

Aktuelle Aspekte des Drogenmißbrauchs Jugendlicher

G. Gross, G. Huber und D. Schlich

Psychiatrisches Landeskrankenhaus – Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm-Weissenau und Abteilung Psychiatrie des Nervenzentrums der Universität Ulm (Prof. Dr. G. Huber)

Auch Haschisch allein kann zu psychischer Abhängigkeit und zu chronischen psychischen Veränderungen führen. Seine Gefährlichkeit beruht jedoch vor allem auf seiner Schrittmacherfunktion für andere Suchtmittel. Von 26 männlichen und vier weiblichen drogenabhängigen Jugendlichen, die seit Ende 1970 klinisch behandelt wurden, gingen 27 nach Wochen oder Monaten auf andere Drogen, in erster Linie auf LSD und Morphinderivate, über. Das durchschnittliche Lebensalter zur Zeit des Beginns des Drogenabusus lag bei 16,4 Jahren; nur drei begannen nach dem 18. Lebensjahr. Bei jüngeren Drogenkonsumenten sind Übergang auf andere Drogen und Konsumfrequenz häufiger als bei älteren. In elf Fällen fanden sich chronische, vermutlich hirnorganisch determinierte psychische Veränderungen. Nach Haschischgenuß kommen akute schizophrene Psychosen mit Denkstörungen, psychomotorischen Symptomen, Wahrnehmungsveränderungen, Coenästhesien und wahnhaften Erlebnissen vor. Für die explosionsartige Ausbreitung des Phänomens sind auch epochaltypische Faktoren maßgebend. Bei gewöhnlich durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz zeigt die Primärpersönlichkeit bei 21 Jugendlichen auffällige Züge; bei 19 ist die familiäre Situation gestört. Prognostisch bedeutsame Faktoren sind neben Primärpersönlichkeit und familiärer Situation das Lebensalter zu Beginn des Drogenkonsums und die Verlaufsdauer. Gegenüber einer bisher in der Literatur genannten Erfolgsquote von 1–5% rechnen wir mit 15–20% definitiven Heilungen bei klinisch behandelten Drogenabhängigen. Die Prävention ist letztlich ein Problem der Psychohygiene, der Erziehung im weitesten Sinne.

Topical aspects of psychotropic drug abuse in juveniles

Cannabis alone can lead to dependence and chronic mental changes. Its danger, however, lies in its «pacemaker» function of leading to the use of addictive drugs. Of 26 male and four female drug-dependent juveniles, treated as in-patients since the end of 1970, 27 started to take other drugs, mainly LSD or morphine derivatives, weeks or months after discharge. The average age at the start of the drug abuse was 16.4 years; in only three was it over 18 years. Among younger users of drugs the change-over to other drugs and increase in the amount taken was more frequent than in older ones. Chronic mental changes, presumed to be due to organic cerebral change, occurred in 11 juveniles. Acute schizophrenic psychosis with disorders of thought processes, psychomotor signs, changes in perception, hallucinations and changes in coenesthesia occurred after cannabis. The personality structure of 21 of this group of juveniles, most of them of average or above-average intelligence, had striking features; in 19 there were family problems. The age at onset of the drug abuse and its duration were the most important prognostic factors. Contrary to a figure of 1–5% of success rate quoted in the literature, the authors reckon on 15–20% definitive cures in hospital-treated patients with drug dependence.

Seit Ende 1970 wurden in unserer Klinik 26 männliche und vier weibliche drogenabhängige Jugendliche stationär behandelt. Die Verlaufsdauer liegt bei diesen 30 Patienten zwischen zwei Monaten und vier Jahren und beträgt durchschnittlich 17,3 Monate. Die Einstiegsdroge war in 27 Fällen Cannabis in Form von Haschisch und nur in je einem Fall LSD, Rohopium bzw. Morphin.

Von den verschiedenen Typen von Drogenabhängigkeit fand sich der Cannabis-Typ nur in drei Fällen; die übrigen Patienten zeigten bis zur Klinikaufnahme am häufigsten folgende Drogensequenzen: Haschisch-LSD (sechs Fälle), Haschisch-Morphin, Haschisch-LSD-Morphin, Haschisch-LSD-Weckamine-Morphin (je drei Fälle), Haschisch-LSD-Morphin-Cocain und Haschisch-LSD

oral, LSD intravenös, Weckamine intravenös (je zwei Fälle). Vereinzelt wurden auch Mescaline, DOM (Dimethoxymethylamphetamin), Heroin und Folia stramonii (Stechapfelblätter) verwendet.

