

Der Umgang mit Drogenabhängigen in Praxis und Notdienst

Zu dem Beitrag von Dr. med. Klaus-Peter Holzgrefe in Heft 18/1990

Auf Begleiterkrankungen achten

Bei knapp 50 000 Abhängigen von illegalen Drogen in der Bundesrepublik (1) und der häufigen Konfrontation mit dem Problem der Drogenabhängigkeit, die Ärzte im klinischen Alltag und der aktuellen Diskussion erleben, bin ich für den fundierten Beitrag von Herrn Dr. Holzgrefe sehr dankbar. Ich möchte mir noch einige Ergänzungen erlauben: Die Vergabe von Rezepten zur ambulanten medikamentösen Behandlung eines Opiatzugs sollte nicht nur wegen der „Fälschungsfahr“, unterlassen werden, sondern weil vor allem Medikamente mit Suchtpotenz (wie die Benzodiazepine) auch unter Abhängigen oft weiterverkauft werden. Prinzipiell sollte – bei Behandlung einer Mischabhängigkeit – die Gabe von Distra neurin (Clomethiazol) nur in der Klinik geschehen!

Sollte im Rahmen eines Opiatzugs eine Medikamentengabe unumgänglich erscheinen, zum Beispiel auch bei stationärer Behandlung, haben sich neben Antidepressiva auch niedrigpotente Neuroleptika, etwa Truxal (Chlorprotixen, bis ca. 100 mg) oder Atosil (Promethazin, bis ca. 200 mg täglich) bewährt. Antidepressiva und niederpotente Neuroleptika können zu diesem Zweck, niedriger dosiert, auch kombiniert werden. Da diese Medikamente jedoch keine euphorisierende Wirkung haben, werden sie von den Drogenabhängigen, denen es vor allem um einen „Kick“ mit ärztlicher Hilfe geht, oft nicht gerne genommen.

Da nach meiner Erfahrung Drogenabhängige häufig in beeindruckenderweise bedrohliche körperliche Erkrankungen verleugnen, sollte der behandelnde Arzt – letztlich auch

aus „juristischen Gründen“ – nicht nur Pharmakokinetik und Nebenwirkungen der verordneten Medikamente genau kennen, sondern in jedem Fall auf Begleiterkrankungen achten, selbst wenn diese nicht „Thema“ der Konsultation sind. So findet man bei Fixern gehäuft außer AIDS auch (meist chronische) Hepatitiden, Endo- und Myokarditiden, Thrombozytopenien, Abszesse und Thrombosen (im Einstichbereich), Embolien, verschiedene Folgen durch Mangelernährung (vorwiegend Süßigkeiten) und anderes.

Bedacht werden muß auch, daß bei vielen heroinabhängigen Frauen eine sekundäre Amenorrhoe besteht, die zum Verzicht auf Verhütungsmittel verleitet, so daß manchmal Schwangerschaften entstehen, die erst spät bemerkt werden. Problematisch sind weiterhin begleitende psychiatrische Störungen, wie sogenannte Drogenpsychosen oder lustlos-dysphorisch getönte depressive Syndrome (die bei 17,5 Prozent aller Opiatabhängigen vorkommen sollen (vergleiche 2) und vor allem das erhöhte Suizidrisiko, weswegen in seltenen Fällen auch eine Zwangseinweisung gerechtfertigt sein kann.

Literatur

1. Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Bundesexpertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988, S. 487 ff.
2. Ladewig, D.: Die Behandlung Drogenabhängiger. In: Kisker, K. P.; Lauter, H.; Meyer, J.-E.; Müller, C.; Strömgen, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3, Abhängigkeit und Sucht, 3. Aufl., Springer; Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo 1987, S. 359–397.

Anschrift des Verfassers

Nicolas Nowack, Arzt, Psychiatrische Klinik Häcklingen, Am Wischfeld 16 W-2120 Lüneburg

Schlußwort

Die Behandlung Drogenabhängiger ist ein komplexes Thema. Die ergänzenden Bemerkungen von Herrn Kollegen Nowack aus dem stationären Bereich kann ich daher im wesentlichen unterstreichen.

Bei jedem neuen drogenabhängigen Patienten sollte auf eine gründliche körperliche Untersuchung gedrängt werden. Die Vernachlässigung des eigenen Körpers gehört zur Suchtkrankheit; Gesundheitsbewußtsein kann Tor zum Aufstieg sein. Die Tücke in der Anamnese und Diagnostik der Begleiterkrankungen liegt darin, daß sich diese Patienten chronisch unter der Einwirkung des potenten Schmerzmittels Opiat befinden haben.

Bei den sogenannten Drogenpsychosen sind differentialdiagnostisch die Psychosen mit Drogenabusus als Selbstheilungsversuch zu unterscheiden. Dies läßt sich jedoch erst in der Verlaufsbeobachtung klären.

Ein großer Teil, insbesondere der langzeitabhängigen Drogentoten, setzt sich vermutlich in suizidaler Absicht den „goldenen Schuß“. Ein offenes Ansprechen auf Selbstmordpläne – wie auch sonst in der Suizidprophylaxe üblich – entlastet. Bleibt der Eindruck, ein Selbstmord steht unmittelbar bevor, so kann zur Verhütung eine Zwangseinweisung gerechtfertigt sein. Eine drogentherapeutische Maßnahme ist das selbstverständlich nicht.

Bei jedem Erstkontakt mit Drogenabhängigen ist also eine Fülle von Dingen zu bedenken. Das Wichtigste, was der Arzt in diesem Moment tun kann, ist meines Erachtens jedoch nach wie vor die Motivation zu einer kausalen Therapie über einen tragfähigen persönlichen Kontakt – auf welcher Schiene auch immer dieser zunächst gestaltet sein mag.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Klaus-Peter Holzgrefe
Ligusterweg 28
W-3300 Braunschweig