Zeitschrift: Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen

Herausgeber: Die Kette, Dachverband der privaten therapeutischen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Region Basel

Band: 10 (1983)

Heft: 1

Artikel: Erfahrungen mit den Entzugssymptomen beim medikamentenlosen Drogenentzug

Autor: Manz, Andreas

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-799868

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Erfahrungen mit den Entzugssymptomen beim medikamentenlosen Drogenentzug

1. Beobachtete Entzugssymptome

a) Häufig vorgekommene Symptome: Schlaflosigkeit, Gliederschmerzen (v.a. der Beine und des Rückens), Schwitzen, Frieren, Unruhe, Gähnen, Nasenlaufen.

b) Selten vorgekommene Symptome: Erbrechen, Durchfall, unruhige Beine, Blähungen.

c) Vereinzelt aufgetretene Symptome: Krämpfe der willkürlichen Muskulatur, Bauchkrämpfe, starkes Zittern, epileptischer Anfall.

Die selten erlebten schweren Entzugserscheinungen traten fast immer in Fällen auf, in welchen eine zusätzliche Krankheit (Hepatitis) oder ein stark reduzierter Allgemeinzustand bestand.

2. Heftigkeit der Entzugssymptome – ein Klassifizierungsversuch

Die folgende Zusammenstellung entstand durch das Zusammentragen der miterlebten Entzugssituationen aus der Erinnerung der verschiedenen Mitarbeiter. Sie soll einen ungefähren und doch möglichst differenzierten Einblick in Art, Dauer und Heftigkeit der Entzugssymptome geben. Dabei ist es möglich, dass vereinzelt mittelschwere Entzugsabläufe aus der Erinnerung verschwunden sind und damit die Zahl der leichten auf Kosten der mittelschweren Entzugsabläufe in der Erinnerung grösser erscheint. Diese vermutete Ungenauigkeit ist wahrscheinlich nicht so gross, dass diese Zusammenstellung ihren Sinn verlieren würde.

KLASSIERUNG:

a) Keine Entzugssymptome: (5 Klienten)

Die Klienten kamen schon entzogen zu uns.

b) Minimale Entzugssymptome: (12 Klienten)

Entzugssymptome waren nur ganz am Rande spürbar.

c) Leichte Entzugssymptome: (27 Klienten)

Die Beschwerden dominierten die Befindlichkeit der Betroffenen an keinem Tag. Bei den **Heroinentzügen** traten leichte Beschwerden in den ersten 3 - 5 Tagen auf (leichte Gliederschmerzen, Schlafstörungen während jeweils weniger als der Hälfte der Nacht, andere leichte Beschwerden). Bei den **Methadonentzügen** traten die Schlafstörungen stärker in den Vordergrund und die Entzugsphase dauerte länger an, wobei dies die Betroffenen kaum wesentlich stärker belastete. Trotz 1 - 2 schlafloser Nächte und einem Symptomenverlauf von bis zu 10 Tagen Dauer, sind diese Entzüge als leicht zu bezeichnen.

d) Mittelschwere Entzugsverläufe: (7 Klienten)

Die Beschwerden waren bei den **Heroinentzügen** an 1 - 2 Tagen so dominant, dass der Süchtige das Bett hütete oder sich sonst kaum zu betätigen vermochte. Gänzliche Schlaflosigkeit während 1 - 2 Nächten und vorübergehend starkes 'Reissen' (Drang nach der Droge) plagten die Klienten. Bei mittelschweren **Methadonentzügen** waren die Klienten bis zu 4 Nächten völlig wach, wobei lediglich jeweils zwei schlaflose Nächte einander folgten.

e) Schwere Entzugssymptome: (10 Klienten)

Die Dauer des Entzuges oder die Heftigkeit einzelner Entzugsphasen stellten die Belastbarkeit der Süchtigen und der Mitbewohner auf eine harte Probe. Konkret haben wir folgende 10 Fälle erlebt:

1. Zwei Tage dauerndes starkes Erbrechen bei florider Hepatitis (Heroinentzug)
2. Drei Tage dauerndes starkes Erbrechen bei florider Hepatitis (Heroinentzug)
3. Starke Beinkrämpfe und schwere Allgemeinsymptome während der ersten vier Tage (Heroinentzug)
4. Autonome Beinbewegungen, Apathie, völlige Schlaflosigkeit während der ersten vier Nächte bei schlechtem Allgemeinzustand (Heroinentzug)
5. Starke nächtliche Unruhe und sieben Tage dauernde quälende Durchschlafstörungen. Starke Gereiztheit, starke Allgemeinsymptome (Heroinentzug)
6. Zweimalig anfallartiges Umsichschlagen während ca. 2 Minuten, gefolgt von ca. 15-minütiger Apathie (kein Schlaf !), danach ca. 30-minütiges rasches, stereotypes Kopfdrehen (analog autistischen Kindern. Der Klient erinnerte sich nachher nur bruchstückweise an die Ereignisse. Diese Symptome traten auf, nachdem der Klient während zwei Tagen seine Entzugssymptome stark zurückgedrängt hatte und nach einem Saunadurchgang. Diese zwei Anfälle lösten bei den anwesenden Mitbewohnern keinerlei Angst aus, im Gegensatz zu den Grand-mal-Anfällen eines anderen Klienten (Fall 10). (Methadonentzug)
7. Stark beeinträchtigende Entzugsbeschwerden zogen sich über die ganze Entzugsdauer hin, wobei vor allem kurzdauernde depressive Verstimmungen im Vordergrund standen. Dabei wechselten Phasen relativer Beschwerdefreiheit mit den Symptomphasen im Rythmus von ca. einem Tag ab. (Methadonentzug)
8. Starke Depression bei einem 17-jährigen magersüchtigen Mädchen. Sie brach ihren Methadonentzug am 5. Tag ab.
9. Autonome Muskelbewegungen, starkes Jucken und Kribbeln (Parästhesien) in Armen und Beinen, übermässige Wachheit und Gefühle, die an einen Trip erinnerten, völlige Schlaflosigkeit während der ersten 8 Nächte. (Methadonentzug und aggressive Hepatitis, beginnende Leberzirrhose)
10. Epileptischer Entzugsanfall bei einem Alkoholentzug (Grand-mal)

Von diesen 10 Klienten, die einen starken Entzug durchmachten, brach lediglich eine Klientin den Entzug ab.

f) Abbruch des Entzuges bei Entzugsbeginn: (8 Klienten)

Vier Klienten brachen den Entzug aus Angst vor den einsetztenden Entzugsbeschwerden gleich zu Beginn ab. Zwei Klientinnen täuschten uns mit ihrer Absichtserklärung, eine Therapie beginnen zu wollen, um aus der Untersuchungshaft entlassen zu werden. Je ein Klient lief wegen Krankheit (Nierenbeckenentzündung) rsp. in einer depressiven Verstimmung zu Beginn davon. Eine Klientin schlossen wir am 3. Tag wegen Medikamentenkonsums und stark destruktiven Verhaltens aus.

. . . . . .

Quantitative Auswertung:

keine Entzugssymptome	5 Klienten	7 %
minimale Entzugssymptome	12 Klienten	17 %
leichte Entzugssymptome	27 Klienten	39 %
mittelschwere Entzugssymptome	7 Klienten	10 %
schwere Entzugssymptome	10 Klienten	15 %
Abbruch bei Entzugsbeginn	8 Klienten	12 %
Total	69 Klienten	100 %

3. Verlauf der Entzugssymptomatik

Beim **Heroinentzug** klangen die augenfälligen Symptome stets am 4. - 5. Tag ab. Nur zwei Klienten verspürten bis am 8. Tag Entzugsbeschwerden. Beim **Methadonentzug** setzten die Entzugsbeschwerden meist verzögert am 2./3. Tag ein, erreichten am 4. - 7. Tag einen Höhepunkt und klangen häufig bis am 10 Tag ab. In drei Fällen dauerten die Beschwerden noch über den Entzug hinaus. Zwei dieser Klienten gingen im Anschluss an den Entzug in eine Therapeutische Gemeinschaft, wobei die noch vorhandenen Beschwerden den Neuanfang in der Gemeinschaft nicht wesentlich beeinträchtigten. Wir beobachteten mit grosser Regelmässigkeit nach dem Überschreiten des Beschwerdehöhepunktes einen rhythmischen Symptomenverlauf, wobei Tage mit Beschwerden mit solchen ohne Symptome abwechselten.

