

## „Drugs“\*

DOOR P. J. GEERLINGS, PSYCHIATER\*\*

*Inleiding.* De laatste jaren bestaat een overwel-digende belangstelling voor „drugs“. Iedereen heeft wel enig idee wat drugs zijn, maar het is moeilijk een goede definitie ervan te geven.

De farmacologische definitie van Nelemens luidt: „Drugs zijn stoffen, die psychische verande-ringen teweegbrengen, die als attractief worden ondervonden, waarbij het opnemen en/of verwerken van prikkels verandert en die worden gebruikt zon-der dat daarvoor een medische indicatie bestaat.“

Chemisch en farmacologisch vormen zij een zeer heterogene groep — uiteenlopend van sterk ge-neesmiddel, alcohol, hashisch tot vlekkenwater — met als enig gemeenschappelijk kenmerk dat zij het centrale zenuwstelsel beïnvloeden.

Sociologisch gezien zijn drugs genotmiddelen, die door het waardeoordeel dat de maatschappij over het gebruik geeft, worden afgezonderd van andere genotmiddelen. Dit waardeoordeel betreft het gedrag van de gebruikers en is discutabel; op-vallend is de selectieve aandacht die aan het ge-bruik wordt geschonken.

*Benaderingswijze van drug-gebruikers in Am-sterdam.* Mijn inzichten in de vormen van drug-gebruik heb ik aanvankelijk verkregen toen ik als assistent op de psychiatrische afdeling van het Wil-helmina Gasthuis werkte. Daarna kwam ik in con-tact met gebruikers die niet in moeilijkheden wa-ren gekomen en die nog nooit wegens het gebruik van drugs met een arts of de justitie in aanraking waren geweest.

Deze mensen werden in hun eigen milieu bezocht, een benadering die als „veldwerk“ is te omschrijven. Ik kreeg hierdoor van hen een geheel ander beeld en leerde dat er zeer verschillende groepen gebrui-kers bestaan. Algemeen bleek een grote behoefte te constateren aan medische hulp, zonder justitiële consequenties.

In april 1968 startten wij een open spreekuur voor jonge druggebruikers in de Jellenik-Kliniek, waar jongeren gratis hulp kunnen krijgen. Wij heb-ben nu ongeveer 300 patiënten die allen vrijwillig zijn gekomen; zij werden meestal verwezen door vrienden en vrijwel nooit door een huisarts, omdat de meesten geen huisarts hebben of niet naar de familie-huisarts willen gaan. Het contact met de ouders is trouwens vaak verbroken. Indien zij via de politie kwamen, was dat eveneens vrijwillig.

\* Verslag van een op 6 oktober 1970 gehouden voordracht.

\*\* Verbonden aan de Psychiatrische Universiteitskliniek van het Wilhelmina Gasthuis en de Jellenik-Kliniek te Am-sterdam.

*Fasen in drug-gebruik.* Het drug-gebruik is een proces waarin verschillende fasen zijn te onder-scheiden. Voor eventuele behandeling van een ge-bruiker is het essentieel te weten in welke fase hij is. De volgende fasen worden onderscheiden.

1 *Experimenteerfase.* De meeste gebruikers begin-nen met roken van hashisch of marihuana uit sen-satiezucht of nieuwsgierigheid. Het experimenteren met hashisch komt op middelbare scholen in Am-sterdam frequent voor.

2 *Fase van geïntegreerd gebruik.* Daarnaast is er een groep die overgaat op regelmatig gebruik, voornamelijk van hashisch. In Amsterdam wordt hun aantal geschat op 15 000 tot 20 000. Hashisch en marihuana worden meestal in groepen gerookt; er is dus sprake van sociaal gebruik, hoewel het middel niet algemeen sociaal is geaccepteerd. Velen van hen zijn erin geslaagd het gebruik te inte-greren in hun maatschappelijk bestaan; zij zijn ac-tief, hebben een vaste baan of studeren aan de uni-versiteit.

Om tot geïntegreerd gebruik te komen is overi-gens een langdurig leerproces nodig. Soms kost het een jaar om het gevoel van „high“-zijn te kunnen beleven. Het geïntegreerd gebruik is in Oosterse landen reeds lang bekend.

