

Fortschr. Neurol. Psychiat. 44 (1976) 673-682
 © Georg Thieme Verlag Stuttgart

Differentialdiagnostische und syndromgenetische Probleme und Aspekte drogeninduzierter Psychosen bei Jugendlichen

B. Bron, W. Fröscher, W. Gehlen

Universitäts-Nervenklinik und Poliklinik Bonn (Komm.Direktor: Prof. Dr. H. Penin)

Zusammenfassung

Akute und chronische psychotische Zustandsbilder bei jugendlichen Drogenkonsumenten erfordern eine differenzierte Beachtung syndromgenetischer und differentialdiagnostischer Faktoren. Nicht nur die Diagnose einer schizophrenen oder affektiven Psychose im Jugendalter und ihre Abgrenzung von phasenspezifischen Entwicklungskrisen bereitet häufig Schwierigkeiten. Besondere Aspekte symptomatischer Psychosen und vor allem rauschdrogeninduzierter Zustandsbilder nach Haschisch, LSD und Weckaminen und die Beeinflussung schon bestehender endogener Psychosen durch Drogen stellen ein weites Problemfeld dar, das eine subtile phänomenologische Beschreibung und syndromgenetische Beurteilung notwendig macht. Dabei ist neben der Komplexität der Drogeneffekte in besonderer Weise der Frage nachzugehen, ob schon vor dem Drogenkonsum eine Psychose bestanden hat, eine latente Psychose durch Rauschdrogenkonsum zur Manifestation gekommen ist, eine rein symptomatische Psychose unter dem Bild einer Schizophrenie abläuft oder sich irreversible Persönlichkeitsveränderungen mit sekundär psychotischen Verhaltensweisen entwickelt haben.

I. Einleitung

In den letzten Jahren häufen sich bei jugendlichen Drogenkonsumenten abnorme Erlebnisreaktionen, neurotische Entwicklungen sowie psychotische Zustandsbilder, die zu komplexen differentialdiagnostischen Überlegungen Anlaß geben. Die ohnehin häufig schwierige diagnostische Zuordnung eines psychotischen Zustandsbildes im Jugendalter wird durch drogeninduzierte psychotische Syndrome zusätz-

Differential Diagnosis and Syndrome-genetic Problems and Aspects of Drug-induced Psychoses in Juveniles

Acute and chronic psychotic states in juvenile drug addicts demand careful observation of syndrome-genetic and differential diagnostic factors. Not only the diagnosis of a schizophrenic or affective juvenile psychosis and their differentiation from phase-specific developmental crises may often be difficult. A further problematic field are special aspects of symptomatic psychoses and particularly states due to drug addiction with hashish, LSD and amphetamines and the effect of drugs on already existing endogenous psychoses. This demands subtle phenomenologic description and syndrome-genetic assessment. One will have to take into account the complexity of drug effects and whether a psychosis existed already before addiction, whether drugs have provoked a latent psychosis, whether a purely symptomatic psychosis mimics a schizophrenia or whether irreversible personality changes with secondary psychotic behavior have developed.

lich kompliziert. Es erscheint deshalb angezeigt, der klinischen Psychopathologie jugendlicher Drogenkonsumenten im Zusammenhang der sie beeinflussenden und bestimmenden Faktoren unter Berücksichtigung differentialdiagnostischer und syndromgenetischer Aspekte in besonderer Weise nachzugehen.

Die Beurteilung von Drogenpsychosen oder drogeninduzierten Psychosen bei Jugendlichen

hat die Diffizilität der Diagnose einer schizophrenen und affektiven Psychose im Jugendalter, generelle und spezielle Aspekte symptomatischer Psychosen und rauschdrogeninduzierter Zustandsbilder nach Haschisch, LSD und Weckaminen im besonderen zu berücksichtigen. Außerdem sind Effekte der Drogen bei schon vorher psychotisch Erkrankten, der Zusammenhang zwischen Drogenintoxikation und eigenständig ablaufender Psychose und das sich auf diesem Hintergrund darstellende differenzialdiagnostische Problemfeld zu bedenken.

II. Zur Diagnose einer schizophrenen oder affektiven Psychose im Jugendalter

Für die Diagnose einer Schizophrenie entscheidend sind die von E. Bleuler dargelegten Grundsymptome einer spezifischen Denkstörung sowie Störungen der Affektivität, der Autismus und Depersonalisationserscheinungen. Diese Grundstörungen werden durch akzessorische Symptome wie Sinnestäuschungen, Illusionen, Halluzinationen, Wahnideen und katatone Symptome komplettiert. Den Symptomen 1. Ranges nach K. Schneider kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu, wenn sie auch oft keine klare Differenzierung zwischen endogenen und symptomatischen Psychosen ermöglichen. Zu den Kraepelinschen Formen der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie, Katonie, Schizophrenia simplex und Hebephrenie kommen atypische Psychosen, die schon Übergänge zum manisch-depressiven Formenkreis zeigen. Manche Zustandsbilder und Verläufe vor allem jugendlicher Patienten lassen sich nicht ohne Zwang dem klassischen Bild endogener Psychosen zuordnen (H.H. Meyer). Ferner ist zu bedenken, daß der Trend vom Affektiven zum Schizophrenen erheblich größer als die umgekehrte Verlaufsrichtung ist (Weitbrecht, 1966). Gerade bei Jugendlichen gewinnt die ganze Skala der unter dem Aspekt einer mehrdimensionalen Kausalanalyse in Erscheinung tretenden schizophränieähnlichen Syndrome, wie "situativ mitbedingte Schizophrenien" (Kisker u. Strötzel), "situagene Psychosen" (v. Baeyer), "neurotoide Formen der Schizophrenie" (Häfner u. Wieser), "schizophrene Reaktionstypen" (Kahn, Poppe), "schizophränieähnliche Emotionspsychosen" (Labhardt) u.a. eine besondere Aktualität. Krisensituationen

in der Pubertät lassen sich häufig nicht von psychischen Auffälligkeiten im Initialstadium schizophrener Psychosen unterscheiden. Zu erinnern ist ferner an das Heboid (Kahlbaum), die Parathymie (Meggendorfer) sowie an juvenile Versagenszustände (Glatzel, 1969). Vor allem bei Jugendlichen lassen sich episodische abnorme Verhaltensweisen und auffallende Persönlichkeitszüge erkennen, die psychotisch imponieren, jedoch noch nicht die Diagnose einer Schizophrenie legitimieren.

