

Dr. med. Wolfgang Eirund
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Leitender Arzt
 Therapiedorf Villa Lilly
 Adolphus-Busch-Allee
 65307 Bad Schwalbach
 E-Mail: wolfgang.eirund@jj-ev.de

Interferontherapie in der stationären Entwöhnung Opiatabhängiger: Risiken und Chancen aus psychiatrischer Sicht

Einleitung

Zunächst sei in aller gebotenen Kürze die Einrichtung vorgestellt, in der ich als Leitender Arzt tätig bin und wo wir mit der Interferontherapie vor etwas mehr als einem Jahr begonnen haben. Die Villa Lilly ist von allen relevanten Kostenträgern als Rehabilitationsklinik zur stationären Entwöhnung Drogenabhängiger anerkannt und mit 85 Plätzen für Erwachsene und 10 Plätzen für Kinder drogenabhängiger Eltern im Vorschulalter eine der größten ihrer Art und die größte in Hessen. Die Therapiedauer beträgt zwischen 4 und 11 Monaten.

Therapeutische Inhalte sind neben der Suchttherapie selbst, welche als Einzel- und Gruppentherapie stattfindet, eine indikative Psychotherapie für komorbide Patienten, vor allem im Sinne indikativer Gruppentherapie-Angebote, Pharmakotherapie inklusive Psychopharmakotherapie, Arbeitstherapie und Soziotherapie. In der Mutter-Kind-Einrichtung werden zudem auch familien- und paartherapeutische Gespräche geführt.

Ca. 80% aller Patienten konsumieren – neben anderen Substanzen – Opiate, die meisten i.v., so daß sich bei uns durchschnittlich etwa 60 Patienten mit i.v.-Konsum befinden. Davon sind ca. 90% Hepatitis-C-positiv.

Schon zu Beginn meiner Tätigkeit in der Villa Lilly fiel mir auf, daß die meisten Patienten über wenig Krankheitsbewußtsein hinsichtlich ihrer Hepatitis C zu verfügen schienen. Der Aufklärungsgrad über die Erkrankung war bzw. ist bei den Betroffenen unabhängig von der Infektionsdauer teilweise erschreckend gering.

Beides erkläre ich mir heute mit unbewußten, suchttypischen Abwehr- und Copingmechanismen, worauf ich später zurückkommen werde. Hinzu kommen aber Probleme in der Symptompräsentation Suchtkrankter: Unter Drogeneinfluß besteht ein geringeres auch psychisches Krankheitsgefühl, und auch nach Beendigung des Konsums ist die Wahrnehmung körperlicher und seelischer Phänomene noch nachhaltig beeinträchtigt. Sicherlich spielen auch soziale Barrieren wie Probleme in der sprachlichen Darstellung von Symptomen und problematische Arzt-Patienten-Beziehung eine entscheidende Rolle.

Wenngleich die Hepatitis C auch akzidentiell übertragen werden kann, ist sie bei Drogenabhängigen aus psychiatrischer Sicht eine „ECHTE“ Suchtfolgeerkrankung. Obwohl sie biologisch gesehen nicht direkt auf die toxische Wirkung der konsumierten Substanz zurückzuführen ist wie etwa Lungenkrebs auf den Konsum von Tabak, so ist sie doch sichtbarstes Zeichen des Kernsymptoms starker Abhängigkeit: Sich mit unreinen, von anderen vorbenutzten Nadeln oder Bestecken intravenös eine Droge zuzuführen, zeugt von einem extremen KONTROLLVERLUST, dem wohl charakteristischsten Symptom einer jeden Sucht.

Nur als Überblick seien im Folgenden für Nichtmediziner einige Informationen über das Wesen der Erkrankung mitgeteilt.

Es handelt sich um eine Viruserkrankung. Mittlerweile konnten mehrere Virustypen identifiziert werden, die v.a. hinsichtlich der Prognose des Therapieerfolgs relevant sind. Die Übertragung der Infektion erfolgt vorwiegend über Blutkontakt (gemeinsame Bestecke bei i.v.-Konsumenten), sehr viel seltener als bei HIV oder Hepatitis B auch über Geschlechtsverkehr. Der größte Teil der Infektionen, ca. 80%, chronifiziert primär. Bei Drogenabhängigen besteht wahrscheinlich aufgrund häufigerer Reinfektionen eine etwas höhere Rate chronifizierter Infektionen, da eine durchgemachte Hepatitis C anders als die Hepatitis A oder B keine Immunität hinterläßt.

Die akute Phase ist oft symptomlos, in der chronischen Phase sind die Symptome unspezifisch und eher allgemeiner Art wie Abgeschlagenheit, Antriebsdefizite, eingeschränkte körperliche Vitalität, Oberbauchdruck, Übelkeit oder Gelenkschmerzen. 80 % der Betroffenen geben in anonymen Befragungen allerdings erhebliche Einschränkungen in der Lebensqualität an, was typisch ist für chronifizierte Erkrankungen, da sich hier häufig resignative Kognitionen und Emotionen tiefer verankert haben; diese können unter dem Stichwort „Habit“ als unbewußte aber sehr stabile Gedächtnisinhalte verstanden werden, worauf ich noch kurz eingehen werde.

Etwa 20% der chronischen Infektionen münden nach 20 Jahren in eine Leberzirrhose, einige in ein Leberkarzinom; dann ist mit Auftreten spezifischerer Symptome wie Gelbsucht, Gerinnungsstörungen, Hauterscheinungen, Hirnleistungsstörungen etc. zu rechnen. Die Leberzirrhose endet in aller Regel letal. Eine deutlich schlechtere Prognose besteht bei zusätzlichem Konsum auch mäßiger Mengen von Alkohol und bei Vorliegen weiterer Virusinfektionen (Hepatitis B und HIV).

Pro und Contra einer Interferontherapie Drogenabhängiger während der stationären Entwöhnung

Ich werde Ihnen heute mit *Begeisterung* von der Entscheidung *für* den Einsatz von Interferon mit Ribavarin während der stationären Entwöhnungstherapie in unserem Haus berichten. Damals, als wir diese Behandlung erwogen haben, waren wir uns allerdings sehr unsicher, ob diese Behandlung nicht nur in Anbetracht der immensen Kosten wirklich sinnvoll ist. Ich werde im Folgenden das Pro und Contra einer Interferontherapie während der stationären Entwöhnung darstellen. Zunächst unsere Einwände *gegen* die breitere Anwendung einer Interferon-Kombinationstherapie:

Zunächst die allgemeinen Gründe:

- Die „sollen erst mal Therapie machen“.
- Die Ausfälle in der Sucht- und Arbeitstherapie durch andauernde Arzttermine könnten die Suchttherapie beeinträchtigen
- Der Aufwand: *Wie* sollen die regelmäßig nach Wiesbaden oder Mainz kommen? Droht Überlastung unseres Fahrdienstes?
- Die immensen Kosten von mindestens 10.000 Euro alleine an Medikamenten: Toleriert das dauerhaft die Krankenkasse?
- Wird eine solche Therapie von dem Kostenträger der Entwöhnungsbehandlung überhaupt gewünscht und unterstützt?

Wir kommen zu den medizinischen Einwänden:

- Können wir die Gefahren und Nebenwirkungen beherrschen?
- Wie stabil ist die Compliance Drogenabhängiger?
- Therapie kann vor Ort nicht oft bis zum Ende gebracht werden: Existiert die Möglichkeit einer angemessenen medizinischen Anschlußbehandlung?
- Können die Patienten die Gefahren einschätzen?
- Können die Patienten die Nebenwirkungen aushalten?

Von besonderer Bedeutung für unsere Arbeit sind die psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Einwände:

- Die Nebenwirkungen können dem eines Entzugssyndroms gleichen. Ist also eine erhöhte Rückfallquote zu befürchten?
- Drogenabhängige haben erhöhte psychiatrische Komorbidität. Ist mit vermehrten seelischen Krisen und vermehrten Therapieabbrüchen zu rechnen?
- Psychische Nebenwirkungen sind nicht sicher von Nebenwirkungen der Psychotherapie zu unterscheiden; hat Interferon negative Auswirkungen auf den therapeutischen Prozeß?

Dem stehen die Argumente *für* den Beginn der Behandlung entgegen:

Zunächst die allgemeinen Gründe:

- Ein Facharzt für Gastroenterologie hat vor etwa eineinhalb Jahren eine Schwerpunktpraxis in Bad Schwalbach eröffnet, daraus ergab sich ein geringerer Aufwand für Eingangsdiagnostik und eine gute fachliche und persönliche Anbindung.

Zu den medizinischen Gründen:

- In den letzten Jahren haben sich unter der Kombinationstherapie und aufgrund der pharmakologischen Zubereitung der Interferone bessere Therapieerfolge darstellen lassen.
- Für bestimmte Patientengruppen konnten außerdem besonders günstige Therapieverläufe identifiziert werden: Eine Infektionsdauer von unter 2 Jahren und bestimmte Virustypen gehen mit guten bis sehr guten Therapieerfolgen einher.

Therapeutische Gründe, auf die ich hier betont eingehen möchte, ergeben sich aus der besonderen Bedeutung der Hepatitis für suchtkranke Menschen:

- Mit der Ermöglichung einer Therapie wird der Patient als ganze Person wahrgenommen. Er ist nicht erst „psychisch“ und dann in zweiter Linie „somatisch“ krank, sondern ein von der Sucht in seiner gesamten Person gezeichneter und eingeschränkter Mensch.
- Zudem wird der Patient mit dem Angebot einer Therapie in seiner *aktuellen* Abstinenz gewürdigt und in seinem grundsätzlichen Abstinenzwunsch ernst genommen. So ergibt sich ein anderes Vertrauensverhältnis als unter der Forderung, „erst mal mußt du Abstinenz beweisen...“.
- Wir erwogen damals auch, ob sich durch die Einleitung einer Interferontherapie bei einer gut etablierten Beziehung zum Patienten die Abstinenzfähigkeit sogar fördern lassen und die Abstinenzdauer verlängert werden könnte.

Dieser letzte Aspekt ist wesentlich, da er sich im Verlauf unserer Arbeit zu bestätigen schien (s.u.). Um unsere Hoffnung auf eine Förderung der Abstinenzmotivation nachvollziehbar zu machen, kann Sie nicht verschonen und muß Sie zum besseren Verständnis in aller gebotenen Kürze auf einige – nur umrißhaft anzudeutende – psychodynamische Mechanismen süchtigen Verhaltens hinweisen.

Die besondere Bedeutung der Hepatitis C für Drogenabhängige

a) Die Hepatitis als Ohnmachtserfahrung

Das Streben nach Autonomie kann als ein universal menschliches Phänomen verstanden werden, ist bei unterschiedlichen Menschen aber sehr verschieden ausgeprägt. Eine *starke* Ausprägung *emotionaler* Autonomiewünsche kann dabei allerdings nicht ohne Auswirkungen auf unbewußte Verhaltensweisen und psychisches Erleben bleiben. Die Entstehungsbedingungen solcher ausgeprägter Autonomiewünsche können hier aufgrund der vorgegebenen Kürze sowie aufgrund des eigentlichen Vortragsthemas nicht reflektiert werden.

Der Konsum suchterzeugender psychoaktiver Substanzen jedenfalls kann interpretiert werden als Umsetzung eines starken Autonomiestrebens. Die konsumierende Person will sich von den Einflüssen der umgebenden Realität emotional unabhängig zu machen, etwa in dem Sinne: „Ich kann über meine Gefühle selbst bestimmen.“ Triebkraft dieses Bedürfnisses ist ein „charakterlich“ verankertes, also strukturell vorgegebenes Autonomiebestreben des Suchtkranken. Er will sich *unabhängig* von zwischenmenschlichen Beziehungen oder anderen Bedingungen der realen Umwelt fühlen, und am besten *gut fühlen*.

Nach erstem Kontakt mit einer Droge wird dieses Streben nach emotionaler Autonomie noch stärker: Die Erfahrung einer *nie gekannten* Autonomie der eigenen Gefühlswelt läßt die alltägliche Situation noch banaler erscheinen – bzw. sofern sie vorher schon unbefriedigend war, ist sie dies nun vor dem Hintergrund der Drogenerfahrung erst recht. Darum werden auch die negativen Nachwirkungen der konsumierten Substanzen wiederum schlecht ausgehalten und die Gefahr erneuten Konsums wächst, die abstinente Zeiten werden kürzer: Der Einstieg in den Kontrollverlust, in die Sucht.

Die Sucht aber und ihr Kardinalsymptom, der Kontrollverlust, stürzt den Betroffenen in eine Abhängigkeit, die in krassem Widerspruch zu seinem Autonomiebestreben steht: Zwar keine Abhängigkeit von der jeweiligen Umgebung oder von emotionaler Beziehung zu Menschen, aber eine Abhängigkeit von der Droge, vom Dealer. Zu diesem Zeitpunkt ist die Abnabelung vom sozialen Umfeld, die ursprünglich als Autonomiestreben begonnen hatte, in der Regel schon weit fortgeschritten. Das Auftreten von Suchtfolgeerkrankungen wird dann als zusätzlicher Eingriff in die Autonomie und als Ohnmacht, als Ausgeliefertsein erlebt, was sich in einer weiteren Steigerung des Suchtmittelkonsums äußern kann.

b) Die Hepatitis als tödliche Erkrankung

Die *Hepatitis C* ist eine unbehandelt potentiell tödlich verlaufende Erkrankung. Bei jungen Menschen kann das Wissen um diese Gefahr eine existentielle Veränderung ihres Lebensgefühls bedeuten: Der Tod ist plötzlich in das Leben getreten und das Wissen darüber täglicher Begleiter. Drogenabhängige neigen an dieser Stelle aber nicht zur Reaktivierung positiver Ressourcen wie etwa „gesundem und bewußtem Leben“, Zuwendung zu Religion oder Bezugnahme bzw. Aufbau einer stützenden sozialen und familiären Umgebung. Sie wenden eher negative, das heißt verleugnende Verarbeitungsmodi an: Der Sinn des eigenen Daseins wird als „ohnehin“ fragwürdig erlebt, die Einstellung zum Leben ist resignativ, so daß die vitale Gefährdung in dieser Relation auch nicht so dramatisch erscheint.

c) Die Hepatitis als chronische Erkrankung: Die Bedeutung von Coping- und Abwehrmechanismen bei Süchtigen

Die *Hepatitis C* ist meist eine chronische Erkrankung. Anders als singuläre somatische Belastungen verankern sich dauerhafte Erkrankungen in einem anderen, recht lösungsresistenten Gedächtnis, welches dem Bewußtsein nur eingeschränkt zugänglich ist: Dem *impliziten* oder *habit-Gedächtnis*. Hier werden wahrscheinlich auch Coping-Gewohnheiten, also Strategien der Krankheitsverarbeitung jenseits einer bewußten Steuerung verankert. Leider kann hier nur angedeutet werden, daß die Verankerung in diesem Gedächtnis interessanterweise über ein opiatvermitteltes hirneigenes Belohnungssystem abläuft. So kann es verstanden werden, daß auch suboptimale Coping- und Abwehrmechanismen im Rahmen mißbräuchlichen Opiatkonsums eine besonders starke, auch biologisch zu verstehende zerebrale Verankerung erfahren können.

Abwehrmechanismen können im vorliegenden Fall auch als ein *Teil* insgesamt komplexer Copingmechanismen verstanden werden. Grundsätzlich verfügt jeder Mensch über Abwehrmechanismen. Die Art und die Häufigkeit ihres Einsatzes ist allerdings für bestimmte psychische Störungsbilder recht charakteristisch. Bei Suchtkranken läßt sich zunächst die „Verleugnung“ als Abwehrmechanismus besonders häufig beobachten: „Bestimmte Aspekte der externen Realität bzw. des eigenen Erlebens werden gegenüber sich selbst oder anderen nicht anerkannt, auch wenn diese Aspekte für andere offensichtlich sind.“ (OPD 1998) Diese Form der Abwehr drückt sich letztlich auch im vermehrten Drogenkonsum selbst unmittelbar aus. Ein weiterer häufiger Mechanismus ist die sog. Isolierung: „Kognitive und emotionale Bestandteile eines Ereignisses werden nicht gleichzeitig bewußt erlebt; die emotionale Komponente wird von der Vorstellung abgetrennt und vom Bewußtsein ferngehalten.“ (OPD 1998)

Abwehrmechanismen sind primär subjektiv unbewußte Verhaltensweisen, auch wenn sie von außen, also objektiv offensichtlich erkennbar erscheinen mögen. Der Drogenkonsum hat also für den Betroffenen evtl. *nicht die* Bedeutung, die für den äußeren Beobachter offensichtlich erkennbar sein mag (z.B. Verleugnung).

Coping- und Abwehr sind also im impliziten Gedächtnis verankerte und kaum oder un-bewußte Methoden, mit chronischen Erkrankungen zu „leben“, ohne die damit verbundenen Risiken alltäglich ertragen zu müssen. Das Suchtgedächtnis selber ist ebenfalls in diesem „impliziten“ Gedächtnis verankert, interferiert also auch biologisch mit den assoziierten automatischen Gedanken, Verhaltens- und Copingstrategien. Für Drogenabhängige ist dabei neben den genannten Abwehrmechanismen eine stark negative Form der Verarbeitung typisch, die sich in einer umfassend resignativen Grundhaltung und vermehrtem Drogenkonsum in persönlichen Krisensituationen und bei anhaltenden Belastungen präsentieren kann. Es wäre daher denkbar, daß ein Nachlassen der Belastung durch die körperliche Erkrankung im Rahmen einer Interferontherapie auch zu nachlassendem Konsumdruck und höherer Abstinenzbereitschaft führt.

d) Chronische Krankheit im Zeiterleben Süchtiger

In aller gebotenen Kürze sei noch darauf hingewiesen, daß Drogenkonsum auch als ein Versuch verstanden werden kann, die Zeitlichkeit des Lebens vorübergehend zugunsten eines Augenblickerlebens zu suspendieren. Der innerseelische Spannungsbogen, der sich aus dem menschlichen Zeiterleben, aus den Polen „Erinnerung“ und „Sehnsucht“ ergibt, wird entspannt zugunsten künstlich erzeugter, situativ betonter Geborgenheitserlebnisse. Dadurch tritt die Bedeutung individueller Biographie in den Hintergrund, und sinnhaft geprägtes langfristiges Intendieren und Planen erscheint überflüssig. Wenn zeitgebundene Sinnhaftigkeiten wie Lebensziele zweitrangig werden, kann dafür das triebhaft-realiitätsferne um so intensiver gelebt werden. Die Belastung durch das Wissen um eine chronische Erkrankung tritt dabei im Drogenkonsum selbstverständlich ebenso in den Hintergrund.

e) Chronische, schwere Krankheit, Coping und Abwehr nach Ende des Konsums

Wenn der Süchtige dann den Konsum eingestellt hat und sich z.B. in einer stationären Entwöhnung befindet, dann fällt ein Teil der Copingmechanismen weg: Der Drogenkonsum. Vielen Patienten wird jetzt die Bedeutung der Erkrankung allmählich bewußter. Besonders kann man diese Auflösung der Abwehr und des Copings bei guten Therapieverläufen motivierter Patienten sehen, die in der Lage sind, auch suchtassoziierte Verhaltensweisen bewußt werden zu lassen und zu verändern. Hier werden dann primitive durch reifere Abwehrmechanismen abgelöst und resignative Grundhaltungen abgebaut, was mit einem verbesserten Erleben von Sinnhaftigkeit einhergeht.

Der ethische Aspekt

Abschließend zu den Gründen für eine Interferontherapie während der stationären Entwöhnung seien noch ethische Aspekte für die Interferontherapie erwähnt. Wenn Sucht als Krankheit akzeptiert ist, dann gibt es außer medizinischen Kontraindikationen m. E. keine ethischen Gründe, den Betroffenen eine existierende Therapie zu verweigern. Schließlich wird auch die antivirale Medikation substituierter oder abstinenten HIV-positiver Drogenabhängiger (glücklicherweise) nicht in Frage gestellt.

Konsequenzen für die Behandlung: Eingangskriterien, Umgang mit Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Aus den geschilderten Aspekten ergaben sich für uns folgende Aspekte in der Behandlung unserer Patienten:

- Wir behandeln nicht alle und nicht unter allen Umständen.
- Wir fangen langsam und vorsichtig an, indem wir nur einzelne behandeln.
- Wir wählen die Betroffenen nach bestimmten Kriterien aus: Aufgrund der genannten Aspekte „chronischer Erkrankung“ - „Sucht“ - „implizites Gedächtnis“ und „primitive Abwehr“ sind bevorzugt solche Patienten in die Interferontherapie einzubeziehen, deren Motivation für eine Bereitschaft zur Veränderung ihrer Verhaltensmechanismen spricht.
- Wir etablieren eine engmaschige Betreuung der Interferonpatienten.

Kommen wir jetzt zu den Nebenwirkungen aus psychiatrischer Sicht. Die Ursachen der vermehrten psychischen Nebenwirkungen sind biologischer Natur. Dabei spielt die vermehrte Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke für aktivierte Immunzellen und Immunmodulatoren ebenso eine Rolle wie erhöhte zerebrale Cortisolspiegel und ein Mangel an Tryptophan sowie konsekutiv herabgesetzte serotonerge Transmission.

In 30-70% der Fälle treten relevante psychische Nebenwirkungen auf wie depressive Verstimmungen, Leistungsverlust, Reizbarkeit, Schlafstörungen und Merkfähigkeitsstörungen. Es werden von neurobiologischer Seite Hinweise geschildert, daß es sich dabei um eine „andere Art Depression“ handle, die keine Auswirkungen auf zuvor bestehende psychiatrisch abgrenzbare Krankheitsbilder erwarten lasse, sondern gewissermaßen „zusätzlich“ auftrete. Es könne nicht bestätigt werden, daß Interferon oder Ribavarin etwa die Rezidivgefahr einer abgeklungenen und gut behandelten Psychose erhöhe.

Aus den genannten möglichen Nebenwirkungen scheinen sich die psychiatrischen Kontraindikationen abzuleiten. Dabei findet man in der Literatur sehr widersprüchliche Angaben.

Selbstverständlich kann man schlicht entsprechend den Fachinformationen vorgehen, und alle die sich in der Behandlung psychisch kranker Menschen unsicher sind und sich in einem sicheren rechtlichen Rahmen bewegen

wollen, sollten die dortigen Angaben eher weit auslegen. Allerdings sind die Fachinformationen nicht einheitlich und nur bedingt psychiatrisch präzise. Ferner sollte berücksichtigt werden, ob es wirklich gerechtfertigt ist, Behandlungen psychisch vorbelasteter Patienten in jeder Form unterlassen. Denn dies scheint neueren Untersuchungen gemäß nicht ganz angemessen und läuft Gefahr, diese Patienten von einer für sie evtl. entscheidenden Therapie auszuschließen.

Daher möchte ich versuchen, im Folgenden eine praktische Vorgehensweise im Sinne einer *am Patienten orientierten* Verhaltenslogik aufzuzeigen. M.E. ist weniger die *Art* der psychischen Erkrankung als Kontraindikation zu verstehen, als viel mehr das Ausmaß, die *Schwere* der Störung. Diese sollte nach zwei Aspekten bewertet werden:

1. Besteht eine Veränderung der Realitätswahrnehmung (wie z.B. bei floriden Psychosen)? Dann ist eine angemessene Realitätswahrnehmung nicht gegeben, die Compliance des Patienten nimmt in der Regel erheblich ab. Folglich besteht aufgrund der internistischen Gefahren zum Schutz des Patienten eine Kontraindikation für die Interferontherapie.
2. Besteht Suizidalität? Dann ist eine Gefährdung durch Verschlechterung der Stimmung und Einengung der Schwingungsfähigkeit gegeben. Damit liegt eine eindeutig psychiatrische Kontraindikation vor.

Geht die psychische Störung *nicht* mit einem dieser beiden Merkmale einher, dann ist die Kontraindikation m.E. eine „relative“. Problematisch sind hier die „Grenzfälle“: *Vorbekannte* Psychosen oder Suizidversuche. Hier kann nur in Kooperation zwischen internistischer, psychiatrischer und suchtttherapeutischer Begleitung entschieden werden. Als Entscheidungskriterien werden dann folgende Aspekte individuell gegeneinander abzuwiegen sein:

- Wie dringlich ist die internistische Indikation?
- wie gut ist die Therapieprognose?
- wie lange ist die genannte Einschränkung durch die psychische Störung her?
- Wie häufig ist die psychische Störung rezidiert, wie hoch ist also die aktuelle Rezidivgefahr einzuschätzen?
- Wie hoch ist die Compliance bezüglich psychiatrischer Medikation?
- Wie hoch ist die Bindung an die professionelle Begleitung?
- Besteht eine Fähigkeit zu risikoarmen Konsum („harm-reduction“) oder sogar Abstinenzmotivation?

Daher gilt grundsätzlich:

- Bei Drogenabhängigen sollte wegen erhöhter psychischer Komorbidität *keine Behandlung ohne vorherige psychiatrische Anamneseerhebung* erfolgen.
- Bei Vorliegen psychiatrischer Vorerkrankungen sollte eine Abwägung mit anderen Fachgruppen über den Sinn einer Interferontherapie erfolgen.
- Bei Vorliegen einer psych. Vorerkrankung ist das Einleiten einer prophylaktischen Medikation zu erwägen, um die Gefahr des Auftretens psychischer Nebenwirkungen zu reduzieren. Gute Erfahrungen haben wir mit Citalopram, Escitalipram und/oder Mirtazepin gesammelt. Zu betonen sind neben der guten Wirksamkeit geringe Nebenwirkungen bei geringem Wechselwirkungspotential im Sinne von Enzymbeeinflussungen. Bekannte Nebenwirkungen von Interferon sind z.T. durch gegenläufige Nebenwirkungen der Antidepressiva zu kompensieren (z.B. *Gewichtsverlust* unter Interferon-Kombi-Therapie vs. *Gewichtszunahme* unter Mirtazepin).

Die Sucht selber – und das sollte in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben – ist eine psychische Erkrankung und geht *immer* mit erhöhten Belastungen einher. Daher ist ein umfassendes begleitendes Therapieprogramm sinnvoll, welches wir eigens für diese Patienten in der Villa Lilly entworfen und – wie wir meinen - mit Erfolg umgesetzt haben. Dabei werden mit unseren Patienten folgende Angebote und Verpflichtungen besprochen:

- wöchentlich feste Einzelkontakte mit dem Bezugsarzt
- wöchentliche Teilnahme an der indikativen Gruppe für Interferonpatienten
- Verpflichtung zur Teilnahme an externen Hepatitis-Selbsthilfegruppe
- Anleitung zum Selbstmanagement der Labor-, Kontroll- und Konsiliaruntersuchungen

Die *Inhalte* dieser Angebote orientieren sich exakt an den eingangs formulierten „*Gründen für die Interferontherapie*“. Allem voran steht dabei die kritische Reflexion bisher unbewusster suchttypischer und individueller psychischer Abwehrmechanismen. Diese lassen sich an den Infektionsursachen der Erkrankung und also am Umgang mit dem eigenen Körper bzw. der eigenen Gesundheit im Rahmen des Kontrollverlustes sehr bildhaft darstellen. Hinzu kommt der bisherige Umgang mit der Erkrankung seit der Infektion, der die Abwehrmechanismen als nicht nur als suboptimale, sondern auch als *chronifizierte* Verhaltenshabits verstehen läßt.

Daneben finden Ansätze zur Förderung einer angemessenen Wahrnehmung des Körpererlebens, Akzeptanzangebote als ganze Person durch einen psychosomatisch integrativen Ansatz und Angebote zum Erlernen angemessener Copingmechanismen Anwendung. Letztere werden vor allem unterstützt durch Kontaktaufnahme mit der örtlichen Selbsthilfegruppe für Hepatitis-C-Positive. Durch Selbstmanagement-Anleitungen soll die Compliance gefördert werden. Ferner kann in der Gruppe eine Vorbereitung auf Maßnahmen nach der Entlassung aus unserer Einrichtung erfolgen.

Die Patienten können sozusagen „exemplarisch“ über die Beschäftigung mit der Erkrankung, der Ursache, dem Umgang mit der Chronifizierung und der Möglichkeit des Therapieversagens auf ihre suchttypischen Abwehrmechanismen aufmerksam werden, wenn sie die Bereitschaft dafür haben. Wenn dies gelingt, wird ein Interferonerfolg zu einem wesentlichen Baustein in einer erfolgsversprechenden Suchttherapie.

Unsere bisherigen Behandlungsergebnisse sind zwar statistisch nicht wissenschaftlich auswertbar, dennoch aber insgesamt sehr ermutigend. Insbesondere wenn man die eingangs erwähnten Bedenken eines *schlechteren* Therapieverlaufs in Erinnerung hat, wurden wir durch den Verlauf der bisherigen Fälle in unserer Entscheidung für das Angebot einer Interferontherapie sehr bestärkt:

- Die hier behandelten Patienten zeigen *nicht* das Ausmaß der erwarteten Complianceprobleme.
- Innerhalb der Therapie entsteht der Eindruck, als *verbessere* alleine die Aussicht auf eine Ausheilung der Erkrankung die *allgemeine Therapiemotivation*.
- In der indikativen Gruppe verändern sich die Einstellungen der Betroffenen nicht nur hinsichtlich der Hepatitis, sondern auch bezüglich ihres süchtigen Verhaltens.

Dies spiegelt sich in den folgenden Zahlen, die allerdings nicht einer wissenschaftlich-statistischen Auswertung unterzogen wurden, sondern lediglich unsere Erfahrungen darstellen sollen:

- Trotz zum Teil erheblicher psychischer und somatischer Nebenwirkungen haben nur sechs von 38 Patientinnen und Patienten, die wir bisher in unserem Programm behandelt haben, den Aufenthalt in unserer Einrichtung vorzeitig beendet.
- Damit liegt die Abbruchquote unterhalb des „üblichen“ Durchschnitts (d.h. besser als die übliche „Haltequote“ in einer Entwöhnungstherapie).
- Auch von den Abbrechern sind einige weiter in Interferonbehandlung.

Ausblick

Als Ausblick möchte ich abschließen mit drei Wünschen, die mich auch zur Organisation und persönlichen Teilnahme an dieser Tagung veranlaßt haben:

- Wir wünschen uns ein regionales ambulantes Netz, das unsere Strategie aufgreifen und damit unsere Patienten nach der Entlassung auffangen kann – unabhängig davon, ob diese hier abgebrochen haben, rückfällig ins ambulante Substitutionsprogramm kommen oder regulär entlassen wurden.
- Wir würden uns über ambulant anbehandelte Patienten freuen, deren Therapie wir bei uns stationär aufgreifen und fortsetzen könnten.
- Wir wünschen uns eine statistisch verwertbarere Aussage und hoffen daher, unsere Behandlungen so fortsetzen zu können, daß diese auswertbar sind und veröffentlicht werden können.

Literaturhinweise

Über den Verfasser.

(Vorgetragen am 22.2.2006 im Radisson SAS Schwarzer Bock, Wiesbaden. Vortragsmanuskript.
Therapieempfehlungen und Angaben zu Medikamenten wie Indikation, Dosis, Neben- und Wechselwirkungen, Kontraindikationen erfolgen ohne Gewähr. Derartige Angaben sind vom Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Nicht zur Veröffentlichung oder Weitergabe an Dritte bestimmt.
Zitate nur mit Genehmigung des o.g. Verfassers.)