

# Medizinische Klinik

Wochenschrift  
für Klinik  
und Praxis

69 (1974), 1329-1332

Sonderdruck

M. Dauderer, M. Kerscher,  
G. Bühringer

I. Medizinische Abteilung,  
Städtisches Krankenhaus  
München-Schwabing

**Entgiftung jugendlicher  
Drogenabhängiger  
in einem  
Allgemeinkrankenhaus**

Es ist ohne schriftliche Genehmigung des Verlages nicht erlaubt, die Zeitschrift oder Teile daraus nachzudrucken, fotomechanisch (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen oder in Datenverarbeitungsanlagen zu speichern. Werden Vervielfältigungen zum innerbetrieblichen Gebrauch gewerblicher Unternehmen nach § 54 UrhG hergestellt, so ist hierfür die Gebühr nach Maßgabe des Gesamtvertrags zwischen der Inkassostelle für urheberrechtliche Vervielfältigungsgebühren GmbH, D-6 Frankfurt/M., Großer Hirschgraben 17-21, und dem Bundesverband der Deutschen Industrie e. V., D-5 Köln, Habsburgerring 2-12, an die Inkassostelle zu entrichten. Werden Wertmarken der Inkassostelle verwendet, so ist jede vervielfältigte Seite mit einer Marke im Wert von DM 0,40 zu versehen. © Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1974.

Eine Markenbezeichnung kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung in dieser Zeitschrift das Zeichen® oder ein anderer Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlen sollte.

Urban & Schwarzenberg

#### Zusammenfassung

Es wird über die bisherigen Erfahrungen eines planmäßigen Drogenentzugs auf einer offenen Station eines internen Allgemeinkrankenhauses auf verhaltenstherapeutischer Grundlage und mit einer medikamentösen Therapie berichtet. Zur Überwachung wird neben der Urinkontrolle die Führung einer Pulskurve empfohlen und deren typischer Verlauf beschrieben. Es wird generell vor weiteren Medikamenten gewarnt. Auf die Notwendigkeit einer umfassenden Untersuchung wird hingewiesen.

#### Summary: Detoxication of juvenile addicts in a general hospital

The previous experiences of a systematic withdrawal of drugs made at an open ward of a general internal hospital on the base of behaviour therapy combined with medicamentous treatment are reported. For the supervision of the patients, besides the urine control a regular pulse curve is recommended, its characteristic course is described. The authors principally caution against further drugs and underline the necessity of a complete examination.

Drogenabhängigkeit ist eine Erkrankung im Sinne der Reichsversicherungsordnung, deren Behandlung von allen Krankenkassen honoriert wird und die – was die Entgiftung betrifft – in jeder allgemeinen Klinik durchführbar sein sollte. Da es bisher fast keine speziellen Drogenkliniken bei uns gibt, deren Konzeption zudem umstritten ist, und die psychiatrischen Kliniken in ihrem bisherigen Rahmen sich als wenig geeignet erwiesen, wird seit vier Jahren die Therapie auf einer internen Allgemeinstation versucht. Seit April 1973 erfolgt dies in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit der Psychologischen Abteilung (Leiter: Priv.-Doz. Dr. J. C. Brengelmann) des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, im Auftrag und mit Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Das gesamte Behandlungsprogramm ist auf verhaltenstherapeutischer Grundlage ausgearbeitet.

### Allgemeines

Es empfiehlt sich, die Patienten möglichst gleichmäßig in der Klinik zu verteilen und nicht in einzelnen Zimmern zusammenzulegen, da die besondere Betonung der Drogenabhängigkeit als Verstärkung des bisherigen Verhaltens dient und eine Behandlung erschweren würde. Wo aus personellen oder organisatorischen Gründen diese normale Streuung nicht möglich ist, ist bei einer lokalen Konzentrierung dringend davor zu warnen, die Zimmer von Drogenpatienten nach ihrem Geschmack verwandeln zu lassen (zugezogene Vorhänge, Plakate, Kerzenlicht oder laute Musik). Diese und ähnliche Accessoires der früheren Umgebung könnten einen erneuten Drogengebrauch auslösen. Es empfiehlt sich auch, die Hausordnung bekannt zu machen und deren Einhaltung zu überwachen. Eine Störung der Mitpatienten muß vermieden werden. Somit wird die Grundlage dafür geschaffen, daß Mitpatienten zu