Haschisch

Auch Haschisch allein ist imstande, eine deutliche psychische Abhängigkeit zu entwickeln, während körperliche Abhängigkeit und typische Abstinenzsymptome zwar nur gering ausgeprägt sind, aber nicht vollständig fehlen. Die Anzahl Jugendlicher, deren Lebensstil entscheidend durch Haschisch geprägt ist, nimmt zu (18). Bei chronischem Mißbrauch klingt der Rausch nicht mehr nach einigen Stunden ab, sondern zieht sich über Tage und Wochen in Form affektiv-aspontaner Durchgangssyndrome (22) und Bewußtseinsstörungen hin. Für den »protrahierten Rausch« ist vermutlich auch ein kumulativer Effekt bei höherer Konsumfrequenz – Cannabis wird sehr langsam im Verlauf von Tagen ausgeschieden – von Bedeutung. Bei längerer kontinuierlicher Anwendung kann Haschisch neben »physical dependence« und Toleranz (16, 21) irreversible Persönlichkeitsveränderungen hervorrufen. Diese Erscheinungen sind bei uns nicht geläufig, weil langdauernder Haschischmißbrauch hier bisher nicht üblich ist und der Drogenbenutzer zu anderen Drogen übergeht. Vierth (20), der in Marokko als Nervenarzt tätig war, beschreibt nicht-rückbildungsfähige Veränderungen der Persönlichkeit, bleibende Leistungsausfälle und psycho-organische Defektsyndrome mit Verlangsamung und Affektlabilität, Apathie und Antriebsverarmung, Verlust der Kritikfähigkeit und Schwächung der gedanklichen Intentionalität als Folge chronischer Haschischschädigung. In Griechenland und im Nahen Osten sah Stringaris (19) Charakterveränderungen und chronische Psychosen, schon früher Warnock (21) eine Haschisch-Demenz.

Die Gefährlichkeit des Haschisch in der westlichen Zivilisation liegt aber in erster Linie darin, daß es nur über ein relativ geringgradiges Potential verfügt, eine feste Abhängigkeit zu entwickeln. 90% unserer Patienten gingen nach wochen- bis monatelangem Haschischkonsum auf andere Drogen über, in erster Linie auf LSD und Morphinderivate. Nach den Erfahrungen von Sluga (18) und Grassberger (9) in Wien werden zwei Drittel aller Minderjährigen, die ständig Haschisch rauchen, in der Folge mit anderen Drogen süchtig. Im Baseler Beobachtungsgut (13) waren nach einem Jahr über die Hälfte auf Amphetamine, Opium und LSD übergegangen. An der Schrittmacherfunktion der Cannabis kann kein Zweifel bestehen. Schon vor Jahren konstatierte Jahrreiss (12): Haschisch weckt den Appetit auf das Nirwana der Sucht, stillt ihn aber nicht.

Hinzu kommt die Erfahrung der letzten Jahre, daß das durchschnittliche Lebensalter bei Beginn des Drogenkonsums immer niedriger wird und die Tendenz zur Konsumausweitung, zum »Umsteigen« auf sogenannte härtere Drogen, um so ausgeprägter ist, je früher mit dem Drogenabusus begonnen wird. Das durchschnittliche Lebensalter zur Zeit des ersten Drogenkonsums lag nach unseren Beobachtungen mit 16,4 Jahren wesent-

lich niedriger als nach denen in Basel und Berlin (20,0 Jahre [7]). Nur drei Patienten begannen nach dem 18. Lebensjahr. Auch die Konsumfrequenz ist bei den jüngeren Konsumenten häufiger als bei den älteren (7); bei unseren Patienten lag sie bezüglich Cannabis zwischen dreimal wöchentlich und zehnmal täglich.

Sowohl Haschisch als auch LSD können – entgegen einer verbreiteten Meinung – enthemmen und Aggressionstrieb freisetzen.

Reko (17) sprach von einem Blutausch im zweiten und dritten Stadium des Haschischrausches. 1936 wurden in New Orleans 60% aller Verbrechen von Haschischrauchern begangen. Im gleichen Jahr fand sich eine parallelgehende Zunahme der Gewaltverbrechen und des Haschischgenusses in den USA; daher wurden 1937 Handel, Ankauf und Verbrauch von Cannabis verboten. Die Manson-Bande, die sieben Personen unter Drogeneinfluß ermordete, nahm regelmäßig Haschisch und LSD. Die bei My Lai eingesetzten US-Soldaten standen nach Aussage des Psychiaters Kaplan unter Haschisch. Auch bei LSD-Abusus sind zahlreiche Fälle von ausgeführten oder versuchten Tötungsdelikten und Suizidhandlungen bekannt. Bemerkenswert ist, daß das französische Wort für Mörder (»l'assassin«) von der arabischen Bezeichnung für »Haschischesser« stammt. Im elften Jahrhundert wurden so Personen genannt, die ihre politischen Gegner nach Haschischgenuß durch Meuchelmord beseitigten (4).

Aggressivität und Enthemmung, Abstumpfung gegenüber Gewalt und Grausamkeit sieht man als Wirkung des Haschischgebrauchs Minderjähriger auch bei uns. Die Verbindung des Drogenkonsums mit Kriminalität ist bedenklich. Von unseren 30 Patienten waren zwölf wegen Apothekeneinbruchs, Eigentums- und Betrugsdelikten, gefährlicher Körperverletzung und gewerbsmäßigen Rauschgifthandels straffällig geworden.

All dies spricht gegen eine Freigabe des Haschisch; die Herausnahme von Cannabis aus den gesetzlichen Regelungen ist vom ärztlichen Standpunkt aus nicht diskutabel. Nicht nur »harte«, auch »weiche« Drogen sind für Dispositionierte gefährlich; nicht rückbildungsfähige Persönlichkeitsveränderungen können sich bei jeder Drogenabhängigkeit, auch bei chronischem Haschischgebrauch einstellen. Auch wenn man von den chronischen psycho-organischen Veränderungen durch Cannabis absieht – sie sind bei habituellen, erwachsenen Haschischrauchern nicht obligat (19) –, wird dem Jugendlichen durch den Drogenabusus in der Pubertät jede Chance der Selbstfindung und Selbstverwirklichung genommen. Er gibt nach und nach den normalen Tagesrhythmus auf, schläft nicht mehr regelmäßig, ißt wenig, ist den Anforderungen in Ausbildung und Beruf nicht mehr gewachsen und wird für die Arbeitswelt unbrauchbar.

