

scheint sich auch das proteolytische Enzym *Brinase* als potentes Thrombolytikum anzubieten.

Literatur

- [1] Albert F. W.: in Vorbereitung
- [2] Ashford A., J. W. Ross, P. Southgate: *Lancet* I (1968) 486
- [3] Blaufox M. D., C. L. Hampers, J. P. Merrill: *Trans. Amer. Soc. Artif. Int. Organs* 12 (1966) 207
- [4] Breddin K.: Die Thrombocytenfunktion bei hämorrhagischen Diathesen, Thrombosen und Gefäßkrankheiten. F. K. Schattauer, Stuttgart 1968
- [5] Breddin K., I. Scharrer, M. Schepping: Experimentelle Grundlagen zur Thrombocytenaggregationshemmung; in: Referate des Colfarit-Symposiums zu Köln am 30. 10. 1970. Pharm.-wissenschaftl. Abt. Bayer
- [6] Brittinger W. D.: Hämodialyse. Shunt-Probleme. Wiss. Inform. Fresenius 1971
- [7] Brögli H.: *Thromb. Diath. haemorrh.* 13 (1965) 401
- [8] Dittrich P., H. J. Gurland, M. Kessel, M.-A. Massini, E. Wetzels: *Hämodialyse und Peritonealdialyse*, 1. Aufl. Springer, Berlin 1969
- [9] Egan E. L.: *J. Irish Med. Ass.* 62 (1969) 179
- [10] Fritz K. W., W. Messerschmidt: Durchführung der regionalen Heparinisierung; in: Aktuelle Probleme der Dialyseverfahren und der Niereninsuffizienz. Bindernagel, Friedberg/Hessen 1968
- [11] Gross R., H. Nieth, E. Mammen: *Klin. Wschr.* 36 (1958) 107
- [12] Hall G. H., H. M. Holman, A. D. B. Webster: *Brit. Med. J.* (1970) 591
- [13] Hoeltzenbein H. J.: *Die künstliche Niere*, 1. Aufl. F. Enke, Stuttgart 1969
- [14] Jaenecke J.: *Antikoagulantien- und Fibrinolysetherapie*. G. Thieme, Stuttgart 1971
- [15] Kessel M.: Blutungen nach Heparinisierung bei extrakorporaler Dialyse; in: Zuckschwerdt L., H. A. Thies: VII. Hamburger Symposium über Blutgerinnung, F. K. Schattauer, Stuttgart 1965
- [16] Kessel M., I. Bennhold, P. Froese: *Klin. Wschr.* 46 (1968) 1263
- [17] Köstering H., Ch. Walther, E. Quellhorst, W. Wigger, F. Scheler: *Med. Klin.* 46 (1970) 2012
- [18] Leube G., J. J. Kuehn: *Med. Welt* 20 (1969) 2181
- [19] Marx R., G. Köppei, H. Kreiter: Abstracts und Ausstellung, 6. Europ. Hämatol. Kongreß, Kopenhagen 1957
- [20] Nieth H., E. Mammen, R. Gross: *Klin. Wschr.* 36 (1958) 372
- [21] Perry A. W.: *Canad. Med. Ass. J.* 98 (1968) 762
- [22] Reid H. A., P. C. Thean, K. E. Chan, A. R. Baharom: *Lancet* I (1963) 617
- [23] Reid H. A., K. E. Chan, P. C. Thean: *Lancet* I (1963) 621
- [24] Roschlau W. H. E.: The use of Brinase (fibrinolytic enzyme from *Aspergillus oryzae*) in the management of clotting problems in long-term hemodialysis. Nineteenth Annual Symposium on Blood, Wayne State University, Detroit/Mich., USA, January 23, 1971
- [25] Schröter R. M., D. Strangfeld, H. G. Heinrich, J. Rex: *Dtsch. Gsdh.wes.* 20 (1965) 1730

Für die Verfasser: Dr. F. W. Albert, Nephrol. Abt. im Städt. Krankenhaus, 675 Kaiserslautern

Therapiewoche 22, 688, 690, 693-694 (1972). LSD 2259

Die Flucht der Jugend in eine schizophrene Welt

Sozialpsychiatrischer Beitrag zur Diskussion über Entstehung und Prognose des Haschisch- und LSD-Mißbrauchs

