

(Aus der Psychiatrisch-neurologischen Klinik Heidelberg.)

## **Zur Klinik der Haschischpsychosen.**

(Nach Studien in Griechenland.)<sup>1</sup>

Von

**M. G. Stringaris.**

(Eingegangen am 4. Juli 1933.)

Die experimentelle Untersuchung der Haschischwirkung, die in der Heidelberger psychiatrischen Klinik systematisch durchgeführt wurde, brachte naturgemäß die Frage auf, ob der chronische Mißbrauch des Mittels die Rauserscheinungen verändere und ob echte Psychosen im Gefolge der chronischen Intoxikation entstehen können.

Ich stellte mir die Aufgabe, die Haschischsucht und deren Folgen in Griechenland zu studieren, wo sie seit etwa 100 Jahren vom Orient eingeführt wurde und hauptsächlich unter den niedrigen Klassen in den größeren Hafenstädten trotz behördlichen Verbotes Verbreitung fand. Im letzten Jahrzehnt entstand dem Haschisch eine starke Konkurrenz durch das Heroin, dem vorwiegend frühere Haschischgenießer zum Opfer fielen. Nach der Gewöhnung an Heroin verliert der Haschischgenuß seinen Reiz für die betreffende Person, was das Seltenerwerden von reiner Haschischsucht erklärt. Ich hatte Gelegenheit, eine Anzahl von solchen reinen und gemischten Süchtigen zu beobachten und 18 Fälle genau zu untersuchen.

Der in verschiedenen Zubereitungsarten und Qualitäten im Schmuggelhandel erhältliche Haschisch wird durch das Rauchen von selbstgedrehten Zigaretten und Wasserpfeifen genossen, wobei die Droge mit dem gewöhnlichen Tabak untermischt wird. Seltener wird Haschisch als Getränk genommen oder gekaut, und dann nur zur Unterstützung der Rauchwirkung, die als viel stärker angegeben wird.

Eine besonders charakteristische Eigenschaft der Haschischraucher ist die Gruppenbildung. Selten rauchen sie allein, meistens in Gesellschaft in abgelegenen und romantischen Orten im Freien, wo sie Zigaretten oder Wasserpfeifen von Mund zu Mund wandern lassen. Diese eigenartige Gewohnheit der Haschischraucher ist in der Literatur bekannt. Die Zusammensetzung der Gruppe erfolgt mitunter durch den Zufall. So

---

<sup>1</sup> Nach einem Vortrag, gehalten auf der 58. Versammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiatrer in Baden-Baden, 1933.

lange sie aber besteht, bildet sie für diese Leute einen Stützpunkt, übt einen großen Einfluß auf den einzelnen aus und beherrscht ihn. Durch einen äußeren Anlaß können aber die Mitglieder der Gruppe auseinandergehen oder sich gegenseitig verfeinden. In solchen Gruppen rauchen auch die Neulinge ihre erste Zigarette, die nicht immer eine angenehme Wirkung hat und ihnen einen trockenen Hals und Schwindelgefühle verursacht.

Es kommt häufig vor, daß Menschen, welche von den wunderbaren Erlebnissen des Haschischrausches hören, aus einfacher Neugier sich zu einem solchen verleiten lassen. Daß sie nicht alle süchtig werden, liegt auf der Hand. Ich halte sogar die Gefahr bei dem normalen Erwachsenen, auf solche Weise haschischsüchtig zu werden, für sehr gering. Die Entwicklung dieser Sucht wird durch bestimmte Bedingungen begünstigt. Zunächst ist das Alter zu erwähnen, in dem diese Leute mit dem Genuß der Droge anfangen. Die Süchtigen, die ich sah, begannen meist schon in einer sehr frühen Altersstufe, vor dem 18. Lebensjahr und nicht selten selbst mit dem 12. und 13. Jahre Haschisch zu rauschen. Dann kommt eine große Bedeutung den sozialen Verhältnissen und Milieueinflüssen zu bei einer gewissen individuellen Veranlagung. Es sind gewöhnlich lebhaft junge Burschen, die durch einen lockeren Familienhalt und Armut in ein Vagabundenleben kommen oder in Gesellschaft von Haschischrauchern in versteckten Hafenlokalen geraten. Schließlich spielt eine unter den Haschischrauchern verbreitete Anschauung, die im Haschischrauchen den Beweis von Mut und Männlichkeit sieht, eine Rolle.

