Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Medikamentensucht

Autor(en): **Kielholz, P.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **63 (1954)**

Heft 6

PDF erstellt am: **29.03.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-548208

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

URSACHEN UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER MEDIKAMENTENSUCHT

VON DR. P. KIELHOLZ
Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Unter dem Titel «Aetiologie und Therapie der Analgetica- und Hypnotica-Sucht» hielt Dr. P. Kielholz am 2. Mai 1954 an der schweizerischen Apothekertagung in Freiburg im Uechtland den stark beachteten Vortrag, den wir nachfolgend unter dem den Laienlesern angepassten Titel «Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Medikamentensucht» nur wenig gekürzt publizieren. Wir haben lediglich Ausdrücke, die nur dem medizinisch Gebildeten geläufig sind, in die Umgangssprache übersetzt und Literaturangaben, die den Laien nicht interessieren, weggelassen. *Die Redaktion.*

1. Häufigkeit der Medikamentensucht
(unter Ausschluss des Morphinismus)

In der Sprechstunde, aber auch im täglichen Gespräch mit Menschen aus allen Schichten können wir immer wieder feststellen, dass die Gewohnheit, wegen jedes unbedeutenden körperlichen oder seelischen Unbehagens ein Analgeticum oder Hypnoticum einzunehmen, allgemein verbreitet ist. Dieser missbräuchlichen Verwendung der Medikamente wird dadurch noch Vorschub geleistet, dass in fast jedem Restaurant leichte Analgetica (schmerzlindernde Mittel) auf Wunsch serviert werden. Noch bedenklicher erscheint uns die Feststellung, dass eine zunehmende Zahl von Eltern, um abends ruhiger ausgehen zu können, ihren während dieser Zeit unbeaufsichtigten Säuglingen und Kindern Hypnotica (Schlafmittel) oder Sedativa (beruhigende Mittel) verabfolgen. Obwohl die Medikamente dabei meistens in therapeutischen Einzeldosen eingenommen bzw. abgegeben werden, ist zu befürchten, dass sich ein Teil der Konsumenten an die Mittel gewöhnt und süchtig wird, denn wir wissen, dass die Sucht oft erst nach jahrelanger Gewöhnung plötzlich auftritt. Auch aus neuen Publikationen geht hervor, dass die Medikamentensucht während und nach dem Zweiten Weltkrieg besonders in Amerika, aber auch in Europa, stark zugenommen hat.

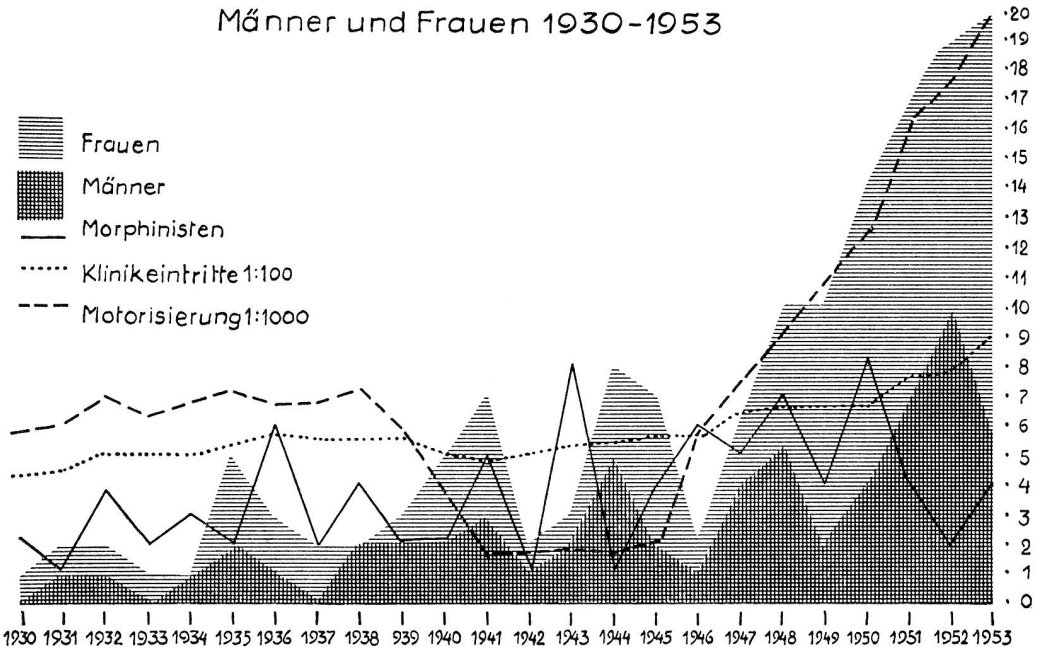
In der gesamtschweizerischen Medizinalstatistik fehlen leider genaue Angaben über die Zahl der Analgetica- und Hypnoticasüchtigen. Wir mussten uns deshalb mit dem uns zur Verfügung stehenden, nur auf Basel beschränkten, jedoch genauen Zahlenmaterial begnügen. Dieses fusst auf der Anzahl der Kranken, die seit 1930 in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel wegen Medikamentensucht behandelt wurden.

