

Drogenmißbrauch und Schizophrenie

HOLGER SCHNEIDER

Universitäts-Nervenklinik, D-6650 Homburg/Saar, Bundesrepublik Deutschland

Eingegangen am 18. Februar 1976

DRUG ABUSE AND SCHIZOPHRENIA

SUMMARY. In a series of 103 psychotic patients with evidence of drug abuse, the following facts came to light.

1. A definitive diagnosis was made in 94%. In 6% of these cases the diagnosis remained unclear even after having been admitted for a second time.
2. Seventy-four percent (72 of 97) of the patients, who abused various drugs, usually in combination had organic psychoses, and 26% (25 of 97) were diagnosed as schizophrenics.
3. Of 36 patients, who suffered psychotic episodes due to the abuse of cannabis, or LSD, or heroin, 21 (= 58%) were schizophrenics.
4. In those cases showing organic psychoses, thought insertion, thought withdrawal, and thought broadcasting were not found. However all other first - (and second-) rank symptoms (Kurt Schneider) of schizophrenia were found. Perhaps this might be of help as a differential criterion.
5. The fact of drug abuse at the outset of a schizophrenia is dependent on the schizophrenic symptomatology. The use of and attitude to the drug as well as the experiencing of the drug's effects changes in the further course of the psychosis. This last point might also be of value in the differential diagnosis.

KEY WORDS: Schizophrenia - Drug Abuse - Organic Psychosis.

ZUSAMMENFASSUNG. Bei der Überprüfung von 103 Psychosen mit Medikamenten- oder Rauschmittelmißbrauch konnten

1. In 94% (97 von 103 Fällen) die Diagnose Schizophrenie oder exogene Psychose gesichert werden. Nur 6% blieben auch nach der zweiten Klinikaufnahme unklar.

2. 74% der klassifizierbaren Fälle (72 von 97) waren exogene Psychosen, 26% (25 von 97) waren Schizophrenien.
3. 36 Psychosen traten bei Mißbrauch sogenannter moderner Rauschmittel (Cannabis-LSD-Heroin) auf. Davon waren 58% (21 von 36 Fällen) Schizophrenien.
4. Bei den exogenen Psychosen konnten die psychopathologischen Phänomene "Gedankeneingebung, Gedankenentzug und Gedankenbreitung" nie gefunden werden, während alle anderen Symptome ersten und zweiten Ranges (Kurt Schneider) beobachtet wurden; evtl. ein brauchbares differentialdiagnostisches Kriterium.
5. Das im Rahmen einer beginnenden Schizophrenie mißbrauchte Mittel ist abhängig von der jeweiligen schizophrenen Symptomatologie. Die Einstellung zur Droge und die Erlebnisweise des Rausches, die mit dem Fortschreiten der Psychose wechseln kann, ist von Bedeutung zur differentialdiagnostischen Beurteilung.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schizophrenie - Drogenmißbrauch - Exogene Psychose - Rauschmittelpsychose.

A. EINLEITUNG

Mit dem Ansteigen des Rauschmittelkonsums seit dem Jahre 1969/1970 häufen sich im klinischen Bereich solche Psychosen, denen eine akute Intoxikation mit Drogen oder ein chronischer Medikamentenmißbrauch vorausgegangen ist. Immer häufiger werden wir dadurch vor differentialdiagnostische Schwierigkeiten gestellt: handelt es sich um eine durch Drogenkonsum bedingte exogene Psychose, oder liegt eine körperlich nicht begründbare Psychose mit zusätzlichem Drogenabusus vor. Diese Frage stellt sich besonders bei den schizophrenieähnlichen Zustandsbildern von längerer Dauer. Aber auch bei kurzfristigen akuten Psychosen kann eine exakte Zuordnung schwierig sein, besonders wenn die Zeichen des exogenen Reaktionstyps, nämlich Bewußtseinsstörungen, Hinweise auf ein delirantes Syndrom oder neurologische und sonstige somatische Befunde fehlen.

Es ist bekannt, daß die von den verschiedenen Drogentypen erzeugten Rauschphänomene, die auch von sozialen Faktoren und Persönlichkeitseigenarten abhängig sind, häufig voneinander abgrenzbar sind. In ähnlicher Weise lassen sich gelegentlich auch die unerwünschten akuten und chronischen psychotischen Komplikationen im Gefolge eines Abusus phänomenal den verschiedenen Drogen- bzw. Abhängigkeitstypen zuordnen.

Während der erwünschte Haschischrausch die besonderen Merkmale des inhaltlosen Glücksgefühls, der Intensivierung von Sinneswahrnehmungen und andere hat, können auch protrahierte, das Absetzen der Droge lange überdauernde schizophrenieähnliche Psychosen auftreten. Diese Psychosen sind häufig beschrieben und ihre Existenz kann als gesichert angesehen werden [3, 11, 12, 20, 21, 22]. Mißtrausch-wahnhaftes Verstimmen, eingebettet in eine allgemeine Antriebslosigkeit und affektive Verflachung, können dann oft von Schizophrenien der Simplex- oder Hebephrenieform nicht unterschieden werden. Ebenso können paranoid-halluzinatorische Zustände, paranoide Reaktionen, Denkstörungen, oder

coenaesthetische Empfindungsstörungen eine phänomenale Nähe zur Schizophrenie zeigen.

Bei den Halluzinogenen vom Typ LSD treten schon während des erwünschten Rausches, neben den Stimmungsänderungen, verbunden mit mystischen, ekstatischen Erlebnisinhalten, Depersonalisations- und Traum-erleben, Halluzinationen und paranoide Reaktionen auf, die meist einen unausweichlich bedrängenden Charakter haben. Die protrahierten Räusche bieten meist Symptome ersten und zweiten Ranges, oft gepaart mit Angst. Bei prolongierten Psychosen durch diesen Abhängigkeitstyp werden vor allem paranoide Symptome, akustische Halluzinationen und Wahnstimmungen beschrieben. [4, 10, 16, 17]. Darüberhinaus kann das Auftreten eines Echo-rausches auch nach völlig drogenabstinenten Intervallen eine Erkrankung mit schubweisem Verlauf vortäuschen.

Die Psychostimulantien, deren gewünschte Wirkung eine Antriebssteigerung und eine Beschleunigung des Denkablaufes sind, bewirken bei längerem Gebrauch häufiger lange persistierende Psychosen, wobei besonders die Amphetaminpsychosen den paranoiden Schizophrenien ähneln [5, 8, 10]. Der zunächst euphorisierende Effekt kann langsam durch Angst verändert werden, wobei eine Entwicklung von krankhaftem Mißtrauen, Beziehungsideen und Wahnvorstellungen entstehen kann. Optische und akustische Halluzinationen runden dann das schizophrenieähnliche Bild ab.

Bei den Opiaten stehen, neben der aktuellen Rauschwirkung in Form eines diffusen Glücksgefühl, die Veränderung im Bereich der Persönlichkeit weit im Vordergrund. Produktive Psychosen werden bei diesen weniger beschrieben. Es können lediglich Syndrome der Antriebslosigkeit, der affektiven Nivellierung zur Verwechslung mit schizophrenen Defekten führen, wenn nicht genügend anamnестische Daten zur Verfügung stehen.

Bei den Barbituraten und beim Alkoholtyp sind die deliranten Bilder der akuten und chronischen Intoxikation leichter dem mißbrauchten Mittel zuzuordnen. Alkoholhalluzinosen, die das Absetzen der Droge überdauern, zur Chronifizierung neigen und häufig therapieresistent sind, können erhebliche differentialdiagnostische Probleme aufwerfen.

Wenn auch somit einige Merkmale zur Verfügung stehen, um exogene Psychosen als drogenbedingt zu typisieren, so sind die Grenzen zu den endogenen Bildern doch nicht eindeutig genug. Erschwert wird eine solche differentielle Diagnostik auch dadurch, daß gerade bei Abhängigen und Süchtigen hinsichtlich ihres Mißbrauches besonders häufig Dissimulations-tendenzen bestehen.

Eine weitere Erschwerung ist dadurch gegeben, daß sich die meisten Rauschmittelkonsumenten in einem jugendlichen Alter befinden, in welchem beginnende endogene Psychosen noch wenig differenziert sein können [6, 7, 9, 15].

Nun ist aber eine Differentialdiagnose für die Akutbehandlung, vor allen Dingen aber für langfristige Therapiestrategien, von besonderer Wichtigkeit. Eine Untersuchung derartiger Zustandsbilder und eine phänomenale Sondierung der psychopathologischen Merkmale erscheint unter dem Aspekt solcher Fragen notwendig.

B. UNTERSUCHUNGSGUT

Wir überprüften die Krankenblattaufzeichnungen von 103 Patienten, die in den Jahren 1970 - 1975 auf zwei geschlossenen Akutstationen und zwei offenen psychiatrischen Stationen zur Diagnostik und Therapie aufgenommen waren. Die Diagnose Psychose und Medikamenten- bzw. Rauschmittelmißbrauch mußte aufgrund des Drogenkonsums in der Anamnese diskutiert werden. Bei allen Patienten wurde die Diagnose einer Schizophrenie (ICD 295) im statistischen Zählblatt zumindest bei der Erstaufnahme als Verdacht mitverschlüsselt oder in der Epikrise diskutiert. Erfasst wurden damit die ICD-Nummern: 295. 0 bis 295. 9 und 304. 0 bis 304. 9 sowie 294. 3.