Akute und chronische Psychosyndrome

Bei gut einem Drittel unserer Patienten (n = 11) bestehen chronische psychische Veränderungen, die vermutlich bei fünf Patienten irreversibel sind. Passagere symptomatische schizophrene Psychosen mit Symptomen ersten und zweiten Ranges sahen wir bei vier Patienten nach LSD- und Mescalinegenuß. Nur in einem Fall lag ein (sekundärer) Drogenabusus im Beginn einer (endogenen) schizophrenen Erkrankung vor. Das Vorkommen von schizophrenen Psychosen nach Halluzinogenen und Amphetamin (Preludin®, Pervitin® u. a.) ist bekannt.

Weniger bekannt ist, daß auch nach Haschischgenuß akute schizophrene Psychosen auftreten können. Wir sahen im Haschischrausch qualitativ abnorme Leibgefühlsstörungen, dysästhetische Krisen, endogen unterbaute paranoide Reaktionen sowie Denkstörungen, wie wir sie früher (10) bei Schizophrenen beschrieben haben. Über Störungen des Denkens und der Psychomotorik im (experimentellen) Haschischrausch wurde schon 1932 von Beringer (5) und von von Baeyer (2) berichtet.

Man findet eine Störung des beziehenden Erfassens und der mnestischen Speicherungsfähigkeit sowie ein typisches Gedankenabreißen. Die Gesamtsituation wird optisch nicht mehr erfaßt, der Patient bleibt an einzelnen Bildteilen hängen, die Teilinhalte werden auf Kosten des Ganzen übermächtig. Auch im Gespräch zeigt sich die Erschwerung der Erfassung des Sinnzusammenhanges, der Mangel an einer übergreifenden Antizipation. Das eben Vernommene und Erfasste blaßt schon nach wenigen Sekunden restlos ab und entschwindet, ähnlich wie bei manchen ratlos-amentilen Syndromen Schizophrener. Ein eindrucksvolles Phänomen ist der »Vorstellungszwang«, die fortlaufende und nicht steuerbare Entwicklung von sich aufdrängenden Vorstellungen. Gelegentlich sind mit diesen bildhaften Vorstellungsinhalten unmittelbar als evident erlebte, phänomenal mit dem »Klarschen« Schizophrener verwandte Einsichten verknüpft. Wenn zumal drogenabhängige Intellektuelle behaupten, sie könnten sich mit Hilfe von Drogen sonst nicht erreichbare tiefere Einsichten und Urteile, etwa über den Wert einer Person oder Idee, verschaffen, sind hierfür unseres Erachtens die in Rede stehenden, durch einen pathologischen Funktionswandel des Gehirns bedingten Evidenzerlebnisse wahnhaften Charakters bedeutsam.

Psychomotorische Störungen im Haschischrausch treten zum Beispiel in Form sogenannter Bannungserlebnisse auf. Der Patient bleibt in einer Haltung oder Bewegung plötzlich stecken, erstarrt oder gerinnt gleichsam, fühlt sich regungslos festgebannt, ist unfähig, sich zu bewegen oder zu sprechen. Dieses Phänomen wurde früher bei beginnenden Schizophrenen (10) und nach epidemischer Enzephalitis beschrieben. Gleichfalls bei Schizophrenen wie nach Cannabis kann es zum »Automatose-Syndrom« kommen: Erleben die Patienten in den Bannungszuständen die »Ohnmacht des Bewegungsimpulses«, so hier seine Verselbständigung, seine Lösung vom Ich. Normalerweise willkürlich ausgeführte motorische Akte treten ohne und gegen den Willen des Patienten auf; diese Zwangsbewegungen werden als ichfremd und automatisch erlebt (10b). Hierher gehört auch das häufige »Zwangslachen«. Auch Katalapsie kommt im Haschischrausch vor.

Schließlich zeigen auch die Wahrnehmungsveränderungen nach Haschisch, Verschwommen- und Entferntsehen, Mikropsie und Makropsie, Dysmorphopsie, Intensitätszunahme oder Minderung von Gehörs- und Gesichtswahrnehmungen, ferner die Veränderungen des Raum- und Zeiterlebens, Levitations- und Elevationserlebnisse phänomenologisch eine Verwandtschaft mit Störungen, wie wir sie früher bei Schizophrenen dargestellt haben. Hinsichtlich Wahrnehmung, Denken und Musikerleben kann man Abwandlungen konstatieren, die analog bei beginnendem schizophrenem Wahn beobachtet werden (10, 15). Das Kennzeichnende liegt im »Haftebleiben«, in der fesselnden Wirkung an sich belangloser Begebenheiten, im Blindwerden für die übrige Welt, in der Herausspaltung und »Einrahmung« einzelner Wahrnehmungsbestandteile, der die Auflösung der Anschauungswelt in Einzelgebilde entspricht.

Besonders instruktiv war im Selbstversuch mit Haschisch für einen von uns die Beobachtung, daß jeder völlig isoliert, nur mit sich selbst beschäftigt ist, keiner dem anderen in seinem Zustand vitaler Sterbeangst zu helfen versucht. Die anderen unter Haschisch stehen-

den Ärzte erwarten zum Beispiel, daß eine der Versuchspersonen vom Balkon der vierten Etage herunterspringt, unternehmen aber nichts, um sie daran zu hindern.