Vanaf 1950 was er in Nederland een groep kun-stenaars die in kleine kring rookte. Zij kregen min-der aandacht dan de groepen adolescenten die later drugs gingen gebruiken. Het drug-gebruik nam enorm in omvang toe in de periode dat de jeugd-bewegingen opbloeden, zoals Provo en Flower-Power.

3 *Kritieke fase.* Hierin zijn de gebruikers afhan-kelijk geworden van de drugs en de situatie waarin deze worden genomen, de zogenaamde „drug-cul-tuur“. Er bestaat bij hen veel minder belangstel-ling voor zaken die niets met drugs hebben te ma-ken; men neemt ook taal, kleding en gewoonten van andere drug-gebruikers over. Het grootste percen-tage van hen had langdurig verschillende soorten drugs gebruikt. Bovendien waren zij niet in staat te wachten totdat een sociale situatie was ontstaan.

4 *Chronische fase.* In de chronische fase bestaan vele lichamelijke en psychische afwijkingen. Ken-merkend is, dat de drug-gebruiker reeds enkele ma-len heeft getracht ermede op te houden, evenwel zonder succes; hierdoor is hij zich zeer goed be-wust van zijn afhankelijkheid van de middelen. De meesten hebben geen werk, velen zijn met de jus-titie in aanraking geweest.

De patiënten die ons spreekuur bezoeken, verke-

ren allen in de kritieke of chronische fase. Zij komen, omdat zij zich door het drug-gebruik onvrij voelen; het is reeds enkele malen mislukt eraf te komen; zij voelen zich dan ook echt een „junkie”. De meesten gebruikten dagelijks hashisch en opium (tot driemaal per dag), soms amfetamine en enkele malen per week lyserginezuur-diethylamide (L.S.D.). Meestal is hun gehele dag gevuld met het zoeken naar en gebruiken van drugs.

Tabel 1. Overzicht gebruikte middelen

Verbindingen	Man- nen	Vrou- wen	To- taal
Cannabinolen (marihuana, hashisch) . . . . .	200	29	229
Opiaten (opium, morfine, heroïne, etcetera) . . . . .	143	24	167
Amfetaminen . . . . .	128	18	146
L.S.D. (tevens mescaline, peyote, etcetera) . . . . .	120	18	138
Morning Glory . . . . .	5	—	5
S.T.P. (4-methyl-2,5-dimethoxy- $\alpha$ -amfetamine) . . . . .	5	3	8
Barbituraten } alleen vermeld	3	—	3
Tranquillizers } wanneer sprake	4	—	4
Alcohol } was van	44	—	47
Alcohol } misbruik			
Snuifmiddelen (trichloor, ether, etcetera) . . . . .	16	—	16
Andere middelen zoals dextromethorfan (Romilar), A.P.C.) . . . . .	13	—	13
Verscheidene middelen, niet gespecificeerd . . . . .	1	—	1
Totale aantal cliënten . . . . .	214	31	245

Bijna alle patiënten gebruikten cannabis (hashisch en marihuana); voor de meesten was cannabis het eerste gebruikte middel.

De werkzame bestanddelen zijn in hashisch sterker geconcentreerd dan in marihuana. In 1968 verrichtte *Cohen* een uitgebreid onderzoek in Nederland onder ongeveer 1 000 drug-gebruikers. Het bleek dat 99 procent hashisch gebruikte. Een „nieuweling” heeft dus een veel grotere kans om vrienden te treffen die hashisch consumeren, dan mensen die andere middelen nemen. Bovendien wordt hashisch voornamelijk in sociale situaties gebruikt en zijn de consumenten eerder geneigd hashisch of marihuana aan te bieden dan andere middelen. Dit betekent dat iemand, die niet bevreesd is een stof tot zich te nemen die door onze cultuur niet algemeen is geaccepteerd, een zeer grote kans maakt met hashisch te beginnen. Dit betekent niet dat hashisch-gebruikers altijd overstappen op een andere drug.

L.S.D. wordt in de vorm van kleine pilletjes of papiertjes met L.S.D.-vloeistof geslikt. De snuifmiddelen worden niet door een dergelijk groot aantal consumenten toegepast; het gaat hier vooral om vaak ernstig gestoorde 14- tot 16-jarigen, die individueel gebruiken.

