

Hepatitis C und Drogen (Stand 21. August 2006)

- Einleitung

Im Folgenden wird ein Überblick über Drogen, Suchterkrankungen und Zusammenhänge mit Hepatitis C gegeben. Suchterkrankungen sind äußerst komplexe Störungsbilder, die neben der Hepatitis auch mit weiteren ernsten körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen einher gehen können. Hier kann nur auf die wesentlichsten Faktoren der Drogensucht eingegangen werden, ohne damit einen Anspruch auf Vollständigkeit zu verfolgen. – Die abschließend genannten Hilfseinrichtungen sind dem Autor selber bekannt. Es gibt in der Region sicherlich noch weitere Anlaufstellen, die nicht aufgeführt wurden. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie gute Erfahrungen mit Institutionen gemacht haben, die dann auch in der u.g. Liste aufgenommen werden können.

- „Drogen“

Während in der Medizin unter dem Begriff Drogen auch allgemein wirksame schulmedizinisch verwendete Medikamente verstanden werden können, meint der Begriff in der allgemeinsprachlichen Verwendung illegal zu erwerbende suchterzeugende Substanzen. Während die Frage der Legalität für den Konsumenten weitreichende Konsequenzen haben kann, ist sie aus pharmakologischer Sicht zunächst zweitrangig.

Suchterzeugende Substanzen werden von der WHO in neun verschiedene Substanzgruppen unterteilt:

- Alkohol
- Opiate
- Cannabinoide
- Sedativa und Hypnotika
- Kokain
- Sonstige Stimulantien einschließlich Koffein
- Halluzinogene
- Tabak
- Flüchtige Lösungsmittel

Abgesehen von diesen Substanzen werden auch Analgetika (Schmerzmittel) und Laxantien (Abführmittel) mißbräuchlich verwendet. Immer häufiger werden zudem kombinierte Abhängigkeiten von verschiedenen Suchtstoffen beobachtet: Polytoxikomanien. Wenngleich es erhebliche Ähnlichkeiten der Suchterkrankung über die Substanzgrenzen hinweg gibt, so haben viele Abhängigkeiten doch auch ihre eigenen „Symptome“ mit unterschiedlichen Risikoprofilen und Suchtfolgeerscheinungen.

Eine umfassende Darstellung der einzelnen Süchte ist an dieser Stelle nicht möglich. Da die vorliegenden Erläuterungen für die Seite einer Hepatitis-Sehlfesthilfegruppe formuliert sind, wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Suchterkrankungen gelegt, die mit der Gefahr einer Hepatitis-C-Infektion einhergehen.

Autor: Dr. med. Wolfgang Eirund, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt im Therapiedorf Villa Lilly, Bad Schwalbach; E-Mail: wolfgang.eirund@jj-ev.de

- Suchterkrankungen: Definition

Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden im Folgenden synonym verwendet. Ursprünglich war das Wort Sucht nicht etwa von „Suchen“, sondern „Siechtum“ abgeleitet, meinte also eine chronische, beeinträchtigende und dauerhaft gefährdende Erkrankung. Daher wurden auch andere, früher schlecht behandelbar erscheinende Erkrankungen wie die Tuberkulose („Schwindsucht“) oder die Epilepsie („Fallsucht“) entsprechend benannt. Heute meint „Sucht“ in der Regel die Abhängigkeit von einer legalen oder illegalen Droge. Wenngleich es auch nicht stoffgebundene Süchte gibt (z.B. Spielsucht), so soll im Folgenden auf die sog. stoffgebundenen Süchte eingegangen werden.

Auch wenn Süchte sich häufig schleichend entwickeln und mit Verhaltensänderungen und Auffälligkeiten einhergehen, handelt es sich dabei nicht einfach nur um eine „schlechte Angewohnheit“, sondern um eine Krankheit. Heute wissen wir, dass es besonders suchtgefährdete Menschen gibt. Die verschiedenen Risikofaktoren sind genetischer, biologischer und psychologischer Natur und wurden in den letzten Jahren immer besser identifiziert. Daneben spielen auch soziale und gesellschaftliche Faktoren eine wichtige Rolle. Die Droge selber ist psychoaktiv nachhaltig wirksam. Das heißt, durch den übermäßigen und regelmäßigen Konsum entfaltet sie im Gehirn für den Betroffenen zunächst lange nicht bemerkbare Veränderungen, die über die Dauer des Rauschs hinweg bis hin zu Persönlichkeitsveränderungen wirksam bleiben. Diese Veränderungen können auch nach einer Entgiftung noch bestehen bleiben und gehen zudem noch lange nach Ende des süchtigen Konsums mit Anfällen bewusst erlebten „Drogenhungers“ („craving“) einher, einem subjektiv oft unwiderstehlichen Drang zu erneutem Konsum.

Die Erkrankung wird von der WHO den psychischen Krankheiten zugeschrieben. Die in Deutschland recht verbreitete „Unterscheidung“ der Süchte von psychischen Störungen ist letztlich eher historisch und politisch bedingt als therapeutisch begründbar: Süchtige Entwicklungen und die Symptome der Sucht stehen immer in engem Zusammenhang mit dem gesamten seelischen Befinden und der Persönlichkeit der Betroffenen. Die Patienten selbst bemerken dies allerdings während des Konsums häufig nicht, und auch zu Beginn einer Abstinenz ist dies nicht immer bewußt, während die Umgebung die Auffälligkeiten manchmal als sehr offensichtlich wahrnimmt.

Auch aus neurobiologischer Sicht sind Suchterkrankungen letztlich eine psychische Erkrankung: Die das seelische Erleben und Empfinden sowie die Persönlichkeit bestimmenden Hirnfunktionen werden nicht zuletzt durch die Droge selbst in einer Weise verändert, die eine rein „körperliche“ Abhängigkeit ohne psychische Komponente unmöglich erscheinen lässt. Die Unterteilung in „Körper versus Psyche“ ist allerdings gerade aus neurobiologischer Sicht nicht wirklich haltbar, da das Gehirn als körperliches *Organ* die biologische Repräsentanz unseres Seelenlebens darstellt. Daher ist auch die Unterteilung in „psychische“ und „körperliche“ Abhängigkeit zwar ein praktikables Mittel, um das Ausmaß der Auswirkungen auf andere Organsysteme zu beschreiben. Aber letztlich ist diese Unterscheidung wissenschaftlich nicht ganz scharf voneinander zu trennen. Auch etwa das süchtige Verlangen selber, das

„Craving“, ist als ein körperliches, nämlich (hirn)organisch bedingt entstehendes Symptom der Abhängigkeit zu verstehen.

Die Definition einer Suchterkrankung ist vor allem in den Anfangsstadien schwierig, und die Übergänge vom schädlichen Missbrauch zur manifesten Abhängigkeit sind fließend. Es gibt verschiedene Ansätze, die teilweise auch für unterschiedliche Substanzgruppen herausgearbeitet wurden, Kriterien süchtigen Verhaltens zu beschreiben.

Dabei werden aus psychologischer Sicht meist verschiedene Aspekte bei der Beurteilung mit einbezogen. Jeder Aspekt für sich reicht dabei in der Regel nicht aus, eine Sucht sicher zu benennen. So kann etwa eine Gewöhnung („Toleranzentwicklung“) und ein Entzugssyndrom bei einem opiatbehandelten Tumorpatienten entstehen, ohne dass dieser je weitere Zeichen der Sucht wie etwa Kontrollverlust und Konsumhunger entwickelt hätte oder im weiteren Leben süchtige Verhaltensweisen zeigt. Das Gesamtbild der Ausprägung der Störung und deren Beurteilung auf verschiedenen Ebenen erlaubt also letztlich erst die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung. Eine Gesamtdarstellung der Kriterien würde den Rahmen sprengen. Fast alle erarbeiteten Kriterien stehen aber in einem Zusammenhang mit dem zentralen Phänomen *des Kontrollverlusts* und der *Toleranzentwicklung* (Gewöhnung an größere Mengen). Doch auch diese Kriterien sind nicht als Kategorien zu verstehen, sondern stellen sich im Sinne einer fließenden Entwicklung zu immer größerer Gewöhnung und immer weiterreichendem Kontrollverlust dar. Wenn allerdings etwa der Konsum trotz *nachweislichem* körperlichen Schaden fortgesetzt wird, dann ist der Kontrollverlust sehr wahrscheinlich. Dennoch muss auch hier an das Vorliegen weiterer psychischer Störungen wie etwa einer Depression oder einer Angststörung gedacht werden, die den fortgesetzten Konsum trotz der Kenntnis damit verbundenen Schadens bedingen oder fördern kann. Dann sprechen wir von „Komorbidität“, also dem Vorliegen einer weiteren psychischen Störung.

Die Diagnose einer Sucht sollte also durch erfahrenes Fachpersonal erfolgen, wobei im Idealfall auch das Aufsuchen eines psychiatrischen Dienstes sinnvoll erscheint, allein schon um die Frage zusätzlicher psychischer Erkrankungen zu klären und ggf. deren Behandlung mit einzubeziehen.

- Welche Suchterkrankungen gehen mit der Gefahr einer Hepatitisinfektion einher?

Insbesondere der intravenöse Konsum von Substanzen mit hohem Suchtpotential (vor allem Opiate, Kokain) geht mit den Risiken von gravierenden Infektionskrankheiten einher. Neben bakteriellen und viralen Erkrankungen anderer Art, die zum Beispiel Herzmuskel und -klappenentzündungen hervorrufen können, oder auch HIV und Hepatitis B, steht die Hepatitis C heute statistisch sehr im Vordergrund des Risikos.

Ursache für diese Infektionen ist das Benutzen von unreinen „Bestecken“ zur Injektion. Dies geschieht als Folge des Kontrollverlustes (s.o.), der bei ausgeprägter Suchterkrankung besteht und das Bedürfnis nach Konsum über das dem betroffenen meist bekannte Risiko einer Infektion stellt. Dabei werden dann in Ermangelung sauberer Bestecke die Bestecke anderer Drogenabhängiger verwendet, da die

Beschaffung etwa einer saubereren Nadel zu einem psychisch nicht auszuhaltenden Aufschub des Konsums führen würde.

Das Benutzen eines fremden, unreinen Bestecks („needle sharing“) ist einerseits ein Beispiel für ausgeprägten *Kontrollverlust*, also das zentrale Phänomen der Sucht. Die dabei applizierte Menge würde andererseits ein unerfahrener Erstkonsument meist nicht überleben: Die *Toleranzentwicklung* (d.h. Gewöhnung) wird beim intravenösen Konsum als zweites zentrales Element süchtigen Verhaltens deutlich.

- Folgen einer Hepatitis-C-Infektion bei Drogenabhängigkeit

Die Verbreitung der Hepatitis C im Drogenbereich ist erheblich. Die epidemiologischen Folgen dieser Entwicklung sind noch nicht absehbar. Zu den rein körperlichen Folgen für die Betroffenen und zum Verlauf einer Hepatitis C sei auf andere Seiten dieser Homepage verwiesen. Hier sollen zusammenfassend eher suchtproblematische Aspekte dargestellt werden.

Das Vorliegen körperlicher Folgeerkrankungen kann natürlich in Einzelfällen zur Bewusstwerdung der eigentlichen Suchtproblematik beitragen. Vielen Betroffenen ist ihre Sucht in diesem Stadium aber durchaus bereits klar. Das Vorliegen einer ernsten körperlichen Erkrankung kann aber auch den gegenteiligen Effekt mit sich bringen. Eine häufig bereits bestehende eher resignative Grundhaltung wird dann noch verstärkt: „Jetzt kann ich noch weniger gegen mein Schicksal unternehmen, jetzt ist erst recht alles egal.“ Zudem kann als eine mögliche Bedingung süchtigen Verhaltens die Tendenz von Betroffenen gesehen werden, Probleme durch die Drogen „wegzudrücken“, also chemisch unterstützt zu verdrängen. Eine zusätzliche körperliche Erkrankung kann also auch zu weiterem Verdrängungsbedürfnis beitragen und den Konsumdruck erhöhen.

Süchtige Menschen verfügen oft nicht über die gesunden Reaktionsformen im Umgang mit körperlicher Erkrankung. Zudem können die Symptome körperlicher Erkrankung mit Drogen deutlich gelindert werden.

Diese und weitere Faktoren sind einerseits nicht zwingend vorhanden. Andererseits sind sie vielen Patienten zunächst gar nicht bewusst: Das süchtige Verhalten verstärkt sich „wie von selbst“. Unter abstinenter Bedingungen können die Betroffenen dann langsam einen Zugang zu diesem Teufelskreis kriegen. Aus psychiatrischer Sicht kann es daher durchaus sinnvoll erscheinen, Drogenabhängige mit Hepatitis C mit einer Interferonkombinationstherapie zu behandeln, um damit einen Beitrag dazu zu leisten, diesen Kreislauf zu durchbrechen. In der Regel sollten diese Patienten dann aber bereits abstinent leben oder sich in einer stabilen Substitutionsbehandlung befinden. Letztere kann auch vor der Einleitung einer entsprechend indizierten Interferonbehandlung eingeleitet werden.

- Behandlungsmöglichkeiten bei Drogenabhängigkeit mit Hepatitis C

Suchterkrankungen entstehen nicht selten vor dem Hintergrund weiterer psychischer Probleme. Oft kann man zusätzliche psychiatrische Diagnosen stellen und die Notwendigkeit einer erweiterten Therapie erkennen. Diese „Doppeldiagnosen“ sind

u.U. dem Betroffenen zunächst nicht bewusst. Zudem bestehen häufig weitere körperliche Suchtfolgeerkrankungen. Da die Interferonkombinationstherapie mit tlw. erheblichen körperlichen und psychischen Nebenwirkungen einhergeht, muss die Frage, ob eine Therapie der Hepatitis C bei Drogenabhängigkeit für den Einzelnen sinnvoll ist, im Idealfall gemeinsam von einem Psychiater und einem Internisten beantwortet werden. So können die Risiken mit den Chancen abgeglichen und die Betroffenen in die Frage der Therapie mit einbezogen werden.

Am Anfang steht eine umfassende Aufklärung der Patienten im Vordergrund. Häufig besteht nur ein „Halbwissen“, welches fatale Folgen für den Betroffenen und seine Umgebung haben kann. So sprechen zum Beispiel schlecht aufgeklärte Patienten oft von einer „verkapselten“ Hepatitis C, ohne sagen zu können, was sie damit meinen. Oft halten sie sich für nicht infektiös. Bei der Laboruntersuchung wird dann festgestellt, dass es sich um eine durchaus infektiöse Hepatitis C handelt und die Leberwerte entsprechend erhöht sind. Was immer mit diesem Begriff gemeint ist, so ist die differenzierte Aufklärung der einzelnen Aspekte doch besser, als uneindeutige Verwendung von Schlagwörtern, die in der Drogenszene zudem häufig eine andere Bewertung erhalten. Solche Missverständnisse müssen vermieden werden. Daher ist die Aufklärung möglichst durch einen mit der Hepatitisdiagnostik vertrauten Arzt durchzuführen. Wenn der Patient hinreichend zugänglich ist, sollten ihm dann auch Einzelheiten nicht vorenthalten werden. Dabei besteht auch die Chance, dass sich der Patient ernst genommen fühlt und versucht, dem Arzt auch etwa durch einen „klarerer Kopf“ in der nächsten Sprechstunde entgegen zu kommen.

In der Frage, ob ein Drogenabhängiger die aufwändige und teure Interferontherapie erhalten sollte, ist aus medizinischer Sicht nur unter Berücksichtigung der medizinisch-psychiatrischen Risiken und Kontraindikationen zu beantworten. Andere Kriterien laufen Gefahr, die Sucht weniger im Sinne einer Krankheit als im Sinne eines Stigmas zu bewerten und den Betroffenen eine anerkannte Therapie vorzuenthalten. Aus o.g. Gründen ist es wichtig, den Patienten zumindest mittelfristig eine Behandlungsoption anbieten zu können. Solche Angebote können helfen, den Kreislauf von resignativer Selbstwahrnehmung und fortgesetztem Suchtmittelkonsum aufzubrechen. Allmählich werden in stationären Entwöhnungstherapien entsprechende Möglichkeiten geschaffen. Im Idealfall sollten vorbereitende Suchtberatungsstellen, Ambulanzen, stationäre Entgiftungskliniken und Entwöhnungseinrichtungen regional zusammenarbeiten. So kann erreicht werden, dass die verschiedenen körperlichen und psychischen Problemfelder der Betroffenen komplementär behandelt werden und der Patient sich ganzheitlich wahrgenommen und in seinem körperlichen *und* seelischen Veränderungswunsch ernstgenommen wird.

In unserer Einrichtung „Therapiedorf Villa Lilly“ in Bad Schwalbach behandeln wir in Zusammenarbeit mit einer internistischen Fachpraxis seit Anfang 2005 Hepatitis-positive Drogenabhängige mit einer Interferonkombinationstherapie. Dabei haben wir ein begleitendes psychosomatisch und aufklärend ausgerichtetes Therapieprogramm entwickelt: Nach eingehender auch psychiatrischer und testpsychologischer Diagnostik werden die behandelten Patienten einer wöchentlich stattfindenden ärztlich geleiteten Gruppe zugeteilt und erhalten ebenfalls wöchentlich ärztliche Einzelgespräche. Sie sind angehalten, an gelegentlichen Treffen der regionalen Hepatitis - Selbsthilfe teilzunehmen und werden angeleitet, die ärztlichen Berichte und die Laborwerte zu bewerten und die Kopien der Befunde für die eigenen

Unterlagen zu sammeln. So soll ihnen die Bedeutung der diagnostischen Ergebnisse klarer werden.

Die Mitarbeit der Patienten („Compliance“) wurde dadurch so optimiert, dass wir außergewöhnlich gute Ansprechraten haben. Die anfängliche Sorge, dass die Patienten aufgrund der durchaus erheblichen Nebenwirkungen der Medikation vermehrt rückfällig werden könnten oder die Entwöhnungstherapie abbrechen, hat sich nicht bestätigt. Statistisch liegen die Rückfall- und Abbruchquoten der so behandelten Patienten sogar unter dem sonst üblichen Durchschnitt in unserer Einrichtung. Neben unserer Kontrolle werden die Betroffenen so in immer größere Eigenverantwortung geführt, wodurch auch die wichtige Regelmäßigkeit in der Einnahme der Medikamente besser gewährleistet ist. Dies ist auch deswegen von Bedeutung, weil viele Patienten ihre bis 12 Monate andauernde Interferonbehandlung nach der Entwöhnungstherapie eigenständig fortsetzen müssen.

Dieses Vorgehen steht in engem Zusammenhang mit der Entwöhnungstherapie. Die nichtärztlichen Mitarbeiter haben sich über die möglichen Beeinträchtigungen durch die Therapie informiert und können Zusammenhänge zwischen diesen und dem psychischen Befinden der Patienten herstellen. Umgekehrt wird in der ärztlich geleiteten Gruppe z.B. die Entstehungsweise der Hepatitis-erkrankung thematisiert („needle-Sharing“) und so der Bezug zum Kontrollverlust als zentralem und zeitlich oft überdauerndem Symptom der Suchterkrankung hergestellt.

- Ausblick

Gegenwärtig streben wir eine Ausdehnung der regionalen ambulant-stationären Zusammenarbeit in der Betreuung Hepatitis-positiver Drogenabhängiger an. Dabei wollen ambulant substituierende Ärzte, Drogenberatungsstellen, Fachambulanzen für Hepatitis, Entgiftungskliniken und stationäre Entwöhnungseinrichtungen ein umfassendes Therapienetz entwickeln, welches von den Betroffenen im Idealfall bis hin zur stabilen Abstinenz und Abschluss der Interferontherapie genutzt werden kann. Erste Ansätze dazu konnten auf einer Tagung im Februar 2006 ausgelotet werden.