

# Die klinische Behandlung Drogenabhängiger

Autor(en): **Ladewig, D.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche**

Band (Jahr): **27 (1971)**

PDF erstellt am: **21.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307864>

## **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.

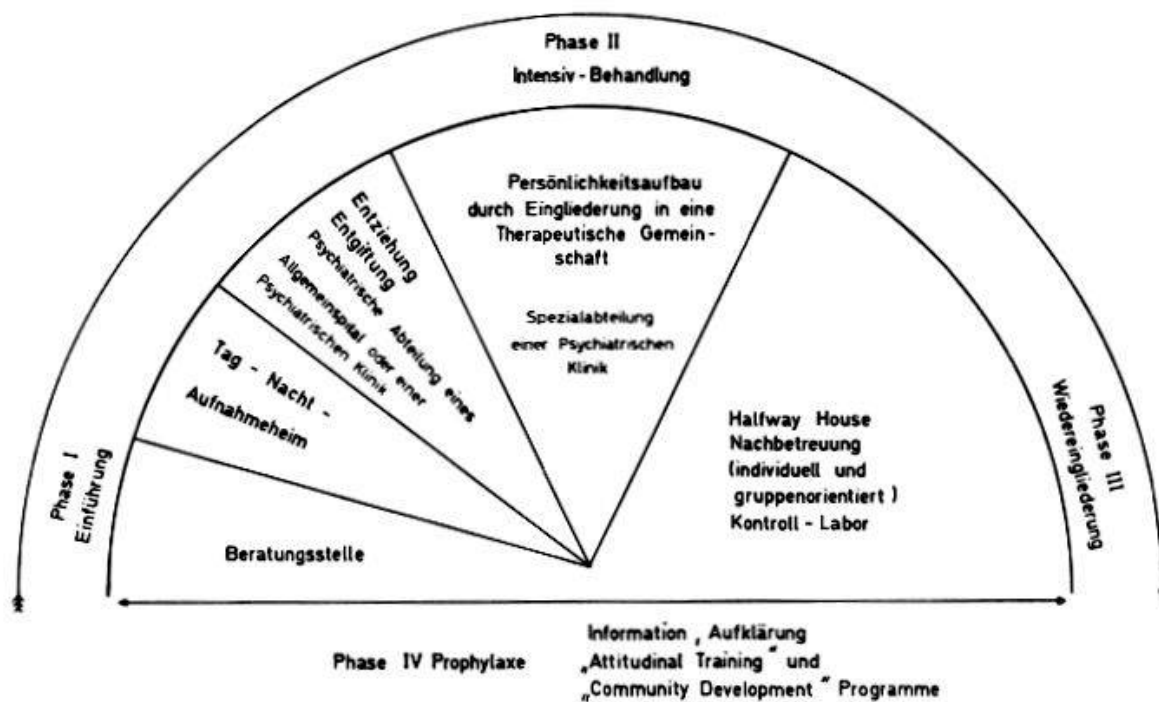
## **Die klinische Behandlung Drogenabhängiger**

D. LADEWIG

Die Behandlung von Drogenabhängigen erwies sich stets als schwierig und wegen der hohen Rückfallquote als für alle am therapeutischen Vorgehen Beteiligten frustrierend. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass sich weitgehend weder Ärzte noch Fürsorger mit dieser Fragestellung beschäftigten. Dass die Behandlung von Drogenabhängigen bis heute auf einen kleinen Kreis von Kliniken und auf einzelne Gruppen von Idealisten abgeschoben wurde, darf weiterhin nicht mehr als genügend angesehen werden. Die Intensivierung einer fachgerechten Ausbildung aller an der Behandlung und Prophylaxe der Drogenabhängigkeit Interessierten sowie der Abbau immer noch bestehender moralisierender Einstellungen sind eine wesentliche Vorbedingung, um die weitere Verbreitung der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus aufzufangen und einzudämmen.

