

# Die Dramatik des Opiat-Entzuges

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

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen**

Band (Jahr): - **(1989)**

Heft 2

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-799714>

## **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.

# Die Dramatik des Opiat-Entzuges

Der Beitrag von P. Frehner  
"Körperlicher Entzug -  
Leiden für ein besseres  
Leben" (kette 4/88) bläst  
über weite Strecken in ein  
allzu theatrales Horn,  
meint Daniel Suter, Oberarzt  
am Drop-In der Klinik Hard in  
Embrach. Hier seine  
Meinung.

Dass dem Thema "Opiat-Entzug" immer wieder eine Dramatik zugeschrieben wird, die ihm sachlich nicht zustehen muss, hat verschiedene Gründe:

Ein Opiat-Entzug kann zwar dramatisch (im Gegensatz zum Alkoholentzug kaum, aber je (lebens-) gefährlich) verlaufen, muss es aber nicht. Es ist nicht ein eigendynamisches Geschehen, das da unbeeinflussbar abläuft, sondern man/frau kann lernen damit umzugehen oder sich den Umgang damit sozusagen "erarbeiten".

Weitere "dramaturgische" Gründe liegen aber nicht beim Entzug an sich, sondern bei den AkteurInnen:

TherapeutInnen müssen sich desto wichtiger und unentbehrlicher erscheinen, je gefährlicher der Entzug ist oder zumindest sein kann. Dem gegenüber können (vielleicht nicht ganz) Entzugsmotivierte mit Verweis auf Dramatik und Gefährlichkeit eben des Entzuges darauf verzichten, ihn in Angriff zu nehmen; denn wer möchte sich schon (freiwillig - nota bene) auf's Lebensgefährliche einlassen?!

---

Der sogenannte weiche Entzug

---

Unter diesen Begriff werden Opiat-Entzüge subsumiert, die - ambulant oder

stationär - mit medikamentöser Unterstützung durchgeführt werden. Hier gilt es sich zu entscheiden, was die zum Einsatz gelangenden Medikamente bewirken sollen: Wollen sie die körperlichen Symptome beseitigen, so richten sie sich nach dem Wunsch (-Traum) aus, vorübergehend "narkotisiert" schliesslich drogen- und beschwerdefrei wieder zu erwachen. Diese Absicht ist darum diskutabel, weil sie den betroffenen Klientinnen nicht ermöglichen kann, mit dem Entzug umgehen zu lernen und die Angst davor abzubauen.

Niedrige Medikamenten-Dosierungen wiederum werden höchstens den Körpersymptomen die Spitze nehmen, jedoch am Erleben des Entzuges grundsätzlich nichts ändern, was sie in die Nähe medikamentenfreier Entzüge bringt. Wesentlich erscheint mir die Wahl der Medikamente.

In den Drop-In des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Klinik Hard in Bülach und Dübendorf bieten wir folgende standardisierte Medikamenten-Kombination an: Spasmo-Cibalgin (3 x 1 Dragée täglich), Seresta 15 mg (3 x 1 Tablette täglich), Chloral-Durat blau (2-3 Kapseln vor dem Schlafen).

Seresta kann durch Valium CR (10 mg) ersetzt werden, das nur einmal täglich genommen wird. Bei Spasmo-Cibalgin-Unverträglichkeit kann auf Rengasil, ein Anti-Rheumatikum, ausgewichen werden.

Die Medikamente werden während max. 5 Tagen gegeben. Die Abgabe erfolgt täglich und geschieht jeweils im Rahmen eines Gesprächs. Zu Beginn des Entzuges geben wir ein Merkblatt ab, das Tips und Ratschläge enthält, wie besser mit den zu erwartenden Symptomen umgegangen werden kann.

Natürlich lassen sich die zum Einsatz gelangenden Medikamente fast beliebig variieren; wesentlich scheint mir, dass stationäre oder ambulante Stellen, die medikamentös unterstützte Opiat-Ent-

züge anbieten, sich auf einen Standard festlegen, diesen konsequent praktizieren und damit konkrete Erfahrungen sammeln.

Zur etwas euphorischen und nicht ganz realitätsentsprechenden "Medikamenten-Palette", die in "kette" (4/1988) aufgeführt wurde, erlaube ich mir folgende Bemerkungen:

Da gibt es "ausschleichende Methadon-Dosierungen", die ja so problemlos nicht sind (Halbwertszeit des Methadons!), hingegen fehlt die Möglichkeit Codein-unterstützter Entzüge (meines Wissens unter anderem im Drop-In Basel, sowie im Züri-Oberland praktiziert). Was "nicht süchtig-machende Barbiturate" sind, weiss ich nicht, bzw. kenne ich sie nicht. Wer Süchtige befragt, erhält die recht stereotype Antwort, "lieber kalter Entzug als Neuroleptika" (man/frau beachte dazu auch eine der letzten Nummern der Promente-Sana Zeitschrift zum Thema "Neuroleptika"). Dann die Benzodiazepine, die bekannterweise gerade in unserem Lande zu einem der hartnäckigsten Suchtprobleme geführt haben; auch hierzu lohnt sich beispielsweise unter dem Stichwort "Rohypnol" eine Befragung von KonsumentInnen über ihre diesbezüglichen Erfahrungen (Amnesien etc.).