103 Patienten teilten sich auf in 69 männliche und 34 weibliche Patienten im Alter zwischen 15 und 52 Jahren mit einem Gipfel bei 27-29 Jahren.

Wir unternahmen eine diagnostische Zuordnung zu den beiden Gruppen "endogene Schizophrenie" mit Drogenerfahrung bzw. "exogene Psychose" durch Rauschmittel bzw. Medikamentenmißbrauch. Dabei stützten wir uns auf den Nachweis von Symptomen ersten Ranges nach Kurt Schneider oder den Nachweis von Bewußtseinstörungen, Orientierungsstörungen sowie delirante psychovegetative Phänomene. Ein wesentliches Zuordnungsmerkmal waren indes die Befunde der kurz- und längerfristigen Verlaufsbeobachtung. Wir gingen von der Annahme aus, daß jede mißbrauchte Droge eine schizophrenieforme Psychose auslösen kann.

Für die Diagnose einer Schizophrenie forderten wir (bei aller Vorsicht gegenüber der Endgültigkeit einer solchen Diagnose) ein "typisches" psychopathologisches Bild im Sinne Kurt Schneiders, das Absetzen der mißbrauchten Droge länger überdauernde psychotische Episoden bzw. erneute Schübe ohne nachweisbaren interkurrenten Drogenmißbrauch. Anamnestiche Daten zur praemorbiden Persönlichkeit, zu früheren psychopathologisch relevanten Auffälligkeiten, zu familiären Belastungen und dergleichen wurden in die Entscheidungsüberlegungen miteingeschlossen.

Zur Diagnose einer exogenen Psychose forderten wir das Vorliegen von Bewußtseinsstörungen oder ein schnelles Abklingen (spätestens nach 8-10 Tagen) der Psychose unter Rauschmittelabstinenz, bei psychoseunverdächtiger Vorgeschichte.

Die auf diese Weise nicht eindeutig abzuklärenden Fälle sonderten wir zu der Gruppe "zunächst unklare Fälle" aus.

Psychopathologische Bilder, die unter der ICD-Nr. 294, also affektive Psychosen verschlüsselt waren, haben wir, um den Rahmen der Untersuchung zu begrenzen, nicht miteingeschlossen, obwohl gerade bei akuten Haschischkonsumenten depressive Reaktionen, die endogenen Depressionen gleichen können oder bei Opiaten mißmutig-depressive, antriebslose Zustände nicht selten sind. Diese Krankheitsbilder zeigen jedoch eine gute therapeutische Beeinflußbarkeit und klingen meist schnell ab.

Auch Alkoholpsychosen haben wir wegen der besonderen soziokulturellen Stellung und pharmakodynamischen Wirkung des Alkohols von der Untersuchung ausgeschlossen.

Bei einer solchermaßen überprüften Stichprobe von 103 Krankengeschichten fanden wir folgende Ergebnisse.

C. ERGEBNISSE

1. Diagnostische Zuordnung

Abbildung 1 zeigt die zahlenmäßige Aufteilung der 103 Fälle in die genannten 3 diagnostischen Untergruppen. In der Zeile I ist die Verteilung aufgezeigt, wie sie während der Erstaufnahme primär möglich war, in der Zeile II wie sich die diagnostische Einteilung nach längerdauernder Nachbeobachtung oder nach der zweiten stationären Aufnahme darstellte.

Es ist bemerkenswert, daß ungefähr 80% der in Frage kommenden Fälle nach psychiatrischer Exploration und kurzfristiger Verlaufsbeobachtung zugeordnet werden konnten und nur 20% diagnostisch offenbleiben mußten. Von den 20 zunächst als unklar diagnostizierten Fällen konnten nach der zweiten Aufnahme in unserer Klinik, die nach einem Zeitraum von zwei Monaten bis drei Jahren erfolgte, in 14 Fällen die Diagnose einer Schizophrenie gestellt werden. Die sechs weiter unklaren Fälle gliederten sich wie folgt auf: bei einer Psychose nach INH-Applikation blieb die Diagnose offen und der Verdacht einer Schizophrenie wegen früherer persönlichkeitsfremder Verhaltensstörungen bestehen. Bei zwei Patienten mit paranoide-halluzinatorischer Symptomatik und deutlichen Symptomen ersten Ranges sprach der kurzfristige Verlauf im direkten Zusammenhang mit extensivem Captagonmißbrauch bzw. längerjähriger starker Haschischmißbrauch mit starker situativer Belastung eher für eine Captagonpsychose bzw. eine paranoide Reaktion bei Haschischmißbrauch. In beiden Fällen bestanden jedoch deutliche hereditäre Belastungen. Bei drei Fällen lagen Wahnphänomene, Halluzinationen, Ich-Störungen und Verhaltensstörungen vor, wobei in einem Fall überwiegend Opiate, in dem anderen Haschisch