Gerade im Jugendalter erscheint es angezeigt, eine exakte phänomenologische Beschreibung des psychopathologischen Zustandsbildes einer voreiligen Alternativentscheidung "endogen oder psychogen" vorzuziehen. Dabei wird insbesondere zu beachten sein, daß lebensgeschichtliche Probleme und phasenspezifische Konflikte eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung und inhaltliche Ausprägung der Psychose haben. Ihnen wird nicht nur eine auslösende Funktion zuzumessen sein, und sie geben dem jeweiligen psychopathologischen Zustandsbild nicht nur eine spezifische Färbung, sondern sie werden heute "als wesentliche Bestandteile des individuellen Bedingungsgefüges gesehen, die der psychotischen Desintegration zugrunde liegen können" (Strunk, 1971). Phasenspezifische biologische Veränderungen, besondere entwicklungspsychologische Faktoren und spezielle soziologische Konflikte fließen in die psychotische Entwicklung und Symptomatik hinein. Asynchronien der Entwicklung im Sinne von Teilretardierungen und Teilaccelerierungen, auf deren konstitutionsbiologische Aspekte E. Kretschmer hingewiesen hat, sind nicht nur spezifische Störungen der Pubertät, sondern sie lassen sich auch bei vielen jugendlichen Schizophrenen wiederfinden. Viele psychotisch imponierende Zustandsbilder werden erst nach längerer Verlaufsbeobachtung einer Hebephrenie, neurotischen oder abnormen Persönlichkeitsentwicklungen etc. zugeordnet werden können. Die Notwendigkeit der Verlaufsbeobachtung gilt bei jugendlichen Drogenkonsumenten in verstärktem Maße. Diese Situation wird noch dadurch kompliziert, daß nicht nur der chronische Drogenabusus zu einer "dynamischen Insuffizienz" führt, "sondern umgekehrt seelische Destrukturierung und Entdifferenzierung auch energetische Einbußen nach

sich ziehen können" (Janzarik, 1973). Langfristige und kontinuierliche Kontakte zu subkulturellen Gruppen führen bei vielen jungen Menschen zu einem Verlust wertgerichteten und zukunftsbezogenen Denkens und Verhaltens, so daß "ihre emotionale Verflachung, ihre Antriebsarmut und Indolenz wie ein blander schizophrener Residualzustand aussehen" (Janzarik, 1973).

III. Zur Frage der symptomatischen Psychose

Die differentialdiagnostische Abgrenzung endogener und exogener Komponenten in psychotischen Zustandsbildern hat nicht nur die grundsätzliche Schwierigkeit der Diagnose einer Psychose im Jugendalter, sondern insbesondere auch die Unspezifität der Symptome zu bedenken, da auch symptomatische Psychosen bekanntlich das ganze Repertoire der schizophrenen Symptomatologie aufweisen können. "Es gibt praktisch kein psychotisches Zustandsbild, das man nicht auch bei körperlich begründbaren Psychosen fände" (Conrad, 1972). Emotional-hyperästhetische, maniforme und depressive, paranoid-halluzinatorische und kataton-schizophrene, phobisch-anankastische und expansiv-konfabulatorische Syndrome (Bonhoeffer, 1908; Weitbrecht, 1956; Conrad, 1972; Huber, 1972) lassen sich im Querschnittsbild oft nicht einer endogenen oder symptomatischen Psychose zuordnen. Hinzu kommt, daß von einer Spezifität der Wirkung bestimmter Noxen nur in seltenen Fällen die Rede sein kann. In der Regel entwickelt sich eines der drei großen Psychosyndrome (M. Bleuler, 1944): 1. der akute exogene Reaktionstypus mit häufig auftretender Bewußtseinsstörung, formalen Denkstörungen, Halluzinationen und Denkzerfahrenheit, 2. das organische Psychosyndrom oder 3. das himnlokale Psychosyndrom. Das Postulat einer Bewußtseinstrübung ist in den letzten Jahren zunehmend eingeschränkt und relativiert worden (Weitbrecht, 1956; Bash, 1957; Scheid, 1960; Wieck, 1961; Albert, 1965). Bewußtseinstrübungen sind auch bei Schizophrenen nach katatonen Erregungszuständen nachweisbar (Bonhoeffer, 1912), für die persistierende amnestische Lücken bestehen können (Albert). Für symptomatische Psychosen ist andererseits eine Bewußtseinstrübung nicht obligat; so können beispielsweise paranoid-halluzinatorische Syndrome bei Pervitinpsychosen eine "unbequeme Ähnlichkeit mit Schizophrenien" (Wipf) aufweisen. Auf die Notwendigkeit und Diffizilität der Abgrenzung nicht selten als schizophrenieähnlich imponierender produktiver Durchgangssyndrome hat Wieck (1956) hingewiesen. Ein halluzinogeninduziertes psychotisches Erleben ist als halluzinatorisches Durchgangssyndrom zu verstehen, das auch paranoiden oder paranoid-halluzinatorischen Charakter haben kann. Ähnliche Fragestellungen tauchen bei der differentialdiagnostischen Abgrenzung einer Schizophrenie und einer Alkoholhalluzinose auf (Benedetti, 1952). Peters weist darauf hin, daß die Wahnerlebnisse bei exogenen paranoid-halluzinatorischen Syndromen im Erwachsenenalter einen banaleren und alltäglicheren Charakter haben, und die halluzinatorischen Symptome leibhafter sowie in ihrer Phänomenologie realitätsnäher sind als bei der Schizophrenie.