Zusammenfassend meine ich, dass medikamentös unterstützte Opiat-Entzüge im stationären Rahmen, beispielsweise nicht speziell dafür eingerichtete (somatische) Spitäler, zur Anwendung kommen. Dort fehlende Strukturen (siehe weiter unter..zum Thema "stationärer Entzug"), die das Erleben und Durchleben des Entzuges erleichtern, können bis zu einem gewissen Grad durch den Einsatz stützender Medikamente wettgemacht werden. Im ambulanten Rahmen möchte ich vor allzu optimistischen Vorstellungen warnen. Aus unserer Erfahrung haben wir ge-

lernt, dass sowohl die Quoten abgebrochener Entzüge als auch relativ rascher Rückfälligkeit nach einem an sich erfolgreich beendeten Entzug hoch sind. Was uns jedoch bedeutend erscheint ist die Tatsache, dass sich durch die täglichen Kontakte während des Entzuges eine (therapeutische) Beziehung installieren kann, die die Türe öffnet für eine längerdauernde Beratung.

#### Der sogenannte kalte Entzug

Ich beschränke mich auf das Adjektiv "kalt" und verzichte auf das in "kette" (4/1988) kolportierte "knall-hart"; ich tue dies bewusst, um zu signalisieren, dass medikamenten-freie Entzüge nicht nur etwas für knall-harte Frauen und Männer sind, sondern durchaus erträglich verlaufen können, wenn man die entsprechenden Strukturen zur Verfügung hat, um damit umgehen zu lernen/können.

Ich möchte durch Wiedergabe der Erfahrungen der Uebergangsstation für Drogenabhängige der Klinik Hard in Embrach zur Entmystifizierung der Opiat-Entzüge beitragen:

#### Zu den Symptomen des kalten Entzuges

Die MitarbeiterInnen der Uebergangsstation für Drogenabhängige der Klinik Hard haben im Jahre 1985 über mehrere Monate insgesamt knapp 100 BewohnerInnen, die soeben dort einen medikamentenfreien Entzug durchgemacht hatten, nach Quantität und Qualität des erlebten Entzuges einen Fragebogen ausfüllen lassen. Die Resultate haben auch mich erstaunt:

14,6 % der Befragten qualifizierten ihren Entzug als "minimal" (Beschwerden sind nur am Rande spürbar); 40,3 % schilderten den Entzug als "leicht" (Beschwerden dominieren die Befindlichkeit nicht), 32,9 % als "mittelschwer" (Beschwerden dominieren die

Befindlichkeit). 12,2 % qualifizierten ihren Entzug als "schwer" (Beschwerden schränken die Befindlichkeit ein; stellen das Durchhaltevermögen auf eine harte Probe).

Also: Ueber die Hälfte der Entzüge sind (nota bene nach Ansicht jener, die sie durchgemacht haben) lediglich mit minimalen oder leichten Entzugssymptomen, ein weiteres Drittel mit mittelschweren und lediglich 12 % mit schweren Entzugssymptomen einhergegangen.

Zu den Symptomen: Als körperliche Symptome wurden hier vor allem Schlafstörungen, Schwitzen und Frieren, Glieder-, Bauch-, Rücken- und Magenschmerzen angegeben. Uebelkeit und Erbrechen, ganz zu schweigen von den zitierten tagelangen Brech- und Durchfall-Anfällen, von denen überhaupt nie die Rede war, kamen nur sporadisch vor. Die Herzfähigkeit machte in keinem einzigen Fall Probleme. Aufgrund der aufgetretenen Entzugsbeschwerden mussten in keinem Fall die NotfallärztInnen der Klinik zugezogen werden.

Fazit: So (knall-) hart muss der medikamentenfreie Entzug offenbar nicht sein. Und die Moral von der Geschichte: Ich denke, dass Angebote für einen Opiat-Entzug, wie alle anderen Behandlungs-

angebote in der Drogenarbeit und -hilfe, möglichst breit gefächert sein sollten. Der medikamentös unterstützte Entzug hat hier genauso seinen Platz wie der medikamentenfreie. In dieser Unterscheidung - meine ich - liegt aber nicht das Wesentliche, was den Verlauf des Entzuges ausmacht. Es liegt vielmehr an der Motivation der Entzugswilligen und am Setting, an den Strukturen, die TherapeutInnen Entzugswilligen anbieten können. Opiat-Entzüge sind - so glaube ich gelernt zu haben - psychosomatische "Krankheiten", die eben nicht nur über den Körper, sondern auch über die Seele beeinflussbar sind. So wird jede/r in der Drogenarbeit Tätige bestätigen, dass durch ein einfaches Gespräch Menschen auf Entzug vorübergehend von ihren Entzugsbeschwerden abgelenkt werden können. Kennt man das therapeutische Setting beispielsweise einer Uebergangsstation für Drogenabhängige der Klinik Hard (die Schwergewichte liegen einerseits auf der therapeutischen Beziehung zwischen BewohnerInnen und therapeutischen MitarbeiterInnen, andererseits auf dem Aktiv-Sein und -Leben), so wird rasch klar, warum die dort durchgemachten Entzüge vergleichsweise harmlos sein müssen - und zwar auch ohne den Einsatz von Medikamenten. ■