In Gruppen, die aus Methadon- und Heroinsüchtigen zusammengesetzt waren (was bei der Mehrheit der Gruppen der Fall war) entstand oft die Schwierigkeit, dass bei Entzugsbeginn die "verladenen" Methadonsüchtigen für die schon Entzugsbeschwerden verspürenden Heroinsüchtigen eine starke Provokation darstellten. In allen Fällen konnten sich die Heroinsüchtigen aber genügend abgrenzen und von den Methadonsüchtigen Zurückhaltung verlangen. Auf der anderen Seite hatten einige Methadonsüchtige mit der Angst zu kämpfen, dass sie es nicht aushalten würden, noch im Entzug zu stehen, während die Übrigen ihren Entzug schon durchgestanden hätten. Solche Dynamiken gefährdeten keinen der Entzüge ernsthaft. Nach unseren Erfahrungen können Süchtige ihren Heroin- oder Methadonentzug gut in derselben Gruppe durchführen.

4. Entzugskomplikationen

a) Krankheiten:

Vier Klienten waren bei Entzugsbeginn krank oder erkrankten während des Entzuges. Die Krankheit stellte für alle eine grosse Belastung dar, was aber nur in einem Fall zum Entzugsabbruch führte. Diese Klientin hatte einen Harnwegsinfekt, welcher antibiotisch behandelt wurde. Sie lief am zweiten Tag mit hohem Fieber davon (dies geschah in unserem allerersten Entzug!). Zwei Klienten mit florider Hepatitis litten während zwei rsp. drei Tagen unter starkem Erbrechen. Eine vierte Klientin hütete praktisch während des ganzen Entzuges das Bett. Zuerst plagte sie ein grippaler Infekt mit Bronchitis. Danach brach eine Hepatitis aus. Sie ertrug diese Situation erstaunlich gut.

b) Epileptischer Anfall:

Ein Heroinsüchtiger, welcher in den Monaten vor dem Entzug massiv auf Alkohol umgestiegen war und einen klassischen Alkoholentzug durchmachte, erlitt am 3. Tag zwei epileptische Anfälle vom Typ Grand-mal. Wir wiesen ihn für vier Tage zur Beobachtung ins Bezirksspital ein, worauf er wieder in unser Entzugshaus zurückkehrte, den Entzug abschloss und in eine Therapeutische Gemeinschaft eintrat.

c) Unfall:

Bei Dachisolationsarbeiten erlitt ein Klient eine leichte Fremdkörperverletzung des Auges. Unglücklicherweise betraf es sein einzig funktionstüchtiges Auge, womit vorübergehend seine visuelle Wahrnehmungsfähigkeit stark eingeschränkt wurde. Dieser Klient hatte überdies mit starker innerer und äusserer Unruhe zu kämpfen. Unserer Vermutung nach hatte er sich nach dem Wegfall der anti-psychotischen Wirkung des Heroins mit ihn sehr stark bedrängenden psychischen Kräften auseinanderzusetzen. Durch den Verlust der Sehkraft, so unsere Interpretation, verlor er vollends die Orientierung und lief aus dem Entzug davon. Er erzählte uns später, dass es ihn förmlich auf die Gasse getrieben habe. Er erinnerte sich der einzelnen Ereignisse nur noch schemenhaft.

d) Suizidversuch:

Ein Rückfall eines Klienten erfolgte unmittelbar nach abgeschlossenem Entzug in Form eines Suizidversuches mit einer Überdosis.

e) Ablehnung:

Aus medizinischen Gründen lehnten wir in zwei Fällen die Teilnahme an einem Drogenentzug ab; den einen wegen insulinbedürftigem Diabetes, den anderen wegen Schizophrenie. Zwei weitere Bewerber lehnten wir aus situationsbedingten Umständen ab. Beide waren sehr mangelhaft motiviert und hatten übergrosse Ansprüche. Den während des Entzuges zu erwartenden Problemen fühlten wir uns nicht gewachsen.

