

Drogennotfälle in der Psychiatrie

S. Kaanen

Ein psychiatrischer Notfall stellt, ähnlich wie ein somatischer Notfall, in der Medizin eine Ausnahmesituation dar, welche sofortige Diagnostik und Therapie erforderlich macht, um Gefahren für den Betroffenen, aber auch sein Umfeld zu minimieren. Das Erkennen psychiatrischer Notfälle ist schwierig, da oft nur in geringem Maß auf Angaben des Betroffenen zurückgegriffen werden kann, der Betroffene zum Teil auch abwehrend, selbst- oder fremdgefährdend auftreten kann. Zu einem hohen Maße hängt die Einschätzung der Notfallsituation vom subjektiven Eindruck, der Erfahrung des Untersuchers sowie einer genauen Beobachtung der Umgebungsfaktoren ab. Neben Notfällen, bedingt durch akute Exazerbationen psychotischer und affektiver Erkrankungen, stellen alkohol- und drogeninduzierte Auffälligkeiten die am häufigsten im Notarzt- und Rettungsdienst anzutreffenden psychiatrischen Notfallsituationen dar.

Dieser Artikel soll sich hauptsächlich auf die durch illegale Drogen bedingten Notfallsituationen konzentrieren. Die in diesem Kontext am häufigsten anzutreffenden Krisensituationen treten im Rahmen von Entzugserscheinungen, Überdosierung (Intoxikation), in Form von Suizidalität, aber auch im Rahmen psychotischer Komplikationen (Rauschzustände, Delirien, drogeninduzierte Psychosen, ausgelöste Schizophrenien) auf. Bereits der Verdacht auf einen Drogennotfall macht eine genaue Beobachtung des Umfeldes und die Erhebung einer Fremdanamnese unverzichtbar. Zeitnah sollten Urin- und Plasmaspiegelkontrollen (Drogenscreening beziehungsweise Schnelltest) erfolgen. Ungeachtet dessen sollten andere Ursachen für die anzutreffenden



Notfallsituationen nicht außer Acht gelassen werden, da bei Drogenpatienten auch andere medizinische Notfallsituationen im Vergleich zur Normalbevölkerung wesentlich häufiger anzutreffen sind (kardiologische Notfälle, Mangelernährung, Sepsis, metabolische Störung und ähnliches). Trotz der oft auf der Hand liegenden Annahme, dass sich die darbietende Symptomatologie bei einem vorbekannten Drogenabhängigen am ehesten auf den Drogenkonsum zurückführen lässt, sollte eine ausführliche körperlich-neurologische Untersuchung (Blutdruckmessung, EKG, EEG, Routinelabor, gegebenenfalls auch eine zerebrale Bildgebung und eine Liquoruntersuchung) bei Unklarheit hinzugezogen werden.

Man unterscheidet Probiernotfälle, welche häufig im Erstkontakt mit einer Droge durch bloße Unwissenheit und Fehldosierung, aber auch durch nicht bedachte Wechselwirkung mit anderen psychotropen Substanzen entstehen können. Ein weiterer Bereich der Notfälle bezieht sich auf den Bereich der bereits Süchtigen, bei denen Entzugs-

symptome anzutreffen sind, aber auch akute Situationen durch eine veränderte Reinheit der Droge. Ebenfalls zählen hierzu drogenbedingte psychotische und affektive Reaktionen mit begleitender Selbst- und Fremdgefährdung. Ein weiterer Bereich etwaiger Notfälle kann unter dem Cluster der Transportunfälle zusammengefasst werden, welche häufig bei sogenanntem Bodypacking beim illegalen Einschleusen von Drogen auftreten können. Nicht unerwähnt bleiben sollte auch der Bereich der sonstigen Notfälle durch Drogenkonsum im Rahmen von Verkehrsunfällen und anderen medizinischen, drogenbedingten Notfallsituationen.