Die plausibelste Hypothese zur Erklärung der Psychosyndrome nach Cannabis ist, daß Haschisch ebenso wie LSD mit dem Stoffwechsel der Neurotransmitter im limbischen System und in der Formatio reticularis interferieren; je größer die Dosis, desto ausgedehnter die Transmitterstörung und desto massiver die zentralnervöse Gesamtalteration (1). Stoffwechselstörungen im Haschischrausch, ein febriles Syndrom, Störungen des Wasser- und Kohlenhydrathaushaltes wurden von Marx (14) beschrieben.

Multifaktorielle Genese

Die Frage nach den Ursachen, die zur Drogenabhängigkeit Jugendlicher führen, wurde sehr verschieden und bis heute nicht definitiv beantwortet. Allgemein kann man von einer pubertären Fehlentwicklung sprechen, bei deren Genese Primärpersönlichkeit und Biographie, familiäre Situation, phasenspezifische und epochaltypische Faktoren zusammenwirken. Marihuana kam schon 1945 mit den amerikanischen Besatzungstruppen in die Bundesrepublik, ohne daß in über zwei Jahrzehnten ein Cannabisproblem entstand. Diese lange refraktäre Phase und die explosionsartige Ausbreitung in den USA und seit 1967 in Europa sind schwer und unseres Erachtens nur aus dem Zeitgeist zu erklären. Mit Ehrhardt (8) ist zu registrieren, daß es vor dem Hereinbrechen der Drogenwelle noch keine Gammeler- oder Hippie-Subkultur, keinen Autoritäts- und Repressionskomplex und keine Publizistik gab, für die der freie Haschischgenuß ein integrierender Bestandteil einer als progressiv apostrophierten Ideologie war. Wir finden Parallelen zu den psychischen Epidemien des Mittelalters, der Verbreitung seelischer Fehlhaltungen durch unbewußte Ansteckung und Nachahmung. Bei den modernen kollektiven Fehlhaltungen scheint ein neuer Typ der Suggestion, die mit Hilfe der Massenmedien raffiniert kalkulierte oder gedankenlos und bona fide bewirkte Manipulation des Menschen, zum Zuge zu kommen.

Instruktiv ist das Beispiel Schweden. Hier hat Björck neben den Profiteuren eine Gruppe von die öffentliche Meinung beeinflussenden Intellektuellen für die Ausbreitung der Narkomanie jugendlicher verantwortlich gemacht. Namhafte Autoren legten zum Beispiel in einem der Pubertätsjugend gewidmeten Heft der verbreiteten Zeitschrift »Wort und Bild« im Januar 1967 der Jugend nahe, Rauschgift zur inneren Befreiung im Sinne des demokratischen Westens zu gebrauchen. Der Drogengenuss wurde saugend, lockend und spannend der neugierigen Pubertätsjugend präsentiert (6). Ähnlich propagiert der Schriftsteller R. Lenz 1970 die Anwendung der sogenannten Wachheitsmedizinen. Vier Nächte unter Drogen bedeuteten einen so großen Erfahrungs- und Erkenntniszuwachs, daß man ein ganzes Leben davon zehren könne; dank der »psychedelischen Erfahrungen« werde die Provinzialität des Bewußtseins gesprengt usw. Wir erinnern weiter an zahlreiche Ärzte und Wissenschaftler, die sich für die Freigabe der neuen Drogen einsetzten und zum Teil das Thema im *part-pour-l'art*-Stil ohne Sinn für individuelle und soziale Verantwortung behandelten (8). Die publizistische Welle, die Verharmlosung und Glorifizierung der schon lange zuvor bekannten Drogen war unseres Erachtens eine unerlässliche Bedingung für die explosionsartige Verbreitung; sie erst machte Haschisch und LSD zumal für junge und unreife Menschen bekannt und interessant.

Zur Motivation des Phänomens in Marokko meint Vierth (20), daß dort die Bindung an eine von Verantwortungsbewußtsein getragene Aufgabe und die personale Beziehung zum Du fehle und die momentan gelebte Triebbefriedigung dominiere. Die Bedingungen für die Entwicklung einer ähnlichen Welt- und Lebensanschauung scheinen heute auch in unserem Kulturkreis erfüllt zu sein. Für die Ausbreitung der »Haschisch-Philosophie« sind die existentielle Sinnentleerung, der Verlust von Normen und Leitbildern, das Versagen der Erzieher und der Erziehung im weitesten Sinne, der Mangel an inneren, transzendentalen und mystischen Erlebnissen in unserer Industriegesellschaft bedeutsam.