5. Entzugsabbrüche

Von den insgesamt 69 Klienten brachen 27 den Entzug ab.

a) Entzugsabbruch bei Entzugsbeginn:

Die sechs Abbrüche erfolgten aus Angst vor den einsetzenden Entzugsbeschwerden (3 Fälle), wegen Krankheit (1 Fall), aus einer depressiven Verstimmung heraus (1 Fall) und durch Ausschluss wegen Medikamentenkonsums (1 Fall).

b) Entzugsabbruch während der Entzugsphase:

Die drei Abbrüche erfolgten aus nachstehender Situation heraus: Eine Klientin hielt ihre überstarke innere Leere bei abklingendem Methadonentzug nicht mehr aus. Eine magersüchtige Klientin reagierte während ihres Methadonentzuges mit einer starken Depression. Ein Klient hatte sich durch den Wegfall der Heroinwirkung mit starken inneren Bedrängnissen auseinander zu setzen (psychotische Erlebnisweise, Reaktion).

c) Entzugsabbruch nach Abschluss der Entzugsphase:

Die Ursachen dieser Abbrüche waren folgende: Sieben Klienten waren nach durchgemachtem körperlichem Entzug nicht weiter gewillt, sich den Schwierigkeiten des Zusammenlebens zu stellen. Bei vier Klienten war die Angst vor dem bevorstehenden Eintritt in eine Therapeutische Gemeinschaft der ausschlaggebende Abbruchgrund. Eine Klientin war deutlich Mitläuferin ihrer Kollegin. Zwei Klienten schlossen wir aus. Bei zwei Abbrüchen bestand kein Zusammenhang mit dem Entzugsgeschehen.

Die Abbruchrate ging seit dem Beginn unserer Arbeit kontinuierlich zurück. 1981 brachen 59 % der Klienten den Entzug ab. Im 1. Halbjahr 1982 waren es noch 38 %. Im 2. Halbjahr 1982 brachen nur 29 % der Klienten ihren Entzug ab.

6. Faktoren, die auf die Ausprägung von Entzugssymptomen wirken

Nach unseren Beobachtungen gibt es neben den gegebenen Bedingungen eines Entzuges (Drogenart/Dosis der letzten Tage/ Einnahmedauer/ Grad der Polytoxikomanie/ körperlicher und psychischer Allgemeinzustand) eine ganze Reihe sich rasch ändernder Faktoren, welche die Ausprägung der Symptome wesentlich mitbestimmen. Die oben aufgeführten fünf Grundparameter legen meist die Anfälligkeit auf Entzugsbeschwerden fest. Die äussere Umgebung spielt dabei eine ganz wesentliche Rolle. Im Folgenden wollen wir kurz schildern, welche gruppendynamische Faktoren die Ausprägung der Symptome stündlich und täglich beeinflussen. Es handelt sich dabei um eine Abstraktion, denn alle Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und verschiedene sind uns sicher auch nicht bewusst.

a) Stimmung in der Gruppe:

Stimmungsschwankungen prägen die Gruppe stark. Ihre Ursachen sind oft nur diffus wahrnehmbar. Manchmal lassen sich die Ursachen der Stimmungsschwankung klarer vermuten oder die Erfahrung führt auf einen brauchbaren Pfad.

So tritt nach einer Hochstimmung oft ein Stimmungstief ein. Zum einen werden die Erwartungen massiv hochgeschraubt, zum anderen wird in der Hochstimmung viel psychische Energie verbraucht, so dass eine Erschöpfung eintritt. Ein solches Stimmungstief ist wenig gefährlich, wenn man zu warten weiss. Es ist gut, mit der Gruppe die Normalität solcher Schwankungen zu besprechen.