Het consumeren van alcohol en barbituraten werd genoteerd wanneer het gebruik een probleem vormde; soms zag ik misbruik van deze stoffen optreden, wanneer de patiënten van de eerder genoemde middelen af waren en overstapten op door onze cultuur geaccepteerde middelen, zoals alcohol.

#### *Enige gegevens over de groep gebruikers*

De leeftijd van de patiënten op ons spreekuur varieert van 14 tot 25 jaar, met een piek bij 20 jaar. Tussen het begin van het gebruik en de eerste vraag naar hulp ligt gemiddeld twee jaar.

De vrouwen beginnen in het algemeen op jongere leeftijd.

De helft van de patiënten heeft geen inkomen.

Contacten met de justitie waren bij de bezoekers van onze polikliniek in 50 procent zeker, hieronder vielen overigens ook delicten betreffende overtredingen van de openbare orde.

#### *Gewenste en ongewenste effecten en acute therapie.*

*Cannabis.* Degenen die cannabis voor de eerste maal gebruiken, ervaren meestal weinig. Zij worden soms misselijk, opgewonden, lacherig of angstig. De ervaren consument krijgt, wanneer hij „high” is, een gevoel van verbondenheid met de anderen; hij ziet allerlei samenhang; tegenstellingen schijnen opgelost; een en ander gaat gepaard met een gevoel van tevredenheid in innerlijke rust. Objectief is het effect atropine-achtig: de gebruiker is suf en afwezig, heeft rode conjunctivae en een tachycardie.

Wanneer cannabis wordt gerookt, is de dosering letterlijk in de hand te houden; wordt de gebruiker door een te hoge dosis angstig, dan kan hij dit in vele gevallen bestrijden met zoete dranken die de uitscheiding bevorderen. Acute intoxicaties komen nogal eens voor bij experimenteerders die een blokje hashisch in één keer slikken; dan kunnen panische angsten, paranoïde ideeën, met wisselend bewustzijn en pseudo-hallucinaties optreden. De therapie bestaat in de eerste plaats uit kalmeren en zoete dranken laten drinken; zo nodig 100 mg chlordiazepoxyde (Librium) intramusculair, dit werkt na 30 tot 60 minuten.

*L.S.D.* De psychische effecten van L.S.D. zijn niet te voorspellen, zij zijn in grote mate afhankelijk van individuele factoren zoals vroegere ervaringen, verwachtingen, de setting waarin L.S.D. wordt genomen en wat dies meer zij.

Vele L.S.D.-gebruikers streven naar een transcendente ervaring zoals deze door mystici wordt beschreven. Het lichaamsbeleven kan dan geheel verdwijnen, men voelt zich één met het universum, er is een groot geluksgevoel, men doorziet ineens intuïtief de gehele werkelijkheid, alles houdt verband met elkaar. Op het moment dat het lichaamsbeleven geheel verdwijnt, kan de consument ook het gevoel krijgen niet meer eruit te komen, dood te gaan. Het motief voor een L.S.D.-trip is vaak het verkrijgen van betere introspectie en contact met

anderen. Sommige mensen die enkele malen L.S.D. hebben gebruikt, proberen een dergelijke ervaring op andere wijze te verkrijgen, bijvoorbeeld door meditatie.

Vaak wordt gezien dat men na gebruik van L.S.D. meer belangstelling heeft in de artistieke richting en dat men zich minder interesseert voor het maken van een carrière. In extreme gevallen trekken de gebruikers zich volledig terug uit de maatschappij, zij interesseren zich in het geheel niet meer voor werk of studie. Dit wordt nog versterkt door hun ideologie van „drop-out” te willen zijn als protest tegen de maatschappij.

Bij laboratoriumonderzoekingen is gebleken, dat na eenmaal L.S.D. te hebben gebruikt reeds karakterveranderingen kunnen optreden, die na een half tot een jaar nog bestaan, met name een verminderde neiging tot competitie en carrière maken. Objectief heeft L.S.D. een sympathicomimetisch effect: wijde pupillen, tachycardie, hypertensie, etcetera.