Abgesehen von den epochaltypischen Faktoren und soziologischen Hintergründen sind Intelligenzniveau, Primärpersönlichkeit und soziales Milieu von Interesse. Wir fanden bei mehr als zwei Drittel unserer Patienten eine durchschnittliche, in knapp einem Drittel eine überdurchschnittliche Intelligenz und nur bei zweien eine leichte Unterbegabung. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur kann man allgemein von einer »Risiko-Persönlichkeit« sprechen, ohne daß eine bestimmte einheitliche Persönlichkeitsdisposition aufzeigbar ist. Frühere Untersucher fanden Anzeichen für erhöhte psychische Labilität und Unsicherheit, infantile und depressive Züge, Kielholz und Ladewig (13) in 12% depressive Neurosen und Charakterneurosen, Bschor (7) hinter einer »Verweigerungs-ideologie« verborgene Selbstwertkonflikte oder autistisch-ichschwache Persönlichkeiten in familiären oder beruflichen Konfliktsituationen. Bei 21 unserer Patienten zeigt die Primärpersönlichkeit auffällige Züge im Sinne der Psychasthenie, der Geltungsbedürftigkeit mit einem Mißverhältnis zwischen Anspruchsniveau und Anstrengungsbereitschaft und der Willenlosigkeit, der Widerstandslosigkeit gegenüber äußeren Einflüssen; man kann mit Riesman von einem außergeleiteten Persönlichkeitstyp mit konformistischem Verhalten sprechen. Bei zwei Drittel der Jugendlichen mit auffälliger Primärpersönlichkeit sind auch die häuslichen Verhältnisse gestört. Daneben fanden wir bei neun Patienten eine relativ syntone und stabile Primärpersönlichkeit. Es ist also nicht so, daß alle schon vor Beginn der Drogeneinnahme charakterologisch auffällig und labil sind.

Die Lehrlinge sind nach unseren Beobachtungen die stärkste Gruppe ($n = 14$), danach folgen die Ober- und Realschüler ($n = 8$); nur acht hatten eine Gesellen- oder Gehilfenprüfung abgelegt. Die Eltern gehörten überwiegend ($n = 22$) der gehobenen oder unteren Mittelklasse an; nur bei acht war der Vater Arbeiter. Eine gestörte familiäre Situation lag in 18 Fällen vor; dabei handelte es sich in je neun Fällen um offenkundig zerbrochene Familien (Kielholz fand »broken home«-Faktoren in 52%) bzw. familiäre Konfliktsituationen bei äußerlich geordneter Familie. Die häuslichen Verhältnisse waren also in fast zwei Drittel durch unvollständige Familie und familiäre Konflikte in ähnlicher Weise gestört wie sonst bei Jugendlichen mit Anzeichen einer Verwahrlosung. Beim Gros dieser Probanden fehlt der Vater oder – bei vollständiger Familie – seine Autorität. Bei sieben Patienten lagen vor Beginn des Drogenmißbrauchs Lern- und Erziehungsschwierigkeiten, Enuresis oder Stottern vor. Einen »Knick« in der Entwicklung mit Leistungsabfall und Versagen im Beginn der Pubertät und vor Einsetzen des Drogenmißbrauchs (18) und eine ausge-

sprochene Verwöhnung und »overprotection«-Situation konnten wir nur in je einem Fall eruieren. Berufliche oder sonstige Konfliktsituationen außerhalb der familiären Sphäre sind selten: Wir sahen nur in drei Fällen ein Umsteigen oder Weitermachen in Abhängigkeit von beruflichen Belastungssituationen. Bei elf Jugendlichen war die familiäre Situation intakt. Drei von Bschor (7) genannte Bedingungen, die Drogenmißbrauch und »drop out« begünstigen können, nämlich radikale Negation des konventionellen Lebensentwurfes, »Verweigerungs-ideologie« und radikaleres Fragen nach dem Lebenssinn, waren bei keinem unserer Patienten eindeutig zu erkennen.

Subjektive Motivation

Die Patienten wurden befragt, aus welchen Gründen sie mit dem Drogenkonsum begannen, ihn fortsetzten und auf andere Drogen übergingen. Am Beginn findet sich am häufigsten ($n = 14$) ein Motivspektrum, dessen Komponenten sich etwa wie folgt charakterisieren lassen: Nachahmung, »In«-Sein, Bedürfnis, von Gleichaltrigen akzeptiert und anerkannt zu werden, Nicht-zurückstehen-Wollen hinter den anderen, Sich-nichts-entgehen-Lassen. Der Drogenkonsum ist hier wie auch sonst Statussymbol. Verleitung oder Verführung nannten acht, darunter alle weiblichen Jugendlichen, als Ursache des ersten Drogengebrauchs. Prestigebedürfnis und Geltungssucht waren in drei Fällen initial motivisch wirksam. Nur drei bzw. ein Jugendlicher begründeten die erste Drogenerfahrung mit dem Versagen der Eltern (der Erzieher) oder einer »emanzipatorischen Motivation«. Hier wird oft die Schuld ausschließlich bei den anderen gesucht und ein eigentlicher Leidensdruck vermißt. Das Motiv der »Selbstbehandlung« war initial nur in einem Fall klar erkennbar.

»Ich wollte nicht zurückstehen... Die meisten Mitschüler hatten schon Erfahrungen. Ich habe mir nichts dabei gedacht.« – »Man muß doch alles mitmachen, für alles offen sein...« – »Die anderen machen es auch.« – »Das ist nur ein ganz billiger Kiffer. Wer am längsten fixt, hat die größte Erfahrung und genießt das größte Ansehen.« – »Meine Eltern sind zu autoritär. Ich wollte mir ein eigenes positives Reich schaffen und mich von der Bevormundung befreien.«

Für das »Umsteigen« oder »Weitermachen« wurden am häufigsten ($n = 12$) das Motiv der Selbstverwandlung (Euphorisierung) oder Selbstbehandlung, der Wunsch, sich von inneren Spannungen und Verstimmungen zu befreien, vorgebracht. Die enttäuschende Wirkung des Haschisch bzw. das Nachlassen seiner Wirkung wurde von sieben für das Umsteigen auf LSD bzw. Morphin-derivate genannt, während fünf die günstige Gelegenheit, den Zufall anschuldigten. Häufig hört man auch hier, man habe nicht hinter den anderen zurückstehen wollen. Ferner sind Verführung und Geltungssucht, das Gefühl der Leere und Langeweile und – nur in einem Fall – echte Neugier mit einer experimentierenden Haltung von Bedeutung.