Auf einen weiteren typischen Prozess, der mit einem Stimmungstief einhergeht, sei an dieser Stelle hingewiesen: Wenn die Gruppe eine gewisse Zeit zusammen ist, die erste "Abtastungsphase" und zugleich meistens die Entzugssymptome vorbei sind, entsteht fast immer ein Stimmungstief, geprägt durch die innere Leere. Gleichzeitig wird auch klar, dass die Gruppenmitglieder sich näher aufeinander einlassen müssen, damit das Zusammenleben weitergehen kann. Dies löst oft viel Angst aus. Oft versuchen die Klienten mit dem Drang nach aussen, mit Konsumforderungen oder mit dem Sprengen des gesetzten Rahmens mittels kleiner Provokationen der inneren Leere auszuweichen. In solchen Momenten gilt es, den Kontakt zu den Klienten und zu ihrem Leeregefühl

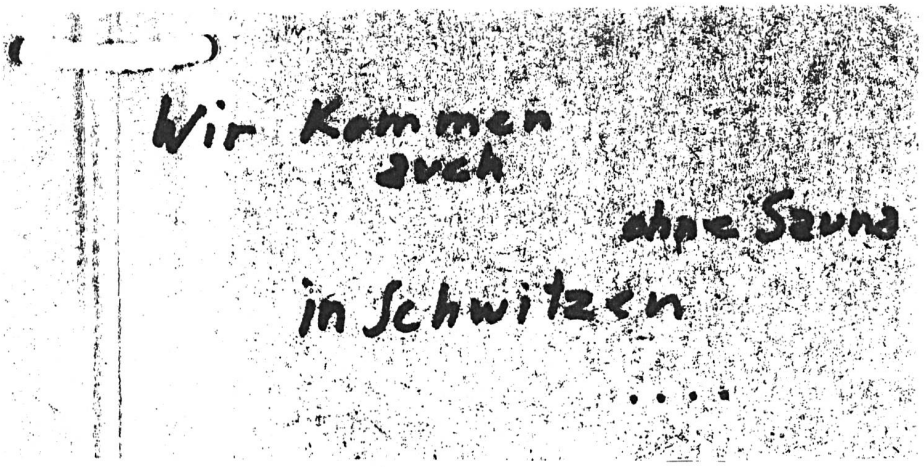
immer wieder neu aufzubauen. Dies ist nicht möglich, wenn man den vordergründigen Forderungen unkritisch nachgibt oder diese schroff zurückweist. Das Bearbeiten dieses Stimmungstiefs ist oft schwierig und fordert viel Behutsamkeit und Geduld. Dabei sind meist starke Ängste vor einem Kontakt im Hintergrund spürbar.
Oft sind die Ursachen der Stimmungsschwankung schwer erkennbar. Vermutungen greifen dann um sich. In solchen Momenten fand ich es oft schwierig, das Gespräch auf die verdeckten, aber deutlich spürbaren Spannungen zu lenken. Auf der einen Seite stand meine Wahrnehmung der Spannung, ohne dass ich spürte, wie sie entstanden war und wodurch sie unterhalten wurde. Auf der anderen Seite erlebte ich oft eine Gruppe oder einzelnen Klienten, welche die Spannung verleugneten. Wir haben uns dann im Mitarbeiterteam gefragt, ob wir aus einer Mücke einen Elephanten machten und uns gegenseitig in die vermeintliche Wahrnehmung einer diffusen Spannung hineinsteigerten. Dabei stellte sich nachträglich stets heraus, dass unsere Wahrnehmung zutraf. Konfrontationen, die sich manchmal durch ein beharrliches Ansprechen der Spannung ergaben, haben die Gruppe oft schwer belastet. Auf der andern Seite sind unausgesprochene Spannungen in der Gruppe für die Klienten wie auch für die Mitarbeiter auf die Dauer schwer ertragbar. Sehr schnell übertrug sich die herrschende Spannung auf jedermann. Die Konsequenz einer unbearbeiteten Spannung ist fast immer, dass das schwächste Gruppenmitglied die Spannung destruktiv ausagiert (sich isoliert, explodiert, davonläuft, etc.).
Die Ursachen solch diffuser Spannungen sind meist in folgendem Themenkreis zu suchen: Drogen im Haus (hereingeschmuggelte kleinere Dosen Medikamente oder Haschisch), zuviel Drogen in der Phantasie, Beziehungsprobleme (Rivalität/Sexualität), Angst vor der Zukunft (Wohngemeinschaft, Gasse, zu Hause), Entscheidungsschwierigkeiten.

