln erwarten darf.

### Schrifttum.

- Bonhoeffer, K.:* Zbl. Neur. **20**, 499 (1919). — Arch. f. Psychiatr. **58**, 58 (1917). — *Bumke, O. u. O. Foerster:* Handbuch der Neurologie, Bd. 13, S. 761 und 900. Berlin 1936. — *Bürger, H.:* Mschr. Psychiatr. **72**, 293 (1929). — *Ewald:* Fortschr. Neur. **1929**, 38. — *Flury:* Dtsch. med. Wschr. **1934** II, 1155. — *Kant:* Fortschr. Neur. **1932**, 120; **1934**, 396; **1936**, 107. — *Kauffmann, A. F.:* Münch. med. Wschr. **1926** II, 2430. — *Kretschmer, E.:* Körperbau und Charakter. Berlin 1921. — *Lange, J.:* Psychopathie und Erbpflege. Berlin 1934. — Rassenkunde **2**, H. 2 (1935). — Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1936. — *Langelüddecke, A.:* Dtsch. med. Wschr. **1932** I, 813. — *Langheinrich:* Münch. med. Wschr. **1925** II, 2174. — *Leschke, E.:* Erkrankungen des vegetativen Nervensystems in Handbuch der inneren Sekretion, herausgeg. von *Max Hirsch*, Bd. 3. Leipzig 1931. — *Mosbacher, F. W.:* Psychiatr.-neur. Wschr. **1932** I, 15. — *Möbius, E.:* Seltene Suchten. Diss. Breslau 1937. — *Pfannmüller:* Münch. med. Wschr. **1925** II, 1669. — *Poulsson:* Lehrbuch der Pharmakologie. Leipzig 1937. — *Pohlisch, K.:* Die Kinder männlicher und weiblicher Morphinisten. Leipzig 1934. — *Pohlisch, K. u. F. Panse:* Schlafmittelmißbrauch. Leipzig 1934. — *Speer, E.:* Z. Neur. **157**, 579 (1937). — *Steckel:* Narkotomanie, Bd. 6, S. 161. — *Wagner, W.:* Nervenarzt **1939**. — *Wuth, O.:* Z. Neur. **153**, 495 (1935).