Amphetamine und wirkverwandte Substanzen

Bei Intoxikationen mit Amphetaminen und wirkverwandten Substanzen handelt es sich um absolute medizinische Notfälle. Die Betroffenen fallen durch ausgeprägte Erregungszustände, Angstzustände mit paranoid-halluzinatorischer beziehungsweise maniform-aggressiver Symptomatik, Verwirrtheit,

Halluzinationen (vorrangig taktil und akustisch), aber auch stereotype Verhaltensmuster auf. Die Betroffenen wirken in ihrem Verhalten oft unkritisch enthemmt, eine adäquate Gesprächsführung ist oft nicht umsetzbar. Suizidimpulse sind häufig anzutreffen. Bei der klinischen Untersuchung fallen insbesondere eine ausgeprägte Hyperthermie, eine Hyperhidrosis, eine Hypertonie bis hin zur hypertensiven Krise, eine Tachypnoe und eine Mydriasis auf. Oft besteht ein ausgeprägter Tremor und Nystagmus. Kardiale Arrhythmien, Herzinfarkte und eine Rhabdomyolyse sind möglich. Zerebrale Krampfanfälle sind zu erwarten. In der Erstversorgung ist die Flüssigkeitszufuhr die dringlichste Intervention. Solange eine orale Flüssigkeitsaufnahme möglich ist, sollten den Betroffenen große Mengen nicht alkoholhaltiger Getränke, idealerweise Leitungswasser, verabreicht werden. Parallel sollten venöse Zugänge geschaffen werden, um über diesen Weg eine sichere Flüssigkeitszufuhr zu gewährleisten. Eine Flüssigkeitsmenge von bis zu zwei Liter sollte hierbei verabreicht werden. Im Weiteren sollte die Atmung sichergestellt werden. Bei ausgeprägter Hypertonie empfiehlt sich die intravenöse Gabe von Clonidin bis zu einer Maximaldosis von 0,15 mg. Bei ausgeprägter Hyperthermie sollten vorrangig physikalische Kühlmethoden zum Einsatz kommen. Bewährt hat sich hierbei insbesondere die Nutzung von Kühlpads, die in jedem Rettungswagen zur Verfügung stehen. Alternativ kann, so es zur Verfügung steht, Dantrolen mit einer Dosierung bis zu 2,5 mg je kg Körpergewicht verabreicht werden. Amphetaminintoxikationen bedürfen der strikten intensivmedizinischen Überwachung. Erst nach Stabilisierung der körperlichen Situation sollte eine Verlegung in eine psychiatrische Weiterbehandlung erfolgen. Bei Intoxikation mit MDMA treten neben den oben

bereits amphetamintypischen Intoxikationszeichen eindruckliche Muskelkrämpfe, insbesondere in der Kau- und Gesichtsmuskulatur auf. Die Betroffenen zeigen ein ausgeprägtes Grimassieren. Laborchemisch lässt sich bei diesen Intoxikationen häufig eine Hyponatriämie nachweisen, welche klinisch zu Übelkeit, Erbrechen, aber auch epileptischen Reaktionen führen kann. Unbehandelt enden diese Hyponatriämien häufig tödlich. Eine Aufdosierung des Natriumspiegels sollte äußerst vorsichtig, maximal 10 mval/die, erfolgen.

Entzugssymptome bei Amphetaminabhängigkeiten beziehungsweise Abhängigkeiten von wirkverwandten Substanzen gliedern sich im Wesentlichen in drei Phasen: Nach Abklingen der Wirkung stellt sich eine sogenannte Hyperarousalphase, welche durch verstärktes Craving, Agitation, Dysphorie und auch Aggressivität geprägt ist. Diese hält je nach Substanz circa acht bis zwölf Stunden an. Nachfolgend wechselt der Betroffene in die vegetative Phase, welche vorrangig durch ein vermehrtes Schlafbedürfnis, eine vermin-

derte Energie und eine Appetitssteigerung gekennzeichnet ist. Als letzte Phase tritt die sogenannte Phobische Phase auf, welche durch eine vermehrte Ängstlichkeit, Anhedonie und Bewegungsarmut gekennzeichnet ist. In diesen Phasen treten verstärkt depressive Symptome auf, in deren Rahmen suizidale Ideen, aber auch Suizidhandlungen häufig anzutreffen sind. Je nach Substanz sind die Entzugssymptome über zwei bis maximal 14 Tage nachweisbar. Aufgrund der durchweg bestehenden Rückfallgefährdung, aber auch möglichen Selbst- und Fremdgefährdung in dieser Phase empfiehlt es sich, die Entzugsbehandlung auf einer geschlossenen Station durchzuführen. Niedrigpotente Neuroleptika und Antikonvulsiva haben sich zur Behandlung der auftretenden Symptome bewährt. Nach Abklingen der Entzugssymptome sollten diese ausschleichend abgesetzt werden. Eine begleitende psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung, insbesondere unter dem Ziel der Entwicklung von Motivationen zu einer Verhaltensänderung, sollte begleitend erfolgen.

