

Aus der VIII. (Sucht-)Psychiatrischen Abteilung  
(Leiter: Ltd. Krankenhausarzt Dr. B. Kellermann)  
des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll  
Ltd. Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. K. Böhme

Klaus Behrendt und Rolf Schmidt

## **Zur Bedeutung des therapeutischen Settings und der medikamentösen Behandlung beim klinischen Entzug Drogenabhängiger**

Aus einem Jahr Arbeit der Drogenstation des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll in Hamburg

## **The Importance of the Therapeutic Setting and Medical Treatment for the Clinical Withdrawal of Drug Addicts**

Based on One Year's Work of the Drug Ward of the General Hospital Ochsenzoll in Hamburg

Mit diesem Artikel möchten wir eine qualitative und quantitative Übersicht der Klientel eines Jahres (1. 3. 1982 bis 28. 2. 1983) geben und dabei insbesondere die von uns praktizierte medikamentöse Unterstützung während des Entzuges diskutieren. Eine Frage, die in der Fachöffentlichkeit nach wie vor umstritten ist.

Die Drogenstation des AK Ochsenzoll ist neben den Beratungsstellen und den therapeutischen Wohngemeinschaften mittleres Glied des Hamburger Therapieverbundes.

Wir können in zwei voneinander getrennten Bereichen maximal 15 Klienten aufnehmen. Voraussetzung für die Aufnahme ist die Bereitschaft, sich einer Langzeittherapie zu unterziehen, und die Vorlage der entsprechenden Kostenzusagen etc. Das Haus ist geschlossen – auf der Basis freiwilligen Aufenthalts – und legt eine Hausordnung zugrunde, deren wesentliche Punkte sich an die Bedingungen der Eingangsstufen therapeutischer Wohngemeinschaften anlehnen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt zwei bis vier Wochen.

Die Klienten der Drogenstation werden von einem multiprofessionellen Team in drei Schichten betreut. Zu diesem Team gehören:

- Ein Arzt,
- ein Psychologe,
- drei Sozialpädagogen,

- acht Pflegekräfte (auf sieben Stellen),
- ein Sportlehrer (halbe Stelle).

Der Psychologe und die Sozialpädagogen befinden sich, zum Teil seit mehreren Jahren, in psychotherapeutischer Weiterbildung. Fünf Pflegekräfte haben eine Krankenpflegeausbildung, zwei davon eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung. Drei Krankenpflegestellen sind mit Zeitverträgen durch einen Psychologen, einen Soziologen und eine Pädagogin besetzt. Das Team steht unter fortlaufender Supervision.

Die medizinische Entgiftungsbehandlung Opiatabhängiger wird, falls erforderlich, mit L-Polamidon C-Tropfen durchgeführt, eine Methode, die in der Szene auch als „weicher Entzug“ bezeichnet wird. Dabei gehen wir folgendermaßen vor: Bei der Aufnahme findet eine Durchsuchung mit zum Teil rituellem Charakter statt, das heißt, der Klient muß sich in Anwesenheit des Stationsarztes ausziehen und wird rektal auf Drogen untersucht. Nach dieser für beide Teile unerfreulichen Prozedur macht sich der Stationsarzt ein Bild von dem körperlichen Zustand, erfragt die aktuelle Drogenanamnese und legt die Notwendigkeit und die Form der medizinischen Behandlung fest. Der Klient bezieht anschließend zunächst sein Zimmer und orientiert sich auf der Station.

Dieses Aufnahme ritual haben in dem Zeitraum, über den dieser Artikel berichtet, 196 Klienten über

sich ergehen lassen (vgl. Tabelle 1), 58 davon waren weiblich, 138 männlich.

Tabelle 1: Verteilung der vorwiegend benutzten Suchtmittel

Suchtmittel	Anzahl
Opiate	54
Opiate und andere (Barbiturate, Cannabis etc.)	88
Alkohol	10
Alkohol und andere (Barbiturate und Tranquillizer)	22
Halluzinogene und Cannabis-Typ	12
Medikamente (Barbiturate, Schmerzmittel, Tranquillizer)	9
Lösungsmittel	1
Gesamt	196

Eine ausführliche Darstellung sozialer und psychologischer Daten unserer Klienten gab TRUEG 1982.

