

# COMPENDIUM DRUGVERSLAVING EN ALCOHOLISME

diagnostiek en behandeling

door

J. H. VAN EPEN

*psychiater bij het Consultatiebureau voor Verslavingsziekten in  
Rotterdam*



1974

AGON ELSEVIER AMSTERDAM/BRUSSEL

*Voor: Amy, Bibi en Dirk*

# INHOUD

<i>Ten geleide</i>	v
<i>Woord vooraf</i>	vii
<b>1. Algemene begrippen</b>	1
1.1 Definities	1
1.2 Indeling van alle drugs	10
1.3 Indeling van de drugs op grond van het effect op het bewustzijn	11
1.4 Typologieën van druggebruikers	14
1.4.1 Onderverdeling van druggebruikers op grond van de door hen gebruikte soort drug	14
1.4.2 Onderverdeling van druggebruikers op grond van de onderliggende psychopathologie	15
1.4.3 Onderverdeling van druggebruikers op grond van de fase van het druggebruik	17
1.4.4 Praktisch bruikbare typologie van verslaafden, berustend op meerdere criteria (soort stof, toedieningsweg)	19
1.5 Beoordeling van de gevaren van druggebruik	24
<b>2. Algemene diagnostiek</b>	27
2.1 Anamnese	27
2.2 Lichamelijk onderzoek van de niet-bewusteloze patiënt	28
2.3 Onderzoek van de bewusteloze patiënt	30
2.4 Laboratorium- en verder onderzoek	35
2.4.1 Herkennen van stoffen	35
2.4.2 Urine-onderzoek op drugs	36
2.4.3 Verder (laboratorium-)onderzoek	37
2.5 Lichamelijke ziekten bij ernstige drugverslaafden	38
<b>3. Algemene therapie</b>	43
3.1 Enkele opmerkingen vooraf: niveaus van therapeutische benadering, 'modellen'	43
3.1.1 Het somatische, medische model (artsen, internisten, biochemici)	43
3.1.2 Het psychiatrische model (psychiaters, psychologen)	44
3.1.3 Het sociaal-psychologische model (sociologen, psychologen, maatschappelijk werkenden)	44
3.1.4 Het existentieel-antropologische model	45

3.2	De detoxificatiefase	46	7.4	Marihuana en hasj	108
3.3	Het post-detoxificatiesyndroom	47	7.5	Bananeschillen en nootmuskaat	118
3.4	De resocialisatiefase	49	7.6	Andere plantaardige tripmiddelen	119
3.5	Over motivatie	50	8.	<i>Clon-mifing</i>	123
3.6	Moeilijkheden en problemen bij de behandeling van ernstige verslaafden aan drugs	51	8.1	Algemene opmerkingen	123
4.	<i>Opiaten</i>	54	8.2	Tri, tetra	125
4.1	Algemene opmerkingen over opium	54	9.	<i>Bromoparalaten (bromiden en mono-ureïden)</i>	126
4.2	Het gebruik van opium en opiaten, verslaving, onthouding	55	10.	<i>Sedatie, tranquillanta, psychofarmaca, anti-parkinsonmiddelen</i>	130
4.3	Het kwantificeren van onthoudingssymptomen	60	11.	<i>Pijntilende middelen</i>	134
4.4	Opiatenantagonisten, nalorphine	61	11.1	Salicylaten	134
4.5	Spuitverslaving	64	11.2	Fenacetine	135
4.6	Morfinisme oude stijl	66	11.3	Fortral (pentazocine)	136
4.7	De methadononderhoudsbehandeling en andere behandelingsmethoden bij verslaving aan opiaten	68	12.	<i>Mofet</i>	138
4.7.1	Praktische wenken voor de behandeling van een onthoudingssyndroom met aansluitende methadononderhoudsbehandeling	74	12.1	Algemene opmerkingen	138
4.8	De meest gemaakte fouten bij methadonbehandeling	76	12.2	Gebruik, verslaving	139
4.9	Methadononderhoudsbehandeling: hoge of lage dosis?	80	12.3	Lichamelijke en psychiatrische complicaties	146
4.10	Kritiek op de methadononderhoudsbehandeling	80	12.4	Medicamenteuze behandeling bij alcoholisme	154
4.11	Therapie van de ernstige spuitverslaving	82	13.	<i>Tofet</i>	160
5.	<i>Wekaminen en verwante stoffen</i>	83	14.	<i>Druggebruik en voortplanting</i>	163
5.1	Algemene opmerkingen	83	14.1	Invloed op de sexualiteit	163
5.2	Het gebruik van wekaminen, complicaties	84	14.2	Chromosomale beschadigingen, aangeboren afwijkingen	164
5.3	Cocaine en andere 'natuurlijke' pepmiddelen	89	14.3	Methadonbaby's	164
5.4	Therapie wekaminenverslaving	93	15.	<i>Clonidine</i>	166
6.	<i>Slaapmiddelen</i>	95	16.	<i>Clonidine</i>	169
6.1	Algemene opmerkingen	95	17.	<i>Clonidine</i>	181
6.2	Barbituraten: gebruik, effecten, complicaties, onthouding	96			
6.3	Glutethimide (doriden) en methaqualon (mandrax)	100			
6.4	Paraldehyde, chloralhydraat	101			
7.	<i>Tripmiddelen</i>	102			
7.1	Algemene opmerkingen	102			
7.2	LSD-gebruik, risico's, flippen, flash-back	103			
7.3	STP, DMT	108			