INTOXIKATIONEN AMPHETAMINE UND WIRKVERWANDTE SUBSTANZEN

psychische Auffälligkeiten:

ausgeprägte Erregungszustände, Angstzustände mit paranoid-halluzinatorischer beziehungsweise maniform-aggressiver Symptomatik, Verwirrtheit Halluzinationen (vorrangig taktil und akustisch) stereotypische Verhaltensmuster, ungehemmt - unkritisches Verhalten

klinische Auffälligkeiten:

Hyperthermie, Hyperhidrosis, Hypertonie bis hin zu einer hypertensiven Krise, Tachypnoe, Mydriasis, kardiale Arrhythmien, Tremor, Nystagmus bei MDMA Muskelkrämpfe besonders Kau- und Gesichtsmuskulatur (Grimmassieren)

Therapie:

Flüssigkeitszufuhr (oral beziehungsweise i.v.), Sicherstellung der Atmung, Antihypertensiv Clonidin i.v. (max. 0,15 mg), physikalische Kühlung, gegebenenfalls Dantrolen (bis 2,5 mg/kg Körpergewicht) vorsichtiger Ausgleich Hyponatriämie

Amphetamine und wirkverwandte Substanzen weisen eine hohe Wechselwirkungsrate mit anderen psychotropen Substanzen auf. In Verbindung mit Alkohol wird die Alkoholwirkung, insbesondere die sedierende Komponente, kaum wahrgenommen. Aus diesem Grunde werden oft deutlich größere Mengen Alkohol konsumiert. Die Gefahr der Intoxikation und damit verbundenen organischen Schädigungen ist somit erheblich gesteigert.

In Kombination mit Halluzinogenen, insbesondere LSD, wird berichtet, dass der „LSD-Trip“ deutlich kürzer als gewohnt wahrgenommen wird. In einem wesentlich höheren Grad kommt es zum Auftreten von sogenannten „Horrortrips“.

Eine Kombination von Amphetaminen und Kokain birgt erhebliche Kreislaufgefahren in sich. Oben beschriebene kardiale Problemkonstellationen treten verstärkter auf. Darüber hinaus werden Atembeeinträchtigungen berichtet. Cannabis wird häufig in Kombination mit Amphetaminen und wirkverwandten Substanzen eingenommen zum „Runterkommen“. Hierdurch wird eine höhere Kreislaufbelastung provoziert. Langanhaltende Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen sind als Folge bekannt. Eine Kombination mit Heroin, welche ebenfalls häufig in Eigentherapie zum „Runterkommen“ genutzt wird, birgt die Gefahr einer schnellen Gewöhnung mit einer entsprechenden schnellen Dosissteigerung, worüber die Gefahr einer Atemlähmung provoziert werden kann. Spontane Hirnblutungen, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckkrisen und Kreislaufzusammenbrüche in Kombination mit Heroin werden häufig berichtet.

Eine Kombination mit Antidepressiva, insbesondere SSRI und NSRI führen zu einem erhöhten Risiko für Blutdruckkrisen. Ebenso führt auch die Kombina-

tion mit Viagra zu einer erhöhten Rate von Blutdruckkrisen, aber auch Herzinfarkten.

Cannabis

Cannabis gewinnt aufgrund der aktuellen politischen diskrepanten Diskussion, insbesondere unter jugendlichen Usern, zunehmend an Bedeutung. Neben der von Konsumenten gewünschten Sedierung und Entspannung kommt es häufig zu einer verzerrten Wahrnehmung in Verbindung mit Halluzinationen und Angst, aus welchen Fehlreaktionen resultieren können. Die Gefahr hierfür wird durch eine verminderte Urteilsfähigkeit verstärkt. Agitiertheit und transiente psychotische Symptome sind nicht selten anzutreffen.

Im Rahmen von Intoxikationen fällt eine ausgeprägte Hautblässe, eine Mundtrockenheit, eine Mydriasis mit geröteten Skleren, verbunden mit Cephalgien, funktionellen Oberbauchbeschwerden, Schwindel sowie einem vermehrten Hunger- und Durstgefühl auf. Klinisch zeigt sich ebenfalls eine Tachykardie. Häufig sind orthostatische Dysregulationen anzutreffen. Die Betroffenen wirken initial enthemmt, späterhin deutlich ermüdet.

Die Therapie einer Intoxikation sollte sich an den darbietenden Symptomen orientieren. Bei starker Erregung und auch Angstsymptomen sollten Benzodiazepine zur Anwendung kommen. Intoxikationsbedingte psychotische Erlebnisinhalte klingen häufig innerhalb weniger Stunden ab. Sollten diese überdauern, empfiehlt sich eine vorübergehende neuroleptische Einstellung. Aufgrund der geringen Akuität der Intoxikationssymptome kann nach einer kurzen intensivmedizinischen Überwachung binnen 24 bis 48 Stunden eine nachbetreuende psychiatrische Versorgung erfolgen.

Entzugssymptome bei cannabisabhängigen Betroffenen stellen sich circa ein bis zwei Tage nach Absetzen ein. Vorrangig stellen sich hier Symptome eines verstärkten Craving, eine Appetitminderung, ausgeprägte Schlafstörungen mit einer quälenden Unruhe, einer vermehrten Reizbarkeit und Ängstlichkeit ein. Darüber hinaus besteht auch eine vermehrte Schweißneigung. Die Betroffenen werden häufig als aggressiv erlebt und berichten über quälende intensive Traumerlebnisse. Die Behandlung der Entzugssymptome ist unkompliziert und sollte symptomatisch erfolgen. Auch hier

INTOXIKATIONEN CANNABOIDE

psychische Auffälligkeiten:

initial oft Enthemmtheit, Agitiertheit, späterhin deutliche Sedierung, verzerrte Wahrnehmung mit Halluzinationen und oft erhebliche Angst, dadurch Neigung zu Fehlreaktionen, transiente psychotische Erlebnisinhalte

klinische Auffälligkeiten:

ausgeprägte Hautblässe, Mundtrockenheit, Mydriasis mit geröteten Skleren, Cephalgien, Oberbauchbeschwerden Schwindel, vermehrt Durst und Hunger, teilweise Übelkeit und Erbrechen, orthostatische Dysregulation Tachycardie

Therapie:

symptomatisch, bei starker Angst gegebenenfalls Benzodiazepine, bei psychotischen Erlebnisinhalten Neuroleptika

empfehlen sich niedrigpotente Neuroleptika. Ebenso bestehen gute Erfahrungen mit Antikonvulsiva. Bei überdauernden psychotischen Erlebnisinhalten sollte zügig eine neuroleptische Einstellung vorgenommen werden. Hierbei sollten insbesondere Neuroleptika der neueren Generation mit einer höheren Verträglichkeitsrate zur Anwendung kommen.

Auch Cannabis wird selten als Einzelpräparat konsumiert, sodass auch hier häufige Wechselwirkungen mit anderen psychotropen Substanzen anzutreffen sind. In Verbindung mit Alkohol kommt es zu einer Abbauverzögerung des THC und zu einer gegenseitigen Wirkverstärkung, wodurch eine deutliche Leistungseinschränkung zu erwarten ist. Da die Wirkung beider in Kombination teils verzögert eintritt, ist eine schlechte Vorhersagbarkeit der Auswirkungen und der damit verbundenen Leistungseinschränkungen zu erwarten. Cannabis in Kombination mit Tabak führt zu einer Wirkverstärkung des Nikotins, verbunden mit einer höheren Kreislaufbelastung und einem häufigeren Auftreten von Übelkeit und Erbrechen.

Kombinationen mit Halluzinogenen, speziell LSD und psilocybinhaltigen Pilzen, führen zu einer Wirkverstärkung, insbesondere in einem deutlich häufigeren Auftreten von unangenehmen Halluzinationen, woraus eine verstärkte Angst resultiert. Selbst- oder fremdgefährdende Fehlverhaltensweisen sind somit häufiger anzutreffen. Eine Kombination aus Cannabis und Heroin ist selten anzutreffen, da diese Kombination von den Usern als sehr unangenehm empfunden wird. Neuroleptika werden durch Cannabis teilweise in ihrer Wirkung gehemmt, Benzodiazepine im Gegenteil in ihrer Wirkung verstärkt. Trizyklische Antidepressiva haben in Kombination mit

Cannabis verstärkte kardiale Nebenwirkungen, insbesondere wird eine Herzfrequenz- und Blutdrucksteigerung dabei beobachtet. Theophyllin wird wesentlich schneller abgebaut, so dass die Wahrscheinlichkeit von asthmoiden Reaktionen steigt. Eine Kombination mit Viagra führt zu einem deutlich erhöhten Risiko für Herzinfarkte.

