

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 81 (1983)

Heft: 12

Artikel: Medizinische und psychosoziale Aspekte des körperlichen Entzuges

Autor: Hahn, Meinrad

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950272>

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: 17.07.2025

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

Medizinische und psychosoziale Aspekte des körperlichen Entzuges

Dr. med. Meinrad Hahn

Mitarbeiter der Jugend-, Eltern- und Drogenberatungsstelle des Contact Bern

Mit der Formulierung des Themas «Medizinische und psychosoziale Aspekte des körperlichen Entzuges» soll herausgestrichen werden, dass es sich beim Drogenentzug nicht nur um ein rein pharmakologisches Problem handelt, sondern dass dabei auch psychische und soziale Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Ich möchte also versuchen, den akuten Drogenentzug ganzheitlich zu beleuchten. Aus zeitlichen Gründen beschränke ich mich auf den Heroinentzug beim Erwachsenen und lasse den Entzug von andern Drogen wie Alkohol und Barbituraten usw. aus.

Ich möchte meinen Vortrag in einen breiteren Zusammenhang stellen, damit nicht etwa die falsche Vorstellung aufkommt, mit einem Entzug sei das Problem der Sucht gelöst.

Mehrstufige Langzeittherapie

Heute ist man sich unter Drogenfachleuten darüber einig, dass Drogentherapie eine *Mehrstufentherapie* und eine *Langzeittherapie* ist. Man unterscheidet vier Stufen:

Stufe I: Früherfassung, Motivation zur Therapie. Zeit: ein Tag bis mehrere Jahre. Ort: Drogenberatungsstellen, Hausarzt, Fürsorgestellen, usw.

Stufe II: Körperliche Entgiftung. Dauer 1–4 Wochen. Ort: Psychiatrische Klinik, somatische Klinik, spezielle Entzugseinrichtungen.

Stufe III: Entwöhnung. Dauer: sechs Monate bis zwei Jahre. Ort: Therapeutische Wohngemeinschaft, Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige, Suchtklinik.

Stufe IV: Wiedereingliederung, Nachbetreuung. Dauer: Monate bis Jahre. Ort: Wohngruppen, Wohnheime, Beratungsstellen, Selbsthilforganisationen, usw.

Symptome des Heroinentzuges

Die Stärke der Entzugssymptome nach Absetzen des Heroins ist sehr unterschiedlich. Sie hängt unter anderem ab von der Dauer der Drogeneinnahme, der Dosis, den äusseren Umständen, der Verfügbarkeit der Droge, der Motivation und Leidensfähigkeit des Einzelnen. Am stärksten ausgeprägt sind die Entzugssymptome in der Regel 24–48 Stunden nach der letzten Heroininjektion, nach sechs Tagen sind die wesentlichen Symptome im allgemeinen verschwunden.

Hier eine Aufzählung der Symptome nach ihrer genannten Häufigkeit:

- * Opiathunger (craving, Risse)
- * Ruhelosigkeit
- * Pupillenerweiterung
- * Verstimmung
- * Schlafstörungen
- * Schwitzen
- * Schmerzen
- * Hitze/Kältegefühl
- * Laufende Nase
- * Zittern
- * Depression
- * Gähnen
- * Gänsehaut (turkey)
- * Schüttelfrost
- * Tränenfluss
- * Magenbeschwerden
- * Gekrümmte Haltung
- * Durchfall
- * Brechreiz
- * Erbrechen
- * Fiebriges Aussehen
- * Subjektive, psychische Symptome

Viele dieser Symptome sind nicht zu objektivieren, gerade der Opiathunger, die innere Unruhe, die Verstimmungszustände, Schlafstörungen und Depressionen werden als am quälendsten empfunden und führen sehr oft zum Abbruch des Entzugsversuches.

Psychosoziale Aspekte

Betreuer von Drogenpatienten wissen, dass sich die Entzugssymptome stark reduzieren, wenn sie mit dem Abhängigen ein intensives Gespräch führen. An diesem Punkt stellt sich auch die Frage, ob man während des Entzuges Medikamente geben soll oder nicht. Sie lässt

sich so beantworten: Je schlechter die Betreuungsmöglichkeiten, um so mehr Medikamente wird der Abhängige benötigen. Bei einer sehr intensiven Beziehung erübrigt sich unter Umständen der Einsatz von Medikamenten, es kann ein kalter Entzug, ein sogenannter «cold turkey», gemacht werden. Überhaupt scheint mir der Entzug die beste Möglichkeit, mit dem Fixer in eine Beziehung zu kommen. Wir wollen ihm ja eine Alternative zur Droge anbieten können und dies tun wir nicht, wenn wir ihm einfach den Stoff wegnehmen, sondern indem wir ihm eine tragfähige Beziehung offerieren. Diese scheint mir von ausserordentlicher Wichtigkeit, wenn der Fixer weiterhin zum Entzug und zur Entwöhnung motiviert werden soll.