Von der Gesamtzahl dieser Klienten konnten wir 133 in therapeutische Wohngemeinschaften verlegen, einen in ambulante Therapie entlassen, 52 brachen die Therapie auf eigenen Wunsch ab, neun wurden disziplinarisch entlassen und einer aus der Therapie verhaftet.

Bei der Frage der medizinischen Behandlung steht die Feststellung der Hauptsuchtmittel im Vordergrund. Unsere Klienten wurden in Tabelle 1 in lockerer Anlehnung an den ICD-Schlüssel klassifiziert. 142 von ihnen waren opiatabhängig, mehr als zwei Drittel davon benutzten zumindest gewohnheitsmäßig auch noch andere Suchtmittel, vorwiegend vom Barbiturat-Typ wie Medinox, Vesparax, aber auch Tranquillizer, codeinhaltige Präparate und natürlich Haschisch. Von den übrigen 52 benutzten 31 Alkohol oder Alkohol und Medikamente, 12 vorwiegend Mittel vom Halluzinogen-Typ, neun nur Medikamente und eine Klientin ausschließlich Lösungsmittel.

Tabelle 2: Medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit des körperlichen Entzuges und Art der Behandlung

medikamentös behandlungsbedürftig			nicht medi- kamentös behandlungs- bedürftig
nur mit Pola- midon	nur mit Distra- neurin	mit Polamidon und Distraneurin	
36	10	2	
-----			
insgesamt 48			148

Für die Klärung der Behandlungsbedürftigkeit ist zunächst der Eindruck beim Aufnahmevergange von Bedeutung, darüber hinaus bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen natürlich auch die Anfallsanamnese.

Wie Tabelle 2 zeigt, waren bei Anlegen dieser Kriterien nur ein Viertel aller Klienten überhaupt beim Entzug medikamentös behandlungsbedürftig im körperlichen Sinne. Ein gewisser Anteil der „Nichtbehandlungsbedürftigen“ hat dabei von sich aus auf eine Entgiftungsbehandlung verzichtet. Ein weiterer Teil, insgesamt 37 Klienten, kam direkt aus einer Haftanstalt zu uns, wo es keinen oder nur erschwerten Zugang zu Drogen gab. Von den Behandlungsbedürftigen wurden 36 mit Polamidon und 12 mit Distraneurin behandelt, zwei mit beiden Präparaten. Bei beiden Präparaten wurde fast immer eine rasch absteigende Dosierung gewählt, so daß durchschnittlich 4,7 Tage behandelt wurde in einer Bandbreite von zwei bis zehn Tagen. Zusätzlich zum Entzugsmittel wurden während der medikamentösen Behandlungsphase auch 5 mg Nitrazepam zum Schlafen gegeben.

Die jeweils erforderliche Dosis Polamidon bzw. Distraneurin wird nach dem Eindruck bei der Aufnahme mit dem Ziel festgelegt, die Klienten von Anfang an zur Teilnahme am Therapieprogramm zu befähigen und nicht etwa, um völliges körperliches Wohlbefinden herzustellen. Dabei wird eine Maximaldosis von 40 Tropfen Polamidon, entsprechend 10 mg, und 40 ml Distraneurinsaft pro Tag nicht überschritten.

Die medizinische Versorgung ist in ein dichtes Therapieprogramm eingebettet, dessen Schwerpunkt auf wöchentlich drei psychotherapeutisch orientierten Gruppengesprächen, drei „Werkstätten“ mit kreativen Medien und auf Einzelgesprächen liegt. Dazu kommen Gruppeneigenaktivitäten und ein intensives Sportprogramm.

Bei unserer Arbeit mit den Klienten gehen wir von einer ganzheitlichen Konzeption aus. Es erscheint uns unmenschlich, die Aufmerksamkeit lediglich auf eine Teilwirklichkeit – in diesem Fall die körperliche – zu richten. Wir sehen Sucht als Ergebnis eines fortgesetzten inadäquaten Selbsttherapieversuches an. Die für den Drogenabhängigen mit dem Entzug wieder prägnanter werdenden persönlichen Probleme und Schwierigkeiten bedürfen eines qualifizierten therapeutischen Angebotes, um die Motivation zu erhalten und zu stärken. Für die Klienten mit geringer Therapiemotivation wirkt die erste Themenformulierung ebenfalls motivationsfördernd. In einigen Fällen wird bei uns die Entscheidung für eine bestimmte Wohngemeinschaft, die Aufnahmeveraussetzung ist, revidiert.