Der *einzelne Rausch* des chronischen Haschischrauchers ruft im wesentlichen die gleichen Phänomene hervor, die man auch im Experiment erzeugen kann und die zuletzt von *Beringer* und von *Baeyer* beschrieben wurden. Wir finden bei dem berauschten Gewohnheitsraucher eine ausgeprägte Euphorie mit starker Lachlust, gesteigerter Motorik, Lust zu Musik und Tanz, Erregung, Geschwätzigkeit, Gedankenablaufstörung, erhöhte Eßlust, besonders nach Süßigkeiten, dann Halluzinationen und paranoische Ideenbildung und Einstellung gegen ihre Umgebung; so glauben sie z. B., daß die Leute auf der Straße über sie sprechen, sie besonders ansehen und ihnen den Rausch von den Augen ablesen usw. Aber die Einzelräusche desselben Rauchers sind interessanterweise nicht immer gleich. Neben der euphorischen Stimmung, die das Mittel bei ihm hervorruft, mit allen Nebenerscheinungen, kennt und schildert er Zustände von ausgesprochen depressivem Charakter, in denen er viel über sich selbst und seine Familienverhältnisse grübelt, teilnahmslos liegen bleibt oder reizbarer als sonst wird und mit sich und allem unzufrieden ist.

Demnach besteht eine ungleichmäßige Wirkung des Haschisch beim Süchtigen. Ob das seine Ursache in der verschiedenartigen Dosierung oder in den zugleich mit dem Gift genommenen Nahrungs- oder Genußmitteln oder in der veränderten Reaktionsbereitschaft des Rauchers hat,

ist noch ungewiß. Manche Raucher glauben, daß sie dann depressiv werden, wenn sie stärkere Dosen zu sich nehmen. Das scheint eher zuzutreffen. Wir wissen aber auch durch die Experimente, daß die gleiche Dosis bei verschiedenen Versuchspersonen verschiedenartige Rauschbilder entstehen läßt. Wenn diese Erfahrung mit den Aussagen der Haschisch-süchtigen verglichen wird, dann kann die verschiedenartige Wirkung der Droge so aufgefaßt werden, daß die für die jeweiligen Dispositionen des Rauchers relativ starke Dosis eher einen depressiv gefärbten als einen euphorischen Rausch erzeugt.

An dieser Stelle sollen zwei Eigenarten der Haschischwirkung kurz erwähnt werden. Haschisch verursacht im Gegensatz zu allen anderen Rauschmitteln *keine* solche Gewöhnung des Organismus, die ein Steigen der Dosis erfordert, um den gleichen Effekt zu erzeugen. Die jedesmal genommenen Haschischmengen bilden beim einzelnen Raucher keine konstante Größe, sondern sind von seiner jeweiligen Lust und Laune und seinem Vorrat an Haschisch abhängig. Als zweites ist für den Haschisch charakteristisch, daß der Einzelrausch eine ungewöhnlich lange *Nachwirkung* hat. Ein Nachrausch wird auch experimentell fast regelmäßig festgestellt.

Diese Tatsache bringt es mit sich, daß bei einem Gewohnheitsraucher, der eine Anzahl Wasserpfeifen und Zigaretten regelmäßig täglich raucht, sich Eigentümlichkeiten ausbilden, die ihn für den Eingeweihten, auch in der Zeit zwischen den einzelnen Räuschen erkenntlich machen. Er ist auch außerhalb des akuten Rausches läppisch, heiter, kindlich, unbeständig, zappelig, aber auch empfindsam, reizbar und streitsüchtig. Er hält sich meist unter Seinesgleichen und ist für einen Unbekannten schwer zugänglich. Er ist sehr mißtrauisch und gibt nicht ohne weiteres zu, daß er Haschisch raucht. Denn einerseits weiß er, daß er polizeilich verfolgt wird, andererseits aber drückt ihn die allgemein geltende Meinung, daß die Haschischsüchtigen minderwertige soziale Elemente seien, zumal sich nämlich tatsächlich ein großer Prozentsatz von Gefängnisinsassen unter ihnen befindet. Ihr häufiges Vorkommen in Gefängnissen macht diese teilweise zu Orten der Verbreitung. Wenn aber der Haschischraucher Vertrauen faßt, was meist für nur kurze Zeit geschieht, dann wird er mitteilksam, redselig und zutunlich.