Bij acute intoxicatie worden panische angsttoestanden gezien met paranoïd-hallucinatoire beelden; soms manische beelden met grootheidsfantasiën. De therapie is weer: eerst kalmeren, veelvuldig zoete dranken laten drinken en eventueel 100 mg chlordiazepoxyde intramusculair inspuiten.

Fenothiazines geven door hun tensiedaling eerder complicaties, vooral wanneer naast L.S.D. andere middelen zijn gebruikt, met name S.T.P. en amfetaminen.

*Amfetaminen.* Deze verbindingen verhogen de stemming en het zelfgevoel; zij verminderen de vermoeidheid en zij schijnen subjectief de prestaties te verbeteren. Amfetaminen worden gebruikt in de sport („doping”), als vermageringsmiddel of als pepmiddel in stress-situaties. Deze groep consumenten wordt nauwelijks op onze polikliniek voor drug-gebruikers gezien. Wij hebben de indruk, dat onder degenen die amfetaminen in hoge doseringen inspuiten, relatief veel mensen voorkomen met delinquent gedrag. Het gebruik van amfetamine lijkt het oplossen van conflicten in „acting-out” gedrag te bevorderen. Per keer wordt naar schatting soms meer dan 500 mg gespoten. Wanneer de dosis is uitgewerkt wordt de gebruiker depressief, hij heeft alle initiatief verloren, alleen een nieuwe dosis kan hem tot activiteit brengen. De vicieuze cirkel is dan rond. Vaak worden afwisselend opiaten gespoten om tot slapen te komen.

Van de 146 patiënten die ons spreekuur bezochten, hadden 50 een of meer psychotische toestanden met paranoïde ideeën, stereotiep gedrag, hallucinaties en in extreme gevallen parasietenwaan.

De therapie bestaat uit 100 mg chlordiazepoxyde, eventueel 2 mg haloperidol (Serenase), gecombineerd met 25 mg promethazine (Phenergan).

*Opiaten.* De meeste mensen die zich normaal prettig voelen, ervaren het gebruik van opium als onaangenaam. Wanneer men angstig of depressief is of pijn heeft, kan opium deze onlustgevoelens

echter bestrijden. Er treedt een snel veranderende tolerantie op, de benodigde doses worden steeds groter. Vaak zien wij dat door het chronische gebruik van opium allerlei psychiatrische beelden worden gemaskeerd; psychotisch gedrag met angst en paranoïde ideeën worden dan door opium tegengehouden.

De lichamelijke ontwenningssverschijnselen zoals maagkramp, misselijkheid, braken en diarree, kunnen met methadon-HCl worden voorkomen; wij geven meestal een dosis van 10 tot 50 mg per dag.

Het geven van nalorfine is bij verslaafden gecontraïndiceerd wegens de daarmee optredende heftige ontwenningssverschijnselen. Bij acute intoxicatie kunnen ademhalingsmoeilijkheden ontstaan die een klinische opneming nodig maken.

*Therapie op de lange duur.* Wanneer patiënten op onze polikliniek komen, trachten wij na een eerste acute therapie behandeling op lange termijn te realiseren. Het eerste vereiste is een relatie te maken waarin de patiënt zijn arts vertrouwt. Wij kunnen hem dan uitleggen waaraan hij toe is, wat de mogelijkheden en de consequenties zijn van behandeling.

Wij vragen wat de patiënt zelf zich voorstelt van de duur van de behandeling. Het gevoel samen een behandelingsplan op te stellen versterkt de motivatie bij de patiënten.

De tweede stap is de verslaafde afhankelijk te maken van het behandelingscentrum in plaats van de subcultuur waar hij zijn middelen verkrijgt. Om de ontwenningssverschijnselen tegen te gaan, moet hij elke dag zijn medicijnen komen halen; hij heeft dan tegelijkertijd contact met de verpleger of de maatschappelijk werker. Om te weten of hij nog andere middelen gebruikt, wordt regelmatig urine-onderzoek gedaan, waarin de afbraakprodukten van opiaten en amfetaminen door middel van dunne-laag-chromatografie zijn aan te tonen.