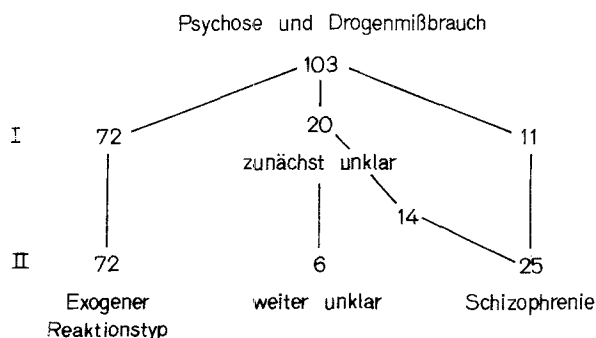


Abb. 1. Diagnosenverteilung von 103 Patienten mit Psychose und Drogenmißbrauch nach der ersten Aufnahme (I) und nach der zweiten Aufnahme bzw. nach längerer Beobachtung (II)

mißbraucht wurde, während im dritten Fall eine polyvalente Sucht vorlag. Diese Psychosen klangen nach 4-7 Wochen unter Neurolepticatherapie und bei Rauschmittelabstinenz ohne Restzustände ab. Spätere Nachbeobachtungen konnten nicht erfolgen.

2. Diagnostische Gruppe des exogenen Reaktionstyps (N=72)

In Tabelle 1 sind die Mittel aufgeführt, die von 72 Patienten, die zu dem exogenen Reaktionstyp geordnet wurden, benutzt wurden. Nur in 14 Fällen wurde lediglich eine Spezialität konsumiert (INH 1 Fall, Cycloserin 1, Esperal 1, Dopa 3, Ephedrin 4, Cortison 4). Bei den übrigen bestand polyvalenter Konsum.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist aus Tabelle 2 zu ersehen. Untersuchen wir nämlich die Konsumsitten und unterteilen gleichzeitig in "moderne Rauschmittel" bzw. Medikamente, so findet man, daß nur 11 Psychosen des exogenen Reaktionstyps durch moderne Rauschmittel bedingt waren, während 61 durch Arzneimittel verursacht waren. Hiervon traten sogar 17 exogene Psychosen unter therapeutischen Dosen bei ärztlicher Kontrolle auf.

Tabelle 1. Auflistung der Mittel, die zu exogenen Psychosen führten, z. T. in Gruppen, z. T. einzeln. Wegen des polyvanten Konsums ergibt sich die Summe 140 bei 72 Patienten

Synt. Opiate	7	Esperal	1
Analgetica	39	Akineton	2
Spasmolytica	4	Dopa	3
Broncho-Spasmo-		Cortison	5
lytica/Ephedrin	8	INH	1
Hypnotica	26	Mod. RM	
Sedativa	9	Heroin	2
Tranquilizer	10	LSD	5
Stimulantien	3	Amphetamine	4
Distraneurin	3	Haschisch	8

Tabelle 2. Aufteilung der Mittel die eine exogene Psychose verursachten, nach Konsumsitten

Rauschmittel als solches benutzt	11
Medikamente	
ärztlich verordnet in therapeutischen Dosen	17
süchtige Entwicklung bei primär med. Indikation	10
mißbraucht zur Lösung pers. Probleme	34

3. Diagnostische Gruppe der Schizophrenie (N=25)

Bei dieser Gruppe waren in 3 Fällen sicher und in weiteren 5 Fällen mit großer Wahrscheinlichkeit bereits vor der ersten Einnahme von Drogen erhebliche psychische Störungen vorhanden, die retrospektiv als erster Schub bzw. als Prodrome einer Schizophrenie gedeutet werden konnten.

Interessanterweise überwiegt in dieser Gruppe der Konsum von Rauschmitteln deutlich gegenüber dem Medikamentenmißbrauch. Dabei ist der häufige Wechsel der Rauschmittel bemerkenswert, ohne daß es zu dem sonst vielfach beobachteten Trend des gleichzeitigen polyvalenten Mißbrauch und zur Dosissteigerung kommt (siehe auch weiter unten im Abschnitt Verläufe). Alle Patienten hatten Haschisch konsumiert und waren schließlich auf LSD umgestiegen oder konsumierten Heroin.