Die Behandlung eines Drogenabhängigen sollte nach Möglichkeit primär in einer Klinik durchgeführt werden, in der einmal speziell ausgebildetes Personal zur Verfügung steht, um Untersuchungen sowie Entziehungs-, Entgiftungs- und Entsuchtungsbehandlungen durchzuführen, und von wo andererseits die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung gegeben ist.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Frage der freiwillig oder unfreiwillig durchgeführten Behandlung. Mit der sich allmählich durchsetzenden Auffassung vom Krankheitscharakter der Drogenabhängigkeit hat sowohl in den USA wie in Europa zunehmend die Freiwilligkeit als Behandlungsbasis an Boden gewonnen. Wir befürworten grundsätzlich eine freiwillige Behandlung bei Drogen- und Alkoholabhängigen, da der Patient lernen muss, im Falle eines erneuten Rezidivs rechtzeitig von sich aus den behandelnden Arzt oder Sozialfürsorger wieder aufzusuchen. Zweifellos setzt dies die Existenz ambulanter und klinischer Behandlungszentren innerhalb der drogengefährdeten Regionen und Städte voraus. Ist Freiwilligkeit zur Behandlung das Ziel jeder Wiedereingliederung, können gesetzliche Massnahmen, die den Drogenabhängigen zu einer Behandlung verpflichten, für den Patienten einen wichtigen Schutz bedeuten, um ihm jenes Mass an Freiheit zurückzugeben, das ihm ermöglicht, sich von seinen selbstzerstörerischen



Die vier Phasen der Behandlung Drogenabhängiger

Abb. 1. Die vier Phasen der Behandlung Drogenabhängiger.

Tendenzen abzusetzen. Der Schritt zu einer freiwilligen Behandlung wird dem Patienten erleichtert, wenn diese in einer offen geführten Abteilung einer Klinik durchgeführt wird. Diese Öffnung nach aussen ist nur möglich, wenn Drogenabhängige nach innen verstärkten Halt finden. Durch den Zusammenschluss Drogenabhängiger zu kleinen therapeutischen Einheiten ist es eher möglich geworden, ihnen diesen Halt zu geben und sie freiheitlich zu behandeln. Diese Offenheit und das Vertrauen, das wir den Drogenabhängigen entgegenbringen, muss ergänzt werden durch orientierende und das manipulative Verhalten des Drogenabhängigen aufdeckende Kontrollen. Regelmässig durchgeführte Urinkontrollen mit Hilfe der Dünnschicht- oder Gaschromatographie, der UV-Spektroskopie oder einfacher Farbreaktionen geben dem Drogenabhängigen wie seinem Therapeuten Gelegenheit, die Intensität der fortbestehenden Drogenabhängigkeit zu überprüfen.

Die klinische Behandlung gliedert sich in die Stufen der somatischen, psychiatrischen und psychologischen Untersuchungen, der Entziehungs-, Entgiftungs- und Entsuchungsbehandlung sowie der Rehabilitation. Die somatische Untersuchung umfasst insbesondere einen genauen allgemeinen sowie psychiatrischen und neurologischen Status und eine spezielle Abklärung der Kreislauf-, Leber- und Nierenfunktion. Während der Entziehung werden Drogen vom Morphin- und Barbiturattyp stufenweise innerhalb von 8–10 Tagen entzogen, indem die gleiche Substanz oder ein Medikament mit einer gekreuzten Toleranz verabfolgt werden. Durch den allmählichen Entzug werden besonders bei den Barbituraten bekannte gefährliche Abstinenzphänomene, wie epileptische Anfälle und Entziehungsdelirien, ver-

hütet. Um psychovegetative Abstinenzphänomene und insbesondere das Verlangen nach der Droge zu erleichtern, verwenden wir sedierend-anxiolytisch wirkende Neuroleptika, wie beispielsweise die Phenothiazinderivate, Levopromazin, Thioridazin, das Thioxanthenderivat Chlorprothixen oder Haloperidolum sowie Methylperidolum. Obschon die Neuroleptika die Abstinenzsymptome nicht direkt beeinflussen, erleichtern sie dem Patienten infolge ihrer entspannenden Wirkung, die Entziehungserscheinungen subjektiv besser zu ertragen. Neuroleptika sollten, insbesondere abends, so lange gegeben werden, bis die fast regelmässig bei Drogenabhängigen zu beobachtenden Schlafstörungen sowie ängstlich depressive Verstimmungen und innere Unruhe behoben sind. Zur Entgiftungsbehandlung benützen wir weiter morgendliche leichte Insulinisierungen mit 8–32 E/die. Wir bekämpfen damit die oft hartnäckige Anorexie der Patienten und versetzen sie zudem in einen entspannten Ruhezustand. Die Hypoglykämien werden etwa nach 4 Stunden, d. h. nach Erreichen der gewünschten Appetitanregung, Entspannung und Schläfrigkeit mit 150 g Glukose oder mit einem reichlichen Frühstück abgebrochen. Die Insulinisierungen können über 4–6 Wochen fortgesetzt werden. Bei deutlicher Exsikkose oder starker Intoxikation sind intravenöse Infusionen, vorwiegend von physiologischen Glukose- oder Glukose-NaCl-Lösungen, eventuell bei Kollapserscheinungen zusätzlich Plasmaexpander wie Macrodex oder Rheomacrodex indiziert.