F. Fanai

Aus der neurologisch-psychiatrischen Klinik Frankfurt/M.-Höchst (Direktor: Dr. A. Bauer)
und der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. D. Langen)

Die halluzinogenen Rauschgiftedrogen, insbesondere Haschisch und LSD, nehmen Tag für Tag an Aktualität zu. Die Diskussion über die psychischen Auswirkungen und sozialen Implikationen des Haschisch- und LSD-Mißbrauchs wird in der nach dem Leistungsprinzip funktionierenden Gesellschaft immer heftiger. Im Hinblick darauf, daß gegenwärtig die Psychologisierung aller menschlichen Verhaltensweisen modern erscheint, versucht die eine Gruppe, die in Zunahme begriffene Rauschmittelsucht als Symbol der Ablehnung der bestehenden gesellschaftlichen Ordnung zu interpretieren oder zu rechtfertigen. Die an einer anderen Front operierende Gruppe ist bestrebt zu zeigen, daß der Mißbrauch dieser Mittel zum sozialen Abstieg, zur Verwahrlosung, Kriminalität und organischen Hirnschädigungen führt. Bei all diesen Auseinandersetzungen wird jedoch wenig berücksichtigt, daß der Rauschmittelmißbrauch keine Krankheit ist, die dieses oder jenes Symptom aufweist, sondern selbst ein Symptom derselben darstellt. Ohne bewußtes Engagement in diesem Kampf soll nun in der vorliegenden Abhandlung versucht werden, auf die eigentliche Krankheit,

nämlich auf jene psychosozialen Konstellationen, die die Jugendlichen zum Mißbrauch der halluzinogenen Substanzen mit dem Ziel einer Flucht aus der realen Welt und dem vorübergehenden Verlust der Realitätsprüfung zwingen, einzugehen. Das Dasein in einer Welt, die bei aller Mitmenschlichkeit nach sozialer Leistung, Klassenzugehörigkeit und nationalem Wert klassifiziert und hinsichtlich der Hingabefähigkeit, nicht nur der anderen, sondern auch der eigenen, voller Bedürftigkeit ist, bedeutet für viele eine Einsamkeit, die selbst ein aufrechter und erfahrener Therapeut nicht genug aufwiegen kann. Der Mensch mit seiner immer an Grenzen stoßenden Sehnsucht, mit Unvollziehbarkeit seiner Wünsche, mit dem Bewußtsein allgemeiner Vergänglichkeit (Klages) und immer angesichts eines Todes, „der nie als Erfüllung erscheint, sondern als letzte Vergegenwärtigung des Ungelebten, Verpaßten, Unwiederbringbaren droht“ (Benedetti), bleibt häufig ein Einsamer. *Das Erleben der sozialen Abhängigkeit bei gleichzeitiger Einsamkeit, die Angst vor dieser leistungs-fordernden, aber keine Geborgenheit vermittelnden Sozietät dürfte wohl als die Wurzel vieler neurotischer Entwicklungen*

und Süchte betrachtet werden. So ist es auch nicht verwunderlich, wenn wir bei vielen der Jugendlichen, bei aller Verschiedenheit ihrer Herkunft, ähnliche psychodynamische Prozesse entdecken, die sie zu einer Flucht aus der objektiven Wirklichkeit in die subjektive Phantasiewelt treiben. Die treibende Kraft, die Brücke, zwischen der die Triebbedürfnisse frustrierenden realen Welt und einer phantastischen und wunschgemäß gestalteten zu überschreiten, entleiht sich der Jugendliche bei entsprechenden psychodysleptischen Substanzen. Es sind Substanzen, die in jüngster Zeit von Jugendlichen zunehmend zur Erzeugung von Halluzinationen, Rauschzuständen und Selbstentfremdungserlebnissen verwendet werden und zu Etablierung von Psychodelic-Centers in USA geführt haben (Spoerri). Die umfassenden staatlichen Interventionen hatten das Problem des Morphinismus und Kokainismus in den europäischen Ländern an seiner Bedeutung einbüßen lassen, doch an ihre Stelle traten bald andere Suchtmittel, wie Hypnotika (Veronal, Luminal, Phanodorm, Sedormid, Adalin, Doriden, Noludar, Paraldehyd, Mogadan, Somnifen u. a.) und phenothiazinhaltige Medikamente (Aspirin, Contra-Schmerz, Dolorsan, Melabon, Saridon, Treupel, Spalt-Tabletten u. a.). Der Alkoholismus, eine gesellschaftlich anerkannte Sucht, ist in den meisten Ländern im Steigen begriffen, und die Zunahme der trunksüchtigen Frauen und Jugendlichen wird ein zwar schwerwiegendes, aber kaum lösbares Problem aufwerfen. Außerdem verweisen wir die interessierten Leser auf die Arbeiten von A. Bauer über die Wirkung der delirigen Substanzen sowie über die durch zentralanticholinergisch wirkende Pharmaka erzeugten Psychosen.