### Therapie

Men vindt bij lichte gevallen vermeld wondexcisie, anti-toxine (om de wond en i.v.), penicilline en centraal aangrijpende spierverslappende sedativa (diazepam = valium).

Bij middelzware gevallen bovendien tracheotomie, intubatie en sondevoeding, en bij ernstige gevallen curarisering, anticoagulantia, alsmede alfa- en betasympathicolitica bij sympathicusoverprikkeling. Het beste is het de patiënt bij verdenking op tetanus zo spoedig mogelijk af te voeren naar een gespecialiseerd centrum.

*Het is voorts van belang ervoor zorg te dragen dat spuiters over een voldoende immunisatiegraad beschikken.*

### BACTERIËMIE EN SEPSIS

Snel na een shot wordt niet zelden een koortspiek gepaard gaande met een koude rilling gezien. Bij *bacteriëmie* komt na het shot een golf micro-organismen in de bloedbaan. In de regel heeft dit geen ernstige consequenties: de micro-organismen worden gefagocyteerd. Bij grote aanvalskracht van het micro-organisme en lage weerstand van de patiënt kan een *sepsis* ontstaan met als symptomen o.a. hoge, 'pikende' temperatuur, ernstig algemeen ziekzijn, verschijnselen van toxisch-infectieuze shock en eventueel vorming van metastatische abscessen. Meestal zijn bij sepsis bij spuiters gramnegatieve micro-organismen in het spel. Voor de diagnose zijn *herhaalde bloedkweken* essentieel; het beste tijdstip voor het afnemen van de kweek is het moment dat de temperatuur snel stijgt, hetgeen met een koude rilling gepaard kan gaan. Het bloed moet in de broedstof bewaard worden!

### Therapie

Aanvankelijk 'blind', later gericht antibiotisch. Bestrijden van eventuele toxisch-infectieuze shock (internist).

### ACUTE BACTERIËLE ENDOCARDITIS\*

Bij niet-steriele intraveneuze injecties kan acute bacteriële endocarditis ontstaan, waarbij een voorkeur lijkt te bestaan voor de tricuspidaalklep, als gevolg waarvan de symptomatologie vaak *pulmonaal* is (septische embolieën in de longen!). Souffles kunnen afwezig zijn. Men moet aan dit beeld denken als spuiters een combinatie van 'pneumonie' met sepsis lijken te hebben. De oorzakelijke micro-organismen zijn staphylococcus aureus, candida of diverse gramnegatieve micro-organismen.

\* CHERUBIN, 1968.

## 3. ALGEMENE THERAPIE

### 3.1 ENKELE OPMERKINGEN VOORAF: NIVEAUS VAN THERAPEUTISCHE BENADERING, 'MODELLEN'

De niveaus van therapeutische benadering hangen onder andere samen met de geaardheid, opleiding en instelling van de therapeuten. Zij werken, bewust of onbewust, met bepaalde 'modellen'.