Sowohl die Gabe von Neuroleptika wie die leichte Insulinisierung haben neben der körperlichen Wirksamkeit psychologische Bedeutung. Ist es dem Arzt möglich, dem Patienten Symptome der inneren Unruhe, Angst und Schlaflosigkeit zu nehmen, wird der Drogenabhängige Vertrauen zum Arzt finden. Die Kontaktaufnahme sowie der Aufbau eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses zu dem im allgemeinen eher zurückhaltenden, verschlossenen, empfindlichen und zu Beginn des Klinikaufenthaltes oft recht misstrauischen Patienten ist für weitere Behandlung von entscheidender Bedeutung. Eine eingehende Psychotherapie zur Erforschung und Klärung der Ursachen und Motive der Drogenabhängigkeit sowie zur Neuorientierung der Persönlichkeit sind erst nach Ablauf der eigentlichen Entziehungsperiode, die über 4–6 Wochen dauert, sinnvoll. Später müssen wir versuchen, nach den der Drogenabhängigkeit zugrunde liegenden mehr oder weniger unbewussten psychischen Konflikten zu suchen. Die Kranken müssen auch dahingehend konditioniert werden, sich mit ihren eigenen Möglichkeiten und Grenzen abzufinden und die Realität zu akzeptieren. Sie müssen lernen, Konfliktsituationen zu präzisieren, damit sie Kontrollmöglichkeiten und Zielverhalten bestimmen lernen. Hierbei gilt es, Auslöser- und Verstärkerfaktoren bewusst zu machen. Es kann etwa das Tagesgeschehen von einem Patienten auf ein Tonband gesprochen und anschliessend mit dem Therapeuten so durchgesprochen werden, dass der Patient an Modellsituationen Möglichkeiten einer Selbststeuerung erlernt. Durch Setzen von Teilzielen im Tagesplan und in der Arbeitstherapie oder durch ein sukzessiv verzögertes Belohnungssystem kann der ehemals Drogenabhängige Frustrations-

intoleranz bewältigen lernen. Eigentliche Psychoanalysen sind nur bei sicherem Vorhandensein von Psychoneurosen, die der Drogenabhängigkeit zugrunde liegen, indiziert.

Bei den sozialen Anpassungsschwierigkeiten der Drogenabhängigen ist es notwendig, sie nicht nur individuell, sondern auch gruppenpsychotherapeutisch anzugehen. In der Gruppe wird der häufig beziehungsgestörte Drogenabhängige vielfach erstmals das Erlebnis haben, von anderen Zuwendung und Anerkennung zu erhalten. Die Gruppenpsychotherapie kann das Erinnerungsbild an die primäre Familie oder andere Kollektivsituationen der Kindheit, die bisher unverarbeitet blieben, aktivieren. Durch das gefühlsmässige Mitschwingen eines Konfliktstoffes bei jedem Gruppenanwesenden bekommt das Ausgesprochene eine vertiefte Resonanz. Die Ähnlichkeit der Entwicklung des Drogenmissbrauchs macht eine spiegelbildliche Konfrontation des Einzelnen mit den Problemen des anderen der Gruppe möglich. In der Identifikation und mit den übrigen Teilnehmern haben die Gruppenmitglieder oft Gelegenheit, aus ihrer Reserve hervorzutreten bzw. sich den psychotherapeutischen Bemühungen zu öffnen. Die gegenseitige Stimulierung in der Gruppenpsychotherapie fördert die Katharsis aufgestauter Resentiments und unlustbetonter Gefühle, die oft zur Entwicklung der Drogenabhängigkeit beigetragen hatten. Wird der Patient bewegt, seine Gefühlsabwehr aufzugeben und ermutigt, von seinen eigenen Konflikten zu sprechen, bedeutet dies zugleich ein Aufgeben der Realitätsabwendung, die dem Drogenabhängigen eigen war. Findet der Patient in der Gruppe, im Therapeuten oder in einem anderen Gruppenmitglied in einer nicht neurotisch gefärbten Form eine Anlehnungsmöglichkeit, kann der Patient lernen, auf die Droge und die Wunschwelt, die er sich selbst aufbaute und in die er sich zurückzog, zu verzichten. Die Gruppe kann so zu einer Modellsituation werden, in der der Patient lernt, mit welchen Massen in der äusseren Realität gemessen wird. Ein übermässiger Anspruch auf Zuwendung an die Gruppe oder den Therapeuten kann in Frage gestellt werden. Verantwortlichkeiten können in der Gruppe delegiert werden.