Die Toxicomanen (Medikamentensüchtigen) entschliessen sich in der Regel erst dann zu einer Behandlung, wenn sie durch schwere seelische oder körperliche Schädigungen oder durch qualvolle Abstinenzsymptome oder Vergiftungserscheinungen oder gar durch Delirien (Verwirrtheit) und Halluzinosen (durch Sinnestäuschungen bedingte Wahnideen) dazu gezwungen werden. Es handelt sich also bei den erfassten Kranken nur um einen *kleinen Prozentsatz aller Süchtigen*, und es stehen somit hinter jedem Kranken eine grosse Zahl von Toxicomanen, die sich noch nicht zu einer Behandlung entschliessen konnten, d. h. die noch nicht durch schwere Schädigungen dazu gezwungen wurden. Wenn wir unter diesem Aspekt die gegenüberstehende graphische Darstellung betrachten, kommen wir zum Schluss, *dass sich die Medikamentensucht* in der Schweiz seit dem Zweiten Weltkrieg erschreckend ausgebreitet und vermehrt hat.

Die Zahl der Morphinisten ist mit kleinen Schwankungen von 1930 bis 1953 immer ungefähr gleich geblieben, ebenso diejenige der Hypnotica- und Analgeticasüchtigen von 1930 bis 1946. Seit 1946 ist indessen eine erschreckende Zunahme der Zahl der Medikamentensüchtigen festzustellen, indem diese im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen von 2 ‰ auf 2 % angestiegen ist, sich also verzehn-

facht hat. Der schnelle Anstieg der Kurve seit 1946 ist vorwiegend durch *eine Zunahme der weiblichen Süchtigen* bedingt.

Menschen sind als früher; d. h. der Süchtige von heute entstammt einer anderen Persönlichkeitsgruppe als derjenige vor zehn Jahren.



Graphische Darstellung der Zahl der Toxicomanen, die von 1930 bis 1953 in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel behandelt werden mussten.

2. Suchtmittel

Bei der Untersuchung der Frage, welches die am häufigsten verwendeten Suchtmittel seien, fiel uns ein Wechsel der Medikamente im Laufe der letzten zehn Jahre auf und eine Zunahme der Polytoxicomanie (auf mehrere Mittel Süchtigen).

Die Zahl der Polytoxicomanen hat sich verdoppelt. (Eine Entwicklung, die wir bei den Morphinisten schon 1950 beobachteten.) Die am häufigsten verwendeten Suchtmittel haben im Laufe der letzten zehn Jahre gewechselt, indem an die Stelle von Sedormid und der Barbitursäurederivate in den letzten Jahren Mischderivate getreten sind. *Stähelin* hat schon 1932 festgestellt, dass das zur Sucht führende Medikament weitgehend durch das *Suchtmotiv* bestimmt wird, und dass das Suchtmotiv seinerseits wieder Rückschlüsse auf die Charakterstruktur des Süchtigen gestattet. *Der Wechsel des Suchtmittels*) lässt deshalb darauf schliessen,* dass der Grossteil der Süchtigen der letzten Jahre charakterlich anders strukturierte

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse:

1. Die Medikamentensucht hat seit 1946 sehr stark zugenommen, und zwar besonders bei den Frauen.

2. Es werden heute häufig andere Suchtmittel verwendet als vor zehn Jahren, d. h. die Suchtmotive haben gewechselt.

3. Sucht und Suchtmotive

Nach *Stähelin* können wir Sucht als «dranghaftes Suchen nach Genuss, Erleichterung, Rausch, Betäubung» oder Leistungssteigerung umschreiben. Jede Sucht hat somit ein allgemeines Grundmotiv, d. h. es liegt ihr das Bedürfnis zu Grunde:

1. Unlust zu verhüten oder zu vertreiben und
2. Lust zu gewinnen.

Aus diesen allgemeinen Suchtmotiven lassen sich die häufigsten individuellen Suchtmotive und daraus die erwünschte Medikamentenwirkung ableiten. Wir können die individuellen Suchtmotive in vier Gruppen aufteilen:

1. Menschen mit inneren oder äusseren Spannungen und Konflikten, die Beruhigung suchen;

2. Menschen mit körperlichen oder seelischen Schmerzen oder depressiven Verstimmungen, die Betäubung suchen;

*) Der Wechsel der Suchtmittel kann nicht allein auf den billigen Preis und die leichte Zugänglichkeit oder gar auf die Propaganda zurückgeführt werden, denn es gibt viele ähnliche Medikamente, für die viel mehr Propaganda gemacht wird und die im Handel ebenfalls frei verkäuflich sind.

3. Uebermüdete und erschöpfte Menschen, die Anregung, Euphorisierung (Steigerung des Wohlbefindens) und Leistungssteigerung suchen, und

4. Menschen mit innerer Leere oder Sensationslust, die Berauschung suchen.

Je nach dem individuellen Suchtmotiv tendiert der Kranke nach einem entsprechend wirkenden Mittel, von dem er Beruhigung, Betäubung, Anregung oder Rausch erhofft. Der häufigste Trinkertypus gehört zur vierten Gruppe. Es handelt sich dabei oft um einfache, mehr oder weniger primitive Menschen, die durch alkoholische Auflockerung, Enthemmung und Anregung und durch oberflächliche Gemütlichkeit, Heiterkeit und Geselligkeit ihre innere Leere zu bekämpfen suchen. Deshalb kommen Alkoholismus und Medikamentensucht selten zusammen vor; denn bei den Medikamentensüchtigen handelt es sich im Gegensatz zu den primitiven Genusstrinkern häufig um überempfindsame, stimmungslabile, gespannte, gehemmte, spielerische, problemreiche, also differenzierte Menschen, die wegen seelischer Spannungen, Hemmungen, Verstimmungen oder Uebermüdung zum Medikament greifen.

Fast alle Medikamentensüchtigen versuchen, ihre Sucht mit Schmerzen oder schweren konstitutionellen Schlafstörungen zu erklären, was aber nur bei rund 20 % der Kranken zutrifft. Bei 80 % der Toxicomanen lässt sich nachweisen, dass sie wegen vorübergehender, psychisch oder physisch bedingter Schmerzen zu einem Medikament griffen und nachher aus psychischen Gründen nicht mehr auf dessen anregende oder betäubende Wirkung verzichten konnten. Bei vielen Kranken entstehen die Schmerzen erst durch die chronische Medikamentenvergiftung und entpuppen sich nach der Entziehung als Abstinenz- oder Vergiftungssymptome. Die körperlichen Beschwerden wirken somit meistens nur suchtauslösend und *80 % aller Toxicomanen werden infolge psychischer Störungen süchtig.*

Bis heute ist die Ansicht noch weit verbreitet und wird auch noch in vielen Lehrbüchern vertreten, dass nur schwer charakterlich abnorme Menschen medikamentensüchtig werden. Viele Autoren sehen die Wurzel der Sucht in einer angeborenen, abnormen Charakteranlage, also in einer sogenannten Psychopathie, während vorwiegend analytisch orientierte Forscher die Sucht mehr auf eine neurotisch bedingte Charakterfehlentwicklung zurückführen. Wenn wir unter diesem Aspekt nochmals unsere erste Kurve betrachten, so müssten wir annehmen, dass die charakterlich abnormen Frauen in Basel seit 1946 laufend stark zugenommen haben. Dem ist natürlich nicht so. Der Süchtige von früher griff zu einem Medikament, um sich aus Verstimmungen, innerer Leere und langer Weile in behagliche Müdigkeit, dösige Gleichgültigkeit, Betäubung und Berauschung zu flüchten. Der Grossteil unserer Süchtigen bis 1946 gehörte zu dieser für die Schlafmittelsucht typischen Gruppe. Es handelte sich vorwiegend um willensschwache, passive, weiche, stimmungslabile, zu depressiven Verstimmungen neigende *Astheniker* (Menschen mit schwacher Körperkonstitution), die infolge leichter affektiver Spannungen Schlafmittel einnahmen, sich langsam daran gewöhnten und nach monate- bis jahrelanger Gewöhnung plötzlich deren beruhigende und betäubende Wirkung im Sinne angenehmen Duseligseins am Tag feststellten. *Damit war aus dem Schlafmittel ein Suchtmittel geworden.* Die Süchtigen wurden abgestumpft, gleichgültig, zogen sich immer mehr zurück, gaben ihre Arbeit auf, litten an mürrischen Verstimmungen, lagen tagelang im Bett oder gingen taumelnd auf Medikamentensuche und verwahrlosten völlig. Ein kleiner Teil der heutigen Toxicomanen gehört natürlich immer noch dieser Gruppe an.