Die positive Auswirkung des Therapieangebotes auf die körperliche Befindlichkeit ist erheblich. Sie führt, wie bereits gesagt, häufig dazu, daß die Klienten sich dafür entscheiden, auf jede medikamentöse Unterstützung während des Entzuges zu verzichten bzw. nach einigen Behandlungstagen auf deren vorzeitiger Absetzung zu bestehen.

In der drogentherapeutischen Diskussion ist unser Vorgehen im Entzug umstritten und stößt auch oft auf Ablehnung, wie zuletzt bei VORMANN 1982. Wir stehen mit dieser Handlungsweise in der Tradition des Therapiezentrums Altona, dessen institutioneller Nachfolger wir seit 1977 sind. Der damalige Leiter des Therapiezentrums, H. E. HASSE, hat 1974 in einem Vortrag im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf den Begründungszusammenhang dieser Therapie sehr ausführlich erläutert. Er weist zum Beispiel auf die Verminderung der Entzugsangst und die daraus folgende Verbesserung der Kooperation hin und erläutert das pharmakologische Prinzip, eine durch abrupten Entzug hervorgerufene reaktive Übererregbarkeit des vorher gedämpften Zentralnervensystems durch Ausschleicherung der Dämpfung zu verhindern. Weiter zeigt er im einzelnen, wie die therapeutische Situation für den betroffenen Klienten und die Gruppe, mit der er zusammenlebt, erleichtert wird, und stellt das therapeutische Prinzip dar, daß in keiner Weise mit den Klienten über Präparate und Dosierungen diskutiert wird und alle Medikamente aufgelöst in Grapefruitsaft unter Aufsicht gegeben werden. Sowohl der vorgenannte Begründungszusammenhang als auch Umgang und Darreichung gelten für unser Haus noch heute. Wichtig erscheint dabei vor allem die Dauer unserer Behandlung und die Dosierung, die beide darauf ausgerichtet sind, die medikamentöse Behandlung so kurz und niedrig wie möglich zu halten. Insofern werden die wahrscheinlich insgeheim bei den Klienten vorhandenen Hoffnungen, die in einen weichen Entzug gesetzt werden, von uns nur zum Teil erfüllt. Wenn auch Heroin und Polamidon in ihrer Wirkung pro Milligramm nicht direkt vergleichbar sind, ist doch aus pharmakologischer Sicht der Schritt von durchschnittlich  $\frac{1}{2}$ –1 Gramm Heroin pro Tag zu 10 mg Polamidon eine erhebliche Dosisreduktion, die aber fast alle Klienten gut verkraftet haben. Was wir also erreichen, ist weniger ein Abfangen von Entzugssymptomen auf medikamentöser Basis, sondern eine Milderung der Entzugsangst durch das Wissen des Klienten, daß sie medikamentös behandelt werden. An diesem Punkt wird uns oft der Vorwurf gemacht, mit dieser Vorgehensweise das Suchtverhalten der Klienten zu perpetuieren. Aufgrund unserer Erfahrung sind wir überzeugt, daß die Ergebnisse solcher Handlungsweise, nämlich

die Erhaltung, Stärkung, ja möglicherweise sogar erst die Herstellung einer Therapiemotivation, wesentlich höher einzuschätzen sind als die Ergebnisse des „harten“ Entzuges. Angesichts einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 4,7 Tagen gegenüber meist jahrelanger Drogenabhängigkeit mit diversen Entzugssituationen ist wohl eher die Auffassung zu überdenken, daß „der abrupte Entzug . . . kürzer und psychologisch eindeutiger und damit hilfreicher . . .“ (VORMANN, S. 88) sei.