Die Wirkung der Droge auf die *Sexualität* der Süchtigen wird von einer Reihe von ihnen als anregend bezeichnet. Sowohl während des Rausches als auch außerhalb desselben ist bei ihnen die Libido in ihrem psychischen Anteil gesteigert, was sich in wollüstigen Phantasien und im Bedürfnis, sich in der Nähe von Frauen aufzuhalten zeigt. Bei Frauen ist das Mittel kaum verbreitet; der chronische Mißbrauch soll nur vereinzelt vorkommen, dagegen aber der gelegentliche Gebrauch bei Kabarettmädchen und Prostituierten häufig sein. Der Nachweis der Wirkung des Haschisch sowie der Behauptung, daß sie eine starke Steigerung der

Sexualität bei Frauen im Rausch erzeugt, ist bei der gleichzeitigen Verbreitung noch anderer Rauschmittel in diesen Schichten, wie etwa des Cocains, sehr schwer zu führen.

Eine quantitative Steigerung der Eigentümlichkeiten der Haschisch-süchtigen stellt der *protrahierte Rausch* dar. Zuweilen befällt diese Leute eine ausgesprochene Rauchwut. Sie rauchen den ganzen Tag ununterbrochen unzählige Wasserpfeifen und Zigaretten, um nur während des Schlafes eine Pause zu machen. Wenn sie das mehrere Tage hintereinander getrieben haben, entsteht ein Zustand, bei dem man einzelne Rausche nicht mehr auseinanderhalten kann. Die Folge dieser Rauchwut ist eine Steigerung und Protrahierung bestimmter Symptome des Einzelrausches. Die gesamte Motorik verändert sich in charakteristischer Weise. Es entstehen daraus eine Anzahl von manirierten apachenartigen Ausdrucksbewegungen. Die Nachahmung dieser Bewegungen gibt sogar auf den leichten Athener Bühnen den Typ des Haschischrauchers ab. Sie entwickeln eigenartig verschrobene Ideen und beschäftigen sich gerne mit philosophisch metaphysischen Fragen, was dem Haschisch den Namen „poison de l'intelligence“ eintrug. Sie produzieren eine durch einen gewissen Jargon charakterisierte wort- und bildreiche ideenflüchtige Zerfahrenheit derart, daß man den Sinn der ganzen Rede wie hinter einem farbigen Schleier sieht. Eine enorme Empfindsamkeit, die an das *noli me tangere* mancher Schizophrenen erinnert und eine stark ausgeprägte paranoische Einstellung gegen ihre Umgebung ergänzen einigermaßen dieses Zustandsbild. Die Leistungsfähigkeit im Berufe bleibt bei einigen von ihnen erhalten, ist aber gewöhnlich durch ihre Ruhelosigkeit, Reizbarkeit und Neigung zu Gewalttaten gestört. Wenn diese Rauchwut nach einer Reihe von Tagen nachläßt, dann kehrt der Raucher allmählich in seine gewöhnliche seelische Lage zurück. Der ganze Zustand ist grundsätzlich nichts anderes als ein protrahierter Rausch infolge unmittelbarer Wirkung des Mittels.

Ähnliche Zustände sind bei anderen Genußgiften nicht bekannt. Die dipsomanen Anfälle der periodischen Alkoholiker erinnern im äußeren Verlauf etwas daran. Beim Haschisch scheint aber die Periodizität zu fehlen, ebenso die in der freien Zeit vorhandene vollkommene Abstinenz und Nüchternheit. Hier dagegen tritt die Rauchwut während des chronischen Mißbrauchs aus äußeren Anlässen auf, z. B. wenn die Leute mehr Haschisch kaufen können oder überhaupt mehr Gelegenheit zum Rauchen finden. Oder innere Anlässe werden wirksam: Endogene Schwankungen oder ein Gifthunger, der vielleicht durch das Mittel selbst erzeugt wird. Das eingenommene Quantum im Zusammenhang mit der verlängerten Wirkung des Mittels verursacht unter diesen Umständen einen eigenartigen Rausch, welcher zwar im Wesentlichen nur eine Verlängerung und Steigerung der Symptome des einfachen Rausches darstellt, in einem gewissen Sinne aber auch ihre qualitative Veränderung bedingt, was

allerdings sogar einmalige starke Dosen bewirken können. Bei schweren Haschischsüchtigen steht der Dauerzustand dem protrahierten Rausch nahe, ohne daß überhaupt bestimmte Grenzen zwischen ihm, dem einfachen Rausch und den in den rauschfreien Zeiten konstatierten Charaktereigentümlichkeiten der Süchtigen gesetzt werden können.

Die unmittelbare Wirkung der Droge in der Form des einfachen und protrahierten Rausches stellt meines Erachtens etwas grundsätzlich Verschiedenes dar von den im Verlaufe des Mißbrauches auftretenden eigentlichen Haschischpsychosen. Gerade das Bild der geschilderten Rauschzustände macht kurze theoretische Erwägungen notwendig, die eine prinzipielle Trennung zwischen diesen und den eigentlichen Psychosen ermöglichen.