Die Kluft zwischen pathophysiologischer Erfassung des Suchtproblems und der Interpretation seiner existentiellen Bedeutung für den Menschen ist groß und somit die Forschungsrichtung divergierend (vgl. M. Müller). Auf jeden Fall wäre es sinnlos, wollte man ohne Berücksichtigung der soziologischen, psychoreaktiven, wirtschaftlichen, ethnologischen und kulturellen Faktoren an das Suchtproblem herangehen. Hinsichtlich der soziokulturellen Faktoren hat z. B. K. Pohlisch gezeigt, weshalb der Europäer den Alkohol, der Asiate Opiate bevorzugt: Der Europäer wünsche die massive, aktivierende, extravertierende, begeisternd euphorisierende, das Bewußtsein und den Tätigkeitstrieb steigernde Wirkung des Alkohols. Der Asiate bevorzuge die subtiler wirkenden, dämpfenden, introvertierenden, träumerisch euphorisierenden, alle Strebungen beseitigenden Opiate (vgl. Staehelin, S. 342). Selbstverständlich haben solche pauschalen und verallgemeinernden Feststellungen nur einen geringen ethnologischen Wert, dennoch kann man in ihnen häufig die Tatsache erblicken, daß die Art der Rauschmittwahl nicht nur auf Modeströmungen, ökonomischen Verhältnissen oder gesellschaftlichen Ordnungsprinzipien beruht, sondern auch eine enge Beziehung zur Charakterstruktur des Individuums oder zur Mentalität eines Volkes hat. Wir wissen beispielsweise, daß Menschen, die vorwiegend Alkohol trinken, in der Regel kontaktsuchende, geselligkeitsbedürftige, zur aktiven Affektabfuhr neigende, im Arbeitsprozeß fest integrierte, aber weniger differenzierte Persönlichkeiten sind. Hingegen sind die Jugendlichen, die halluzinogene Sub-

stanzen als Rauschmittel wählen, meist differenzierte, intellektuelle, passiv-sensitive und ängstlich-asthenische Typen. Außerdem ist es bei den Alkoholikern längst bekannt, daß sie entsprechend den äußeren Ursachen, der Persönlichkeitsstruktur, der Psychodynamik und dem Verlauf entweder zum Gewohnheitstrinker werden oder zur Flucht aus der psychosozialen Belastung unkontrolliert trinken und sich somit zu einem echten Alkoholkranken entwickeln (vgl. Bräutigam). Beobachtet man die Jugendlichen, die LSD oder Haschisch genießen, so lassen sich auch bei ihnen je nach ihrer Konfliktlage, Erlebnisweise und Grundstruktur vor allem zwei Gruppen erkennen:

1. abnorme Persönlichkeiten oder schwer Milieugeschädigte mit Anpassungsstörungen, die rasch eine *Drogenabhängigkeit* entwickeln. Es sind Jugendliche, für die eine harmlos beginnende Reise in die durch Rausch erzeugte phantastische Welt oder ein Rückzug aus der realen Welt mit passivem Genuß eine psychosoziale Katastrophe mit Verfall diesen Drogen gegenüber zur Folge hat (vgl. Falldarstellung Igor);
2. Jugendliche mit Pubertätskrisen, Generationskonflikten und solche auf der Suche nach einer stabilen Identität, die in Haschisch und LSD *das Mittel* erblicken, mit dem sie ihren Protest und ihre Opposition gegenüber der Erwachsenenwelt zum Ausdruck bringen wollen, jedoch ohne Entwicklung einer Drogenabhängigkeit im Sinne von Sucht (vgl. Falldarstellung Petra).