Drogenpatienten eher Kontakt finden können. Es empfiehlt sich, Personal und Patienten darauf hinzuweisen, daß kein Geld ausgeliehen werden darf. Die Mithilfe von Drogenpatienten bei der Stationsarbeit ist unzweckmäßig (Zugang zu Medikamenten!). Generell ist zu sagen, daß jede Bevorzugung bzw. Benachteiligung gegenüber anderen Patienten unbedingt zu vermeiden ist. Bei Verstößen gegen die Klinikordnung bzw. Rückfall muß eine sofortige Entlassung erfolgen, wobei jedoch eine Wiederaufnahme nach entsprechender Wartezeit möglich sein sollte.

### Aufnahmekriterien

Nicht aufgenommen werden dürfen Patienten mit einer akuten Psychose (endogen oder drogenbedingt) oder Suizidgefährdete; sie gehören in eine geschlossene Abteilung. Auch sollten keine Sofortaufnahmen erfolgen. Ein Drogenentzug ist nie ein Notfall, auch wenn er von den Patienten oft als solcher dargestellt wird. Die Erfolgsquote steht in direkter Relation zur Planung und seelischen Vorbereitung auf das Kommende. Der Arzt sollte kurz den Verlauf eines Entzugs schildern, auf die Frage der medikamentösen Unterstützung eingehen und mögliche Komplikationen besprechen. Man muß betonen, daß die Schwere eines psychischen Entzugs nicht nur von der Intensität der Abhängigkeit oder von der Art des Suchtmittels bestimmt wird, sondern im wesentlichen von der Einstellung zum Entzug. Bei positiver Einstellung ist die Toleranz wesentlich größer, die Entzugsdauer verkürzt und die benötigte Medikamentenunterstützung gering. Bei negativer Einstellung kann selbst bei maximaler Medikamentengabe (Überschreiten der neuroleptischen Schwelle) ein lebensgefährliches Entzugsstadium erreicht werden. Das wichtigste Prinzip ist das der Freiwilligkeit; es werden nur Patienten aufgenommen, die darum bitten, und nicht solche, die von Gericht oder Eltern dazu gezwungen werden. Während der ganzen Therapie wird auf Zwänge verzichtet; an ihrer Stelle stehen objektive Kontrollen der Drogenabstinenz.

Bei deren negativem Ergebnis erfolgt sofortige Unterbrechung der Therapie. Dies wird vorher mit dem Patienten schriftlich vereinbart.

Es empfiehlt sich eine strenge Trennung zwischen planmäßigem Entzug und medizinischem Notfall. Bei letzteren (Hepatitis, chirurgische Eingriffe u. a.) muß man davon ausgehen, daß der Patient seine Drogen weibernimmt, und es empfiehlt sich daher, dem Rechnung zu tragen und von vornherein zu substituieren (z. B. Methadon, Barbiturat).

Um den tatsächlich zu einem Entzug Motivierten von dem Heer derjenigen zu trennen, die einige angenehme Tage im Krankenhaus verbringen wollen, empfiehlt es sich, nur Personen aufzunehmen, die eine Bereitschaft zum anschließenden Besuch einer stationären Rehabilitationseinrichtung zeigen und sich selbst um eine Platzreservierung bemühen. Außerdem sollte vor Aufnahme eine Dosisreduktion (z. B. auf zwei Injektionen pro Tag, mit Überprüfung der Injektionsstellen und Urinkontrollen) sowie einige sonstige Aufgaben (z. B. Führen einer Häufigkeitsliste über Drogenkonsum) vereinbart werden.

Zur Aufnahme bringt der Patient alle verwendeten Medikamente und Hilfsmittel (Spritzen, Staubinden, Kerze, Löffel u. a.) mit. Dies ist im wesentlichen eine symbolische Handlung. Mit dem Patienten wird dann schriftlich vereinbart, ob, und wenn ja, wieviel Medikamente er zur Unterstützung des Entzugs bekommen möchte.

## Verlauf

### Medikamentöse Behandlung

Zur medikamentösen Unterstützung eines Entzugs hat sich bei uns Aponal® forte (Doxepin) bisher in über 450 Fällen bewährt<sup>1</sup>. Es spielt dabei keine Rolle, ob es sich um einen Amphetamin-, Barbiturat-, Alkohol- oder Opiatentzug

<sup>1</sup> Die Ergebnisse werden demnächst in der Dissertation von M. Kercher veröffentlicht.

handelt. In allen Fällen geben wir 3 bis 5 Dragees täglich über den Tag verteilt (Tabelle 1). Der Patient bestimmt selbst Einnahmezeitpunkt und Menge (individuelle Dosierung). Es wird ihm vorher erklärt, daß es besser sei, wenn er mit möglichst wenig Tabletten auskommt. Nach drei Tagen wird die Dosis reduziert (Tp A: nur noch abends 1 Dragee), nach dem neunten Tag wird alles abgesetzt. Es empfiehlt sich nicht, auf Tabletten mit 25 oder 10 mg umzusteigen, da hieraus allzugeru eine Dauermedikation wird, die schwer abzubauen ist (z. B. Clomethiazol). Die gelben Lacktabletten haben zudem noch ein wesentliches psychisches Moment (Talisman gegen Entzugsschmerzen). Wir weisen die Patienten stets darauf hin, daß eine quälende nächtliche Schlaflosigkeit auftreten kann, die man jedoch in Kauf nehmen muß, zumal man tagsüber sehr lange schläft. In Ausnahmefällen verordnen wir abends 12 Tropfen Alimenazin. Diazepam, Clomethiazol und Tildin haben sich als Entzugstherapeutika nicht bewährt, da der Umsteigequotient sehr groß ist.

|   | Tage                                    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|---|---|----|----|--|----|----|--|----|----|
|   | 1.                                      | 2. | 3. | 4.                                     | 5. | 6. | 7.                                     | 8. | 9. |
| <b>A</b>  |   |    |    |  |    |    |  |    |    |
| Opiatfixer  | ←-----→                                 |    |    | ←-----→                                |    |    | ←-----→                                |    |    |
|   | 5mal 50 mg Dragees Aponal® forte        |    |    | 3mal 50 mg Dragees Aponal® forte       |    |    | 1mal 50 mg Dragee Aponal® forte abends |    |    |
|   | Bei Bedarf jederzeit 1 Dragee nachgeben |    |    |  |    |    |  |    |    |
| <b>B</b>  |   |    |    |  |    |    |  |    |    |
| Alkohol<br>Amphetamine;<br>Barbiturate;<br>orale Opiate | ←-----→                                 |    |    | ←-----→                                |    |    |  |    |    |
|   | 3mal 50 mg Dragees Aponal® forte        |    |    | 1mal 50 mg Dragee Aponal® forte abends |    |    |  |    |    |
| Tabelle 1. Behandlungsschema für Drogenabhängige.       |   |    |    |  |    |    |  |    |    |

Aus psychologischen Gründen verbietet sich jegliche intravenöse Therapie (z. B. Infusionen). Der Patient muß lernen, möglichst ohne irgendeine massive Unterstützung von außen selbständig seinen Entzug zu meistern. Intravenöse Injektionen verstärken das Gefühl der Abhängigkeit und wirken zudem bei Fixern als Auslöser (ebenso wie Blutabnahme aus „ihrer“ Vene).

In Notfällen (hochgradige Erregungszustände oder Entzugserscheinungen) applizieren wir 2 bis 3 Ampullen Aponal® in einer Mischspritze mit Hyaluronidase intramuskulär; dies wirkt sofort und nachhaltig. Kontraindikationen von Aponal®: Gravidität, Krampfneigung, akute Hepatitis. Trotz der relativ hohen Dosierung konnte bisher kein Fall einer Herzschädigung oder Langzeitschäden beobachtet werden. Methadon ist zwar ein ausgezeichnetes Hilfsmittel zur Dosisreduktion bei Opiatabhängigkeit, doch warnen wir vor seinem Gebrauch wegen der großen Gefahr des Mißbrauchs (Patienten bleiben so lange, wie ihnen die Dosierung zusagt); empfehlenswert ist es jedoch zur Therapie bei schweren Begleiterkrankungen (Gravidität, Leberkoma, Operationen u. a.).

Während des Entzugs wird eine gründliche internistische Untersuchung durchgeführt mit Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchung des Thorax, Ekg, evtl. Leberblindpunktion, ferner eine gynäkologische bzw. dermatologische Untersuchung (Gonorrhoe, Lues, Trichomonaden, Soor, Adnexitis u. a.), eine psychiatrische Untersuchung (Ausschluß einer Psychose!) sowie obligatorisch eine Vorstellung beim Zahnarzt<sup>2</sup>. Wir empfehlen die strikte Meidung sämtlicher Medikamente, wie Sedativa, Analgetika, Laxantien oder Lebertherapeutika, deren Wirkung ohnehin nicht gesichert ist. Als unterstützende Maßnahme empfiehlt sich besonders anfangs eine kohlenhydratreiche Nahrung mit Zuckerzulage und Obstsaften, nach dem

<sup>2</sup> Wir hatten bisher noch keinen jugendlichen Drogenpatienten, der nicht irgendeine therapiebedürftige Begleiterkrankung hatte (wichtig für die Übernahme in ein Rehabilitationszentrum).

dritten Tag täglich physikalische Therapie in Form von Schwimmen oder Gymnastik, ferner die Erlernung eines Entspannungstrainings.

#### *Zusätzliche Maßnahmen*

Von verhaltenstherapeutisch geschulten Psychologen der vorher genannten Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit werden eine Reihe zusätzlicher Maßnahmen durchgeführt. Die wichtigsten werden im folgenden kurz beschrieben<sup>3</sup>:

Zur Vermeidung des „Herumhängens“ auf der Station ist der Patient verpflichtet, an einem Beschäftigungsprogramm teilzunehmen (Beschäftigungstherapie, Schwimmen, Gymnastik sowie selbstgewählte Tätigkeiten, wie Lesen, Schreiben u. a.). Kennzeichnend ist dabei, daß der Patient dieses Programm selbständig und im voraus plant. Damit soll gleichzeitig das Planen eines neuen Tagesablaufs für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt geübt werden. Die Zahl der pro Tag auszufüllenden Stunden nimmt stufenweise zu. Die Rechte und Pflichten von Patienten, Ärzten und Psychologen werden jeweils in schriftlichen Verträgen festgelegt, wobei der Patient zunehmend mehr attraktive Rechte (Ausgang in Begleitung, Bibliotheksbesuch u. a.) erhält (*contract management*).

Der Patient beschäftigt sich in der Anfangszeit noch stundenlang mit angenehmen Vorstellungen im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch und befindet sich damit häufig schon auf dem ersten Schritt zu einem erneuten Drogenkonsum. Um dies zu verhindern, lernt der Patient mittels einer speziellen Technik, die angenehmen Situationen unmittelbar mit unangenehmen Konsequenzen in der gedanklichen Vorstellung zu verbinden (*covert sensitization*).

<sup>3</sup> Über theoretische Grundlagen und praktische Anweisungen kann an dieser Stelle nicht berichtet werden. Bei Fragen wende man sich direkt an die Projektgruppe.

Eine weitere Maßnahme zum Aufbau einer selbständigen Kontrolle des Patienten über seine oft quälenden Gedanken an Drogen besteht darin, daß er sich die unangenehmen Folgen des Drogenkonsums sowie die angenehmen Folgen seiner Beendigung in prägnanten Sätzen zusammenstellt und sich diese Sätze bei auftretenden „Drogen-gedanken“ – quasi als Widerstand dagegen – wiederholt (*coverant control*).