Opiate

Intoxikationen mit Substanzen der Opiatgruppe führen relativ schnell zu einer Atemdepression bis hin zum Atemstillstand. Die Betroffenen verlieren schnell ihr Bewusstsein und fallen ins Koma. Klinisch bestehen eine Bradykardie und eine Bradypnoe. Die Betroffenen wirken zyanotisch. Neurologisch fällt eine Hypo- beziehungsweise Areflexie auf, Pyramidenbahnzeichen sind positiv. Im Umfeld der Betroffenen finden sich regelhaft die Utensilien, welche für den Konsum genutzt werden, da die Betroffenen aufgrund der schnellen Anflutungsrate und der damit einsetzenden heftigen Wirkung nicht mehr in der Lage sind, diese wegzuräumen.

Als erstes und wichtigstes Moment in der Therapie einer Opiatintoxikation ist die Sicherstellung der Atmung, gegeben-

falls durch Intubation, zu nennen. Bei einer Bradykardie mit einer Herzfrequenz von unter 40/Minute sollte Atropin bis zu einer Dosis von 0,5 mg i.v. verabreicht werden. Bei bestehender Asystolie sollte eine sofortige Reanimation unter Intubationsbedingungen erfolgen. Zur Verhinderung eines toxischen Lungenödems sollten 250 mg Prednisolon i.v. und Furosemid 40 mg i.v. verabreicht werden. Cerebrale Krampfanfälle sind häufig bei Mischintoxikationen anzutreffen und sollten zunächst mit 10 bis maximal 40 mg Diazepam i.v. behandelt werden. Gegebenenfalls kann auch eine Barbituratnarkose mit Thiopental eingeleitet werden, jedoch beides unter den Bedingungen einer kontrollierten Beatmung. In absolut lebensbedrohlichen Zuständen empfiehlt sich die Gabe von Naloxon als Antidot. 0,4 mg und sollte fraktioniert mit NaCl 0,9 Prozent 1:10 verabreicht werden. Unter dieser Therapie kommt es zu einer schnellen Befindensbesserung, jedoch kommt es auch innerhalb kürzester Zeit zu einer massiven Ausprägung eines Entzugssyndroms. Aus diesem Grund sollte Naloxon nur in absolut lebensgefährdenden Momenten verabreicht werden. Eine intensivmedizinische Überwachung über mindestens zwei Tage ist obligat, bevor

INTOXIKATIONEN OPIATE

psychische Auffälligkeiten:

Bewusstseinsbeeinträchtigung bis zum Koma

klinische Auffälligkeiten:

Bradykardie, Bradypnoe bis Atemstillstand, zyanotisches Hautkolorit, Hypo- bis Areflexie, positive Pyramidenbahnzeichen oft noch vorhandene Konsumutensilien

Therapie:

Sicherstellung der Atmung, gegebenenfalls auch durch Intubation, bei Bradykardie Atropin i.v. (0,5 mg) bei Asystolie Reanimation mit Intubation, zur Verhinderung Lungenödem gegebenenfalls Prednisolon 250 mg und Furosemid 40 mg i.v., in Ausnahmefällen Naloxon 0,4 mg 1:10 in NaCl-Lösung **Intensivmedizinische Überwachung obligat**

eine weitergehende stationäre psychiatrische Behandlung umgesetzt werden kann.