Zwei klinische Beispiele:

Fall Petra: Die jetzt 17jährige, gepflegte und gutgewachsene Patientin entstammt einer hereditär in psychiatrischer Hinsicht unbelasteten Familie. Die psychosoziale Entwicklung blieb bis zum Beginn der Pubertät unauffällig, und das Hauptbeziehungsobjekt war der Vater. Menarche mit 12 Jahren und 1 Jahr später Bekanntschaft mit einem 16jährigen Burschen, mit dem sie entgegen dem Willen der Eltern ein Jahr befreundet blieb. Schließlich wurde diese Beziehung durch Druck und Prügelstrafe seitens des Vaters aufgelöst. Danach erlebte die Patientin das Familienleben unharmonisch, hatte häufig Differenzen und Streitigkeiten mit den Eltern, geriet in eine ausgesprochene Protestphase und zeigte eine oppositionelle Haltung gegen ihre kindlichen Objektbeziehungen. Parallel zu dieser Entwicklung knüpfte sie mehrere erotische, aber oberflächliche Beziehungen an, besuchte heimlich Tanzveranstaltungen und kam schließlich mit Haschisch und danach mit LSD in Berührung. Nach der Motivation dieser Drogeneinnahme befragt, sagte die Patientin, daß sie lediglich im Rausch das Gefühl gehabt habe, frei zu sein. Nachdem die Eltern, insbesondere der Vater, versuchten, auch ihre zweite, relativ tiefergreifende Beziehung zu einem jungen Mann, den sie nicht habe verlieren wollen, zu unterdrücken, nahm das Ausmaß des genannten Rauschmittelsgenusses zu, und die Patientin wurde schließlich in einem Zustand von LSD-Intoxikation zu uns eingewiesen. Sie beklagte sich über Schwindel, Erbrechen, Übelkeit, Flimmern vor den Augen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Atemnot, Halluzinationen von farbigen Figuren, die sich im Zimmer befanden, das Gefühl, daß ihre Körperteile nicht mehr zu ihr gehören, und Angst, infolge stillstehenden Herzens zu sterben. Sie war psychomotorisch erregt, ängstlich gespannt und zeigte, abgesehen von den erwähnten qualitativen Wahrnehmungsstörungen, eine erheblich formale Denkstörung sowie Beeinträchtigung der Auffassung. Das EKG zeigte eine deutliche Sinusarrhythmie mit rechtsintraventrikulärer Leitungsstörung. Im EEG waren dysrhythmische Veränderungen feststellbar, die durch LSD bedingt sein dürften. Unter klinischer Behandlung erholte sich die Patientin in einigen Tagen.

In diesem Fall kommt die eindeutige Protesthaltung der jungen Patientin, ihre Opposition gegenüber der bevormundenden Erwachsenenwelt, zum Ausdruck. Diese Trotzreaktionen und aggressiven Regungen sind einerseits symbolisch für Widerstand der Natur gegen die Kultur (Benedetti) und andererseits stellen sie den Versuch der Jugendlichen dar, in dieser Opposition ihre Freiheit, Selbstständigkeit und Individualität zu finden und zugleich die von den Eltern aufgestellten Ge- und Verbote, Normbegriffe und Weltbilder zu verneinen (vgl. Fanai). „Wenn eine wichtige Dimension der Lebensentwicklung, der Triebreifung, der Selbstbehauptung in der Vergangenheit des Patienten kümmerlich blieb, wenn die Verkümmern in einem Zusammenhang stand mit übersetzten moralischen Normen, dann kann es sein, daß jenes verkümmerte sich selber — als ein nachträglich wachsendes — erst in der Opposition zu jenen Normen, die sein Selbstverständnis prägten, erfahren muß“ (Benedetti, S. 18). *In dieser Entwicklungsphase, in dieser Spannung zwischen dem am internalisierten Grundsatz festhaltenden Ich und den das Ich überflutenden Es-Trieben, erwacht das Bedürfnis nach Veränderung der bestehenden objektiven Wirklichkeit. Da diese aber so leicht nicht veränderbar ist, muß eben eine Veränderung der Erlebnisweise, der Bewußtseinslage und des subjektiven Weltbildes herbeigerufen werden.* Diese Änderung geschieht nun mit Hilfe von halluzinogenen Rauschgiftstoffen, mit Haschisch oder LSD, die eine vorübergehende Persönlichkeitsspaltung und eine Regression der Ich-Funktion der Realitätsprüfung zur Folge haben.