Das Zusammenspiel der einzelnen "ätiologischen Zwischenglieder" Bonhoeffers, die zum Auftreten der symptomatischen Psychosen führen, ist noch weitgehend unbekannt (U. Fleck, 1960; Huber, 1972). Daher erweist sich eine mehrdimensionale Betrachtungsweise und Kausalanalyse mit besonderer Berücksichtigung der individuellen Anlage, der prämorbidem Persönlichkeit und Konstitution, der Biographie und des psychodynamischen Hintergrundes sowie chronischer und aktueller Konfliktsituationen als notwendig. Symptomatische, endogene und psychoreaktive Momente treffen in der multifaktoriell bedingten exogenen Psychose zusammen und lassen ihr jeweiliges Erscheinungsbild erst verständlich werden. Auch symptomatische schizophrene Psychosen können schubförmig oder chronisch wie endogene Schizophrenien verlaufen, so daß "Überschneidungen" (K. Schneider) das psychopathologische Bild oft verwirrend gestalten können. Was für die akute Symptomatologie endogener und symptomatischer Psychosen gilt, hat nicht geringere Bedeutung für den Verlauf chronischer Schizophrenien (Janzarik, 1962; Huber, 1968) und organischer Psychosyndrome, deren Inkonstanz und partielle oder totale Remittierbarkeit immer wieder zu beobachten ist und gerade bei chronischen jugendlichen Drogenkonsumenten einer subtilen Beachtung bedarf.

IV. Drogeninduzierte psychotische Zustandsbilder

1. Haschisch

Der Wirkungsbereich von Haschisch auf die Stimmungslage, Veränderungen der Wahrnehmung, des Denkens und der intellektuellen Funktionen, der Psychomotorik und der Bewußtseinslage ist in vielen Untersuchungen umfassend dargelegt worden (vgl. die Synopse bei *Woggon*). *Stringaris* unterscheidet unter den psychotischen Zustandsbildern episodische Verwirrtheitszustände von protrahierten Haschischpsychosen und der Haschischdemenz. Bei den episodischen Verwirrtheitszuständen lassen sich (a) stuporös-katatone Bilder mit starker motorischer Hemmung und Verlangsamung, Kontakt- und Spontaneitätsverlust bei eigenartig lahmem und leerem Aussehen von (b) oneiroid-halluzinatorischen Syndromen mit motorischer Unruhe und Wechselhaftigkeit, affektiver Erregung, ängstlicher Stimmung, paranoiden Gedankengängen, Sinnestäuschungen, optischen, jedoch auch akustischen und coenästhetischen Halluzinationen sowie Erregungszuständen unterscheiden. Hinzu kommen (c) "epileptische" Ausnahmezustände mit panikartiger Flucht, ziellosem Herumirren und Aggressivität (*Stringaris*). Auffallend sind nach Haschischgenuß formale Denkstörungen im Sinne der Sprunghaftigkeit und des Gedankenabreißens (*Beringer*, 1932, *Stringaris*, *Vierth*). Die Bewußtseinslage ist schwankend bei mangelhafter zeitlicher und örtlicher Orientierung und Störungen des Zeitgitters. Illusionäre Verkennungen und halluzinatorische Erlebnisse sind nicht selten von leichter Irritierbarkeit und ängstlich-paranoidem Verhalten, depressiven Verstimmungen und psychomotorischen Auffälligkeiten wie manischen Erregungszuständen begleitet. Akute schizophrene Psychosen wie auch psychotisch imponierende depressive Verstimmungen werden beobachtet (*Stringaris*, *Battegay*). Später werden deutliche Störungen des Antriebs im Sinne eines Mangels an Spontaneität und Initiative sowie affektive Veränderungen, vor allem Zeichen der Verflachung und Labilität erkennbar. Chronische Haschischpsychosen sind "syndromal kaum von Schizophrenien zu unterscheiden" (*Battegay*). Schließlich entwickelt sich das Bild einer toxischen Wesensänderung

"im Sinne von Antriebs- und Interessenverlust, Verminderung der sozialen Strebungen, der engen persönlichen Beziehungen und der Sexualität. Die Persönlichkeit wird nivelliert" (*Angst*). Es kommt zum "amotivational syndrom" (*Keeler*, *Wurmser*).

2. LSD und andere Halluzinogene

Die komplexen Wirkungen von Halluzinogenen im Sinne von Wahrnehmungsstörungen mit vielfältigen halluzinatorischen Erlebnissen vor allem optischer, jedoch auch akustischer, osmischer und haptischer Art, Veränderungen des Zeit- und Raumerlebens, des Körperempfindens, Störungen des Denkens, des Antriebs, der Affektivität und Emotionalität, des Bewußtseins und der Ichfunktionen sind bei Jugendlichen häufig außerordentlich nachhaltig und drohen die ohnehin labile Entwicklungsphase aus dem Geleis zu bringen. Besondere Identifikationserlebnisse und Icherlebensstörungen, eine Veränderung der Stimmung mit dem Charakter des Unheimlichen und Bedeutungsvollen, inadäquate affektive Verhaltensweisen und aussergewöhnliche gegenstandslose Gefühle mit teils ekstatischen Zügen, gravierende Störungen des Körpergefühls mit hypochondrischen Ausweitungen und bizarren Interpretationen, motorische Störungen, Depersonalisationsphänomene, negativistische und ambitendente Verhaltensweisen, Erregungszustände und Stereotypen, stuporöse und katatone Zustände sind "bemerkenswerte Symptome schizophrener Erlebnisformen" (*Hoff u. Arnold*), wie sie auch nach Halluzinogen-Intoxikationen gesehen werden (*Beringer*, 1927; *Becker*, *Stoll*, *Condrau*, *Hoff u. Arnold*, *Rinkel u. Solomon*, *Cohen*, *Leuner*, 1962; *Smart u. Batemann*, *Remschmidt*, 1973). *Leuner* (1962) stellt ein "psychotoxisches Basis-Syndrom" mit Veränderungen des Bewußtseins und des Denkens sowie einer Beeinflussung der Affektivität heraus und beschreibt extrem-psychotische Verlaufsformen, die sich durch katatone Zustände, endogen imponierende Verstimmungen, dissoziierte Affekte und vielfältige Formen inkohärenten, bruchstückhaften Erlebens auszeichnen. *Cohen* unterscheidet im Rahmen psychotischer Entwicklungen nach LSD-Konsum bei Kindern und Jugendlichen u.a.: 1. Psychotische Manifestationen bei Kindern, 2. Schizophrene Re-