b) Beteiligung am Gruppenprozess:

Oft haben wir folgenden Teufelskreis beobachtet und ich kenne diesen auch von mir selbst: die innere Leere und die Unentschiedenheit führen zu Desinteresse und Nichtbeteiligung am Gruppenprozess und an den zu verrichtenden Arbeiten. Die Nichtbeteiligung fördert die Leere und das Alleinsein. In einem solchen Fall ist es wichtig, den Zusammenhang bewusst zu erleben und durch eine eigene Entscheidung mitzumachen, den Kreis wenigstens teilweise zu durchbrechen. So kann die Wirkung des Mitmachens im Gegensatz zur Passivität erlebt werden.

c) Die Haltung der Mitarbeiter untereinander:

Es ist sehr wichtig, dass die Mitarbeiter persönliche Schwierigkeiten, Probleme mit der Gruppe oder teaminterne Spannungen miteinander besprechen. Spannungen im Team führen zu Spannungen



in der Gruppe. Die Folgen einer stockenden Kommunikation innerhalb des Teams können sich schwerwiegend auf die Klienten auswirken. Tut sich der Graben im Team offen auf, reagieren viele Klienten mit Angst. Einige versuchen dabei, die Teamspaltung in ihre gewohnte Lebensstrategie einzubauen. Auf der anderen Seite kann das Team aus Angst über die Folgen der gestörten Kommunikation einen extremen Schulterschluss praktizieren. Die Klienten erleben dann das Team wie eine Front und spüren gleichzeitig, dass irgendwo Spannungen vorhanden sind, können diese aber nur diffus wahrnehmen und nicht orten. Angst und eine Polarisierung Klienten - Team ist die Folge.
Um die Kommunikation innerhalb des Teams immer wieder neu zu finden, ist eine intensive Teamsupervision ein fester Bestandteil unserer Arbeit. Während des Entzuges nimmt sich das Mitarbeiterteam auch täglich 60 - 90 Minuten Zeit, um sich am Abend alleine auszusprechen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass dies von den Klienten sehr gut toleriert wird und dass eine Bereinigung von Spannungen zwischen Teammitgliedern vor der Gruppe oft zuviel Angst auslöst. Es scheint uns so, dass die Klienten zwar wissen wollen, dass wir unsere Schwierigkeiten besprechen, aber dass sie damit nicht allzuviel zu tun haben möchten.

d) Sauna

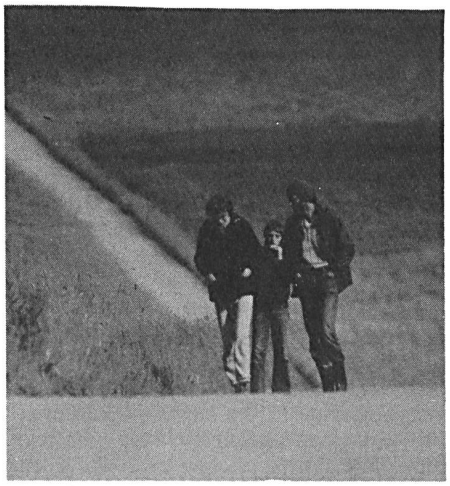
In Ergänzung dieses Kapitels über die Beeinflussung der Entzugssymptome möchten wir noch auf unsere Erfahrungen mit dem Gebrauch der Sauna hinweisen. Die Sauna, eingesetzt während der Entzugsphase, hat eine stark beschleunigende Wirkung. Klienten, die ihre Symptome zurückhalten, kommen durch den Saunagang oft stark auf Entzug. Jene, die Entzugsbeschwerden verspüren, können durch die Benützung der Sauna das Abklingen der Beschwerden beschleunigen. Es scheint uns, dass durch die anregende Wirkung der Sauna auf den Stoffwechsel die Entzugsphase beschleunigt wird.