Ein grosser Teil der Fixer bestätigte mir, dass sie im Stande sind, die Stärke der Entzugssymptome von sich aus mitzubestimmen. Meistens lenken sie sich mit irgend einer Beschäftigung ab und konzentrieren sich auf alltägliche Verrichtungen.

Ein weiteres Phänomen, das ich beobachten konnte, war die Tatsache, dass Drogenabhängige leichtere Entzüge durchmachen, wenn sie wissen, dass kein Stoff zu erlangen ist, beispielsweise in der Untersuchungshaft.

Es scheint auch so zu sein, dass in Not-situationen, so etwa bei einer Polizeirazzia, die psychischen Entzugssymptome gänzlich verschwinden können, während die körperlichen Symptome erhalten bleiben.

Fixer, die fest entschlossen sind, aufzuhören, haben wenig an psychischer Symptomatik, auch sind sie von den körperlichen Symptomen recht wenig beeindruckt.

Therapie des Drogenentzuges

1. Von erstrangiger Bedeutung erscheint mir die *psychische Betreuung* des Fixers während des Entzuges. Nicht nur, dass damit Medikamente gespart oder vermieden werden können und die Entzugs- und Entwöhnungsmotivation gefördert wird, sondern es besteht in erster Linie die Möglichkeit, mit dem Abhängigen in eine Beziehung zu treten und ihm somit eine Alternative zur Droge anzubieten.

2. Wichtig scheint mir auch die Frage der *Motivation*. Diese ist in der Regel schwankend zwischen «ich will aufhören» und «ich möchte weiterhin Drogen nehmen», also ambivalent. Es ist unsere Aufgabe, die Entzugsmotivation zu erarbeiten. Viele Abhängige haben bereits eigene Entzüge mit mehr oder weniger

Erfolg durchgeführt. Sie kommen dann zu uns in die Beratungsstelle und wollen von uns ein Medikament, um ambulant zu entziehen. Wir erklären ihnen, meist mit wenig Erfolg, dass in der Regel nur eine wie oben erwähnte Stufentherapie zum Erfolg führe. Trotzdem versuchen wir dann ambulante Entzüge und besprechen mit dem Abhängigen, dass wir, falls es nicht klappt, andere Massnahmen ins Auge fassen müssen. Als nächstes folgt dann eventuell ein 10tägiger Entzug in einem Spital, später ein dreimonatiger Aufenthalt auf der Suchtabteilung, bis dann der Abhängige von sich aus sieht, dass es sehr beschwerlich ist, von der Sucht loszukommen und mit uns zusammen ins Auge fasst, für längere Zeit in eine therapeutische Wohngemeinschaft einzutreten.

3. Der Ort, der *soziale Rahmen*, wo ein Entzug stattfindet, scheint mir ausserordentlich wichtig. Während ambulante Entzüge in der Regel scheitern, scheinen stationäre Entzüge mehr Erfolg zu haben, aber auch nur dann, wenn ein Nachfolgeprogramm gewährleistet werden kann. Neben Verständnis und Einfühlung in einer Beziehung braucht es einen möglichst individuell abgestimmten Rahmen für den Entzug: Kontakt-, Telefon- und Briefverbote dienen nicht dazu, den Fixer zu schikanieren, sondern ihn

während des Entzuges von allen verlockenden Versuchungen abzuschirmen.

4. Oft benötigen Familien einen Süchtigen, um ihr inneres Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Erst wenn sie den Abhängigen nicht mehr braucht, kann ein Entzug sinnvoll und erfolgsversprechend sein. Sehr oft werden durch die Sucht eines Kindes Konflikte der Elternbeziehung verschleiert; man spricht ständig über den süchtigen Sohn oder die Tochter, und verhindert damit, über die eigenen Probleme zu sprechen und verhindert damit auch die Austragung von schwelenden Ehekonflikten. Sehr oft ist letzteres das Ziel einer Familientherapie.

5. Wir versuchen mit dem Abhängigen die psychische Beeinflussbarkeit der Symptome anzusprechen und ihn zu ermuntern, diese zu unterdrücken. Wir ermuntern ihn, einer leichten Beschäftigung nachzugehen und sich wenn möglich abzulenken. Wir appellieren so an seine eigenen Möglichkeiten, etwas an seiner Sucht zu ändern. Wir erklären ihm auch, aus welchen Gründen wir ganz auf Medikamente verzichten oder doch möglichst sparsam damit umgehen wollen.