Insbesondere bei jugendlichen Drogenabhängigen erscheint es wichtig, ihnen den Zugang zu neuen Referenzgruppen, in denen ein positives Image über den Nicht-Drogenkonsumierenden besteht, zu ermöglichen. Im Therapieplan darf insbesondere bei Jugendlichen der Akzent nicht nur auf die Rehabilitation in eine leistungsstarke Gesellschaft gelegt werden, sondern es müssen neben einem durchaus wesentlichen Vortraining zu Berufen, Möglichkeiten der Entspannung (autogenes Training, Sauna) sowie Möglichkeiten der Besinnung und des Rituals angeboten werden, die dem Bedürfnis des Jugendlichen nach immateriellen Werten entsprechen.

Stellen das individuelle Gespräch und die Gruppenpsychotherapie den einen Pfeiler der klinischen Behandlung dar, scheinen psychopharmakologische Methoden, insbesondere die Verabreichung von antagonistisch wirkenden Substanzen in Zukunft einen zweiten Pfeiler darzustellen. Neben der Methadon-Erhaltungstherapie hat sich bei Opiatabhängigen die Ein-

stellung auf einen Opiatantagonisten vom Typ Cyclazocin oder Naloxon bewährt.

Opiatabhängige, die z. B. mit Methadon von der Droge entzogen werden, erhalten 48–72 Std. nach der letzten Methadon-Gabe 3 mg des Morphinantagonisten Nalorphin subkutan und 25 min später 4 mg der gleichen Substanz. Wenn diese Dosen von Nalorphin keine Abstinenzsymptome hervorrufen, wird mit der Verabreichung von Cyclazocin begonnen, und zwar mit 0,25 mg per os zweimal täglich. Die Dosis wird täglich um 0,25 mg erhöht. Bei einer Dosis von 2 mg können die Patienten entlassen werden. Diese Medikation kann ambulant, z. B. dreimal wöchentlich, verabfolgt werden. Die Patienten müssen dahingehend instruiert werden, dass die Droge schwere Abstinenzsymptome produzieren kann, wenn sie durch irgendwelche ihrer Bekannten, welche morphinabhängig sind, benützt würden.

Bei eigenen Untersuchungen an 12 Patienten, die wir auf den Morphinantagonisten Cyclazocin einstellten, nahmen jetzt 10 Patienten dieses Mittel länger als ein Jahr. Dieses positive Ergebnis war neben der guten Verträglichkeit des Medikaments sicher durch die positive Motivation dieser Patienten bestimmt. Bei zwei Patienten gab es innerhalb der ersten zwei Einstellungstage somatische bzw. psychiatrische Komplikationen, die trotz niedrigster Dosierung ein Absetzen des Medikamentes erzwangen. Eine der Patientinnen zeigte eine Überempfindlichkeit mit Hautjucken, Rötung und Schwellung beider Unterschenkel. Die zweite Patientin zeigte am zweiten Tag das Bild eines akuten exogenen Reaktionstypus: Sie war zeitlich und örtlich desorientiert, wählte sich im Zimmer ihres Elternhauses, das mit bedrohlichen Männergestalten gefüllt war. Von den übrigen 10 Patienten berichteten einige über zum Teil amphetaminähnliche Wirkungen – ein ehemals polytoxikomaner Patient versuchte diesen Effekt durch zusätzliche Einnahme von Ritalin zu verstärken – andere berichteten während der Periode der Einstellung auf Cyclazocin über leichte Müdigkeit. Es ist bisher nicht ersichtlich, wie dieser widersprechende, teils amphetamin-, teils barbituratähnliche Wirkungscharakter des Cyclazocin in der Einstellungsphase zu beurteilen ist.