7. Die Bedeutung der Symptome für den Einzelnen und die Gruppe

Am Anfang unserer Arbeit erwarteten wir, dass die Entzugsphase in den ersten Tagen die grösste Schwierigkeit des zweiwöchigen Entzuges darstellen würde. Wir beginnen den Entzug auch meist mit dem vollzähligen Team von 4 Mitarbeitern. Mit der Zeit realisierten wir, dass die zweite Entzugswoche viel mehr Probleme mit sich bringt als die erste. Die meisten Abbrüche ereignen sich denn auch in der zweiten Woche.
Der Einstieg in die Gruppe ist ein erster schwieriger Punkt. 6 von 27 abbrechenden Klienten liefen ganz zu Beginn des Entzuges davon.
Die Beschäftigung mit den Entzugssymptomen schützt in der Folge die Süchtigen vor der inneren Leere und vor übermächtigen inneren Ansprüchen. Der affektive Zugang ist in dieser Phase meist viel leichter als vorher und auch nachher. Zwar plagen die Symptome manchen Klienten und viele jammern etwas über die Beschwerden. Aber der Klient gesteht sich auch leichter zu, sich pflegen zu lassen, und er kann Zuwendung auf dem Umwege über die Symptome erfahren, welche er sonst nicht annehmen könnte. Er beschäftigt sich mit sich, mit seinem Körper und kann auch davon erzählen. Die Entzugsbeschwerden füllen einen Raum aus.
Klingen die Beschwerden ab, kommt oft ein Leeregefühl zum Vorschein. Diese Leere auszuhalten und langsam wieder aufzufüllen, ist viel schwieriger und schmerzhafter, als das Aushalten der Entzugsbeschwerden. Diese geben der Gruppe auch ein gemeinsames Thema. Solidarität ist diesbezüglich leichter möglich.

8. Schlussfolgerungen - oder - Plädoyer für einen medikamentenlosen Drogenentzug

Die Zusammenstellung der gemachten Erfahrungen der letzten 1 1/2 Jahre mit medikamentenlosen Drogenentzügen bei insgesamt 64 Drogensüchtigen soll einen Einblick in Art und Heftigkeit des Entzugssyndroms geben. Wir stellten immer wieder fest, dass die Heftigkeit der Entzugssymptome meist bei weitem kleiner ist, als dies von den Süchtigen selber erwartet wird. Auch in medizinischen und sozialtherapeutischen Fachkreisen sowie in der Öffentlichkeit scheint eine Überschätzung der Heftigkeit des Entzugssyndroms, besonders desjenigen beim "kalten Drogenentzug", tief verankert zu sein. Dies mag verschiedene Ursachen haben. Zum einen mögen Bücher wie dasjenige der Christiane F. "Wir Kinder vom Bahnhof Zoo" und analoge Filme die Vorstellung vom dramatischen Entzugsgeschehen nähren. Zum anderen sind die Entzüge früherer Jahre wahrscheinlich heftiger verlaufen, weil reineres Heroin noch erschwinglich war und die durchschnittliche Dosis sohl höher lag. Zum Dritten wird oft eine allgemeine Sensationslust Ursache der Überbewertung sein. Viertens, und dies ist unseres Erchtens die wichtigste Ursache der Überbewertung der zu erwartenden Entzugssymptome durch die Süchtigen selber, spielen die äusseren Umstände, in welchen die Entzüge erlebt werden, eine sehr grosse Rolle. Die meisten Drogensüchtigen haben ihre Entzüge auf Notfallstationen und in Untersuchungszellen erlebt, aber auch in der Unwirtlichkeit der Gasse. Solche Umgebungen führen dazu, dass die Entzugssymptome sich viel stärker ausprägen und dann meist als sehr plagend und dominierend erlebt werden. Dies wiederum führt zu Abhilfeversuchen durch Medikamenteneinnahme, wenn das Heroin selbst nicht erreichbar ist. Dass die Realität eines medikamentenlosen Entzuges in einem dafür geeigneten Rahmen meist ganz anders aussieht, wissen viele Süchtige nicht. Manche erzählen uns nach dem Entzug, sie hätten noch nie einen so harmlosen Entzug erlebt, was die Entzugsbeschwerden angeht. Dafür spricht auch der Umstand, dass nur drei Süchtige während der Entzugsphase davongelaufen sind, wobei zwei der drei weniger wegen der Schwere der Symptome, als wegen aufbrechender verdeckter Probleme die Rückkehr auf die Gasse vorzogen.