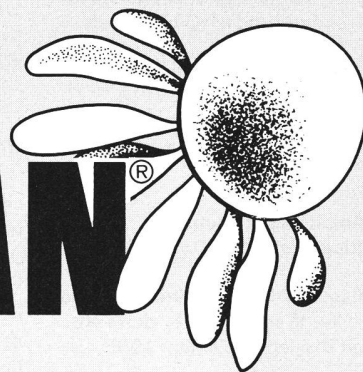
6. Die Pharmakotherapie der Entgiftung darf nur als Krücke, als Unterstützung des Entzuges verstanden werden und soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass es widersprüchlich ist, Drogen zu verabreichen um von Drogen wegzukommen. Wir dosieren deshalb möglichst sparsam und legen die Medikationsdauer auf höchstens 10 Tage fest.

Auf keinen Fall dürfen Opiate verabreicht werden, obwohl diese als einzige die Symptome schlagartig beseitigen können. Die besten Erfahrungen habe ich mit einem Neuroleptikum gemacht, welches sich durch geringe Nebenwirkungen (kaum parkinsonähnliche Nebenwirkungen) und einem gewissen antidepressiven und gegen Verstimmungen wirkenden Effekt auszeichnet und vor allem nicht abhängigkeiterzeugend ist: das Melleril (Thioridazin) in niedriger Dosierung (30 mg–200 mg/Tag) während maximal zehn Tagen. Bestehen hartnäckige Schlafstörungen, kann etwa während fünf Tagen ein Benzodiazepin wie Valium oder Dalmadorm verabreicht werden.

Bezüglich des Entzuges bestehen oft allerhöchste Erwartungen von Seiten des Süchtigen und seiner Umwelt. Wir versuchen, diese zu reduzieren, indem wir

KAMILLOSAN®

Die heilende Kraft der Kamille



 Schon die Ärzte des Altertums schätzten die Kamille wegen ihrer entzündungshemmenden, schmerzstillenden, krampflindernden, mild desinfizierenden und wundheilenden Wirkung.

Vor über 50 Jahren gelang es, diese heilenden Kräfte der Kamille in eine neue, konzentrierte Form zu bringen, die dem konventionellen Kamillen-Aufguss in Wirkstoffgehalt, genauer Dosierbarkeit und Keimarmut weit überlegen ist: Mit dem standardisierten Kamillenpräparat Kamillosan entstand ein Produkt, das sich dank seiner bequemen und vielfältigen Anwendbarkeit zu einem häufig verwendeten Heilmittel entwickelte.

Auch heute noch wird Kamillosan in einem anspruchsvollen, schonenden Verfahren aus hochwertigen Kamillensorten mit optimalem Wirkstoffgehalt gewonnen. Dadurch bleibt die therapeutische Wirksamkeit der Kamille voll erhalten.



Die besondere Gewebefreundlichkeit und Reizlosigkeit machen Kamillosan zu einer vielseitigen, praktisch nebenwirkungsfreien Arznei. Einem Heilmittel, das mit Erfolg nicht nur für die Wundpflege bei Verletzungen, Hautreizungen und nach Operationen, zur Pflege entzündeter Mund- und Nasenschleimhäute und des Zahnfleisches sowie in der Säuglings- und Kleinkinderpflege, sondern auch innerlich angewendet wird: Als Kamillosan-Tee bei Verdauungsbeschwerden und als Kamillosan-Einlauf bei Entzündungen des Dick- und des Mastdarms.

Für ausführliche Angaben verweisen wir auf das Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.
Kassenzulässig: Liquidum, Salbe

realistischerweise mit Rückfällen rechnen, diese aber nicht als totales Versagen und Scheitern der Therapie interpretieren, sondern als ein Stolpern auf dem langen Weg zur Drogenfreiheit.

Adresse des Verfassers: Dr. med. M. Hahn, Oberarzt, Sozialpsychiatrische Klinik, c/o Contact-Bern, Laupenstrasse 49, 3008 Bern.



Bücher zum Thema

**Friedrich Hacker: Drogen.
Verhüten statt behandeln, behandeln statt
strafen
Goldmann Sachbuch**

Die Einstellung der Öffentlichkeit soll durch Information statt durch Greuelpropaganda beeinflusst werden, um den Fatalismus durchbrechen zu können. Der Autor befürwortet eine koordinierte Kette der Aufklärung, Verhütung, Beratung und schliesslich der differenzierten Behandlung. Diese Übersicht, die auf allen Seiten besseres gegenseitiges Verständnis und Hilfsbereitschaft fördern soll, wendet sich an alle Betroffenen, potentielle oder tatsächliche Drogenbenützer, deren Angehörige und die Gesellschaft.