aktionen von paranoider, schizoaffektiver oder katatonen Prägung, 3. Anhaltende Wahnzustände, 4. Vorübergehende akute Wahnzustände, 5. Psychotische Depressionen, 6. Nichtpsychotische Reaktionen, chronische Angstreaktionen, akute Panikzustände mit Depressionen und psychosomatischen Beschwerden, 7. Dissoziales und antisoziales Verhalten labiler Jugendlicher sowie Verwahrlosungstendenzen bei abnormen jugendlichen Persönlichkeiten, unter denen ein hoher Prozentsatz latent oder manifest schizophren ist. *Remschmidt* (1973) beschreibt neben akuten Angst- und Panikreaktionen paranoid-halluzinatorische und delirante Syndrome sowie psychotische Zustandsbilder schizophrener Prägung.

3. Weckamine

Das Intoxikationssyndrom durch Weckamine zeichnet sich durch eine ängstlich-gereizte Wahnstimmung mit Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen aus. Es kommt zu Entfremdungsgefühlen und illusionären Verkennungen im optischen und akustischen Bereich. Die Halluzinationen sind ebenfalls optischer und akustischer, seltener auch haptischer Natur. *Daube* weist darauf hin, daß die Sinnes-täuschungen auf akustischem Gebiet klar umrissen sind und Leibhaftigkeitscharakter haben, während sie auf anderen Sinnesgebieten eher diffus und amorph erscheinen. Es können sich maniforme, agitiert-depressive oder auch apathisch-depressive Bilder entwickeln. Die psychotische Symptomatologie kann einerseits stärker durch Mikrohalluzinationen geprägt sein und zeigt dann Analogien zu Kokainpsychosen und dem Delirium tremens, oder es überwiegt gegenüber den halluzinatorischen Symptomen die paranoid-halluzinatorische Prägung (*Harder*). *Bonhoff* und *Lewrenz* unterscheiden das Syndrom einer "ekstatisch gesteigerten Wahrnehmung" von einem "paranoid-halluzinatorischen Syndrom" und einem "depressiv-dysphorischen Zwangssyndrom". *Hasse et al.* (1973) beschreiben die Entwicklung von der Stimulations- über die Expansions- und Omnipotenzphase bis zum ausgeprägten psychotischen Zustandsbild.

Charakteristisch sind vor allem halluzinoseähnliche und delirante Zustandsbilder nach Weck-

aminabusus (*Kalus, Harder, Boor, Bründelmeyer et al.*) Bei der ersten Gruppe ist die Orientierung gar nicht oder kaum gestört. Sinnes-täuschungen vor allem unangenehmen und bedrohlichen Charakters sowie eine depressiv-ängstliche Stimmungslage treten obligatorisch auf. Bei der zweiten Gruppe bestehen Desorientiertheit und delirante Verwirrtheit. Die Bewußtseinsqualitäten sind wechselnd und schwer abgrenzbar. Das amentielle Syndrom beginnt nach *Bründelmeyer et al.* mit einem neurasthenischen Vorstadium. Es zeigen sich mißtrauisch-paranoide Züge, Beziehungsideen, diffuse Sinnes-täuschungen, illusionäre Verkennungen, undifferenzierte Krankheitsgefühle sowie hypochondrische Gedanken mit oft bizarren Inhalten. Noch längere Zeit nach dem eigentlichen amentiel-katatonen Zustandsbild lassen sich ein organisches Psychosyndrom mit Störungen der konzentrativen und mnestischen Funktionen sowie Auffälligkeiten im Bereich des Antriebs und des affektiv-emotionalen Verhaltens nachweisen. Bei den halluzinoseähnlichen Bildern fand sich ein bis drei Wochen vor den psychotischen Episoden eine depressiv-ängstliche Verstimmung. Es entwickelten sich Furcht vor Unverträglichkeitserscheinungen, Vergiftungsangst, hochgradige Schlaflosigkeit und Suizidgedanken.

Psychotische Zustandsbilder nach Weckaminabusus weisen eine auffallende Ähnlichkeit mit Schizophrenien auf (*Boor, Grohmann, Evans, Argenta, Abley, Bobbin u. Geier, Schulz, Hampton, Panse u. Klages, Bell, Yoshimoto u. Sano*). Nach *Bell* klingt die psychotische Symptomatik in einem Zeitraum von 10 Tagen nach Absetzen der Weckamine ab. Bei darüber hinaus persistierender Symptomatik, wie er es in drei Fällen beobachtete, ist an die "Auslösung" einer schizophrenen Psychose durch Stimulantien zu denken. Unter differentialdiagnostischem Aspekt ist das häufige Auftreten von optischen Halluzinationen sowie das Fehlen von Denkstörungen gegenüber der Schizophrenie von Bedeutung. Psychotische Zustandsbilder nach Weckaminabusus haben kataton-amentellen oder halluzinoseähnlichen Charakter und lassen schizophrene Prozeßsymptome vermissen. Es kommt psychopathologisch zur *restitutio ad integrum* und lediglich nach erneutem Weckaminabusus zu Rezidiven (*Bründelmeyer et al.*).

V. Die Wirkung von Haschisch, LSD und Weckaminen bei psychotisch Kranken

Als eine spezielle Fragestellung stellt sich der Wirkungsbereich von Rauschdrogen bei schon vorher psychotisch Erkrankten dar.

1. *Kant* verabreichte 9 manisch-depressiven und 10 schizophrenen weiblichen Patienten *Haschisch*. Bei den meisten Patienten traten neben einer Änderung der Bewußtseinslage im Sinne der Benommenheit Störungen der Merkfähigkeit auf. Der Effekt im affektiven Bereich erwies sich bei den manisch-depressiven Kranken als paradox. Die in der Regel motorisch enthemmende und euphorisierende Wirkung ließ sich bei den meisten depressiven Patienten nicht erkennen. Die Depressivität und Gehemtheit nahmen im Gegenteil zu, einige Male begleitet von Selbstvorwürfen, hypochondrischen und paranoiden Gedankengängen. Es bestand ein deutlicher zeitlicher Zusammenhang mit der jeweiligen Dauer der Haschischwirkung, so daß mit dem Abklingen des Haschischeffekts auch die depressive Verstimmung zurücktrat. Bei dem größten Teil der schizophrenen Patienten trat eine Euphorie auf, bei wenigen zeigten sich Angstzustände, seltener wechselten Angst und Heiterkeit in auffallender Weise. Das motorische Verhalten erschien bei manisch-depressiven Kranken belebt oder gehemmt, während Schizophrene katatone Symptome boten. Es wurden "stereotype Pendel- und rotierende Bewegungen, Katalepsie, Befehlsautomatie und negativistischer Stupor" beobachtet. Bei einer Patientin war eine unter *Haschisch* aufgetretene kataleptische Erscheinung im akuten schizophrenen Schub nie zu erkennen. Sinnestäuschungen waren relativ häufig nachzuweisen. Insgesamt trat im *Haschisch*rausch eine Versinnlichung von Gefühlszuständen, seelischen Vorgängen und besonderen Vorstellungen auf. Auch bei Schizophrenen, die vorher nicht optisch halluziniert hatten, zeigte sich eine Tendenz zur Versinnlichung im Sinne optischer Pseudohalluzinationen. Während sich bei manisch-depressiven Patienten die halluzinatorischen Erlebnisse im wesentlichen auf den optischen Bereich beschränkten, traten bei Schizophrenen neben osmischen und coenästhetischen Sensationen auch akustische Halluzinationen auf. Einige Patienten berichteten über

Gefühle des Bedrohtseins und der körperlichen Beeinflussung. Sie fühlten sich "bestrahlt, von Energiewellen getroffen, von Elektrizität durchströmt, gestochen, körperlich-sexuell beeinflußt". Das Gefühl der Bedrohung wurde allmählich körperlich sinnlich modifiziert.

Es sind neben einer Versinnlichung der Vorstellungen und Erlebnisse vor allem eine Progredienz der Depressivität und Gehemtheit und unterschiedliche, teilweise sogar gegensätzliche Reaktionen im psychomotorischen Verhalten bei endogen depressiven Patienten zu beobachten. Ferner lassen sich häufig eine euphorische Stimmungslage sowie das Auftreten katatoner Phänomene und eine Verstärkung halluzinatorischer Beeinflussungserlebnisse bei schizophrenen Kranken nach *Haschisch*konsum feststellen.

2. *Stoll* verabreichte unter therapeutischen Gesichtspunkten zwanzigmal je drei weiblichen und drei männlichen Patienten - einer hebephrenen Patientin und fünf paranoiden Patienten - *LSD*. Dabei fiel eine insgesamt quantitativ geringere und inhaltlich farblosere Symptomatik auf, als sie normalerweise zu erwarten ist. *Stoll* führte diese Beobachtung im wesentlichen auf den schizophrenen Autismus und Negativismus, die Denkzerfahrenheit und Dissimulationstendenz zurück, die eine gute Selbstbeobachtung und präzise Berichterstattung kaum möglich erscheinen lassen. Auch nach Verabreichung relativ hoher Dosen *LSD* war keine stärker ausgeprägte Symptomatik nachzuweisen. Die hier auftauchende Frage, ob die Psychose die Genese der Symptomatik erschwert oder gar unmöglich macht oder aber die an sich vorhandene Symptomatik aufgrund des psychotischen Prozesses nicht registriert wird, muß offen bleiben. Im übrigen zeigte sich kein wesentlicher Einfluß der Psychose auf den jeweiligen Verlauf des *LSD*-Versuches. Es tauchten keine Symptome auf, die nicht schon aus der bisherigen klinischen Beobachtung bekannt waren. Die toxische und schizophrene Symptomatik ließ sich bei den Versuchen immer eindeutig differenzieren, wobei den optischen Halluzinationen ein besonderer Stellenwert zukam. Jedoch kann die differentialdiagnostische Abgrenzung im Beginn der Psychose schwierig sein, da sich dann auffallende Ähnlichkeiten der halluzinatorischen Sympto-

matik bei LSD-, Meskalin- (Beringer, 1927) und Kokain- (H. W. Maier) Intoxikationen erkennen lassen. Lediglich die schon länger bestehende und voll entwickelte Psychose kann eine diagnostische Differenzierung ermöglichen. Insgesamt zeigte sich nach Stoll eine Besserung der affektiv-emotionalen Störungen und eine Aufhellung der depressiven Stimmungslage, die jedoch nicht über die Dauer des Versuches anhielten, so daß von einem bleibenden therapeutischen Effekt keine Rede sein kann. Alle schizophränen Patienten boten nach LSD weder eine Besserung noch eine Verschlimmerung des Zustandsbildes.