»Der zweite Schritt war, daß ich es schön fand und nicht mehr missen wollte.« – »Ich wollte das Glücksgefühl wieder erleben. Ich konnte nicht mehr sein ohne das Zeug.« – »Ich hatte keine Freude am Beruf, keine Lust mehr für nichts... Sorgen wegen der Ge-

sellenprüfung. Um alles zu vergessen, begann ich mit den Trips.« – »Das Haschisch wurde im Laufe der Zeit uninteressant, die Wirkung war nicht mehr befriedigend.« – »Trips zu schmeissen war in meiner Klasse groß in Mode. Es hieß: Wir haben LSD. Ich habe es genommen, um mitzumachen.« – »Das erste Mal war die Wirkung ziemlich negativ; ich machte weiter, um auch so weit zu kommen wie die anderen...« – »Das Wochenende war irgendwie leer... Nichts zu tun. Da haben wir den ersten Trip geschmissen.«

Prognose

Wir beurteilten zur Zeit der Klinikentlassung die Prognose bei je fünf Jugendlichen als günstig bzw. bedingt günstig und bei 20, darunter bei zwei unserer drei Patienten mit ausschließlichen Haschischkonsum, als ungünstig bzw. infaust. Die allerdings nur kurzen Katanthesen (zwischen 1 und 18 Monaten) bestätigten bisher die prognostische Einschätzung. Prognostisch bedeutsame Faktoren sind offenbar Primärpersönlichkeit, familiäre Situation, Lebensalter zu Beginn des Drogenkonsums und Verlaufsdauer.

Beim Vergleich der beiden als prognostisch günstig ($n = 5$, Gruppe 1) bzw. infaust ($n = 6$, Gruppe 4) beurteilten Gruppen finden sich hinsichtlich dieser vier Faktoren Unterschiede. Die Primärpersönlichkeit ist bei den prognostisch günstigen Fällen unauffällig, bei den prognostisch infausten abnorm; die familiäre Situation in der Gruppe 1 in vier von fünf Fällen intakt, bei Gruppe 4 in fünf von sechs Fällen gestört. Gruppe 1 begann durchschnittlich mit 18,4 Jahren, Gruppe 4 mit 15,8 Jahren mit dem Drogenmißbrauch; in Gruppe 1 ist die Verlaufsdauer kürzer. Keine sicheren Differenzen fanden wir hinsichtlich des Typs der Drogenkarriere.

Solange noch innere Ambivalenz und Fähigkeit zu einer kritischen Abwägung des Risikos bestehen, ist die Prognose relativ günstig. Einige Jugendliche wurden durch das Erleben des Schicksals anderer Drogenabhängiger oder durch einen »Horror-Trip« bzw. »Horror-Joint« abgeschreckt. Manche sind zwar einsichtig hinsichtlich der Gefährlichkeit der Drogen, ziehen aber für sich persönlich keine Konsequenzen – die Gefahr existiert nur für die anderen.

»Ich wollte nicht so enden.« – »Ich hatte das Gefühl, daß es nicht so weitergehen kann, die Angst, so zu enden. Dadurch wurde ich abgeschreckt.« – Bei einem »Fixer« beeindruckte selbst das Miterleben von drei letalen Intoxikationen nach intravenösen Injektionen in keiner Weise: »Die kannten ihren Körper nicht.« – Ein anderer Jugendlicher ist von der Gefährlichkeit überzeugt, möchte aber alles in Kauf nehmen, weil »die Gesellschaft sich ändert«.

Prophylaxe und Therapie

Die Erfolge sind bei klinischer Behandlung äußerst bescheiden; die Rückfallquoten liegen zwischen 95 (18) und 99% (3). Wir glauben, daß bei 15–20% unserer klinisch und anschließend ambulant behandelten Patienten ein endgültiger Therapieerfolg erreichbar ist. Die Erfolgsquote der Behandlung Drogenabhängiger in Selbsthilfegruppen läßt sich zur Zeit noch nicht abschätzen; Versuche mit einem »gemäßigten Rauschmittelkonsum« (»soft use«) sind auch nach Bschor (7) gescheitert.

Die Therapie muß psychagogisch und sozialpädagogisch orientiert sein und darf die Drogenabhängigkeit nicht ausschließlich als eine völlig außerhalb der eigenen Verantwortlichkeit liegende Krankheit betrachten. Entziehung und Entwöhnung sollten am besten in Spezial-

abteilungen außerhalb der Kliniken und Krankenhäuser, die anschließende nachgehende ambulante Betreuung sollte in Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen durchgeführt werden. Man darf sich aber keinen Illusionen hingeben. Um befriedigende Erfolge zu erreichen, ist ein sehr großer Aufwand erforderlich; das Verhältnis von Betreuer zu Patient müßte wie 1 : 1, nach Meinung erfahrener Autoren sogar 2 : 1 sein.