Bezüglich der Rückfälligkeit auf ein Morphinpräparat ist festzuhalten, dass von 10 Patienten 7 rückfallfrei blieben, während 3 weitere erneut begannen, Opiate zu missbrauchen und bei höherer Dosierung des Opiats aufhörten, Cyclazocin einzunehmen, da sie den durch die antagonisierende Wirkung fehlenden Euphorisierungseffekt suchten.

Neben den Opiatantagonisten scheinen Substanzen, die entweder die Synthese von Katecholaminen verhindern, wie das  $\alpha$ -Methyl-p-tyrosin, oder Neuroleptika, die den Katecholaminrezeptor blockieren, bei der Behandlung von Amphetaminabhängigen erfolgversprechend zu sein. Der psychostimulierende Effekt des Amphetamins, das «High»-Gefühl, wurde durch Gaben von  $\alpha$ -Methyltyrosin abgeschwächt. Allerdings mussten GUNNE u. Mitarb. feststellen, dass dieser Anti-Amphetamin-Effekt einer raschen Toleranz-

entwicklung unterlag, so dass die amphetaminblockierende Wirkung des Antagonisten nach 7 Tagen nicht mehr nachzuweisen war. Es bedarf sicherlich weiterer experimenteller und klinischer Daten, um die Anwendbarkeit von Antagonisten sowohl für die akute Behandlungsphase wie auch für ein Langzeittherapieprogramm ausnützen zu können.

Eine dritte Säule der sowohl klinischen wie ambulanten Behandlung Drogenabhängiger scheint in der Entwicklung von Selbsthilfegruppen zu liegen, die in den USA insbesondere in den Synanon-, Daytop-lodge und Phönixhäusern anzutreffen sind. Dies sind Formen von Lebensgemeinschaften, vorwiegend junger Menschen, die drogenabhängig waren und nun davon ausgehen, dass sie durch den Verzicht auf die Droge zu einer bisher nicht möglichen Persönlichkeitsentfaltung gelangen können. Im Einbeziehen ehemaliger Drogenabhängiger in ein Therapieprogramm scheinen für die Zukunft günstige Ansätze zu liegen. Durch ein systematisches Training ehemaliger Drogenabhängiger, die verschiedene Stufen ihrer Behandlung als «Ehemalige» nochmals durchlaufen, kann jeder einzelne schliesslich zu einem Tutor für einen neuen Drogenabhängigen werden. Besonders für die Arbeit ausserhalb der Klinik, für das «case-finding», scheint der ehemalige Drogenabhängige als «street-encounter» Aufgaben übernehmen zu können, die wir bisher noch nicht an ihn gestellt haben.

Die klinische Behandlung Drogenabhängiger ist nur ein Mosaikstein in einem über Jahre anzulegenden Behandlungskonzept für Drogenabhängige. Nur eine intensive nachgehende Fürsorge und der Ausbau bisher nicht genutzter prophylaktischer Möglichkeiten wird es erlauben, die hohe Rückfallquote, die ca. zwischen 70% und 100% anzusetzen ist, in den nächsten Jahren um einiges zu senken.

### **Zusammenfassung**

Die klinische Behandlung Drogenabhängiger sollte nach Möglichkeit auf einer speziellen Abteilung einer psychiatrischen Klinik oder eines allgemeinen Spitals durchgeführt werden. Die Behandlung gliedert sich in die Stufen der Entziehung, der Entsuchtung und der Rehabilitation. Bei jeder Behandlung Drogenabhängiger ist es entscheidend, den Patienten zur Aufgabe seiner Gefühlsabwehr und zur Hinwendung eines neuen Realitätsbewusstseins zu bewegen. Die drei Grundpfeiler der klinischen Behandlung sind: 1. das individuelle Gespräch und die Gruppentherapie, 2. die psychopharmakologische Behandlung mit anxiolytisch wirkenden Neuroleptika sowie Antagonisten, 3. das Einbeziehen ehemaliger Drogenabhängiger in das Therapieprogramm.