Jeder gewöhnliche Rausch, etwa der Alkoholrausch, setzt mehr oder weniger schwere seelische Störungen. Es fragt sich nun, ob man den Rausch in die Intoxikationspsychosen einreicht, ob er eine Psychose ist. Man nimmt allgemein an, daß eine Intoxikationspsychose die Antwort eines Organismus auf „exogene“ Gifte darstellt. Das Gleiche kann aber auch vom Rausch gesagt werden. Die in den exogenen Psychosen vorkommenden psychopathologischen Erscheinungen werden auch in den Rauschen beobachtet, wie etwa Dämmerzustände, Benommenheit, Desorientierung, Halluzinationen, delirante Zustände usw., je nach Schwere desselben und Art des Mittels. Folglich können wir nach dieser Auffassung einen Rausch von der exogenen Psychose weder kausal noch symptomatisch prinzipiell unterscheiden. Trotzdem wird im gewöhnlichen Gebrauch der Begriffe der Rausch nicht in den Topf der exogenen Psychosen geworfen, sondern bewahrt eine Sonderstellung, und das muß seine Gründe haben. Die Meinung, daß die Sonderstellung der Rausche *nur* wegen der praktisch juristischen Folgen geschieht, kann nicht aufrecht erhalten werden.

Ein gesunder, kräftiger Mensch braucht ein bestimmtes Quantum Alkohol, um in typischer Art berauscht zu werden. Bei einem epileptoiden Psychopathen genügen ganz kleine Mengen, um einen schweren „pathologischen“ Rausch zu erzeugen. Bei beiden tritt wieder der „nüchterne“ Zustand nach einer bestimmten Zeit ein, innerhalb deren Verbrauch bzw. Ausscheidung des Alkohols im Körper stattgefunden hat. Demgegenüber bricht bei einzelnen unter einer Anzahl gleich schwerer Potatoren plötzlich eine Delirpsychose aus, gleichviel ob ein starker Mißbrauch oder eine kurze Abstinenz vorangegangen war. Das Delir kann nach einigen Tagen ablaufen, kann aber auch in eine *Korsakoffsche* Psychose oder Alkoholhalluzinose übergehen oder diese Zustände können sogleich einsetzen usw.

Demnach ist es ersichtlich, erstens daß das Auftreten des Rausches von der zugeführten Menge des Giftes direkt abhängig ist, wobei die

Menge individuell und zeitlich verschieden sein kann, während die Intoxikationspsychose vom „exogenen“ Gift nicht abhängt, sondern als Folge seines Mißbrauchs auf einem Umweg entsteht. Zweitens kann jeder Mensch berauscht werden. Dagegen ist eine Intoxikationspsychose nicht ein direktes Ergebnis des chronischen Mißbrauches allein, sondern wohl noch von einem unbekannten Moment, das wir Anlage nennen, abhängig. Schließlich dauert der Rauschzustand so lange das zugeführte Gift im Organismus „verarbeitet“ wird. Jede exogene Psychose aber führt einen selbständigen Verlauf. Einmal ausgelöst übernimmt sie die Führung, die Herrschaft über den Organismus, sie wird quasi autonom. Man kann sich das so vorstellen, daß beim Ausbruch der Psychose eine *Entgleisung* im biologischen Gleichgewicht eintritt, die hauptsächlich im seelischen Geschehen zum Ausdruck kommt. Diese Entgleisung wäre die direkte Folge des chronischen Mißbrauches eines Genußgiftes.

Auf dieser Basis läßt sich eine Unterscheidung zwischen Rausch und Psychose durchführen. Besonders der eine Punkt aber, nämlich *die Selbständigkeit im Auftreten und Verlauf der Psychose ist geeignet, den einfachen Rausch von den exogenen Psychosen abzutrennen.*

Die prinzipielle Trennung der Rausche von den Psychosen ist für das Studium der Haschischintoxikationen unentbehrlich, da hier bereits der einfache Rausch eine ziemlich komplizierte seelische Störung darstellt. Wir müssen die direkte Wirkung der Droge ausschalten, um die möglichen Folgen eines langdauernden Mißbrauches sehen zu können, der irgendwelche reparable oder irreparable Schäden setzt. Ein langjähriger Mißbrauch scheint eine psychische Abstumpfung und Trägheit hervorzurufen. Es fragt sich nun, ob das eine veränderte Wirkung der Droge oder eine tiefer sitzende Schädigung im Sinne einer irreparablen organischen Demenz ist. Vor allem aber ist diese Voraussetzung erforderlich, um protrahierte Rausche und Haschischpsychosen auseinanderzuhalten.