Im Gegensatz zu diesen willensschwachen, passiven, weichen Psychopathen handelt es sich beim Grossteil der Süchtigen von heute um eine ganz andere Gruppe von Menschen. Es sind vorwiegend aktive, fröhliche, *athletische oder pyknische* (Menschen mit stämmigem Bau), *gefühlvolle Menschen*, die sich infolge zu grosser Arbeitslast, Unruhe und Hast, finanzieller Sorgen und konfliktgeladenen häuslichen Milieus psychisch übermüden und erschöpfen. Sie nehmen zunächst das Medikament, um die durch Uebermüdung bedingten körperlichen Beschwerden zu bekämpfen, gewöhnen sich schnell daran und benützen die anregende, stimulierende und euphorisierende Wirkung, um durchhalten zu können. Es geht ihnen dabei also vorwiegend um Leistungssteigerung, wobei nach der Qualität der Leistung wenig gefragt wird. Unter der Medikamentenwirkung werden die Kranken reizbar und überempfindlich, zeitweise sind sie läppisch, aufgezogen, hyperaktiv und kritiklos. Sie werden immer mehr entkernt, indem sie alle höheren Interessen verlieren.

Die Gegenüberstellung der Süchtigen von heute und der Süchtigen von früher weist darauf hin, dass die Zunahme der Toxicomanen seit 1946 durch eine *Ausbreitung der Sucht auf eine andere Persönlichkeitsgruppe mit anderen Suchtmotiven und mit anderen Suchtmitteln beruht.*

4. Erkennung des chronischen Medikamentensüchtigen

Den chronischen Medikamentensüchtigen erkennen wir an seiner fahlen, blassen, grünlichgrauen, käsigen Haut; er zeigt meistens einen schlaffen, übermüdeten Gesichtsausdruck mit tiefliegenden, halonierten Augen (Ring um die Augen), und oft beobachten wir leicht cyanotische (bläuliche) Lippen. An den Händen fällt ein leichter, feinschlägiger Tremor auf, die Bewegungen sind unsicher, oft hastig, danebenfahrend. Die Sprache ist lallend, verwaschen, unscharf artikuliert und der Gang etwas torkelnd und taumelnd. Die Patienten

klagen häufig über Appetitlosigkeit, leiden unter Erbrechen, Durchfällen, Kopfschmerzen, sind meistens stark abgemagert und vielfach blutarm.

Psychisch fallen die Kranken, die vorwiegend reine *Barbitursäurederivate* und *Sedormid* einnehmen, durch eine mürrisch-reizbare Verstimmung auf. Sie ziehen sich immer mehr von der Umwelt zurück, werden still, apathisch und wortkarg, sitzen stumpf-dösig herum und wirken gleichgültig euphorisch, verlangsamt und stumpf. Oft beobachten wir rauschähnliche Zustände mit blödem Witzeln, aber ohne motorische Anregung. Gelegentlich treten vorübergehende Kollapserscheinungen und ohnmachtsähnliche Zustände, aber auch epileptiforme (krampfartige) Anfälle, deliriöse Zustandsbilder, Halluzinosen und Dämmerzustände auf.

Bei den Kranken, die vorwiegend Mischpräparate zu sich nehmen, besteht oft eine fröhlich-läppische Enthemmung mit zielloser Hyperaktivität und Scheintätigkeit. Die Stimmung schlägt oft schnell von Fröhlichkeit in Verzweiflung, gesteigerte Reizbarkeit und Unbeherrschtheit um. Zunehmende Ueberempfindlichkeit führt dazu, dass der Kranke jedes Wort als Vorwurf auffasst und oft ungeheuer lärmüberempfindlich ist. Neben ohnmachtsähnlichen Absenzen, Kollapserscheinungen und epileptiformen Anfällen sehen wir verschiedene Formen von Bewusstseinstrübungen.

Durch jahrelangen schweren Medikamentenmissbrauch entsteht neben einer Stammhirnschädigung eine diffuse Hirnrindenschädigung mit Frischgedächtnisstörungen, Einengung und Verlangsamung des Denkens, Affektabilität und -inkontinenz im Sinne einer *organischen Psychose.*

Die *Abstinenzerscheinungen* bestehen in einem starken, feinschlägigen Tremor am ganzen Körper, in fibrillaren (auf einzelne Muskelbündel beschränkten) Zuckungen, in quälender innerer Unruhe, ängstlich-depressiver Verstimmung, gelegentlich mit Selbstmordimpulsen. Die Kranken leiden oft unter hartnäckigen, schwer beeinflussbaren, langdauernden Schlafstörungen und unter völliger Appetitlosigkeit. Sie werden gequält durch reissende, im ganzen Körper herumfahrende Schmerzen, unangenehme, beängstigende Tachycardie (Herzjagen), schwer beeinflussbare Kopfschmerzen und profuse Durchfälle, wechselnd mit hartnäckiger Verstopfung.

Bei plötzlichem *Absetzen* des Medikamentes treten bei rund 20 % der Kranken epileptiforme Anfälle (Krampfzustände) oder stark ängstlich gefärbte Delirien oder Halluzinosen auf. Beim Medikamentendelir beobachten wir im Gegensatz zum alkoholischen Delirium tremens weniger heftiges Zittern, Fehlen des Beschäftigungsdranges und vermehrte Aengstlichkeit. Es verläuft auch oft in zwei Phasen, indem die Kranken mitten im Delir einige Stunden schlafen oder ganz klar und ruhig sind, was wir beim Delirium tremens fast nie beobachten. Das Medikamentendelir tritt oft im Anschluss an einen epileptiformen Anfall auf und endigt wie das Alkoholdelir mit einem mehrstündigen Terminalschlaf.

5. Therapie der Medikamentensucht

Der Toxicomane kann nicht ambulant behandelt werden; er ist infolge seiner durch das Medikament bedingten Entkernung gleichgültig und oberflächlich und deshalb weitgehend bindungs- und erschütterungsunfähig und somit wenig beeinflussbar. Die quälenden Abstinenzsymptome zwingen ihn zudem, immer wieder erneut zu seinem Medikament zu greifen, selbst wenn er einsichtig ist und viel «guten Willen» hat. Er muss deshalb zunächst entgiftet werden, und dies ist nur durch eine klinische Behandlung möglich. Wolff unterscheidet in der Behandlung Toxicomaner drei Hauptphasen:

1. Entgiftung oder Entziehung;
2. Entwöhnung oder Entsuchtung, und
3. Kontrolle und Fürsorge.

Im Gegensatz zu den Morphinisten, bei denen heute allgemein die sofortige oder plötzliche Entziehung durchgeführt wird, müssen wir den Hypnotica- und Analgeticasüchtigen ihre Suchtmittel nach dem Klinikeintritt in schnell sinkenden Dosen noch über ein bis zwei Wochen weitergeben. Dadurch können wir die gefährlichsten Abstinenzerscheinungen, d. h. die epileptiformen Anfälle, die Delirien und Halluzinosen vermeiden. In vielen europäischen und amerikanischen Kliniken besteht die ganze Entziehung in dieser Massnahme. Bei diesem Vorgehen beobachten wir aber immer neben vielen quälenden Abstinenzerscheinungen eine hartnäckige, langdauernde Schlafstörung, die uns zu einem zermürbenden Kampf um Schlafmittel mit dem Kranken zwingt. Zudem können sich viele rückfällige Toxicomane aus Angst vor den qualvollen Abstinenzerscheinungen nicht mehr oder erst sehr spät zu einer erneuten Entziehungskur entschliessen. Wir fordern deshalb von der Entziehungskur eine möglichst schnelle, vollständige Entgiftung des Kranken auf möglichst angenehme Art, d. h. wir nehmen dem Kranken alle Abstinenzsymptome ab und bekämpfen von Anfang an die Schlafstörung, indem wir einen normalen Wach-Schlaf-Rhythmus anstreben.