Condrau untersuchte bei Normalpersonen und 30 psychotischen Patienten den unterschiedlichen Zeitpunkt des Auftretens und die jeweilige Dauer der LSD-Wirkung sowie die Differenzen im Blick auf Dosierung, Konstanz und Art des Effektes. Er kommt ähnlich wie Stoll zu dem Ergebnis, daß bei psychotisch Kranken eine stärkere Resistenz gegenüber LSD besteht und die Symptomatik insgesamt schwächer ist. Es bestehen keine Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Psychose und der LSD-bedingten quantitativen und qualitativen Symptomatik. Bei den halluzinatorischen Symptomen fiel auf, daß sie in keinem Fall ausschließlich auf LSD zurückzuführen, sondern immer als integrierendes Element des bisherigen Krankheitsbildes aufzufassen waren. Jedoch war insgesamt eine Zunahme der Frequenz von halluzinatorischen Symptomen zu erkennen. Der Einfluß auf das psychomotorische Verhalten im Sinne der Enthemmtheit war geringer als bei normalen Versuchspersonen, während sich depressive Verstimmungen nur kurzzeitig besserten. LSD wirkte euphorisierend bei hypomanischen und schon vorher euphorischen Patienten. Unter differentialdiagnostischem Aspekt waren keine klaren und brauchbaren Unterschiede zu erkennen. "Es zeigte sich, daß sowohl hebephrene wie paranoide Schizophrenen, schwerste Katatonien und auch andere Psychosen, wie manisch-depressives Irresein und ein Fall von progressiver Paralyse, ganz unterschiedlich und uneinheitlich reagierten". Die Verlaufsbeobachtung ergab eine Verstärkung der schon vorher bestehenden Persönlichkeitsveränderungen im Sinne der Progredienz beispielsweise einer hebephrenen oder katatonen Symptomatik.

Photiades und Anastasopoulos stellten bei einigen ihrer 22 schizophränen Patienten, denen sie LSD verabreichten, einen längeren Intoxikationszustand von 2 bis 3 Tagen und eine stärkere Bewußtseinstrübung mit häufigen akustischen und optischen Halluzinationen fest. Für diese Zustände bestand eine vollständige Amnesie. Derealisations- und Depersonalisationsphänomene waren außer bei paranoiden Schizophrenieformen seltener ausgeprägt. Es zeigten sich Analogien und Konvergenzen zwischen den LSD-bedingten Halluzinationen und den aus der Psychose erwachsenden Wahnideen. Akustische Halluzinationen traten nach LSD nur auf, wenn sie auch unabhängig von LSD nachweisbar waren. Auffallend war die besonders hohe Frequenz von Wahnideen, auch wenn sie im bisherigen Krankheitsverlauf gar nicht oder kaum in Erscheinung getreten waren. Den Autoren erschien besonders bemerkenswert, daß chronische Patienten im LSD-Rausch erneut über Wahnideen berichteten. Kataton-stuporöse Symptome traten bei Patienten auf, die schon vorher ähnliche Bilder geboten hatten, während hohe LSD-Dosen im Kulminationspunkt des Intoxikationssyndroms regelmäßig kataton-stuporöse Bilder auslösten. Außerdem fielen bei einigen Patienten plötzliche und unbegründete motorische Entladungen auf. Unter LSD zeigten sich Veränderungen im affektiven Bereich im Sinne einer mißtrauisch- oder depressiv-ängstlichen Stimmung, wie sie vor allem im Abklingen des LSD-Rausches zu erkennen war, während auf dem Höhepunkt des LSD-Effektes eine eher gleichgültige Stimmungslage vorherrschte. Bei paranoiden Patienten war der Rauschzustand häufig euphorisch akzentuiert. Die Wandlungen der Stimmungslage waren oft von Wahnideen und Körperhalluzinationen begleitet. Insgesamt zeigten Körperhalluzinationen eine auffallend hohe Frequenz. Vor allem Wahnideen und Stimmungsänderungen wiesen eine gewisse Persistenz auf und waren teilweise sogar noch mehrere Wochen oder Monate nach dem akuten Intoxikationszustand nachweisbar. Die Wirkung von LSD läßt sich dahingehend zusammenfassen, daß neben einer leichten Bewußtseinstrübung eine Manifestation latenter, der jeweiligen klinischen Schizophrenieform entsprechender und andere reine schizophrene Symptome auftraten. Katatone Störungen waren beispielsweise bei hebephrenen oder para-

noiden Patienten nachweisbar, während ein hebephrener Patient einen paranoiden Wahn zeigte.

Neben der Berücksichtigung der Haschischwirkung bei beginnenden oder schon bestehenden Psychosen ist den LSD-Wirkungen eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Der bei chronischen Psychosen insgesamt geringere Effekt halluzinogener Drogen wird bei Jugendlichen nur eingeschränkt gelten können. Die differentialdiagnostische Fragestellung steht bei schon vorher gesicherten Psychosen nicht mehr zur Debatte, während sie sich bei jugendlichen Drogenkonsumenten gerade als ein zentrales Problem erweist. Besonders bemerkenswert sind die Zunahme halluzinatorischer Phänomene und die Verstärkung schon vorher bestehender Persönlichkeitsveränderungen bzw. die Provokation und Manifestation latenter schizophrener Symptome, wobei eine deutliche Abhängigkeit von der Dosis zu erkennen ist.

3. Auch Weckamine fanden bei psychotisch Kranken therapeutische Anwendung. *Stähelin* (1941) hielt Weckamine bei depressiven und schizophrenen Patienten prinzipiell für kontraindiziert. Bei endogenen Depressionen ließ sich eine Erhöhung der inneren depressiven Spannung mit verstärkten Angst- und Leergefühlen und zunehmender Suizidalität nachweisen. Lediglich bei streng ausgewählten reaktiven Depressionen und gehemmten Depressionen des cyclothymen Formenkreises wurde über leichte Besserungen berichtet (*Flügel, Warstadt, Speckmann*). Positive Effekte bei vorwiegend katatonen Schizophrenien geben *Imhoff, Reifenstein* und *Goodstone* an, während *Belart* von zweifelhaften Erfolgen bei schizophrenen und Verschlechterung bei depressiven Patienten berichtet. *Bischoff* kommt zu dem Ergebnis, "daß die Weck-Amine bei erregten schizophrenen Zuständen in paradoxer Weise beruhigen können, Kontakt schaffen helfen und den Patienten der Psychotherapie zugänglich machen". Störungen des Denkens, des psychomotorischen Verhaltens werden günstig beeinflußt. *Speckmann* berichtet über einen hebephrenen Patienten, der nach dreitägiger Einnahme von Pervitin akustische und optische Halluzinationen zeigte, während vorher keine halluzinatorische Symptomatik nachweisbar war.

Auch bei Weckaminabusus wird man also neben ausgeprägten Effekten im affektiv-emotionalen Bereich an die Möglichkeit der Auslösung halluzinatorischer Erlebnisse denken müssen.

VI. Drogenintoxikation und eigengesetzlich ablaufende Psychose

Die Frage nach dem Zusammenhang von Intoxikationen und psychotischen, vor allem schizophrenen Symptomen ist mehrfach zu differenzieren. Folgende Hypothesen sind zu diskutieren und in der Empirie zu überprüfen:

1. Der Drogenabusus ist bedingt durch eine schon bestehende Psychose und hat autotherapeutische Funktion.
2. Die Intoxikation hat zur Manifestation einer latenten Psychose geführt.
3. Die Intoxikation hat unter dem Bild einer Schizophrenie eine rein symptomatische Psychose entwickelt.
4. Bei Jugendlichen in der Pubertät und Adoleszenz kann ein chronischer Drogenabusus zu einer gravierenden und eventuell irreversiblen Schädigung der Persönlichkeitsentwicklung führen, bei der sich später sekundär eine Tendenz zu psychotischen Verhaltensweisen zeigt.

Auf die hier angesprochenen Fragen 1 - 3 ist *Benedetti* (1952) in seiner Untersuchung über Alkoholhalluzinosen in umfassender Weise eingegangen. Während akute Halluzinosen weniger als 6 Monate andauerten und häufig zur Heilung führten, also weder schwere psychische Veränderungen im Sinne einer organischen Demenz oder einer schizophrenen Wesensänderung zurückließen, sind bei chronischen Zustandsbildern zwei völlig unterschiedliche Verlaufstypen zu unterscheiden.

Die eine Gruppe bot das Bild "typischer Schizophrenien" mit zerfahrenem Denken, Autismus und Depersonalisationserlebnissen, während die andere Gruppe ein amnestisches Psychosyndrom mit erheblichen Körperschäden zeigte. Das Krankheitsbild der Alkoholhalluzinosen läßt sich weder ausschließlich dem exogenen noch dem schizophrenen Formenkreis zuordnen. Es ist unklar, "ob und in welchem Grad exogene Momente am Zustandekommen und nicht nur an der Symptomatologie dieser Psychose beteiligt sind" (*Benedetti*). Ist die Alko-

holintoxikation alleine für die psychopathologische Symptomatik verantwortlich, handelt es sich um eine zufällige phänomenologische Entsprechung oder ist die schizophrene Symptomatik durch Alkohol manifestiert und aktualisiert worden?

Vor allem bei Weckaminpsychosen ist dieser Problembereich immer wieder diskutiert worden.

Panse und *Klages* fragen bei Weckaminabusus nach dem zeitlichen Auftreten der Psychosen, die "kaum ein Symptom ersten Ranges im Sinne von *K. Schneider* vermissen lassen und somit eine Schizophrenie bis zur Ausbildung eines Defektes kopieren können". Auch *Bonhoff* und *Lewrenz* diskutieren die prozeßhafte Weiterentwicklung der Pervitinpsychosen in Einzelfällen. *Yoshimoto* und *Sano* differenzieren zwischen drei Verlaufstypen. Während einerseits das psychotische Bild mit dem Absetzen von Weckaminen zurücktritt, läßt sich ein anderer Typ unterscheiden, der eine protrahierte psychotische Symptomatik aufweist, während der dritte Typ von vornherein eine schizophrene Symptomatik mit systematischem Wahn und Einmündung in einen schizophrenen Defektzustand erkennen läßt. Nach Absetzen der Rauschdrogen persistierende Psychosen lassen nicht nur an eine "ausgelöste" Schizophrenie denken, sondern man muß sich "grundsätzlich für die Möglichkeit einer symptomatischen chronisch und defektuös verlaufenden Schizophrenie offen halten" (*Huber*, 1972).

Wenn sich auch die Hypothese des "Ausklinsens" oder der Auslösung einer schizophrenen Psychose durch exogene Noxen zunächst als "eine völlig nichtssagende Scheinerklärung" (*K. Conrad*, 1972) darstellen mag, so weist die empirische Koinzidenz eines exogenen Faktors und einer chronisch weiterlaufenden Psychose doch auf eine gewisse Wahrscheinlichkeit dieser Hypothese hin, die die Frage nach den "Zwischengliedern" noch offen lassen muß.

Zwar hat sich trotz frappierender Analogien mit Psychosen des schizophrenen Formenkreises die Halluzinogen-Intoxikation nicht als experimentelle Schizophrenie erwiesen (*Hoff u. Arnold*, 1959; *Leuner*, 1962; *Hausner* 1966), und man wird auch Berichten über die Provokation einer schizophrenen Psychose durch Haschisch, LSD, Weckamine, Kokain, Morphin,

Alkohol etc. immer mit kritischer Distanz begegnen (*Gädeke u. Gehrman*), insbesondere wird daran zu denken sein, daß schon vorher die schizophrene Psychose in Gang gekommen ist (*Abaskulijev*), dennoch zeigen klinische Beobachtungen immer wieder, daß bei häufig un-auffälliger Anamnese insbesondere schizophrene Psychosen nach Intoxikationen eigengesetzlich weiterlaufen.