Het blijkt dat, wanneer patiënten niet meer de gehele dag bezig zijn met het verkrijgen en spuiten van opium of amfetaminen, er meer tijd en belangstelling komt voor andere activiteiten, zoals bijvoorbeeld werk en relaties. Er wordt dan veel minder gesproken over drugs, maar over problemen waarmee iedere adolescent het moeilijk heeft. Het is daarom van belang, dat de therapeut op de hoogte is van de behandeling van de faseproblemen bij adolescenten.

Bij verslaafden aan opium wordt methadon in aflopende doseringen gegeven. Methadon wordt niet enkel als substituut van de opium toegediend, maar vooral om een therapeutisch proces op gang te brengen. De dosis is vrijwel nooit hoger dan 50 mg per dag, dit in tegenstelling tot therapeuten in de U.S.A., die 120 tot 180 mg methadon per dag geven.

Bij chronisch amfetaminegebruik wordt thioridazine (Melleril) in doseringen van 50 tot 100 mg per dag verstrekt, wegens haar antidepressieve en antipsychotische werking. Wij trachten voor alles het dag- en nachtritme bij de chronische amfeta-

minegebruiker te herstellen. Bij alle gebruikers is begeleiding door het maatschappelijk werk nodig om samen tot herstructurering van het levensplan te komen. Het lichamenlijk ontwennen is bij de therapie niet het moeilijkste punt. Wat daarna komt: het bespreken van de moeilijkheden en de resocialisatie geven veel meer problemen.

Onze ervaring is nog van betrekkelijk te korte

duur om van een permanent resultaat te kunnen spreken. Wij hebben echter de indruk, dat het mogelijk is een zo moeilijk te behandelen groep adolescenten op deze wijze redelijk door een belangrijke fase in hun ontwikkeling te begeleiden.

*Literatuur:* literatuuropgave op verzoek verkrijgbaar bij de auteur.

## REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

70-33 Oral contraceptives and myocardial infarction. *Oliver, M. F., Brit. med. J. (1970) II, 210-213.*

In de periode 1965/69 zag auteur 22 vrouwen van 41 jaar of jonger met een myocardinfarct. Elf van hen gebruikten orale contraceptiva. Dit percentage van 50 is aanmerkelijk groter dan de berekende voor deze leeftijdsgroep (4 - 13%).

Negen van deze elf vrouwen hadden een verhoogd risico voor het ontwikkelen van een ischemische hartziekte wegens hyperlipemie, hypertensie of excessief sigaretten roken. Tien van de elf, die geen orale anticonceptiva gebruikten, vertoonden eveneens een risico verhogende factor. Geen van de 22 vrouwen had een koolhydraat-intolerantie. De overeenkomst tussen de twee groepen was opvallend. Gegevens over vijftien vrouwen van gelijke leeftijd, die in de periode 1960/64, voordat de orale anticonceptie in algemeen gebruik kwam, gaven hetzelfde karakteristieke beeld te zien.

Volgens de auteur is uit zijn onderzoek niet gebleken, dat orale anticonceptie op zich het risico voor het verkrijgen van een myocardinfarct verhoogt, maar hij sluit de mogelijkheid niet uit, dat dit bij vrouwen met een anderzijds verhoogd risico wel mogelijk is. De betreffende risico-factoren zijn: verhoging der serumlipiden, verlaging van de koolhydraat-tolerantie, hypertensie en toegenomen adhesie van de bloedplaatjes.

Door diverse auteurs werden deze activiteiten van orale anticonceptiva aangetoond. De auteur stelt voor na te gaan of bij vrouwen, die een lichte verhoging hebben van hun serumlipiden, lichte hypertensie en koolhydraatintolerantie, tijdens gebruik van orale anticonceptiva ernstiger stoornissen hiervan optreden dan bij vrouwen, die aanvankelijk normaal waren voor wat betreft deze criteria. Indien dit het geval is zouden alle vrouwen, alvorens orale anticonceptiva te gebruiken op deze criteria dienen te worden onderzocht.

Bovendien meent de auteur dat aan vrouwen, die orale anticonceptiva gebruiken en die blijken hyperlipemie te hebben of hypertensie, veiligheidshalve het advies dient te worden gegeven een andere vorm van anticonceptie te kiezen, vooral wanneer deze vrouwen veel sigaretten roken of flink in gewicht zijn toegenomen.