Tabelle 3. Von 25 Schizophrenen mißbrauchte Drogen

Rauschmittel	21
Haschisch	21
LSD	14
Heroin	7
Medikamente	6
Analgetica	3
Hypnotica	3

4. Mißbrauch moderner Rauschmittel und Schizophrenie

Überprüfen wir alle Psychosen, die bei gleichzeitigem Rauschmittelmißbrauch auftraten (N=36), so finden wir (siehe Tabelle 4), daß in 58% eine Schizophrenie vorliegt, in 11% die Diagnose offenbleiben muß und in 31% die Diagnose Rauschmittelpsychose gestellt wird.

Tabelle 4. Diagnostische Zuordnung von 36 Psychosen bei Drogenmißbrauch

36 Psychosen mit Drogenmißbrauch	11 Rauschmittel-Psychosen
	4 Unklar
	21 Schizophrenien

5. Beobachtungen zur Psychopathologie

Der Versuch, mit Hilfe einzelner psychopathologischer Phänomene und ihrer Verteilung feste differentialdiagnostische Kriterien zu gewinnen, gelang nicht. Sowohl bei Schizophrenien als auch bei den exogenen Psychosen können alle in Frage kommenden Symptome ersten und zweiten Ranges vorkommen. Lediglich Tendenzen werden deutlich, daß nämlich bei allen exogenen Psychosen häufiger Verfolgungswahn und akustische bzw. optische Halluzinationen zu registrieren waren. Im Aspekt des "Bewußtseins" wurde nur bei 57% der exogenen Psychosen Störungen, meist traumhaft-paranoide Bewußtseinsänderungen, registriert. Auch bei 28% der endogenen Psychosen wurden Angaben über Bewußtseinsänderungen gefunden.

Eine gewisse Aussage zur Differenzierung, deren Wertigkeit in Zukunft überprüft werden muß, mag der Beobachtung zukommen, daß in den meisten Fällen (62%), bei denen eine Schizophrenie diagnostiziert werden konnte, Denkstörungen in Verbindung mit Störungen des Icherlebens, also Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung und Gedankenentzug, zu beobachten waren. Bei den Bildern, die als exogene Psychosen aufzufassen waren, konnten solche Phänomene in keinem einzigen Falle beobachtet werden. Nach dem vorliegenden Untersuchungsgut würden damit Hinweise auf Ich-Störungen das Vorliegen einer Schizophrenie eher wahrscheinlich machen können.

Weitere Differenzierungsmöglichkeiten bietet das Gedächtnis: so konnten Schizophrene sich retrospektiv an die Zeit der meist hebeephren beginnenden Psychose und an die Rauschmitteleffekte nur traumhaft undeutlich erinnern, während Patienten nach exogenen Rauschmittelpsychosen über ihre wahnhaften und halluzinatorischen Erlebnisse öfter detailliert und distanziert berichten konnten. Bei diesen letzteren waren Halluzinationen von größerer Bedeutung für das individuelle Erleben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt zur Differenzierung ergab sich aus der Einstellung des Rauschmittelnehmers zu seinem Drogenkonsum. Bei den Psychotikern durch Drogenmißbrauch fand sich nach Abklingen der

akuten Symptomatik eher die Tendenz einer engagierten, naiv-trotzigen Verteidigung ihres Rauschmittels. Schizophrene dagegen standen dem Rauschmittel, das sie zu Beginn ihrer Psychose benutzten, negativ gegenüber und machten es unter Umständen für ihre Krankheit kausal verantwortlich, ("Haschisch und LSD sind Gedankengift, geistzerstörend") oder aber sie empfanden die Rauschmittelpotenzen als große Hilfe ("die Leere füllend, beruhigend, verschönernd").

Das Rauscherleben zeigte bei beiden Gruppen keine wesentlichen Unterschiede. Hier kann der Schizophrene allerdings häufig sogar gut zwischen psychopathologischen Phänomenen im Rausch und solchen im psychotischen Schub unterscheiden. Zwei Patienten (D. R. Kr. Bl. Nr. 71/829 und D. R. Kr. Bl. Nr. 69/1826) äußerten: "die Halluzinationen unter LSD sind ganz anders als in der Erkrankung".

6. Beobachtungen zum Verlauf

a) Bei den 61 Patienten, die durch die Benutzung eines Arzneimittels eine exogene Psychose entwickelten, traten nach Abklingen des Psychose in 14 Fällen erneut zu einem späteren Zeitpunkt psychotische Phänomene, unter dem gleichen oder einem andern Mittel, auf (= 22%).