Die Zeit des Krankenhausaufenthalts wird schließlich für die Vorbereitung des Rehabilitationsaufenthalts genützt. Dazu gehört unter anderem die Durchführung einer *Verhaltensanalyse*, mit Hilfe derer die für den Patienten spezifischen Auslöser und Verstärker des Drogenkonsums sowie die dabei entstandenen (bzw. häufig bereits vorher vorhandenen) Verhaltensdefizite und -exzesse zusammengestellt werden können. Mit diesen Informationen werden dann die Behandlungsmaßnahmen und -ziele der Rehabilitation festgelegt, so daß die Therapie unmittelbar nach Übernahme fortgesetzt werden kann. Das Programm wurde im Laufe der Behandlung von etwa 70 Patienten entwickelt und ist derzeit in experimenteller Erprobung.

### *Überwachung*

Zur klinischen Überwachung eines Entzugs sind die bisherigen Methoden ungeeignet. Professor Dr. Hauck, Institut für Rechtsmedizin der Universität München, arbeitet zur Zeit an der Erweiterung der bisherigen Nachweismethoden durch einen Gaschromatographen<sup>4</sup> für die verschiedenen Drogen. Ein Behandlungsprogramm für Drogenabhängige steht und fällt mit der objektiven und möglichst kurzfristigen Kontrolle des Drogenkonsums.

<sup>4</sup> Aus Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit beschafft.

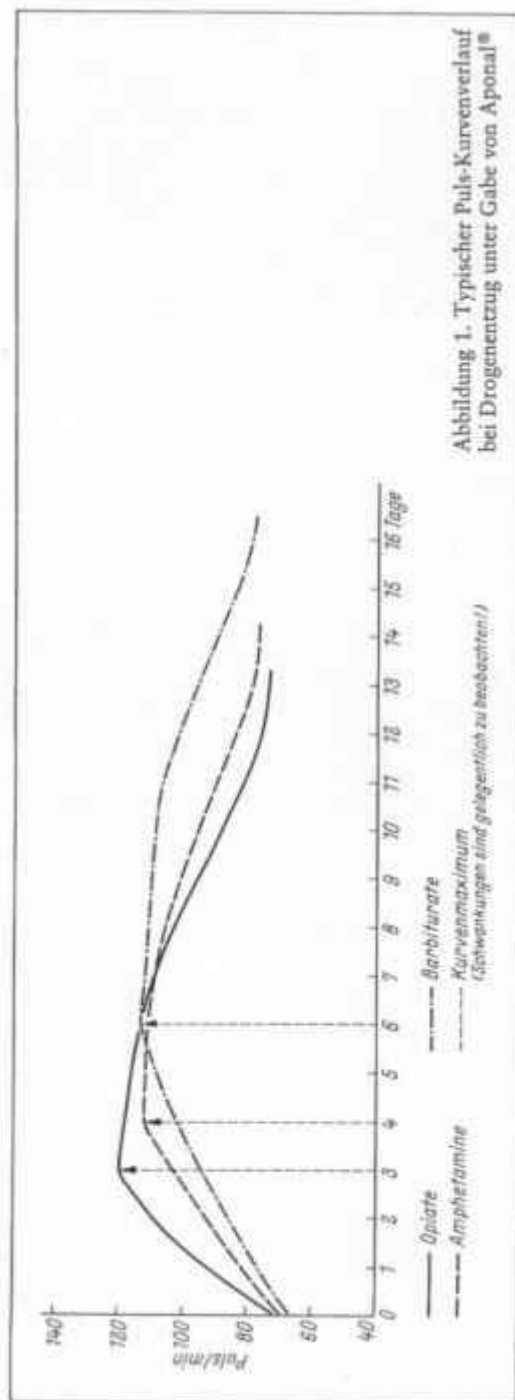
Zur Basiskontrolle eines Drogenentzugs hat sich das Aufzeichnen der Pulskurve (dreimal täglich gemessen) bewährt. Die Pulsfrequenz steigt nach den bisherigen Erfahrungen je nach Droge (Opiate, Amphetamine, Alkohol, Barbiturate) und entzugsunterstützender Medikamentengabe glockenförmig von 80 auf 120 bis 160 Schläge pro Minute an und fällt nach einem Kurvenmaximum ebenso wieder ab (Abbildung 1). Bei einem Rezidiv fällt die Pulsfrequenz schlagartig auf Werte unter 80 pro Minute ab und steigt dann wieder langsam an. Analgetika und Sedativa lösen allerdings den gleichen Effekt aus, daher sollte man sie weglassen. Bei wiederholten Pulsmessungen läßt sich der Einnahmezeitpunkt (Rezidiv) genau bestimmen.