Nach genauer körperlicher Untersuchung beginnen wir sofort nach dem Klinikeintritt des Kranken mit der Entgiftung, indem wir ihn durch jeweils dreimalige, leichte Insulinisierung innerhalb 24 Stunden in einen entspannten *Ruhe- und Somnolenzzustand* (Somnolenz = schläfrige Benommenheit) versetzen. Bei schwer chronisch vergifteten Kranken führen wir zudem wiederholte Frischblut- oder Plasmatransfusionen durch. Um die Abstinenzsymptome vollständig zu unter-

drücken, verabfolgen wir den Kranken neben der Insulinbehandlung dreimal täglich ein zentral und peripher wirkendes, vegetatives Beruhigungsmittel; dadurch können wir die Abstinenzsymptome, die vorwiegend durch eine Dystonie (abnorme Reaktion in Form von Verkrampfung oder Erschlaffung) des autonomen Nervensystems und seiner Zentren bedingt sind, verhüten. Durch dieses Vorgehen gelingt es meist, bei den Kranken in kurzer Zeit ohne zusätzliche Hypnoticagaben einen guten Schlaf zu erzielen. Die jeweils dreimalige Insulinisierung führen wir während rund zehn Tagen durch, um dann stufenweise auf zwei und später auf eine Insulinbehandlung je Tag überzugehen. Da oft noch in der dritten und vierten Woche plötzlich sogenannte Spätentziehungserscheinungen in Form von innerer Unruhe und apathisch-depressiven Verstimmungen auftreten, geben wir das Beruhigungsmittel während fünf bis sechs Wochen, um es dann auch langsam, stufenweise, abzusetzen.

Die ersten zehn Tage, während denen der Kranke körperlich intensiv betreut werden muss, dienen zur Kontaktnahme und zum Aufbau eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses, d. h. wir versuchen über körperliche Behandlung zur seelischen Kontaktnahme zu gelangen. Dieses Vorgehen ist bei den Medikamentensüchtigen besonders angezeigt, da sie ihre Sucht häufig auf körperliche und nur selten auf seelische Störungen zurückführen. Jede Entwöhnungskur ist nur auf einer Vertrauensbasis möglich, da jeder Zwang den Kranken beleidigt und vergrämt, so dass er aus Trotz bei der ersten Gelegenheit erneut zu seinem Suchtmittel greift. Der Toxicomane muss völlig entgiftet sein, bevor mit der Charakter- und Suchtmotiverforschung und der entsprechenden Psychotherapie eingesetzt werden kann; denn erst nach der Entgiftung haben wir den nicht mehr durch das Suchtmittel entkernten Menschen vor uns. Wir müssen nun nach den bewussten und unbewussten Gründen suchen, die zu Furcht, Angst und innerer Spannung führten; sie bestehen oft in Triebstörungen, aber auch in einem Zwiespalt zwischen Wollen und Können, Ehrgeiz und Leistung. Häufig sind es auch nur äussere Konflikte, bestehend in einem Versagen gegenüber der Ehe, der Familie und dem Beruf.

Erst wenn das Suchtmotiv erforscht ist, setzt die psychische Behandlung der bewussten und unbewussten Ursachen der Sucht durch Beratung, Aufdeckung und Hilfe zur Verarbeitung ein. Oft müssen sich die Kranken umstellen lernen, dass sie an sich und ihre Umgebung bescheidenere Ansprüche stellen und dass sie nur Aufgaben übernehmen, denen sie gewachsen sind.

Eine Entziehungskur dauert durchschnittlich sechs bis acht Wochen. Nach der Klinikentlassung müssen die Kranken weiter kontrolliert, beraten und betreut werden, damit sie bei erneuten Schwierigkeiten nicht neuerdings zu ihrem Suchtmittel greifen; diese Nachbehandlung ist sehr wichtig und oft für die Prognose entscheidend. Das Milieu der Süchtigen muss zudem durch intensive Fürsorge laufend aufgeklärt und beruhigt werden.