Die Prävention ist im Grunde ein Problem der Psychohygiene, der Erziehung im weitesten Sinne, eine Aufgabe aller in persönlicher Verantwortung für junge Menschen stehenden Personen und Einrichtungen. Seit Anfang 1970 ist es nach Bschor (7) zweifelhaft, ob Aufklärung allein etwas vermag. Sicher ist reine, neutrale und wertfreie Information wenig sinnvoll. Durch eine erhebliche Strafverschärfung gegenüber Händlern und Verteilern müssen der Erwerb und Besitz von Drogen erschwert und mit einem hohen Risiko belastet werden. Da wir in Deutschland hier wie sonst vielfach nicht zu einer unbefangenen Betrachtungsweise fähig sind, tun wir gut daran, auf die Empfehlung von Kielholz zu hören: Er fordert die Inhibierung des Bezugs der neuen Drogen durch Medizinalgesetze und ihre Verschärfung, hält es für unverantwortlich, die Gefahren des Haschischmißbrauchs zu bagatellisieren und nennt Erziehung, Vorbilder und Leitbilder, religiöse und ethische Normen für die beste Prophylaxe. Alle anderen Vorschläge lassen die Riskierung und Haltschwäche vieler Jugendlicher auch und gerade unserer Zeit außer acht; sie überfordern den Jugendlichen mit der Empfehlung einer Erziehung zu einem »weisen Umgang« mit Rauschdrogen – eine jener heute gängigen faszinierenden Utopien, die Gutes meinen und Böses anrichten, eben weil sie die menschliche Natur, die relative Konstanz der psychischen Grundveranlagung des Menschen in den wenigen Jahrtausenden seiner Geschichte ignorieren.

Literatur

- (1) Anokhina, I. P.: 25. Internationaler Kongreß der Physiologischen Wissenschaften, München 1971.
- (2) von Baeyer, W.: Zur Klinik des Haschischrausches. II. Psychomotorische Erscheinungen. *Nervenarzt* 5 (1932), 337.
- (3) Barth, L.: Bekämpfung der Rauschgiftsucht. Referat auf der Dienstversammlung der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg, 26. 11. 1970.
- (4) Bauer, G.: Der gegenwärtige Rauschgiftmißbrauch aus der Sicht der kriminalistischen Praxis. *Münch. med. Wschr.* 112 (1970), 1562.
- (5) Beringer, K.: Zur Klinik des Haschischrausches. I. Denkstörungen. *Nervenarzt* 5 (1932), 338.
- (6) Braun, R.: Und nun: Opium als Religion? Die Rauschgiftwelle in Schweden. *FAZ* 5. 8. 1967 (Nr. 179).
- (7) Bschor, F.: Jugend und Drogenkonsum. Erfahrungen, Eindrücke und vorläufige Schlussfolgerungen aus einer Feldstudie in Berlin. *Soziale Arbeit* 12 (1970), 525.
- (8) Ehrhardt, E.: Rauschgiftsucht, aktuelle Probleme und Aufgaben. *Dtsch. Arztebl.* 67 (1970), 1151.
- (9) Grassberger, R.: Die kriminologischen Aspekte des Suchtmittelmißbrauchs Minderjähriger in Österreich. *Kriminalistik* 1971 (im Druck).
- (10a) Huber, G.: Pneumocephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neurologie. Heft 79 (Springer: Berlin-Göttingen-Heidelberg 1957).
- (10b) Huber, G.: Die coenästhetische Schizophrenie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 25 (1957), 491.
- (11) Huber, G.: Der psychisch Abnorme und die Gesellschaft. *Universitas* 21 (1966), 487.
- (12) Jahrreiss, zit. nach Ehrhardt (8).
- (13) Kielholz, P., D. Ladewig: Über Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit besonderer Berücksichtigung des Haschischrausches. *Dtsch. med. Wschr.* 95 (1970), 101.
- (14) Marx, H.: Zur Klinik des Haschischrausches. III. Stoffwechselstörungen. *Nervenarzt* 5 (1932), 346.
- (15) Matussek, P.: Untersuchungen über die Wahrnehmung. I. Mitteilung: Veränderungen der Wahrnehmungswelt bei beginnendem primären Wahn. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 189 (1952), 279.
- (16) Panse, F.: Arzneimittelmisbrauch und Suchten. In: Cobet, R., G. Gutzeit, H. E. Bock, F. Hartmann (Hrsg.): *Klinik der Gegenwart*, Bd. III (Urban

& Schwarzenberg: München-Berlin 1957).

(17) Reko, V.: Magische Gifte (Enke: Stuttgart 1949).

(18) Sluga, W.: Aktuelle Aspekte des Suchtmittelmissbrauches bei Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol.* 20 (1971), 4.

(19) Stringaris, G.: Die Haschischsucht (Springer: Berlin 1939).

(20) Vierth, G.: Psychopathologische Syndrome nach Haschischgenuß. *Beobachtungen aus Marokko.* *Münch. med. Wschr.* 109 (1967), 522.

(21) Warnock, zit. nach Stringaris (19).

(22) Wieck, H. H.: Lehrbuch der Psychiatrie (Stuttgart: Schattauer 1967).