We onderscheiden het somatisch-medische, het psychiatrische, het sociaal-psychologische (sociologische) en tenslotte het antropologische model.

#### 3.1.1 Het somatische, medische model (artsen, internisten, biochemici)

Aanhangers van het somatische, medische model zien *verslaving als een metabole ziekte*. Gebruik van een bepaalde stof wordt bekeken vanuit de invalshoek van de toxicoloog.

Men zal zich afvragen of het gebruik van een bepaalde stof beschadiging van enig orgaan of weefsel heeft veroorzaakt. Men zal zich afvragen *hoe* deze schade te diagnosticeren en te behandelen is. Men zal voor de diverse in aanmerking komende stoffen 'verslavingsprofielen' opstellen: merken symptomen die men bij vele patiënten bij bepaalde graden van verslaving kan aantreffen. Dit is voor de alcohol geschied door JELLINEK, voor de slaapmiddelen door ISBELL, voor de wekaminen door RYLANDER, voor de tabak door TOMKINS enz.

De behandeling zal over het algemeen *medicamenteus* zijn. Men denke bijvoorbeeld aan de behandeling van opiaten-addictie door middel van methadon of door middel van antagonist (cyclazoline). Individuele psychotherapie zal over het algemeen door aanhangers van het somatisch-medische model niet noodzakelijk geacht worden. Men zal niet geloven in specifieke onderliggende problemen als oorzaak voor addictie, evenmin zal men waarde hechten aan theorieën over een *addictieve persoonlijkheidsstructuur*.

Het somatisch-medische model heeft grote waarde bij de behandeling van addictie, men denke slechts aan de methadonbehandeling, de refusalbehandeling en aan de pimozide-behandeling (bij wekaminenaddictie).

De beperking van het somatisch-medische model is de misschien te geringe aandacht die aanhangers van dit model hebben voor psychogene en sociogene factoren.

### 3.1.2 Het psychiatrische model (psychiaters, psychologen)

Aanhangers van het psychiatrische model zien verslaving als een *sympoom van een onderliggende karakterstoornis, dan wel psychiatrisch lijden*.

Men zoekt naar specifieke kenmerken van zgn. addictieve persoonlijkheidsstructuren. De grondgedachte is: hef de onderliggende psychische stoornis op en de verslaving verdwijnt vanzelf. Indien men de verslaving behandelt zonder iets te doen aan de oorzaak is de behandeling gedoemd te mislukken. Aanhangers van het psychiatrische model zoeken bijvoorbeeld naar geprotaheerde depressies om alcoholisme en naar langdurige angsttoestanden om verslaving aan bijvoorbeeld slaapmiddelen of tranquillanta te verklaren. Verslaafden worden vaak beschouwd als oraal gefixeerd.

De resultaten van behandeling via een *uitsluitend* toepassen van het psychiatrische model vallen tegen. Er zijn te weinig psychotherapeuten. Behandeling van het onderliggende lijden is vaak niet of nauwelijks mogelijk; bovendien is het een ervaringsfeit dat wegnemen van de grondoorzaak vaak de verslaving *niet* opheft: het verslavingssyndroom is immers relatief autonoom.

Voordeel van de toepassing van dit model is de intense individuele aandacht voor de patiënt (deze aandacht schiet bij toepassing van het somatisch-medische model weleens tekort).

### 3.1.3 Het sociaal-psychologische model (sociologen, psychologen, maatschappelijk werkers)

Aanhangers van het sociale of sociaal-psychologische model stellen dat het gebruik van een bepaalde stof *een functie heeft in het intermenselijk verkeer*. Overmatig gebruik en verslaving is een *sympoom van een gestoorde relatie tussen mensen*.