C. H. Bowles

70-36. Blood glucose variations and clinical experience with glibenclamide in diabetes mellitus. *O'Sullivan, D. J. en W. F. Cashman. (1970) Brit. med. J. II, 572-574.*

Glibenclamide (Daonil) is een nieuw actief hypoglycemisch sulfonamide, één van de vele synthetische stoffen, die onderzocht zijn op hypoglycemische eigenschappen van grote sterkte en lange werkingsduur. Farmacologische studies hierover werden reeds door Aumüller en medewerkers in 1966 gepubliceerd en over de klinische proeven werd gepubliceerd door Burns in 1969.

Dertig patiënten (16 vrouwen en 14 mannen) werden over een periode van 15 maanden bestudeerd. Van hen waren 28 ouder dan 40 jaar. Bij 14 was de diabetes korte tijd te

voren vastgesteld en nog niet behandeld. Bij 14 andere was de behandeling met andere orale antidiabetica onbevredigend, terwijl twee patiënten redelijk waren ingesteld op insuline, maar hadden verzocht op orale medicatie te worden overgezet.

In het kort wordt de gang van zaken beschreven. Wanneer een significante daling van het bloedsuikergehalte met glibenclamide optrad, maar een optimale diabetes-controle niet kon worden bereikt met glibenclamide alleen, werd Phenformine toegevoegd in een dosering van 50 mg een- of tweemaal daags. Deze gecombineerde therapie was bij negen van de 30 patiënten nodig.

De diabetes-controle werd geacht uitmuntend te zijn, wanneer de bloedsuikerwaarden twee uren na de maaltijden 130 mg/100 ml of minder bedroegen; goed wanneer ze 130-150 mg bedroegen; redelijk bij 150-180 mg en slecht indien meer dan 180 mg/100 ml werd gemeten. Volgens deze criteria bleek de controle met glibenclamide uitmuntend te zijn bij 12, goed bij 8, redelijk bij 5 en slecht bij 5 patiënten. Eén van deze laatste 5 was tevoren reeds jaren op insuline ingesteld en werd na één maand hierop weer teruggeschakeld.

Glibenclamide bleek, zoals werd verwacht, vooral zeer effectief bij recent ontdekte diabetes-patiënten en minder bij degenen, die reeds lang tevoren met weinig succes met andere hypoglycemische middelen waren behandeld.

Glibenclamide werd in een enkele dagdosis bij het ontbijt verstrekt. Het bleek, dat het middel zijn hypoglycemische werking gelijkmatig over de 24 uur uitoefende en dat de bloedsuikerwaarden om 12 uur 's nachts en in de vroege ochtenduren volkomen vergelijkbaar waren met die op de andere tijden van de dag. Toxische nevenwerkingen waren merkwaardig zeldzaam, van geringe betekenis en voorbijgaand zonder wijzigingen in medicatie of dosering. Andere onderzoekers hebben wel eens lichte maagdarfstoornissen geconstateerd.

Glibenclamide blijkt 50- tot 600-maal zo sterk te werken als tolbutamide. Het veroorzaakt een verlengde en persistente stimulatie van de bèta-cellen van de pancreas van de hond en heeft geen effect bij een pancreas-loze hond of bij een alloxaan-diabetisch konijn. Het anti-lypolytische effect is viermaal zo sterk als van tolbutamide. Andere onderzoekers hebben bij vergelijking met tolbutamide en chlorpropamide geconstateerd, dat met glibenclamide de bloedsuikerwaarden bij hun patiënten lager waren en de insulineexcretie-curve minder variabel was dan bij de andere twee farmaca. De sterke dosis-effect-relatie van glibenclamide houdt het gevaar in van hypoglycemiën. In de praktijk vinden de auteurs dit gevaar wel mee te vallen, indien men maar voorzichtig met de dosering stijgt tot de optimale is bereikt. Bij de huidige proef varieerde de dosering van 2,5 tot 20 mg per dag. Meer dan 20 mg blijkt zinloos te zijn.

De diabetes-controle met glibenclamide vereist betere en zorgvuldiger controle dan met de andere orale antidiabetica, maar hier zien de auteurs toch ook wel een winstpunt in.

C. H. Bowles