In den bisherigen Publikationen über die Haschischpsychosen wird eine solche Unterscheidung nicht vorgenommen. Infolgedessen ist man nicht immer sicher, ob die angegebenen Zustände zu den Rauschen oder zu den Psychosen gehören. Aber auch in anderer Richtung ist die Abgrenzung meist nicht deutlich genug, nämlich gegen die endogenen Psychosen. Die Feststellung der vorangegangenen chronischen Intoxikation allein genügt nicht, um darin die Ursache einer Psychose zu erblicken. *Warnock* versucht eine Parallele in der Einteilung zwischen der Alkohol- und der Haschischsucht und ihren Folgen zu ziehen. So unterscheidet er eine temporäre Intoxikation, ein Haschischdelir, eine Haschischmanie, eine chronische Haschischmanie, eine chronische Haschischdemenz und eine Cannabinomanie (im Vergleich zur Alkohol-dipsomanie). *Kerims* Veröffentlichung über die psychischen Störungen beim Haschisch mit einer Anzahl kurz beschriebener Fälle läßt nicht klar die Prinzipien der verschiedenen Kategorienaufstellung erkennen, obwohl

er zunächst den chronischen Haschischmißbrauch von den Psychosen zu trennen versucht. Die letzteren aber werden mit den endogenen Psychosen durcheinander geworfen, so daß auch hier ein klarer Blick über die gewonnenen Erfahrungen nicht möglich ist. Ähnlich verhält es sich mit den 3 Fällen von *Conos*. Die beiden letzten Autoren vergleichen ihre an Haschischsüchtigen gemachten Erfahrungen mit den von den endogenen Psychosen bekannten Symptomen, besonders aber mit der Schizophrenie. Während *Kerim* die Krankheitserscheinungen der Haschischpsychosen kurzweg mit denjenigen der Schizophrenie identifiziert, meint *Conos*, daß „in einem vorgerückteren Stadium der Intoxikation durch den Haschisch das klinische Bild zweifellos demjenigen der katatonischen Kranken der *Dementia praecox* derartig ähnelt, daß die Differentialdiagnose zwischen beiden Affektionen sehr schwierig ist, wenn nicht unmöglich, besonders in den Fällen, wo man keine präzisen Angaben über die Vorgeschichte der Kranken besitzt“. Doch läßt er es nur für die akuten oder wenig verlängerten Fälle gelten und sieht ebenso wie *Warnock* die Möglichkeit des Auseinanderhaltens in der restlosen Genesung der Psychotiker.

Ich habe acht Fälle von gewohnheitsmäßigen Haschischrauchern gründlich untersuchen können, bei denen eine Psychose bestand oder früher bestanden hatte. Außer ihnen beobachtete ich noch kurz 3—4 Psychosen mit vorangegangenen Haschischmißbrauch.

Die vorkommenden Störungen sondern sich leicht nach Verlaufsart und Dauer in 2 Gruppen: In die „episodischen Verwirrheitszustände“ und die „chronischen Psychosen“.

Bei der ersten Gruppe, den *episodischen Verwirrheitszuständen*, handelt es sich um vorübergehende, mehrere Tage bis Wochen lang anhaltende Veränderungen des psychischen Geschehens der Süchtigen, die sich vom gewöhnlichen oder protrahierten Rausch deutlich subjektiv und objektiv unterscheiden. Diese Zustände sind unabhängig von der gerauchten Haschischmenge, sowie vom eigentlichen Rausch und treten selbst nach kurzer Abstinenz auf. Dem Verlauf nach handelt es sich um *halluzinatorische Delirerlebnisse und um akute getriebene dämmerige Erregungen*, welche mitunter an epileptische Ausnahmezustände erinnern.

Die Kranken selbst, wie die meisten Haschischsüchtigen, gut beobachten und die durch den Rausch bedingten Empfindungen und Ideen, allerdings nachträglich, als solche erkennen, erleben diese Veränderungen als einen eigenartigen, ichfremden Zustand und bezeichnen ihn im Gegensatz zum gewohnten Rausch als Verrücktheit. Sie leiden, gelegentlich auch nach Überstehen des Zustandes, an einer elementaren Angst vor dem Verrücktwerden — was mit der Wahnstimmung und Angst mancher beginnender Schizophrenien verglichen werden kann.