Zum Schluss möchten wir noch ein Wort für das Durchführen eines Drogenentzuges ohne Medikamente einlegen. Wie unsere Erfahrungen gezeigt haben, und fremde Erfahrungn belegten dies schon seit Langem (Synanon u.a.), sind Medikamente zur Bekämpfung von Entzugsbeschwerden nicht sinnvoll. Nur in ganz speziellen Situationen sind solche notwenig. Sie schaden dem Entzugsverlauf aber wesentlich. Zum Einen dauert die Entzugsphase mit Medikamenten meist länger als ohne Medikamente. Zum Andern erschweren sedierende Medikamente die Kommunikation wesentlich. Drittens laufen grosse Teile der Beziehung zu den Mitarbeitern über die Medikamentenabgabe ab. Viertens begibt sich der Therapeut in eine verhängnisvolle Doppelrolle. Er vertritt auf der einen Seite, dass Drogen und Medikamente für den Süchtigen zu einem grossen Problem geworden sind, über welches dieser andauernd stolpert. Auf der andern Seite gibt derselbe Therapeut den Süchtigen selber Medikamente ab, an die Süchtigen, die zu ihm kommen, um von der Sucht wegzukommen. Vorstellungen vom Umgehenlernen mit den Suchtstoffen, vom Ausschleichen aus der Sucht und von den klaren Abmachungen über den Einsatz der Medikamente sind für die Süchtigen und für manchen Mitarbeiter eine grobe Überforderung. Sie entstehen wohl als Produkt aus der Zweideutigkeit des Therapeuten und der Ambivalenz des Drogensüchtigen, von der Sucht zwar wegkommen zu wollen, aber die verschiedenen Suchtmittel nicht ganz lassen zu müssen.

Der einzige Vorteil von Entzugsprogrammen mit Medikamenten ist die vordergründige Anlockung der Süchtigen. Eine niedrige Eintrittsschwelle ist das populäre Stichwort dazu, welches allzu oft völlig unreflektiert gebraucht wird. Die Rechnung für die Doppeldeutigkeit dieses Angebots muss der Süchtige einfach später begleichen. Das Entzugsprogramm hat aber die wichtige Chance der Begegneung und der weitestmöglichen Eindeutigkeit vergeben. Im übrigen wäre es weit sinnvoller, in Fachkreisen und unter den Süchtigen die falschen Vorstellungen über den "kalten Drogenentzug" abbauen zu helfen und das Augenmerk vermehrt der Bedeutung der den Entzug begleitenden Umgebung zu widmen.

Andres Manz
Arzt

Die CIKADE-Arbeit in Zahlen

Die CIKADE führt nun seit eineinhalb Jahren kalte Entzüge durch. Wir haben in dieser Zeit eine Fülle von Erfahrungen gemacht und in unserer Arbeit einiges verändert und vieles verbessert. Diese Veränderungen und Verbesserungen haben positive Resultate gebracht, die sich auch in der Statistik zeigen. Wir haben heute die Gewissheit, mit einem funktionierenden und praktikablen Konzept zu arbeiten, das einer wachsenden Anzahl von Klienten erlaubt, bei uns einen Entzug zu machen.