Viel wichtiger erscheint uns das dichte Therapieangebot, das praktisch von der Aufnahme an zur Verfügung steht und insbesondere bei Klienten, die wiederholt aufgenommen wurden, zu dem bereits angesprochenen Verzicht auf Medikamente führte. Wir sind der Auffassung, daß die Frage eines Polamidon-Entzuges überhaupt nur innerhalb eines solchen Zusammenhanges zur Debatte stehen kann. Über dieses Thema wurde in den letzten zehn Jahren während der Entwicklung drogentherapeutischer Ansätze in der Bundesrepublik sehr heftig und kontrovers diskutiert. Dabei wurden von der Seite, die einen harten Entzug befürwortet, Aspekte wie die klare und abrupte Abgrenzung von der Droge, die durch das Durchstehen des „Affens“ erreichte Hebung des Selbstwertgefühls und vor allem die dadurch „bewiesene“ Therapiemotivation ins Feld geführt. Eine solche Herangehensweise war anfangs notwendig, da keine Erfahrungswerte aus der Drogenarbeit vorlagen. Nach über zehn Jahren professioneller Drogen-therapie wären empirische Untersuchungen beider Entzugsformen hinsichtlich ihrer Effizienz möglich. Solche Untersuchungen liegen unseres Wissens leider bisher nicht vor, auch VORMANN 1982 leistet dazu keinen Beitrag.

Dieser Artikel ist aus der Einschätzung heraus entstanden, daß derzeit über die Klientel, die in stationäre Drogen-therapie geht, wenig veröffentlichtes Material vorliegt und über das Prinzip des „weichen Entzugs“ offenbar noch weniger konkrete Kenntnisse vorhanden sind. Für eine der bekanntesten Entzugseinrichtungen, die aus der ganzen Bundesrepublik Klienten aufnimmt und vermittelt und nach einem oft kritisierten Prinzip arbeitet, ist es sehr wichtig, sowohl die Grundlagen ihrer Arbeit als auch die Entwicklung der Klientel der Fachöffentlichkeit darzustellen, da wir auf Zusammenarbeit angewiesen sind. Wir sind überzeugt von unserem Konzept, das dem Leser vielleicht jetzt verständlicher geworden ist, und meinen, daß auch der Erfolg uns recht gibt, wenn wir unsere Abbruchquote von 31 % (wobei die disziplinarisch entlassenen Klienten eingerechnet wurden) mit den üblicherweise angegebenen 40 bis 50 % vergleichen.

**Zusammenfassung:**

Der Artikel stellt die Arbeit einer Drogenstation vor und diskutiert auf der Basis der Klientel eines Jahres die Indikation, Häufigkeit und Form der medikamentösen Entzugsbehandlung. Dieser „weiche Entzug“ wird mit seinen theoretischen Grundlagen und der unverzichtbaren Einbettung in ein intensives Therapieprogramm dargestellt und begründet.

**Summary:**

This publication introduces the work of a drug ward and discusses on the basis of one year's population of clients the indication, frequency and form of medical treatment of withdrawal. This „soft with drawl“ is presented with its theoretical fundamentals and is postulated as acceptable only in the frame of an intensive therapeutical program.

**Literatur:**

BLOEMEKE, U., B. KELLERMANN, E. TRUEG: Erfahrungen einer Drogenstation im psychiatrischen Krankenhaus, Suchtgefahren 27, 178-179 (1981)

HASSE: Bilanz nach einem Jahr Therapie-Zentrum Altona, Vortrag vom 4. 5. 1974 im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf

ICD: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, 1980

TRUEG, E.: Beschreibung 100 drogenabhängiger Patienten . . . In: Suchtgefahren 28, 1982

VORMANN: In: W. Heckmann Hrsg., Praxis der Drogentherapie, Weinheim 1982, S. 77 ff.

**Anschrift der Verfasser:**

Klaus Behrendt, Arzt  
Rolf Schmidt, Sozialpädagoge  
Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll  
Langenhorner Chaussee 560  
2000 Hamburg 62

Wir brauchen  
viel mehr  
Menschlichkeit

Geld ist wichtig.  
Wichtiger sind Zuwendung  
und persönliches Engagement.

Menschlichkeit ist gefragt – Mitmenschlichkeit!

Sie möchten helfen? Senden Sie uns bitte diese Anzeige. Sie erhalten Informationen und die Adresse der nächsten örtlichen Vereinigung.



**25 Jahre  
Lebenshilfe**  
für geistig Behinderte

**Bundesvereinigung Lebenshilfe  
für geistig Behinderte e.V.**  
Raiffeisenstraße 18, 3550 Marburg  
Spendenkonto 20800, BLZ 533 501 10  
Kreissparkasse Marburg