Die 11 Fälle, die als Psychose durch Rauschmittel eingeordnet wurden, zeigten alle nur eine psychotische Episode. Bei einem möglichen Vergleich zur vorherigen Gruppe ist jedoch die geringe Anzahl zu berücksichtigen.

Das Phänomen eines Echorausches konnten wir während der 5 Jahren Untersuchungszeit in keinem Fall beobachten.

Die exogenen Rauschmittelpsychosen traten in 8 von 11 Fällen bei Überdosierung der bereits länger konsumierten Mittel, in zwei Fällen bei erstmaliger Einnahme eines Rauschmittels in höherer Dosis akut auf. Nur bei einem Patienten konnte man, bei leichter Dosissteigerung von Haschisch, eine mißtrauisch-paranoide Entwicklung auf der Basis einer depressiven Stimmungslage und dauernder traumhafter Bewußtseinsänderungen diskutieren. Auch bei dieser letzten Psychose klangen die krankhaften Störungen nach 3 Tagen ab.

b) Bei der Mehrzahl der schizophrenen Patienten beschränkte sich der Rauschmittelkonsum auf den Beginn der Erkrankung. Mit dem weiteren Verlauf wird der Konsum meist eingestellt, vor allem bei Verläufen mit zunehmender affektiver Entleerung. Es sei dahingestellt, ob nicht überhaupt die erhaltene affektive Ansprechbarkeit die Basis ist, auf der solche psychoaktiven Drogen das erwünschte Rauscherleben bewirken.

Zwei Patienten berichteten über einen Wechsel des Rauschmittels der abhängig war von der jeweiligen Ausformung der Psychose: Eine beispielhafte Kasuistik: J. Sch., männlich Kr. Bl. Nr. 70/1909.

In der Familie sind Tante und Großmutter an einer Schizophrenie erkrankt. Der Patient wächst auch in erheblich gestörten sozialen und familiären Verhältnissen auf. Der Vater ist dreimal geschieden, Alkoholiker mit Eifersuchtswahn. Zur Mutter bestehen gute konstante Beziehungen. Nach zunächst unauffälliger Entwicklung und guten schulischen Leistungen kommt es mit 14 Jahren plötzlich zum Leistungsabfall, zu Verhaltens-

störungen mit Weglaufen, Stehlen und zu Interesseverlust. Er wird ziellos, aggressiv und läppisch. In dieser Zeit besteht erheblicher Haschischkonsum. Nach zweimaligem Aufenthalt in Nervenkliniken und einer Entziehungskur wird sein Verhalten zunehmend maniert. Dabei ist keinerlei zielendes Planen mehr zu erkennen, es findet sich eine dynamische Entleerung. In dieser Zeit konsumierte der Patient überwiegend LSD. Nach einem Verlauf von 4 Jahren treten Symptome ersten Ranges auf, u. a. auch Gedankeneingebung, es bestehen Wahnstimmungen und Ängste. In dieser Zeit verspürt er einen "Drang nach Opium". Nach einigen Monaten bricht er jedoch den Opiumkonsum ab. Er ist unzufrieden mit dem Rauschmittel, in der Folge kein Mißbrauch mehr. Rückblickend beurteilt er die Rauschmittel als "teilweise hilfreiche Mittel".

Man kann den Rauschmittelkonsum dieses Patienten als Selbsttherapieversuch ansehen. Der Patient benutzte dabei die verschiedenen Rauschmittelpotenzen, wenn auch letztlich als untaugliche Mittel, so doch im Ansatz völlig richtig: Haschisch und LSD zur Psychostimulation, Opium zur Dämpfung produktiver Phänomene und zur Angstbekämpfung.

D. DISKUSSION

Die eingangs herausgestellte Schwierigkeit, beim Vorliegen einer Psychose und gleichzeitigem Drogenmißbrauch, zwischen "endogener" Schizophrenie und exogener Psychose zu differenzieren, erwies sich nach Überprüfung von 103 Krankenblättern doch als weniger gravierend als erwartet.

Bei 83 von 103 Patienten (81%) ließ sich bereits nach 1-3 Tagen, spätestens nach einer bis vier Wochen Klinikaufenthalt die Diagnose präzisieren. Bei weiteren 14 Fällen war nach der zweiten klinischen Aufnahme die Diagnose zu klären, so daß dann 94% (97 von 103) diagnostiziert waren und nur 6% unseres Krankengutes unklar blieb. Dieser Prozentsatz ist, selbst bei Berücksichtigung, daß die Differenzierung nur nach 2 Richtungen erfolgte, für ein psychiatrisches Krankengut doch erstaunlich niedrig.