Opiatentzüge beginnen oft unspektakulär mit vermehrtem Gähnen und Suchtdruck. Die Betroffenen berichten über schnupfenähnliche Symptome, wie häufiges Niesen, tränende Augen und Rhinorrhoe. Auffallend ist eine Mydriasis. Die Betroffenen berichten über Muskelschmerzen, Appetitverlust, späterhin auch über Schüttelfrost, Hitze wallungen und Schlaflosigkeit. Sie erleben eine vermehrte innere Unruhe und Ängstlichkeit, bis hin zu Getriebenheit. Häufig treten Übelkeit und Erbrechen auf. In einem späteren Stadium fallen Muskelkrämpfe, das gesamte Skelettmuskelsystem betreffend, auf. Die Symptomatik erscheint zwar schwer und eindrucksvoll, ist jedoch nicht lebensbedrohlich. Durch bloßes „Talking down“ lässt sich bereits eine deutliche Linderung der Symptome erreichen. In der Notfalltherapie sind langwirksame Benzodiazepine, insbesondere Diazepam, zu empfehlen. Hierbei sind Dosierungen zwischen 40 und 60 mg Diazepam/die nicht selten notwendig. Die Dosierung sollte der Symptomatik angepasst werden. Antihypertensiv empfiehlt sich die Gabe von Clonidin in niedrigem bis mittlerem Dosierungs bereich. Zusätzlich verordnete niedrigpotente Neuroleptika, Analgetika und Magnesium erleichtern den Betroffenen die Entzugssymptomatik. Nicht opiatgestützte Entzüge sind somit durchaus realistisch.

Alternativ können jedoch auch opiatgestützte Entzüge genutzt werden. Im methadongestützten Entzug sollten 50 mg Methadon/die initial verabreicht werden, diese dann schrittweise über fünf bis zehn Tage reduziert werden. Die initial zu verabreichende Methadonmenge berechnet sich aus den vorab konsumierten Heroinmengen/die, in mg geteilt durch 30. Beim polami-

dongestützten Entzug sollten initial mindestens 2 x 15 mg Polamidon/die verabreicht werden. Die Einstiegsdosis sollte sich an der Ausbildung der Entzugssymptomatik orientieren. Maximal sollten initial 50 mg Polamidon/die verabreicht werden. Dieses sollte dann schrittweise täglich um 2,5 bis 5 mg reduziert werden. Beim Buprenorphin- (Subutex) gestützten Entzug sollten initial 2 bis 4 mg Subutex gegeben werden. Je nach Ausprägung der Entzugssymptomatik sollte eine maximale Dosis von 16 mg/die angepasst werden. Im weiteren Verlauf sollte diese Dosis über fünf bis zehn Tage schrittweise um 1 bis 2 mg/die – angepasst an die gegebenenfalls erneut auftretende Entzugssymptomatik – reduziert werden. Die Entzugsbehandlung sollte durchweg auch mit psychotherapeutischen Interventionen kombiniert werden.

Alternativ zu den genannten Entgiftungsstrategien werden in einigen Kliniken auch Ultrakurzzeitgiftungen angeboten, in deren Rahmen Opiatantagonisten unter Vollnarkose bis zum vollständigen Abklingen des Entzugssyndroms verabreicht werden. Innerhalb einer relativ kurzen Zeit führt diese Behandlung zu einer Stabilisie-

rung des psychophysischen Befindens. Aus der Erfahrung heraus lässt sich jedoch beobachten, dass Betroffene nach einer Ultrakurzzeitgiftung das höchste Rückfallrisiko gegenüber den anderen Entzugsvarianten aufweisen.

Auch Opiate werden oft in Kombination mit anderen psychotropen Substanzen benutzt, sodass auch hier gefährliche Wechselwirkungen auftreten können. In Verbindung mit Alkohol und GHB kommt es zu einer gegenseitigen Wirkverstärkung, welche zum Teil unberechenbar ist. Hieraus resultiert ein nicht zu beherrschendes Risiko einer Atemdepression.

In Verbindung mit Kokain (Speedball) kommt es zunächst zu einer Kokainwirkung, welche dann durch die dämpfende Wirkung des Heroins abgelöst wird. Hieraus resultiert die Gefahr einer ausgeprägten Überdosierung.

In Kombination mit Medikamenten, insbesondere Benzodiazepinen, kommt es zu einer gegenseitigen Wirkverstärkung und damit zu einer erhöhten Gefahr von Atemdepressionen.

Opiate verstärken die sedierende Wirkung von Neuroleptika zum Teil erheblich.