Dem behandelnden Arzt ist es bei exakt geführter Krankenkurve mit diesen Kenntnissen möglich, sicher zu entscheiden, ob ein Entzug durchgeführt wird, wenn auch die sichere Entscheidung über ein Rezidiv wegen der Störanfälligkeit nur über eine Urinkontrolle gefällt werden kann.

Zusätzlich empfiehlt sich bei „Fixern“ eine tägliche Überprüfung der Injektionsstellen, eine Reduzierung der Blutabnahmen auf ein Mindestmaß, keine Punktion der vom Patienten mißbrauchten Venen und schriftliche Fixierung der vom Arzt hinterlassenen Injektionsstellen.

### *Komplikationen*

Falls bei einem plötzlichen Entzug oder bei schweren Begleiterkrankungen eine Schocksymptomatik eintreten sollte, empfiehlt sich die Infusion eines Plasmaersatzpräparats und eine Überwachung auf einer Intensivstation. Bei einem Opiatentzug kann man zusätzlich mit Methadon oder einem anderen zur Verfügung stehenden Opiat die Entzugssymptomatik sofort aufheben.



Krampfartige Entzugsschmerzen in Ober- oder Unterbauch und Erbrechen sollten nicht als Nierenkolik, Pyelonephritis, Gallenkolik, Leberschmerzen oder Magengeschwür eingestuft werden. Fast obligatorisch treten noch monatelang nach einem Opiatentzug solche Schmerzzustände auf. Symptome einer Hyperventilationstetanie werden gern als Polyneuritis (Kribbeln in Armen und Beinen) bzw. als zerebraler Krampfanfall fehlgedeutet. Erstmals aufgetretene epileptiforme Krämpfe haben wir jedoch während der Entzugsbehandlungen bisher zweimal beobachtet.

Die während eines Amphetaminentzugs obligatorisch auftretenden Halluzinationen werden durch Aponal® weitgehend unterdrückt und durch saure Mineralwasser zeitlich verkürzt. Bei einem massiv auftretenden psychotischen Bild kann jedoch die Verlegung auf eine geschlossene Abteilung unumgänglich werden.

### Therapieende

Die Therapie eines planmäßigen Entzugs wird, wie angegeben, bei Rückfälligkeit sofort unterbrochen und der Patient, falls medizinisch möglich, entlassen. Ein Darüberhinausgehen hat sich nach unseren Erfahrungen nicht bewährt; es ist nicht zuletzt den anderen Entzugspatienten gegenüber unfair. Die Wiederaufnahme kann auf Wunsch nach einer Wartefrist und Erfüllung zusätzlicher Kriterien erfolgen. Nach erfolgreichem Abschluß einer Behandlung, die in der Regel zwei bis drei Wochen dauert, sollte der Patient unbedingt zur weiteren psychischen Behandlung in ein spezielles Rehabilitationszentrum verlegt werden.

Literatur beim Verfasser

*Für die Verfasser: Dr. Max Daudeker, I. Medizinische Abteilung,  
Städtisches Krankenhaus Schwabing, 8 München 40, Kölner Platz 1.*