Somit haben wir eine künstlich hervorgerufene schizophrene Spaltung vor uns. Ist die Realitätsprüfung durch LSD- oder Haschischintoxikation beeinträchtigt, so ist der Jugendliche nicht mehr in der Lage, zwischen der objektiv-realen Welt mit all ihren Frustrationen und der Innenwelt, die nach eigenen Wünschen, Konflikten, Trieben und Ängsten entworfen wird, zu unterscheiden. Dies bedeutet eine rauschgiftbedingte Regression der Ich-Funktion auf eine kindliche Entwicklungsstufe, in der das Kind noch nicht fähig war, zwischen Außenwelt und Innenwelt, zwischen Denken und Handeln, zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden (vgl. Fanai). Der Sinn dieser Flucht in eine phantastische Welt, die Bedeutung dieser Regression, das Wesen dieser Faszination liegen darin, daß in jenen Bereich, den das Ich nach seiner Ausreifung vermeiden möchte, in den es aber durch drogenbedingte Entgrenzung eintreten kann, „auch die Möglichkeit einer Individuation liegt“. Es scheint, als ob der gestörte, in seiner Identität noch unreife Jugendliche „sich nicht verwirklichen kann, ohne jeden Bereich irgendwie anzutreten. Anzutreten, ohne ihm freilich zu verfallen, das ist die Aufgabe“ (Benedetti, S. 18). *Hier kann nur die Entkriminalisierung dieser Drogen mit einer objektiven und vorurteilsfreien Aufklärung der Eltern und Jugend helfen. Die Prognose ist hier bei entsprechender hausärztlicher und psychotherapeutischer Betreuung als gut zu bezeichnen.*

Fall Igor: Der jetzt 21jährige Patient bezeichnet seinen Vater als labil, aufbrausend und als Quartalssäuer. Er sei manchmal sentimental, weinerlich, depressiv, zeitweise hart, brutal und streng gewesen. Die Beziehung zu der Mutter, die ein außereheliches Kind mit in die Ehe brachte, soll jedoch recht gut gewesen sein. Der Patient entwickelte sich schon früh, sowohl zu Hause als auch in der Schule, zu einem Außenseiter. Er war während der Schulzeit

ängstlich, unsicher, freudlos und auch ohne Freunde. Nach Absolvierung der Volksschule Lehre als Buchbinder, welche er mit Erfolg abschließen konnte. Während und nach der Pubertät psychosexuelle Schwierigkeiten in Form von Kontaktstörungen, Impotenz, Angst vor weiterem sexuellen Versagen und Befürchtungen, als homosexuell betrachtet zu werden. Dabei größte Schwierigkeiten, heterosexuelle Beziehungen anzuknüpfen oder solche aufrechtzuerhalten. Mit 17 Jahren schloß er sich einer politisch aktiven Gruppe an und kam hierdurch mit Haschisch und LSD in Berührung. Nach 40 LSD-Trips, die herrliche Erlebnisse gewesen seien, kam es zu einer Intoxikation, die 14 Tage lang anhielt. Danach hörte der Patient mit Haschisch und LSD auf, begann jedoch mit Opium und Heroin, wodurch er innerhalb kürzester Zeit von der Gruppe, die ihm diese Mittel beschaffte, abhängig wurde und in seiner Abhängigkeit und finanziellen Not selbst mit diesen Drogen zu handeln begann. Zwei Entziehungsversuche in psychiatrischen Kliniken blieben erfolglos. Er habe zwar fest vorgehabt, sich von der Sucht zu befreien, doch die Angst, wieder allein zu sein und niemanden zu haben, ließ ihn sein gutes Vorhaben nicht realisieren. Inzwischen bevorzugte der Patient die Injektion von Morphin, Dolantin, Polamidon und gelösten Valium-Tabletten. Die Aufnahme in unsere Klinik erfolgte auf eigenen Wunsch des Patienten, der einer geregelten Arbeit überhaupt nicht mehr nachgehen konnte. Am 2. Tag des Klinikaufenthaltes traten die ersten Entzugserscheinungen in Form von Unruhe, Gespanntheit, Tachykardie und Angst auf. Es folgten dann Magenkrämpfe, Atemnot, Parästhesien am ganzen Körper, psychomotorische Unruhe, Gliederschmerzen, Schwindel, Beklemmungen und dysphorische Zustände, die der Patient zu verbergen suchte. Diese Abstinenzerscheinungen konnten durch entsprechende Behandlung behoben werden. Einige Wochen nach der Entlassung hörten wir, daß der Patient wieder rückfällig geworden ist.