Prof. Dr. G. Huber, Dr. Gisela Gross, Dr. D. Schlich
Psychiatrisches Landeskrankenhaus
– Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm –
7981 Weissenau

Aspectos actuales del abuso de drogas por jóvenes

G. Gross, G. Huber y D. Schlich

También el hachís por sí mismo puede conducir a una dependencia psíquica y a alteraciones psíquicas crónicas. Sin embargo, su peligrosidad consiste sobre todo en su función de marcapaso para otras drogas. De 26 jóvenes varones y 4 hembras dependientes de drogas tratados clínicamente desde 1970, escalaron 27 de ellos, a las pocas semanas o meses, a otras drogas, en primer lugar a la LSD y derivados de la morfina. La edad media de vida en el momento del comienzo del abuso era de 16,4 años, sólo 3 lo iniciaron después de los 18 años de edad. En consumidores más jóvenes son más frecuentes la transición a otras drogas y la frecuencia del consumo. En 11 casos se encontraron alteraciones psíquicas crónicas, presumiblemente de origen cerebral orgánico. Tras el consumo de

hachís se presentan psicosis esquizofrénicas agudas con trastornos del pensamiento, síntomas psicomotrices, trastornos de la percepción, cenestesias y vivencias delirantes. Para la expansión explosiva del fenómeno son decisivos también factores típicos de la época. La personalidad primaria en 21 jóvenes con inteligencia media o ligeramente superior muestra rasgos llamativos; en 19 está alterada la situación familiar. Junto a la personalidad primaria y la situación familiar tienen importancia pronóstica otros factores como la edad del comienzo del consumo de drogas y la duración del mismo. Frente a la cuota de éxitos citada hasta ahora en la literatura del 1–5% calculamos nosotros un 15–20% de curaciones definitivas en los casos tratados clínicamente. La prevención es, en resumidas cuentas, un problema de higiene mental y de educación en el más amplio sentido.

Dtsch. med. Wschr. 97 (1972), 29–34

Dtsch. med. Wschr. 97 (1972), 34–36

Szintigraphische und klinische Befunde am Pankreas

H.-E. Mellin und M. W. Strötges

Nuklearmedizinische Abteilung (Leiter: Prof. Dr. M. W. Strötges)
der Strahlenklinik des Klinikum Essen der Ruhr-Universität (Direktor: Prof. Dr. E. Scherer)

Die Befunde von 107 Pankreasszintigrammen werden den Ergebnissen katamnestischer Erhebungen gegenübergestellt. Ein normaler nuklearmedizinischer Befund wird klinisch in 80% bestätigt. Als Ursache eines pathologisch veränderten Szintigramms wird nur in 65% eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse gefunden. Ein »negatives Pankreasszintigramm« entspricht in 80% einem neoplastischen oder entzündlichen Prozeß. Diffus verminderte Speicherung ist in 50% auf eine Pankreatitis zurückzuführen. Daneben sind Diabetes mellitus und Erkrankungen von Magen und Leber relativ häufig. Ein umschriebener Defekt entspricht nur in einem Drittel der Fälle einem raumfordernden Prozeß. Allerdings führen alle raumfordernden Prozesse mit einer Ausnahme zu einem pathologisch veränderten Szintigramm.

In der Diagnostik von Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse ist in den letzten Jahren die Szintigraphie des Pankreas in immer stärkerem Maße neben die Fermentdiagnostik und röntgenologische Untersuchungsmethoden getreten.

Der Wert dieses nuklearmedizinischen Verfahrens wird im folgenden durch Vergleich der Befunde von 107 Pankreasszintigrammen mit den Ergebnissen katamnestischer Erhebungen und Verlaufskontrollen beurteilt. Für die Katamnese wurden klinische, röntgenologische und autopsische Untersuchungsergebnisse herangezogen. Bei unseren Untersuchungen gingen wir vom szintigraphischen Bild aus. Es wurden vier Gruppen unterschieden:

1. regelrechte Aktivitätsaufnahme,

2. fehlende Darstellung,

3. diffus verminderte Speicherung,

4. umschriebene Speicherungsdefekte.

Methodik

Nach einigen Versuchen mit der Methode von Blau und Bender (2) nahmen wir die Vorbereitung zur Pankreasszintigraphie folgendermaßen vor: Eine halbe Stunde nach dem Frühstück wurden 250 µCi ⁷⁵Se-Selenmethionin intravenös appliziert. Nach einer weiteren Viertelstunde wurde in Rückenlage des Patienten mit der Aufzeichnung des Szintigramms begonnen.

Die besten Ergebnisse fanden sich bei einer Sondenkipplung von 25–30° kranialwärts. Kam es nicht zu einer getrennten Darstellung von Bauchspeicheldrüse und Leber, wurde nach Umlagerung des Patienten und geänderter Sondenkipplung ein weiteres Szintigramm angefertigt.

Isotope scanning and clinical features in pancreatic disease

The results of isotope scanning of the pancreas were compared with the clinical features in 107 patients. In 80% with a normal scan the clinical features were also within normal limits. In only 65% of patients with an abnormal scan was there evidence of pancreatic disease. A »negative pancreatic scintigram« in 80% of cases was due to a neoplastic or inflammatory process. In 50% of cases with diffusely decreased isotope storage pancreatitis was the cause. In addition, diabetes mellitus and diseases of the stomach and liver were relatively frequent causes. A circumscribed scanning defect was caused by a space-occupying lesion in only one third of cases. However, with one exception a space-occupying lesion always resulted in an abnormal scintigram.