### **Résumé**

Le traitement clinique de victimes de la drogue devrait se faire si possible dans une section spécialisée d'une clinique psychiatrique ou d'un hôpital

général. Ce traitement s'effectue dans les étapes suivantes: désintoxication, sevrage et réhabilitation. Dans le traitement de drogués il est chaque fois de toute importance d'amener le patient à abandonner son attitude défensive et à acquérir un nouveau sens des réalités. Les trois principales conditions d'un traitement clinique sont: 1. les conversations en tête-à-tête et la thérapie en groupe, 2. le traitement psychopharmacologique par des neuroleptiques à action anxiolytique et des antagonistes, 3. la participation au programme thérapeutique d'anciennes victimes de la drogue et qui ont été guéris.

### Riassunto

La terapia clinica dei drogati dovrebbe essere praticata se possibile in un reparto speciale di una clinica psichiatrica o di un ospedale generale. La terapia si compone di una fase di disintossicazione, di eliminazione della droga e di riabilitazione. Per ogni terapia praticata su pazienti dipendenti dalla droga è di importanza capitale di convincere il paziente a lasciare la sua posizione di difesa affettiva e di acquisire un nuovo senso della realtà. I tre punti principali di una terapia clinica sono: 1. la conversazione individuale e la terapia di gruppo, 2. la terapia psicofarmacologica con neuroleptici ad azione ansiolitica e con gli antagonisti, 3. incorporare nel programma terapeutico dei drogati già guariti.

### Summary

The clinical treatment of drug dependents should as far as possible be carried out in a special department of a psychiatric clinic or of a general hospital. The treatment is divided into the steps of withdrawal, de-addiction and rehabilitation. In all treatment of dependents it is decisive that the patient be brought to give up his emotional defence attitude and to accept a new consciousness of reality. The three basic directives of clinical treatment are: 1. individual talks and group therapy, 2. psychopharmacological treatment with anxiolytically active neuroleptica and antagonists, 3. the inclusion of the former drug dependent into the program of therapy.

BATTEGAY R.: Die Gruppe als Ort des Haltes in der Behandlung Süchtiger. *Prax. Psychother.* 11, 31 (1966).

BATTEGAY R. und LADEWIG D.: Gruppentherapie und Gruppenarbeit mit süchtigen Frauen, in: BATTEGAY u. Mitarb.: *Alkoholismus bei Frauen*. Hoheneck, Hamm 1970.

COHEN H.: *Psychologie en sociologie van het deviantie drög gebruik*. Manuskript 1969.

GUNNE L. M., ÄNGGÄRD F. und JÖNSSON L. E.: Blockade of amphetamine effects in human subjects. Paper presented at J. C.A.A., Lausanne 1970.

JAFFE J. und BRILL L.: Cyclazocine a long acting narcotic antagonist: its voluntary acceptance as a treatment modality by narcotics abusers. *Int. J. Addiction* 1, 99 (1966).

JASINSKI D. R., MARTIN W. R. und SAPIRA J. D.: Antagonism of the subjective be-



- havioral pupillary and respiratory depressant effects of cyclazocin by naloxon. *Clin. Pharmacol. a. Ther.* *11*, 385 (1970).
- KIELHOLZ P., BATTEGAY R. und LADEWIG D.: Drogenabhängigkeiten. Handbuchartikel für Psychiatrie der Gegenwart. Springer, Berlin/Heidelberg 1970.
- LABHARDT F.: Über neuere Medikamente zur Entziehungs- und Entwöhnungsbehandlung Süchtiger. *Praxis* *48*, 10 (1959).
- MARTIN W. R., FRASER F. H., GORODETZKY C. W. und ROSENBERG D. E.: Studies of the dependence-producing potential of the narcotic antagonist 2-cyclopropylmethyl-2-hydroxy-5,9-dimethyl-6,6-benzomorphan (Cyclazocin Win-20, 740 Arc II-C-3). *J. Pharmacol. exp. Ther.* *150*, 426 (1965).
- MARTIN W. R., GORODETZKY C. W. und McCLARE T. K.: A proposed method for ambulatory treatment of narcotic addicts using a long-active orally effective narcotic antagonist, Cyclazocin - an experimental study. Paper presented to the Committee on Drug Addition and Narcotics Committee on Problem of Drug Dependence, minutes of the 27th Meeting, February 1965, Houston, Texas. National Academy of Science, National Research Council 1965.

Adresse des Autors: Dr. D. Ladewig, Psychiatrische Universitätsklinik, Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4000 Basel.