Men kan bijvoorbeeld denken aan de alcoholist die door te drinken wraak neemt op zijn overprotectieve doch emotioneel kille vrouw, of aan de adolescent die drugs gebruikt om zijn ouders te bewijzen dat hij onafhankelijk is en dergelijke. Aanhangers van het sociale model zullen zoeken naar de relatiestoornissen die het deviant druggebruik veroorzaakt hebben. Zij zullen trachten door middel van interactie-therapie met bijv. gezinsgroepen de functie van het middel in de relatie duidelijk te maken en de functiestoornis op te heffen.

Deze benaderingsmethode, die o.a. op maatschappelijk werkers en sociaal-psychologen een grote aantrekkingskracht heeft, lijkt nuttig te zijn *indien bij psychisch relatief gezonde mensen die duidelijke relatiestoornissen hebben, nog geen ernstige versla-*

*ving is opgetreden*. Indien er wel van een duidelijk verslavingssyndroom sprake is zal oplossing van relatieconflicten (voor zover mogelijk) de verslaving meestal *niet* opheffen (het verslavingssyndroom is immers relatief autonoom).

De problemen die voortvloeien uit de behandeling van verslaafden volgens dit model opduiken zijn vele: er is een tekort aan mensen met scholing in relatietherapie, niet-verslaafde familieleden zullen vaak (terecht of ten onrechte) weigeren aan de behandeling mee te werken (zij zijn immers geen 'patiënt'), terwijl ook de theoretisch-wetenschappelijke fundering van de sociale benaderingswijze zwak is. In enkele individuele gevallen lijkt de methode echter van grote waarde.

Een goede indruk omtrent deze benaderingswijze krijgt men door het lezen van het hoofdstuk over 'de alcoholist' in BERNES' bekende boek *Games People play* (Nederlandse vertaling: *Mens erger je niet*). Het 'drugspel' wordt uitvoerig behandeld in *Kinderen spelen met hun ouders* door A. H. CHAPMAN.

### 3.1.4 Het existentieel-antropologische model

Het denkmodel der zgn. antropologische psychiaters ontleent zijn grondslagen aan filosofie, theologie en mystiek. *Verslaving wordt gezien als in strijd met een van de meest basale menselijke eigenschappen: de menselijke vrijheid*.

Verslaving wordt derhalve eerder als een moreel dan als een medisch probleem gezien. Deze methode heeft aantrekkingskracht op sommige psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en zielszorgers. De waarde ervan is beperkt. Als 'bovenbouw' bij andere behandelingsmethoden heeft de antropologische benadering een zekere waarde. Speciaal intelligente adolescenten verslaafden aan tripmiddelen, die spontaan vaak reeds een hang naar filosofie, mystiek en religie tonen, worden door deze methode aangesproken. Een praktisch toepasbare, overdraagbare therapievorm bestaat niet. Een gedeelte van het succes dat Jezus-freaks, Finkstergemeente, AA, DA, Leger des Heils enz. hebben bij de behandeling van addicts (en deze resultaten zijn te belangrijk om te bagatelliseren!) berust op een (vaak onbewuste) toepassing van het existentieel-antropologische model.

Aanhangers van het antropologische model zullen veelal bewustzijnsverandering als een waardevolle uitbreiding en verrijking van de menselijke zijnsvormen toejuichen, doch bewustzijnsverandering op een (te gemakkelijke) wijze door middel van drugs verkregen, verwerpen. Vandaar hun soms aanwezige interesse voor methoden, technieken, ter verkrijging van bewustzijnsveranderingen (= ASC = altered states

of conscience) zonder druggebruik. Zulke technieken zijn bijvoorbeeld meditatie, yoga, stroboscopische effecten, slaapdeprivatie enz. Sedert mensenheugenis worden dergelijke technieken door mystici, yogi enz. toegepast. Voor een goed overzicht over deze problematiek leze men *The Mastergame* door ROBBERT S. DE ROFF (Nederlandse titel: *Het Meesterspel*, d.w.z. het spel met het menselijk bewustzijn, zonder druggebruik).

Bij de behandeling van ernstige verslavingen kan men over het algemeen een drietal fasen onderscheiden: *de detoxificatiefase, het post-detoxificatiesyndroom en de resocialisatiefase.*

### 3.2 DE DETOXIFICATIEFASE

De verschijnselen van de detoxificatiefase worden bij de bespreking van de diverse stoffen behandeld. Gedurende de detoxificatiefase zal de patiënt in de regel opgenomen zijn. Voortdurende medische zorg en begeleiding is noodzakelijk. Vaak bestaan ernstige lichamelijke kwalen en vaak ontstaan of bestaan onthoudingsymptomen, vaak ook zijn de patiënten psychotisch.