Einer meiner Fälle demonstriert deutlich das Vorkommen einer halluzinatorischen Episode. Als er an einem Spätabend mit einem Freunde einen Spaziergang machte, tauchte plötzlich in seiner Nähe ein riesengroßer Mensch auf, der ihn erst durch Rufen zu sich locken wollte und ihm eine derartige Angst einflößte, daß er wie besinnungslos weiter als einen Kilometer davon lief und seinen erstaunten Freund zurückließ. Der Gleiche lag einmal nachts im Bett und versuchte angeblich durch seine Gedanken zu finden, wie die Menschen entstanden seien. Er halluzinierte einen schönen See und herrliche Bäume, konnte aber dann nicht mehr weiter denken. Er spürte, daß er im nächsten Augenblick durch das viele Denken verrückt werde. Er sprang plötzlich vom Bett auf, lief zur Wasserleitung, öffnete den Wasserhahn und hielt seinen Kopf darunter in der Absicht, sich vor dem Zustand zu retten. Er war überzeugt davon, daß sein geistiger Zustand eine Zeit lang nicht in Ordnung war, und daß er „den Wahnsinn erwischt“ hatte. Er glaubte, daß er sich nur durch einen bewußten und siegreichen Kampf mit der Verrücktheit vor einem sicheren schweren geistigen Untergang bewahrte. Er fühlte sich jedoch noch nicht außer Gefahr und fügte hinzu, daß er, bevor er verrückt werde und man ihn in die Anstalt einsperre, sich erschießen würde.

Ein junger Haschischraucher, der einige Zeit im Marinegefängnis wegen Ungehorsams gesessen hatte, kam nach seiner Entlassung von dort in einen für ihn merkwürdigen Zustand, der trotz derzeitiger und nachfolgender Abstinenz mehrere Tage anhielt. Er geriet in eine schwere Erregung und Reizbarkeit und schloß sich in ein Zimmer von seinen Familienangehörigen tagelang ab. Wenn er durch das Geringste gestört wurde, geriet er in eine solche rasende Wut, daß er ausfällig und schwer bedrohlich wurde.

Ein anderer Haschischsüchtiger verließ plötzlich sein Haus in der Absicht, nur einen Spaziergang zu machen. Dabei irrte er aber mehrere Tage in einer bergigen, unbewohnten Landschaft umher, um schließlich von der Polizei aufgegriffen zu werden. Von den Orten, wo er sich herumgetrieben hatte, von seinen Erlebnissen während dieser Zeit wußte er hernach nur wenig zu berichten. Von denjenigen, die er noch erzählen konnte, waren viele zweifelhaft und einige erschienen traumhaft oder delirant. Er erzählte z. B. von einer Windmühle, die sofort stillstand, als er sich nach ihr umwandte. Die Flügel der stehenden Mühle zeigten ihm die Wegrichtung, die er nehmen sollte, was er auch tat. Das Ganze machte den Eindruck eines Dämmerzustandes.

Derartige episodische Psychosen scheinen mir nach den Angaben der Leute unter den Haschischrauchern häufig zu sein, jedoch selten in psychiatrische Beobachtung zu kommen.

Die *chronischen Haschischpsychosen* unterscheiden sich von den episodischen zunächst durch den Monate bis über ein Jahr lang dauernden Verlauf. Ich habe zwei solche Fälle beobachten können, die in der Anstalt untergebracht waren und die sicher hierher gehören. Bei dem einen schloß sich an einen protrahierten Rausch und eine paranoische Einstellung zur Umgebung eine akute Delirpsychose mit einer großen Anzahl halluzinatorischer Erlebnisse an. Ich gebe hier ein solches Erlebnis wieder. Der Kranke erzählte über seine Aufnahme in der Anstalt folgendes:

„Vorher hatte man mich freigelassen, und ich ging in den verschiedenen Räumen herum, wo ich wollte ... Ich sah auch die Wärter, aber ich wußte nicht, wer sie waren. Jemand von ihnen sagte mir, setz Dich, und dann setzte ich mich so auf die Bank, um nicht zu fallen. Dann glaubte ich, daß die Welt begann, zusammenzustürzen. ... Ich guckte geradeaus vor mich hin, weil die Dinge in dieser Richtung