Die *Prognose* der Hypnotica- und Analgeticasucht *ist ernst.* Auch nach gründlicher Entziehungskur werden rund 60 % der Kranken rückfällig. Die hohe Zahl der Rückfälligen ist einerseits dadurch bedingt, dass sich diese jederzeit ihr Suchtmittel wieder beschaffen können, ja, dass es ihnen überall angeboten wird, anderseits, dass oft nach Monaten unerwartet und ohne äusseren Grund schwere depressive Verstimmungen und Müdigkeitsphasen auftreten, die bei den Behandelten das Verlangen nach ihrem Suchtmittel erneut erwecken. So haben wir oft den Eindruck, dass die Süchtigen den Lustgewinn, den sie durch Anregung und scheinbare Leistungssteigerung oder durch Berauschung und Betäubung erreichten, nachher durch innere Leere und Apathie, bzw. durch Schlafstörung und Unruhe «zurückbezahlen» müssen.

6. *Ursachen der Zunahme der Medikamentensucht*

Wie wir an Hand der graphischen Darstellung gesehen haben, ist die Zunahme der Toxicomanie seit 1946 hauptsächlich durch ein Häufigerwerden der *weiblichen Süchtigen* bedingt. Der Grossteil dieser Toxicomanen ist nicht charakterlich schwer abnorm, sondern es handelt sich um aktive, aufgeschlossene Gefühlsmenschen, die, um ihre durch psychische und physische Uebermüdung bedingten Beschwerden zu bekämpfen, zu einem Analgeticum griffen, sich daran gewöhnten und, nachdem sie dessen anregende Wirkung entdeckt hatten, süchtig wurden. Wieso soll es nun seit 1946 plötzlich mehr seelisch erschöpfte und übermüdete Menschen geben als früher?

Selbstverständlich sind die Gründe je nach individueller Reaktionsweise recht verschieden, so dass wir nur auf die hauptsächlichsten hinweisen können.

Der Zweite Weltkrieg war besonders für alle Gefühlsmenschen eine affektiv sehr spannungsreiche, unsichere Zeit. Alle hofften, es folge eine ruhige erholende Friedensperiode. An Stelle der erhofften Ruhe und Entspannung trat eine tempogeladene Zeit voller Hast und Unruhe mit intensivem Konkurrenzkampf und Forderung nach Höchstleistung. Diese Entwicklung wurde durch eine zunehmend materialistische Einstellung und Ueberschätzung und Nicht-Schritthalten-können mit den technischen Fortschritten noch verstärkt. Die meisten Menschen wurden von dieser Unruhe erfasst, sie reisten mehr herum, gingen mehr aus, suchten vermehrt Ablenkung und Erhöhung des Lebensgenusses durch Besuch von spannungsgeladenen Massenveranstaltungen. Infolge des zunehmenden Materialismus stellten sie erhöhte Ansprüche an Kleider, Wohnung, Möbel usw., aber auch der Wunsch nach Technifizierung drang in

alle Gesellschaftskreise. Diese vermehrten Lebensansprüche zwangen viele, um einen finanziellen Ruin zu verhüten oder wenigstens hinauszuschieben, zu psychisch bedrückenden Abzahlungsgeschäften Zuflucht zu nehmen. Andere versuchten ihre Einnahmen durch Doppelverdienertum zu steigern. So haben denn auch die Abzahlungsgeschäfte ungeheuer zugenommen, und in Basel hat sich die Zahl der werktätigen verheirateten Frauen von 1946 bis 1951 verdoppelt. Auch die Motorisierung (siehe gestrichelte Kurve auf unserem Bilde) hat stark zugenommen. Die Kurve soll nicht etwa zeigen, dass die Süchtigkeit mit der Motorisierung parallel geht, sondern sie soll nur einen Gradmesser der Unruhe und Hast unserer Zeit darstellen; wir hätten dazu ebenso gut die Zahl der Telephone, der elektrischen Apparate oder der Besucher von Massenveranstaltungen heranziehen können.

Während nun der oberflächliche, gleichgültige, gefühlsarme, leere, dickhäutige Mensch Schulden, Rastlosigkeit, Konkurrenzkampf, Motorenlärm, Massenveranstaltungen und Tagesverlängerung sorglos erträgt, bedrücken, belasten und beunruhigen alle diese Faktoren den gewissenhaften, differenzierten Gefühlsmenschen schwer. Wenn er aber seiner Angst und Sorge durch entsprechende Gefühlsäusserungen Ausdruck verleihen will, wird er von seiner Umgebung ausgelacht oder gar als dumm hingestellt, so dass er seine Gefühlsregungen immer mehr verdecken und in sich «hineinfressen» muss. Er fühlt sich dadurch vereinsamt und unverstanden, und es entstehen mit der Zeit schwere innere Gefühlsstauungen, die zusammen mit den äusseren Konflikten sein Gefühlsleben schwer belasten. Dadurch kommt es zu einer affektiven Uebermüdung, die zu Unzufriedenheit, Gereiztheit und vermehrter Ueberempfindlichkeit, verbunden mit Schlafstörungen, Appetitmangel und verschiedenen physischen Beschwerden führt. Die erhöhte Erregbarkeit, das zunehmende Schlafdefizit und die Abmagerung verstärken die Unruhe, Ueberempfindlichkeit und Spannung, und damit ist der Circulus vitiosus geschlossen.