Von besonderer Bedeutung erscheint die Tatsache, daß von allen 97 diagnostisch eingeordneten Psychosen alleine 67 (= 69%) durch therapeutisch genutzte Medikamente ausgelöst wurden. Das sollte ein deutlicher Hinweis sein, daß Medikamentenmißbrauch letztlich einen noch bedeutenderen Faktor bei der Bedrohung der Volksgesundheit darstellen kann als die modernen Rauschmittel, und daß sich psychohygienische Maßnahmen gleichermaßen auf alle mißbräuchlich benutzten Drogen erstrecken müssen. Dabei muß auch betont werden, daß bei 17 von 97 (= 18%) Fällen, selbst unter ärztlicher Indikation und unter therapeutischen Dosen, eine Psychose auftrat, daß also bei vielen Mitteln (in unserem Krankengut vor allem Ephedrin, Cortison, Dopa) das Risiko einer psychotischen Komplikation gegeben ist.

Von den 36 Patienten, die unter dem Konsum moderner Rauschmittel Psychosen entwickelten, mußten 21 als Schizophrenien diagnostiziert werden (= 60%). Dieser Prozentsatz ergibt sich unter Zugrundelegung der Kurt Schneiderschen Symptome ersten und zweiten Ranges, dem Fehlen von Bewußtseinsstörungen und sonstigen Hinweisen auf körperliche Begründbarkeit bei "typischem Verlauf". Dieser Anteil von 60% Schizo-

phrenien unter Psychosen bei Rauschmittelmißbrauch liegt noch höher als die Zahlen von B. Sigg [21], der bei 110 Psychosen nach Haschischmißbrauch 46 (= 40%) Schizophrenien fand und damit bereits doppelt so hoch wie die internationale Statistik liegt. Ein sicherer Vergleich ist hier allerdings kaum möglich, da die Diagnose Schizophrenie bekannterweise unterschiedlich angewendet wird. So definieren Defer & Diehl [11] schizophrene Veränderungen als "autistische Konstitutionen mit schizophrenietypischem Verlauf" und fanden unter dieser Prämisse bei 560 Psychosen von Haschischkonsumenten keine schizophrenen Veränderungen.

Nach unserer Beobachtung ist die Aussage von Kielholz [18] zu bestätigen, nach der, bei Absetzen des Rauschmittels, und Fortdauer der Psychose über mehrere Wochen, eine Schizophrenie angenommen werden muß.

Von besonderem Wert für die diagnostische Zuordnung zur Schizophrenie erweist sich die Beobachtung der Phänomene "Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung und Gedankenentzug". Sie wurden bei exogenen Psychosen von uns nie beobachtet, auch nicht bei Psychosen nach Amphetaminmißbrauch, die ja die größte Ähnlichkeit mit der Schizophrenie haben [4, 5, 8, 10]. Auch bei der gezielten Überprüfung der einschlägigen Literatur, vor allem über Haschischpsychosen [1, 2, 3, 13, 19, 20, 22, 23, 24, 25] aber auch über Amphetaminpsychosen [5, 8, 13], konnten wir keine Hinweise für diese psychopathologischen Phänomene finden. Ihr Fehlen wurde andererseits auch nie gesondert herausgestellt. Lediglich bei einem Vergleich zwischen LSD-Psychose und Schizophrenie [17] wurde auf das Fehlen von Wahnideen in der LSD-Gruppe hingewiesen, und auch Bell [5] findet beim Vergleich von Amphetaminpsychosen und Schizophrenien, daß Denkstörungen nur bei den Fällen beobachtet wurden, die als Schizophrenien angesehen werden mußten. Die von ihm diskutierten "thought disorder" meinen aber in erster Linie Denkbeschleunigung, Gedankenflucht und Zerrahrenheit. Er glaubt sogar aus dem Fehlen solcher Denkstörungen bei exogenen Amphetaminpsychosen den Hinweis auf einen wichtigen Unterschied für den "Basismechanismus" der zur Schizophrenie führt, sehen zu können. In unserer weitergefaßten Gruppe der exogenen Psychosen, die durch unterschiedliche Drogen hervorgerufen wurden, finden wir solche "thought disorder" durchaus. Das völlige Fehlen der komplexeren Phänomene der Ich-Erlebensstörungen könnte allerdings auch als Hinweis auf einen Unterschied im Basismechanismus, der "durch Drogeneinfluß" begründbaren Psychosen" und der "nicht begründbaren Psychosen" aufgefaßt werden.