nicht zusammenstürzten, und ich glaubte, daß ich mich an irgend etwas halten könnte. Zu gleicher Zeit hörte ich von allen Seiten eine große Anzahl von Stimmen. ... Ich war entsetzlich ängstlich und ich fürchtete, daß ich diesmal nicht heil durchkäme und man mich hier töten würde. ... Dann führte man mich zu den Schlafräumen und steckte mich ins Bett. Ich war ängstlich und hörte die Stimmen. ... Mit meiner Phantasie sah ich oberhalb von mir etwas wie Sand, das eine graue Farbe hatte und da oben rings um mich etwas wie einen Kranz bildete. Dieser Sand schien mir, als ob er sich ins Leere zerstreute. Damit Sie verstehen können, ich hatte den Eindruck, daß ich unter der Erde begraben war. ... Ich hielt meine Schlafdecke fest. Oberhalb des Sandes glaubte ich, daß ich Menschen sah. ... Von der anderen Seite kamen Menschen von einer Straße herunter. Dort war auch eine Brücke und oberhalb war der Asphalt. Sie kamen von der Straße herauf, sie hielten so etwas wie Stricke in der Hand und gingen anscheinend, um ein Boot abzuholen und es über diese Brücke zu schaffen. ... Ich drehte mich nach der einen Seite und sah die anderen (Kranken) neben mir, die da schliefen. Ich drehte mich auch nach der anderen Seite und sah dort jemanden, der ausgestreckt war. Ich bin aber nicht sicher, ob das ein Mann oder eine Frau oder ein Tier war, weil es nicht so ähnlich war. Es war seine Büste, sein Kopf sichtbar und oberhalb von ihm und seinem Körper war etwas wie Farben, wie rot oder wie grün oder wie meerfarben, und das hatte einen Gestank, die Farben hatten einen Gestank. Das schien mir merkwürdig. Ich drehte mich wieder nach der anderen Seite und sah jemanden, der auf dem Boden schlief, und der hatte etwas wie Tauben auf seinem Kopf. Ich weiß nicht, ob das auch Tauben waren, sie waren wie falsch, wie puppenhaft, sie waren weiß. ...“

Es handelt sich um echte, lebhafte Halluzinationen aller Sinnesgebiete von besonders starkem Realitätscharakter. So sagte er, „der Gefängniszellboden war mit Wasser gefüllt, so daß die Füße ganz naß wurden ... dann wurde der Boden rot und sehr heiß, so daß es unter den Füßen brannte ... Von der gegenüberliegenden Tür kam durch ein Loch in Gestalt eines Kegels eine Staubwolke auf mich zu. Ich hörte ein Zischen, und ich spürte es um das Gesicht.“ Nach diesem Stadium folgte ein schizophrenieähnliches Bild, charakterisiert durch Halluzinationen, lediglich akustischer Art, Personenverknennung, Wahnbildung, Sperrung usw. Nach einem Jahr ging der Fall in völlige Genesung über.

Beim anderen Kranken liegt die Psychose bereits 7 Jahre zurück. Sie begann nach einer kurzen spontanen Abstinenz mit einer akuten katatoniformen Erregung, die sich in wechselnden Phasen über Monate erstreckte. Im Beginn schienen ebenfalls Delirerlebnisse vorgekommen zu sein. Nach über 1½ Jahre langer Dauer trat ebenfalls Genesung ein. Darnach wurde der frühere Haschischraucher Heroinist und befand sich wiederholt zur Heroinentziehung in der Anstalt. Psychotische Erscheinungen wurden bis zuletzt bei ihm nicht mehr beobachtet.

Die *Differentialdiagnose* der Haschischpsychosen ist weder gegen die Intoxikationspsychosen anderer Gifte, noch gegen die endogenen Psychosen ausgebaut. Die Bedeutung anderer Gifte für die Entstehung einer Haschischpsychose ist meines Erachtens nicht groß. Ich sah vereinzelt solche Süchtige, die neben dem Haschisch auch Alkohol nahmen, die meisten aber waren nur Gelegenheitstrinker. Allein aus Neugierde versuchen sie gelegentlich andere Gifte, besonders ein unreines Opium-

präparat, das sowohl geraucht wie getrunken wird, dann Cocain, Morphin und Heroin. Sie machen keinen regelmäßigen Gebrauch von diesen Mitteln, von den mittleren, weil sie teuer sind, vom letzteren, weil sie, wenn sie einmal angefangen haben, ausgesprochene Heroinisten werden. Die reinen Haschischsüchtigen sind stolz auf den Haschisch und sehen auf die anderen Süchtigen mit Verachtung herab. Ich habe den Eindruck, daß Haschischpsychosen nur bei solchen reinen Süchtigen entstehen.

Bei den episodischen Verwirrheitszuständen ist der Charakter der exogenen Entstehungsart sehr ausgesprochen. Trotzdem tauchen bereits hier einige Schwierigkeiten in der Unterscheidung gegen leichte, schleichend beginnende oder kurze Schübe aufweisende Hebephrenien auf. Hier wird man aber die Bedeutung des vorangegangenen Mißbrauches und den schon erwähnten exogenen Charakter der Symptome dieser Episoden nicht außer Acht lassen dürfen.