INTOXIKATIONEN HALLUZINOGENE (LSD, PSI-LOCYBIN)

psychische Auffälligkeiten:

Halluzinationen mit Angst und Erregung (Horrortrip), Fehlhandlungen mit Selbst- und Fremdgefährdung

klinische Auffälligkeiten:

Hyperthermie, Hypotonie, Tachycardie, epileptische Reaktionen, Bradycardie, Reflexsteigerung zu Beginn der Intoxikation oft quälender Reizhusten

Therapie:

Benzodiazepine bei starker Unruhe, bei Hyperthermie physikalische Kühlung, bei Hypotonie und Bradycardie Atropin 0,25 - 0,5 mg i.v., **keine Neuroleptika!** intensivmedizinische Überwachung obligat

Halluzinogene, insbesondere LSD und psilocybinhaltige Pilze

Intoxikationen durch LSD beziehungsweise psilocybinhaltige Pilze führen zu atypischen Halluzinationen mit einem massiven Angsterleben, aus welchem oft Fehlhandlungen resultieren, die zum Teil erheblich selbst- oder fremdgefährdenden Charakter tragen können.

Klinisch zeigen sich im Rahmen der Intoxikation eine Hyperthermie und eine Hypotonie bei gleichzeitig bestehender Tachykardie. Bei höheren Dosen sind epileptische Reaktionen und Rhabdomyolyse, in Verbindung mit einer ausgeprägten Bradykardie und verstärkter Hypotonie bis hin zum Koma, zu erwarten. Neurologisch lässt sich eine Reflexsteigerung wahrnehmen. Zu Beginn der Intoxikation berichten die Betroffenen oft über einen ausgeprägten Reizhusten, welcher als sehr unangenehm wahrgenommen wird. Therapeutisch begegnet man diesen Intoxikationen günstigerweise mit Benzodiazepinen. Neuroleptika sollten auf keinen Fall verabreicht werden, da diese die Symptomatik verstärken und unbeherrschbarer machen. Bei auftretender Hyperthermie empfehlen sich physikalische Kühlmethoden. Bei bereits bestehender Bradykardie und Hypotonie empfiehlt sich die Gabe von Atropin, initial 0,25 bis 0,5 mg i.v. Die Vitalfunktionen sollten kontinuierlich überwacht und sichergestellt sein. Eine intensivmedizinische Betreuung ist unumgänglich. Eine intensivmedizinische Überwachung von ein bis vier Tagen sollte gewährleistet sein.

Entzugssymptome werden auch nach längerfristigem Konsum von Halluzinogenen nicht spezifisch berichtet, sodass hierfür auch keine Therapieempfehlung gegeben werden kann. Bei psilocybinhaltigen Pilzen kommt es oft über längere Phasen hinweg zu unangenehmen Körpergefühlen, aber



auch über Flashbacks bezüglich der Erlebnisse unter der Drogenwirkung wird häufig berichtet. Zur Kompensation genügt hier oft ein „Talking down“. Da LSD und psilocybinhaltige Pilze vermehrt im Partybereich konsumiert werden, sind auch hier Kombinationen mit anderen psychoaktiven Substanzen häufig anzutreffen.

In Kombination mit Alkohol wird die Wirkung der Halluzinogene zunächst oft überdeckt, sodass häufig nachkonsumiert wird. Die Wirkung der Halluzinogene setzt dann etwas verspätet, aber oft verstärkt ein, sodass mit einem vermehrten Auftreten von ausgeprägten „Horrortrips“ zu rechnen ist. In der Kombination von LSD und MDMA kommt es zu einer vermehrten Serotoninfreisetzung, was zu einer Erhöhung der Körpertemperatur führen kann. Hierdurch besteht die Gefahr der Hyperthermie.

Die Kombination von Halluzinogenen mit SSRI birgt die Gefahr von epileptischen Reaktionen. Unter Neuroleptika, insbesondere Haloperidol, kann es zu einer Verlängerung und Intensivierung

der Wahrnehmung von „Horrortrips“ kommen.

Dieser Artikel vermag nicht vollumfassend alle medizinischen Notfälle in Verbindung mit illegalen Drogen darzustellen, bedingt durch die Vielfalt der auf dem Markt anzutreffenden Substanzen und der großen Varianz der dadurch auszulösenden Wirkungen. Mit diesem Artikel sollte lediglich ein Überblick über die am häufigsten anzutreffenden Risikosituationen vermittelt werden. ■

Literatur beim Autor

Interessenkonflikte: keine

Sven Kaanen
 Evangelische Fachkliniken
 Heidehof gGmbH Weinböhla
 Evangelische Heidehof
 Gohrisch gGmbH Weinböhla
 Stellvertretender Vorsitzender der Gesellschaft
 gegen Alkohol- und Drogengefahren
 Sachsen e. V. (GAD-S)
 E-Mail: s.kaanen@diakonie.foundation