Gedurende deze fase wordt gestreefd naar:

- a. *onthouding van het middel waaraan onderzochte verslaafd is*  
Plotselinge onthouding wordt in de regel toegepast bij verslaving aan alcohol, wekaminen, tripmiddelen; geleidelijke onthouding (reductiekuur) bij verslaving aan opiaten, slaapmiddelen, broompreparaten.
- b. *het opvangen van abstinentieverschijnselen*  
Dit geschiedt door geleidelijk verminderen van de dosis (zoals bij slaapmiddelen en broomverslaving) of door het geven van andere middelen die de onthoudingsverschijnselen opvangen (zoals librium bij alcoholonthouding, methadon bij opiatenverslaving).
- c. *het behandelen van somatische complicaties die een gevolg zijn van het druggebruik*  
(Zie het schema van de lichamelijke ziekten in paragraaf 2.5).
- d. *het behandelen van drugpsychosen*
  - Kortdurende paranoia of paranoïd-hallucinatoire psychosen gepaard gaande met agressie ziet men bij chronische wekamineverslaving.
  - Op schizofrenie gelijkende beelden van meestal korte duur ziet men soms bij langdurig gebruik van extreem grote hoeveelheden tripmiddelen optreden.
  - Delieren en hallucinosen kan men aantreffen bij alcoholisten en bij slaapmiddelen- en broomverslaving.

- Bij alcoholisten treft men voorts aan de jaloersheidswaan, de alcoholparanoia en de ziekten van Korsakow en Wernicke.
- Paranoïde syndromen met hevige depressiviteit ziet men bij het opiatenonthoudingsyndroom.

De behandeling van de psychosen is identiek met de behandeling van psychosen die niet door drugs veroorzaakt worden: met neuroleptica, die per os of door middel van injecties worden toegediend. Bij de keuze van het middel dient men uit te gaan van stoffen die niet hepatotoxisch zijn: vele verslaafden hebben reeds een leverbeschadiging. Fenothiiazinen kunnen een STP-psychose verergeren. Bij delieren is librium in hoge dosis een superieur middel.

- *het instellen van de addict op een onderhoudsmiddel indien maintenance-therapie geïndiceerd is*  
Bijvoorbeeld langzaam stijgende doseringen methadon bij opiatenverslaving, pimozone of depot-neuroleptica bij wekaminenverslaving enz.

### 3.3 HET POST-DETOXIFICATIESYNDROOM (PDS)

De eigenlijke detoxificatiefase, gedurende welke de stoffen die genomen werden en die 'somatic dependence' veroorzaakten uit het lichaam verdwijnen met als gevolg het soms optreden van onthoudingsverschijnselen, duurt zelden langer dan 2 à 3 weken (opiaten, slaapmiddelen, alcohol, wekaminen).

Hierna volgt dan echter nog een post-detoxificatiesyndroom, dat veelal miskend wordt, zowel door addicts als door therapeuten. Het wordt gekenmerkt door de volgende trias van symptomen:

- *depressie*  
Hierbij ontbreken vaak de typische symptomen van het 'vitale depressieve syndroom'. De patiënten zijn moe, lusteloos, voelen zich lamlendig, vaak wanhopig. Ze liggen op bed en zijn nauwelijks tot activiteit te bewegen. Er zijn meestal ernstige slaapstoornissen.
- *prikkelbaarheid*  
De patiënten zijn spoedig geprikkeld, boos, onredelijk tegenover elkaar en tegenover de therapeuten; vaak ontstaan agressieve ontladingen. Na agressie zijn de addicts vaak huilerig, wrokkig, betuigen hun spijt over het gebeurde, beloven beterschap, maar de volgende dag begint de narigheid opnieuw.
- *severeling*  
Het gebruik van drugs is ook een tijdbesteding. Onder in-