Anders liegen die Verhältnisse bei den chronischen Haschischpsychosen, bei welchen eine selbstverständliche, aber ebenso wichtige Voraussetzung ist, daß sie bei völliger Abstinenz verlaufen müssen. Hier fällt zunächst die außerordentliche Seltenheit dieser Fälle bei einer enormen Verbreitung der Sucht auf — wobei der ganze Orient, besonders Ägypten und Indien miteinbezogen werden. Diese Tatsache allein ist zwar nicht geeignet, die Existenz solcher Psychosen in Zweifel zu setzen — man braucht nur an das ähnliche Problem der Alkoholhalluzinosen zu denken —, erklärt aber die ungenügende Kenntnis und die Schwierigkeit ihrer Erforschung. Die Angaben einer großen Anzahl von Haschischpsychosen in Anstaltsstatistiken unterstützen ebensowenig wie die bekannt gegebenen Fälle den Aufbau einer Differentialdiagnose.

In allen bisherigen Publikationen wird als ein besonderes Merkmal der Haschischpsychosen angegeben, daß sie in vollständige Wiederherstellung ausgehen. Wir kennen aber auch bei den Schizophrenien sehr gute Remissionen, die sich über viele Jahre ausdehnen. Bis jetzt fanden wir in der Haschischliteratur keine Angabe darüber, wie lange solche Fälle nach der Entlassung weiter verfolgt werden konnten. Ob sie, wie mein zweiter Fall, für viele Jahre psychosefrei blieben oder ob sie wieder Mißbrauch trieben und von neuem psychotisch wurden, bleibt ungeklärt. Es fragt sich nun, ob man nur diesen einen Anhaltspunkt zur Differentialdiagnose gegen die Schizophrenie anführen kann. Bei meinen zwei oben kurz erwähnten Fällen wurde die Differenzierung dadurch möglich, daß der erste über seine psychotischen Erlebnisse noch verfügte und sie mitteilte. Bei ihm stellten die im Anfangsstadium vorgekommenen deliranten Erlebnisse in ihrem exogenen Charakter etwas für Schizophrenie Ungewöhnliches dar. Im zweiten Fall schienen zwar ähnliche Delirerlebnisse im Beginn der Psychose vorgekommen zu sein, doch ihre Sicherstellung konnte zur Zeit der Untersuchung nicht mehr

geschehen. Es bleibt hier wieder nur die 7jährige Remission als Stützpunkt der Diagnose, zumal wir wissen, daß er in dieser Zeit wiederholt in Anstaltsbehandlung war und als psychosefrei charakterisiert wurde.

In den weiteren psychotischen Fällen, bei denen ein Haschischmißbrauch sicher der Psychose vorangegangen war, kam ich zur Schizophreniediagnose. In einem Fall schien es, daß der Beginn der Psychose mit dem Anfang des Mißbrauches zusammenfiel oder jedenfalls die prä-morbide Persönlichkeit schon auffällig war. Ebenso zeigte sich bei einigen anderen, daß Verlauf und Symptomatik der Psychose ununterscheidbar mit schizophrenen Prozessen übereinstimmten. *Die Ähnlichkeiten, die zwischen einer chronischen Haschischpsychose und einer Schizophrenie bestehen, können heute unseres Erachtens die Unterscheidung allein auf Grund des Zustandsbildes völlig unmöglich machen.* Damit wäre ein viel-erörtertes Problem angeschnitten: Die Frage nach der sog. symptomatischen im Gegensatz zur idiopathischen Schizophrenie.

Es bleibt die Frage offen, ob es überhaupt Fälle von Haschisch-psychose gibt, die unheilbar sind und nach Jahren in einen „Endzustand“ ausgehen. Die vorliegenden Beobachtungen reichen für die Beantwortung dieser Frage noch nicht aus.

Ich glaube aber, daß man heute zunächst einmal mit Sicherheit sagen kann, daß *im Gefolge von chronischem Haschischmißbrauch überhaupt kürzer und länger dauernde exogene Psychosen entstehen können.* Die Erfahrungen mit Haschisch haben ebenso wie die Arbeiten *Beringers* mit Meskalin eine doppelte Bedeutsamkeit: Sie vermitteln uns die Kenntnis experimenteller Psychosen, und sie werfen ein Licht auf die gleichgeordneten akuten und chronischen Psychosen, die in Mitteleuropa durch den Alkohol erzeugt werden.

---