Die Biographie dieses jungen Patienten zeigt in exemplarischer Weise, daß hier die Pathogenese der Drogenabhängigkeit in der abnormen psychosozialen Entwicklung zu suchen ist. Unsere bisher zwar bescheidenen, aber eingehend psychodynamisch studierten Fälle zeigen, daß diese Jugendlichen mit halluzinogener *Rauschmittelsucht* mehr oder weniger folgende Merkmale aufweisen*:

1. fast ausnahmslos frühkindliche Milieuschäden,
2. Selbstdestruktionstendenzen, passiv-masochistische Verhaltensweisen,
3. geringe Frustrationstoleranz, größere Abhängigkeit von Liebesbeweisen,
4. größere regressive Tendenzen bei Unfähigkeit, den Aufschub einer Triebbefriedigung zu ertragen,
5. Neigung zu dysphorischen Verstimmungen bzw. zu endoreaktiven Dysthymien (Weitbrecht),
6. geringe psychosoziale Belastungsfähigkeit und größere Reaktionsbereitschaft für alltägliche psycho-reaktive Erlebnisse,
7. Passivität mit verdrängten aggressiven Tendenzen,
8. Kontaktgestörtheit, Selbstunsicherheit und Gefühl der Einsamkeit, dabei geschickt in der Konversation, intellektuell, differenziert mit höflichem Wesen,
9. gestörte Realitätsprüfung, höhere Ansprüche, ohne Fähigkeit zu einem aktiven Einsatz oder ohne Bereitschaft zu entsprechenden sozialen Leistungen,
10. größere Resistenz gegenüber Psycho- und Sozialtherapie mit einer häufig schlechten Prognose.

* Vgl. auch F. Fanai: Systematische Einführung in die moderne Psychoanalyse. dipa-Verlag, Frankfurt/M.

Daß der Jugendliche mit dieser psychosozialen Konstellation, mit der Unfähigkeit oder Unmöglichkeit, seine Triebansprüche und Wünsche mit den Forderungen der Gesellschaft in Einklang zu bringen, Zuflucht in den Rausch nimmt, um durch Sprengung seiner Ich-Grenzen zumindest vorübergehend aus der Realität zu fliehen, ist nicht verwunderlich. Es ist jedoch schwierig zu sagen, welche Strukturen vorwiegend zum Haschisch oder zu anderen halluzinogenen Rauschgiftstoffen der alten Welt (Wagner) greifen und welche Charaktertypen LSD oder andere Rauschgiftstoffe bevorzugen. Fest steht jedoch, daß Haschisch und LSD in der Regel die „Einstiegsdrogen“ darstellen. Das heißt, daß die Jugendlichen zunächst durch die zwei genannten Mittel ihre Abenteuerlust, ihre ekstatisch-illusionären Bedürfnisse und ihren Wunsch nach passiver Änderung der Realität zu befriedigen versuchen und danach durch Manipulation oder Verführungen zu Kokain, Heroin, Morphin, Meskalin usw. greifen. Hier taucht nun das gesellschaftspolitische Problem auf, ob man vor allem den Handel der Einstiegsdroge Haschisch liberalisieren soll. Das Verbot hat nach unseren Erfahrungen folgende negative Auswirkungen:

1. Das Verbot erzeugt Spannung und Begierde, die im Sinne eines Circulus vitiosus das Verlangen nach Haschisch steigern;
2. der Jugendliche muß zur Beschaffung des Mittels unweigerlich mit illegalen Händlern Kontakte aufnehmen und gerät somit ins kriminelle Milieu;
3. Gefahr der Entstehung von schwerwiegender Opiatsucht, da viele Händler dem Haschisch kleinere Mengen von Opium beimengen, um ihre Kunden zu erhalten;
4. Kriminalisierung dieser Jugendlichen, denn sie werden häufig in ihrer Drogenabhängigkeit von Händlern abhängig und somit zu ihrem Werkzeug;
5. das durch das Verbot erzeugte Vorurteil der Gesellschaft hat häufig zur Folge, daß der Jugendliche von der Familiengemeinschaft ausgestoßen wird und somit verwahrlost;

6. Verlust der sozialmedizinischen Kontrolle seitens der Behörden und die Ohnmacht der Ärzte, die psychophysischen Folgen der Sucht rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln, denn der Süchtige geht selbst kaum zum Arzt, und seine Einlieferung erfolgt auch nur dann, wenn eine bedrohlich akute oder nicht mehr erträgliche chronische Intoxikation vorliegt;
7. schließlich Kriminalisierung unzähliger Außenseiter, die illegal mit dieser zwar begehrten, aber verbotenen Droge handeln.

Mit diesen Ausführungen soll jedoch nicht zum Ausdruck gebracht werden, daß wir der Meinung sind, daß dieses Problem mit Aufhebung des Handelsverbotes endgültig gelöst wäre. Grundsätzlich ist jede durch halluzinogene Substanzen herbeigeführte Bewußtseinsänderung als Folge einer toxisch bedingten passageren Hirnfunktionsstörung anzusehen. Die Antwort auf die Alternativfrage, ob Haschisch dennoch frei verkauft werden oder weiterhin unter Verbot bleiben soll, bedarf noch umfassender psychoanalytischer, sozialpsychiatrischer, gesellschaftspolitischer und katamnästischer Untersuchungen.

Literatur

- [1] Bauer A.: *Arzneim.forsch.* 16 (1966) 233
- [2] Bauer A.: *Arzneim.forsch.* 14 (1964) 518
- [3] Benedetti G.: *Der psychisch Leidende und seine Welt.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1964
- [4] Bräutigam W.: *Reaktionen, Neusosen, Psychopathien.* G. Thieme, Stuttgart 1968
- [5] Fanai F.: *Ärztl. Praxis* (Juni 1971)
- [6] Fanai F.: *Acta Paedopsychiat.* 36, 1/2 (1969) 27
- [7] Gelpke R.: *Drogen und Seelenerweiterung.* Kindler, München 1966
- [8] Kielholz P., R. Battegay: *Schweiz. med. Wschr.* 97, 28 (1967) 893; 29 (1967) 944
- [9] Klages L.: zit. bei: Thiele W.: *Mat. Med. Nordmark XVIII/1* (1966) 17
- [10] Müller M.: *Psychiatrie der Suchten, Psychiatrie der Gegenwart,* Band II. Springer, 1960, S. 249
- [11] Pohlisch K.: zit. bei: Stachelin J. E. (siehe Lit. [13])
- [12] Spoerri Th.: *Kompodium der Psychiatrie,* 6. Aufl. S. Karger, 1968
- [13] Stachelin J. E.: *Nichtalkoholische Süchte.* Psychiat. d. Gegenwart, Band II. Springer, 1960, S. 350
- [14] Wagner H.: *Rauschgift-Drogen.* Springer, 1970
- [15] Weitbrecht H. J.: *Psychiatrie im Grundriß,* 2. Aufl. G. Thieme, Stuttgart 1968

Anschrift des Verfassers: Dr. F. Fanai, 65 Mainz, Hegelstr. 56