VII. Zur Differentialdiagnose halluzinogeninduzierter psychotischer Zustandsbilder

Als spezielle Erlebnisform des LSD-Rauschzustandes im Sinne einer exogenen Psychose erweist sich der Horror-Trip oder die akute Panikreaktion. Davon abzugrenzen ist der abnorm verlängerte Rauschzustand im Sinne des Psychedelic afterglow. Flash-backs oder Echophänomene sind als spontanes und autonomes Wiederauftreten von drogenspezifischen Erlebnissen nach symptomfreiem Intervall zu verstehen, die Sekunden bis mehrere Minuten andauern und noch nach einem Intervall von einem Jahr auftreten können, wobei häufig besondere auslösende Faktoren, z.B. Streß- und Angstsituationen, Musik oder optische Wahrnehmungen, Induktionen, relevante Erinnerungen und Vorstellungen zu eruieren sind (*Horowitz, Hasse u. Waldmann*). Besonders häufig treten neurotische und psychotische Rauschverlaufstypen auf. Während halluzinogene Drogen einerseits zu einer Aktualisierung meist angstbesetzter neurotischer Inhalte führen können, lassen sich andererseits akute drogeninduzierte Zustandsbilder mit Desorientiertheit und Verwirrtheit, ängstlicher Unruhe und inadäquaten affektiven Verhaltensweisen nachweisen, die als "Verwirrtheitspsychosen" oder "akute verworrene Psychosen" beschrieben worden sind (*Stringaris, Carthers, Pfeiffer, Coliomb, Leonhard, Mentzos et al., Hasse u. Waldmann*). Für die endgültige diagnostische Zuordnung und Beurteilung der akuten und chronischen psychotischen Zustandsbilder ist der Verlauf entscheidend. Erst das Abklingen der Intoxikation und die Restitution können die Exogenität hinreichend begründen. Zur Unterscheidung gegenüber der Schizophrenie dient vor allem die Distanzierung des Ichs von den psychotischen Erlebnissen im Sinne der Wah-

Tabelle: Übersicht über halluzinogeninduzierte psychotische Zustandsbilder

1. Akute Rauschzustände im Sinne einer exogenen Psychose.
2. Horror- oder Bad-Trip (akute Panikreaktion).
3. Verlängerte Rauschzustände oder psychedelic afterglow.
4. Flash-back-Phänomene oder Nachhall-Psychose.
5. Neurotischer Rauschverlaufstyp.
6. Psychotischer Rauschverlaufstyp ("akute verworrene Psychose").
7. Chronische irreversible Persönlichkeitsveränderungen mit psychotischen Zügen.
8. Chronische psychotische Zustandsbilder vorwiegend schizophrener Prägung.
9. Durch Intoxikationssyndrome überlagerte endogene Psychosen.

zung des "rettenden Bewußtseins" (Cohen). Die verminderte Ansprechbarkeit Schizophrener auf halluzinogene Drogen hat bei jugendlichen Patienten oft keine besondere Relevanz, da sie vor allem für chronisch Schizophrene gilt. Als besonders bedeutsam für die diagnostische Zuordnung wird die Entwicklung eines Defektsyndroms zu bewerten sein, dessen differenzierte Beurteilung andererseits angesichts irreversibler Persönlichkeitsveränderungen nach chronischem Drogenkonsum erhebliche Schwierigkeiten bereiten kann.

VIII. Ergebnisse

Die differentialdiagnostische und syndromgenetische Zuordnung psychotischer Zustandsbilder bei jugendlichen Drogenkonsumenten hat mehrere Faktoren zu berücksichtigen: 1. Die Diagnose einer schizophrenen oder affektiven Psychose im Jugendalter und ihre Abgrenzung von phasenspezifischen Entwicklungskrisen, neurotischen und abnormen Persönlichkeitsentwicklungen ist oft erst nach längerer Ver-

laufsbeobachtung möglich. 2. Symptomatische Psychosen lassen sich im Querschnittsbild oft nicht von einer endogenen Psychose unterscheiden. 3. Akute und chronische psychotische Zustandsbilder vor allem nach Haschisch-, LSD- und Weckamin-Abusus bieten eine bunte und komplexe Symptomatologie, deren differentialdiagnostische Abgrenzung von endogenen Psychosen außerordentlich schwierig sein kann. 4. Die differentialdiagnostische und syndromgenetische Problemlage wird dadurch kompliziert, daß Haschisch, LSD und Weckamine bei schon bestehenden Psychosen unterschiedliche Effekte zeigen und häufig zu einer Provokation und Manifestation psychotischer Symptome führen. 5. Chronische psychotische Zustandsbilder bei jugendlichen Drogenkonsumenten lassen im Blick auf den Zusammenhang zwischen der Intoxikation und der eigengesetzlich ablaufenden Psychose an (a) eine schon vorher bestehende, durch den Drogenabusus lediglich modifizierte endogene Psychose, (b) die Manifestation einer latenten Psychose, (c) eine z.B. schizophrenieähnliche, jedoch rein symptomatische Psychose und (d) irreversible Persönlichkeitsveränderungen mit einer sekundären Tendenz zu psychotischen Verhaltensweisen denken. 6. Vor allem bei Halluzinogenabusus ist eine präzise Anamneseerhebung und exakte psychopathologische Beschreibung der Symptome erforderlich, um eine differenzierte Zuordnung zu ermöglichen.

Ausführliches Literaturverzeichnis findet sich am Schluß der folgenden Arbeit:

„Analyse chronischer psychotischer Zustandsbilder bei jugendlichen Drogenkonsumenten“