Was liegt näher, als dass diese von inneren und äusseren Spannungen affektiv zermürbten und übermüdeten, unter verschiedenen körperlichen Beschwerden leidenden Gefühlsmenschen zu einem Medikament greifen, das ihnen völlig harmlos und unschädlich geschildert wird und zudem überall erhältlich ist? Es ist auch nicht verwunderlich, dass sich ein Teil dieser Menschen an die Medikamente gewöhnt und, nachdem sie deren anregende, euphorisierende Wirkung entdeckt haben, süchtig werden.

7. *Prophylaktische Massnahmen*

Wenn wir noch kurz die prophylaktischen Massnahmen aus den Ursachen der Medikamentensucht ableiten, so sehen wir uns zunächst vor der gewaltigen Aufgabe, viele durch Materialismus und zu schnelle Technifizierung entwurzelte rastlose und ratlose Menschen in ein ruhiges, entspanntes, naturverbundenes Dasein überzuführen, in dem ihre Gefühle anerkannt und verstanden werden, und in dem sie ihre Gefühlsregungen zeigen und entfalten können. Wir müssten also versuchen, den heute vorherrschenden Zeitströmungen entgegenzuwirken, — eine schwierige, ja wohl fast unlösbare Aufgabe. Wir wollen deshalb versuchen, die näherliegenden, praktisch durchführbaren, prophylaktischen Massnahmen, soweit wir sie überblicken können, aufzuzeigen; sie bestehen in:

1. *sachgemässer, ruhiger Aufklärung* aller Menschen darüber, dass auch die leichten Analgetica und Hypnotica keine harmlosen und unschädlichen Medikamente sind und durch Gewöhnung zu Süchtigkeit und schweren psychischen und physischen Schädigungen führen können.

2. *Bekämpfung des Schwarzhandels* durch strengere Handhabung der Medizinalgesetzgebung, so dass nicht mehr in jedem Restaurant Analgetica und Sedativa verkauft werden können, denn dadurch, dass die Medikamente überall in Greifnähe liegen, wird nicht nur die irrige Vorstellung von deren Harmlosigkeit gefördert, sondern sie werden auch leichtfertig und ohne genügenden Grund eingenommen.

3. *Bekämpfung der schreienden Propaganda* für Medikamente aller Art, da dadurch die Achtung vor allen Heilmitteln völlig verloren geht, durch Aufklärung und durch strengere behördliche Ueberwachung.

4. *Zurückhaltung in der Verordnung von Schlaf- und Schmerzmitteln*, — dies betrifft uns Aerzte selbst —, durch Anstreben einer kausalen Therapie an Stelle der symptomatischen Behandlung. Wenn auf Hypnotica und Analgetica nicht verzichtet werden kann, sollten sie zur Verhütung der Gewöhnung häufig gewechselt werden. Aus dem gleichen Grunde sollten Grosspackungen an Laien nur ausnahmsweise abgegeben werden.

5. *Aufklärung der Süchtigen*, dass sie krank und behandlungsbedürftig sind, bevor sie körperlich, seelisch und finanziell völlig ruiniert sind. Jeder Süchtige lebt leider in der verhängnisvollen Vorstellung, dass er jederzeit mit seinem Medikament aufhören könne. Der erste Schritt zu seiner Heilung ist die Einsicht in seine Krankheit, d. h. in seine Sucht.

Die erschreckende Zunahme und Ausbreitung der Toxicomanie ruft dringend einer Aufklärung aller Volkskreise über die Gefahren der missbräuchlichen Medikamentenverwendung, aber auch einer schärferen Handhabung der Medizinalgesetzgebung durch die Behörden, besonders in bezug auf die Abgabe von leichten Analgetica, Sedativa und Hypnotica, damit sich diese neue Volksseuche nicht noch weiter ausbreitet.