Ein weiteres Kriterium zur Klärung diagnostischer Fragen kann auf subjektiver Ebene das Erleben des Rausches sein. Gerade bei beginnenden Schizophrenien werden die pharmakodynamischen Potenzen der unterschiedlichen Rauschmittel zur therapeutischen Beeinflussung bereits vorhandener psychotischer Störungen vom Patienten benutzt. So Haschisch und LSD bei beginnenden affektiven Entleerungen zur Psychostimulation; Opiate und Heroin öfters bei Ängsten im Rahmen von Wahnstimmungen; Unter den wechselnden psychopathologischen Zuständen wird dann auch das Rauschmittel vom Patienten gewechselt. Bei genauer Erfragung der gewünschten und tatsächlichen erlebten Rauscherfahrung können wertvolle Hinweise auf zugrundeliegende Störungen gewonnen werden. Dabei ist die Beurteilung der eigenen Drogenerfahrung durch den Rauschmittelkonsumenten eine weitere gute Beurteilungsmöglichkeit. Ihre Verarbeitung

und Eingliederung in den Erlebenszusammenhang bieten (im Nachhinein) entscheidende Beurteilungsmöglichkeiten.

LITERATUR

1. Ames, F.: A Clinical and Metabolic Study of Acute Intoxication with Cannabis Sativa and its Role in the Model Psychoses. J. ment. sci. 104, 972-999 (1958)
2. Bayer, W. v.: Zur Klinik des Haschischrausches. Nervenarzt 5, 342 (1932)
3. Behringer, K.: Zur Klinik des Haschischrausches. Nervenarzt 5, 337 (1932)
4. Becel, N.A., Travis, L.E., Ollinger, L.B., Dreikurs, E.: Model psychosis induced by LSD 25 in normals. Arch. Neurol. Psychiat. 75, 588-611 (1956)
5. Bell, D.S.: Comparison of Amphetamine Psychosis and Schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 111, 701-707 (1965)
6. Cameron, K.: Psychosis in Infancy and Early Childhood. Med. Pr. 234, 1 (1955)
7. Chopman, J.: The early symptoms of schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 112, 225-251 (1966)
8. Connell, P.H.: Amphetamine Psychosis. London: Chapman & Hall 1958
9. Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Georg Thieme 1958
10. Davison, K.: Übersicht über die Beziehungen zwischen Drogenpsychose und Schizophrenie. Vortrag auf dem Multidisciplinary Workshop on Schizophrenia, Capri 1975
11. Defer, B., Diehl, M.L.: Les psychoses cannabiques aigues (à propos de 560 observations). Sté. Médico-Psychol., séance du 24. juin 1968. Ann. Méd.-Psychol. T 2, 260 (1968)
12. Deniker, P.: Sur les abus des grogues psychodysléptiques toxicomanes modernes et pharmaco. psychoses. Ann. Méd.-Psychol. T 1^N. 2, 193 (1969)
13. Glass, G., Bowers, M.: Chronic psychosis associated with long-term psychotomimetic drug abuse. Arch. gen. Psychiat. 23, 97-103 (1970)
14. Glatzel, J.: Zur Differentialtypologie juveniler asthenischer Versagenssyndrome. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 104, 151-162 (1969)
15. Glick, J.D., Winstead, D.K.: Childhood Asociality in the Differential Diagnosis of Schizophrenia with Drug Abuse us. Psychosis with Drug Intoxication. Psychiat. Quart. 47, 208, 217 (1973)
16. Hensala, J., Epstein, L., Blacker, K.: LSD and psychiatric inpatients. Arch. Gen. Psychiat. 16, 554-559 (1967)
17. Joung, B.G.: A phenomenological Comparison of LSD and Schizophrenic States. Brit. J. Psychiat. 124, 64-74 (1974)
18. Kiehlholz, P., Ladewig, D.: Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. München: J.F. Lehmanns 1972
19. Lucena, J.: Chronische Marihuana-Sucht und Psychose. Ref. Zbl. Neur. 112/132 (1951)

20. Rosenthal, S.H. : Persistent hallucinosis following repeated administration of hallicinogenic drugs. Amer. J. Psychiat. 121, 238-244 (1964)
21. Sigg, B. : Le cannabisme chronique. p. 240. Manuskript, Alger. 1963
22. Stringaris, M.G. : Die Haschisch-Sucht. 2. überarbeitete Auflage. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
23. Talbott, J.A., Teague, J.W. : Marihuana-Psychosis. JAMA 210, 299-302 (1969)
24. Vierth, G. : Psychopathologische Syndrome nach Haschisch-Genuß, Beobachtungen aus Marokko. Münch. med. WSchr. 109, 522-526 (1967)
25. Wanke, K. : Neue Aspekte zum Suchtproblem. Habilitationsschrift Frankfurt 1971