Weitere Literatur zum Drogenthema:

**Nowlis Helen: Drogen ohne Mythos. Drogen-
erziehung – wozu? Unesco-Kommission,
Bern 1975**

**Jegge Jürg: Angst macht krumm
Zytglogge Verlag, Bern 1979**

**Lehrmittelverlag des Kantons Zürich: Schüler
und Drogen. Eine Wegleitung für den Lehrer
im Umgang mit Drogenproblemen. 1982**

**Vontobel Jacques: Muss es soweit kommen?
Pestalozzianum Zürich 1982**

**Gordon Th.: Familienkonferenz. Die Lösung
von Konflikten zwischen Eltern und Kinder.
Hoffmann und Campe, Hamburg 1972.**

*Wir sollten uns mit grossen Pro-
blemen beschäftigen, solange sie
noch ganz klein sind.*

Jadwiga Rutkowska

Ein Mensch wie du und ich ... oder doch nicht ganz?

Monika Schmid
Teil 2

Multiple Sklerose, eine Krankheit, die jeden treffen kann ...

Pathophysiologie

Multiple Sklerose bedeutet auf deutsch: zahlreiche Flecken, Herde, Verhärtungen. Diese Verhärtungen, die der Krankheit ihren Namen gegeben haben, entstehen durch Zerfall der Markscheiden (Myelinscheiden) der Nervenfasern, in die ein derbes, narbiges Gewebe hineinwuchert. Dadurch ist die Nervenfaser nicht mehr isoliert, das heisst sie ist demyelinisiert, und die Reize können nicht mehr oder nurmehr erschwert weitergegeben werden.

Die Grösse eines solchen Herdes spielt keine Rolle, wohl aber seine Lokalisation. Liegt er zum Beispiel in einem Gebiet, in das viele Nervenbündel endigen beziehungsweise verlaufen, kann schon ein kleiner Herd sehr grossen Schaden anrichten. Auf die jeweiligen Ausfallsymptome werde ich später noch zu sprechen kommen.

Ursache der MS

Die Ursache der Multiplen Sklerose ist nach wie vor unbekannt. Diskutiert werden aber viele Dinge, so zum Beispiel die Ernährung des Kindes mit tierischer Milch, Mikrothrombosen im ZNS, Leberstoffwechselstörungen, Kupfermangel, Quecksilberallergien oder bestimmte Erbfaktoren. Interessant ist aber, dass vererbte Dispositionen zumindest bei einem Teil der Patienten festgestellt werden können (familiäre Häufung) und die Krankheit vorwiegend in Industrieländern zu finden ist. Experimentell am ernsthaftesten fundiert sind jedoch eine «slow-Virus» Infektion oder ein Autoimmun-geschehen im Körper.

Das Hauptproblem für die Forschung liegt darin, dass die Auseinandersetzung des Körpers mit einer krankmachenden Ursache (Virus) sich über sehr lange Zeit, über Jahre bis Jahrzehnte, erstreckt, bevor auch nur die ersten Krankheitszeichen sichtbar werden. Was dann beim Erkrankten untersucht werden kann, spiegelt die Krankheitsur-

sache nur noch sehr indirekt. Nach dem heutigen Stand der Forschung scheint es jedoch erwiesen zu sein, dass für das Auftreten der Krankheit mehrere Faktoren zusammenwirken müssen.

Diagnose

Eine eindeutige, einfach zu handhabende Laboruntersuchung zur sicheren Feststellung der MS existiert bis heute noch nicht. Es gibt jedoch einige Hilfsuntersuchungen, die bei der Diagnosestellung hilfreich sein können. So findet man beispielsweise im Liquor des Erkrankten eine typische Änderung der Proteinzusammensetzung, eine Zunahme der IgG, und die mononucleiden Lymphoidzellen sind erhöht. Im Blut findet man einen stark erhöhten viralen Antikörpertiter, was wieder die Frage einer Immunreaktion aufwirft. Aber allein aus diesen Veränderungen kann eine Diagnose nicht gestellt werden, es müssen bestimmte andere Krankheiten ausgeschlossen werden, wie zum Beispiel Encephalitis, Myelitis, Tumore, Intraspinal Angiome, Intoxikationen, Aneurysmen im Bereich der Schädelbasis und dergleichen mehr. Eine eindeutige, hundertprozentige Diagnose zu stellen ist sehr schwer, wenn nicht gar unmöglich. Auf alle Fälle darf sie nicht im ersten Schub gestellt werden, bei chronischer MS nicht vor Ablauf eines halben Jahres, während dem der Verlauf genauestens beobachtet wird.

Die allgemeinen Charakteristika sind in typischen Fällen die folgenden:

- Multiple, zeitlich gestaffelte Schübe, mit vollständiger oder partieller Rückbildung der Symptome zwischen dem einen Schub und dem nächsten.
- Multiple topische Lokalisationen der Krankheitsherde im ZNS, was der unterschiedlichen Symptomatologie zugrunde liegt. Hierbei können zur selben Zeit Symptome verschiedener Lokalisation vorhanden sein. Andererseits können auch nacheinander