

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel  
(Direktor: Prof. Dr. med. HALLERMANN).

## Über eine primäre Cliradonsucht\*.

Von  
**JOCHEM GERCHOW.**

In allen Suchtüberwachungsstellen sind in den letzten Jahren zahlreiche Fälle von sekundärer Cliradonsucht<sup>1</sup> beobachtet worden. Diese Feststellungen haben auch ihren Niederschlag in der Literatur gefunden. Besonders von pharmakologischer Seite wird jedoch immer noch Wert darauf gelegt, daß ein Mittel, welches lediglich Rauschgifte zu ersetzen vermag, nicht ohne weiteres als Suchtmittel zu gelten habe. Nicht zuletzt hat RIESSEER sich aus diesem Grunde bezüglich des Polamidons<sup>1</sup> nicht entschließen können, eine Unterstellung unter das Opiumgesetz vorzuschlagen, weil ihm seinerzeit nicht hinreichend gesichert erschien, daß es von sich aus primär eine Sucht erregen könne. — Da beim Cliradon die Verhältnisse ähnlich liegen, aber bis auf wenige uns bekanntgewordene von CIESLAK und MÜHLAU mitgeteilte Fälle offenbar keine Beobachtungen über eine primäre Cliradonsucht bestehen, scheint es für zukünftige Beschußfassungen in der Opiumgesetzgebung nötig zu sein, zunächst jeden einzelnen Fall einer primären Cliradonsüchtigkeit festzustellen.

In dem von uns beobachteten Falle eines 37jährigen Arztes geht kein Mißbrauch eines anderen Mittels voraus. Unser Patient gehört zu den selbstunsicheren, sensitiven, psychasthenisch-schizothymen Menschen, die bei starker ethischer Strebsamkeit und lebendiger intrapsychischer Aktivität unter ihrer Unausgeglichenheit und Insuffizienz leiden und deshalb wohl bei ihrer ständigen Reflexion auf ein Konflikte und Spannungen lösendes Agens als disponiert für süchtige Verhaltensweisen angesehen werden müssen.

In Übereinstimmung mit den Beobachtungen von SATTES bei sekundären Suchtfällen und CIESLAK bei einer primären Cliradonsucht konnten wir feststellen, daß ungewöhnlich schnell — schon in wenigen Tagen — eine Gewöhnung und hochgradige Abhängigkeit beim Cliradon eintritt.

---

\* Vortrag gelegentlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in München 1952.

<sup>1</sup> Cliradon und Polamidon sind inzwischen dem Opiumgesetz unterstellt worden.

Es hat hier zunächst anregend und förderlich bezüglich der Arbeitsleistungen gewirkt; bei Steigerung der Dosis wurde die Stimmung jedoch immer unentschlossener, weil ein Leben ohne das Mittel nicht mehr möglich schien. In diesem Zustand ist dann bewußt die sedative Wirkung ausgenutzt worden. In der ersten Zeit traten keinerlei Appetitstörungen auf. Der Stuhl war weich, aber Sphincterspasmen — wie sie gelegentlich beim Morphinismus vorkommen — erschwerten die morgendlichen Blasenentleerungen. Rapide setzte dann ein Gewichtsverlust ein; Potenz und Libido erloschen vollkommen.

Es ist weiter auffällig, daß ungewöhnlich schnell, unerwartet und plötzlich schwerste Entziehungserscheinungen auftraten, die wiederum durch kleinste Dosen kupiert werden konnten. Offenbar überwiegen — wie beim Morphium — vegetative, besonders zentral-vagale Entziehungserscheinungen. Schmerzen in der Haut, starke motorische Unruhe, Dyspnoe, Präcordialangst, Frieren, Brechreiz, Gähnen und Niesen bei allgemeiner Schwäche machen es im Hinblick auf das plötzliche Auftreten fast unmöglich, neue Mittel zu beschaffen, wenn zufällig keine mehr vorhanden sind.

Der Ablauf der Entziehungsbeschwerden ist weitgehend identisch mit dem bei der Morphinsucht, aber beim Cliradon kommt im Gegensatz zum Morphin offenbar nicht nur die Abhängigkeit von dem Mittel schneller zustande und die Entziehungserscheinungen treten plötzlicher und intensiver auf, sondern sie halten auch länger an. Das Kribbeln in der Haut der Oberarme war hier so stark, daß der Patient sich selbst in einer Nacht bis zu 20 cm<sup>3</sup> Luft unter die Haut spritzte, weil dieser Schmerz „angenehmer“ war. Zwei Wochen lang war er völlig schlaflos, 3 Wochen dauerte das Kribbeln, 5 Wochen die äußerst quälende Präcordialangst. Kurzzeitig traten auch Durchfälle auf und die Schwere und Mattigkeit in den Gelenken sowie in der Muskulatur verschwanden erst nach mehreren Wochen. Schon am 1. Tage setzte eine hemmungslose, beängstigende Freßlust ein, die 5 Wochen andauerte. Die Libido hatte sich 3 Monate nach Beginn der Entziehung noch nicht wieder eingestellt.

Es kann wohl kein eindrucksvolleres Bild schwerster Entziehungserscheinungen vermittelt werden, die hier nicht allein darauf beruhen, daß eine zum Bedürfnis gewordene Gewöhnung im Sinne von SCHNEIDER oder eine psychische Hörigkeit vorlag, sondern daß ganz ohne Zweifel eine hochgradige pharmakologische Wirkung anzunehmen ist. Die Reaktion des Körpers auf die dadurch bedingte Umstellung des Zellstoffwechsels ist etwa der beim Morphinismus ähnlich, aber die Abhängigkeit von dem Mittel tritt schneller ein, die Wirkung des Mittels bei ausgebildeter Sucht ist unberechenbarer und unzuverlässiger in dem Sinne,

daß ganz plötzlich ohne vorherige Ankündigung schwerste Entziehungserscheinungen auftreten können, und die Entziehungsbeschwerden dauern ungewöhnlich lange an.

#### Literatur.

BERNSTEIN: Schweiz. med. Wschr. **1949**, 1159. — BLANKE: Med. Klin. **1950**, 1171. — CIESLAK: Med. Klin. **1952**, 711. — GERCHOW, J.: Slg. Vergift.fälle, Arch. Tox. **3**, 150 (1952) (dort ausführliches Schrifttum). — LENDELE, L.: D. Öff. Gesdh.-dienst **9**, 372 (1950). — MEYER, F., u. H. GROSS: Schweiz. med. Wschr. **1949**, 1154. — MÜHLAU: Ärztl. Wschr. **1952**, 257. — RIESSER, O.: Gutachten über Polamidon (Hoechster Farbwerke). — SATTES, H.: Dtsch. med. Wschr. **1951**, 1464. — SCHNEIDER, K.: Psychopathische Persönlichkeiten. Wien: Franz Deuticke 1934.

Dr. med. JOCHEN GERCHOW, Kiel,  
Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität.