

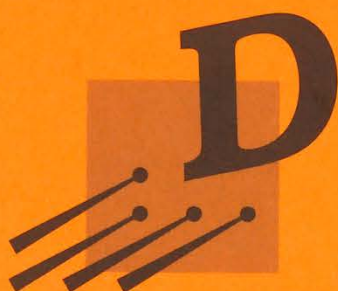
15. Jahrestagung

Aufbruch in die Zukunft?

**Neue Möglichkeiten medikamenten-
unterstützter Behandlung
Alkohol- und Drogenabhängiger**

**28. November 1995
Plenarsaal im Landeshaus
Münster**

Dokumentation



**Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung
48133 Münster**

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38

ISSN 0942 - 2382
Band 13

Herausgeber
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Hörsterplatz 4
48133 Münster

2. Auflage
1.500 - 2.200

Juli 1996

**15. Jahrestagung
Aufbruch in die Zukunft?**

**Neue Möglichkeiten
medikamentenunterstützter Behandlung
Alkohol- und Drogenabhängiger**

Plenarsaal im Landeshaus, Münster

Vorwort

Zum 15. Mal führte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, seine Jahrestagung zu aktuellen Themen der Suchtarbeit durch. Den Schwerpunkt des Jahres 1995 bildete der Einsatz von Medikamenten in Therapie und Rehabilitation Suchtkranker.

Nachdem u.a. der Einsatz von ANTABUS® zur Behandlung Alkoholkranker nicht die gewünschten Erfolge mit sich brachte, liegt seit vielen Jahren die klare Ausrichtung auf psychostherapeutischen Verfahren. Abstinenz war vielfach sowohl Behandlungsvoraussetzung als auch Behandlungsziel. Doch die Erfahrung zeigt, daß auch dieser Weg mit vielfältigen Schwierigkeiten und Rückfällen verbunden ist.

Vor allem im Bereich der Drogenhilfe sind nach vielen Jahren der Abstinenzforderung neue medikamentengestützte Wege beschritten worden. Substitution ist ein Mittel der Wahl geworden - leider nicht immer sach- und situationsgemäß angewandt. Eine weitere Verbesserung der Hilfsmöglichkeiten verspricht man sich nun vom Einsatz des Wirkstoffes NEMEXIN (NALTREXON®).

Kurzum: Aktuell wird verstärkt der Einsatz von Medikamenten in der Suchtkrankenbehandlung gefordert. Welche Erfahrungen stützen dieses Postulat? Eröffnen sich neue Perspektiven für die Praxis?

Auf unserer Jahrestagung 1995 haben kompetente Referenten zu diesem Thema Stellung bezogen. Herr Prof. Dr. Henning Saß ist an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule in Aachen aktuell mit klinischen Studien zum Wirkstoff ACAMPROSAT beschäftigt. Er informierte über den neuesten Stand seiner Forschungsergebnisse. Als Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Sucht Forschung bei Herrn Prof. Poser, Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen, referierte Herr Dr. med. John Koc über die Wirkweise und den Einsatz von NALTREXON®.

Um eine gute Diskussionsgrundlage zu schaffen, haben wir zwei langjährig erfahrene Fachkräfte aus der psychotherapeutischen Praxis, Frau Dr. Wilma Funke, Ltd. Psychologin der Fachklinik Bad Tönisstein, Andernach, und Herrn Kurt Funk, Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft "Taufwetter", Köln-Bornheim, gebeten, sich kritisch mit dieser aktuellen Entwicklung auseinanderzusetzen.

Wir freuen uns, Ihnen jetzt die vorliegende Tagungsdokumentation überreichen zu können.

Dr. W. Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle
für Drogenfragen und Fortbildung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Referat Medikamentöse Unterstützung der Rückfall- prophylaxe bei alkoholkranken Patienten mit ACAMPROSAT	
H. Saß, Aachen	7 - 21
Referat Medikamentengestützte Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen Anmerkungen aus der psychotherapeutischen Praxis	
W. Funke, Andernach	22 - 30
Referat Ambulante Abstinenztherapie der Opiatabhängigkeit mit Naltrexon	
J. Koc, Göttingen	31 - 47
Referat Der abstinente Weg Durch vielgestaltige Landschaft mit immer neuen Aussichten und Perspektiven, Überraschungen, aufregenden Begegnungen und unvorhersehbaren Ereignissen	
K. Funk, "Tauwetter", Bornheim	48 - 67

Medikamentöse Unterstützung der Rückfallprophylaxe bei alkoholkranken Patienten mit ACAMPROSAT

H. Saß, Aachen

Einleitung:

Die bisherigen Behandlungsformen für alkoholranke Patienten orientieren sich im wesentlichen an der kurzzeitigen (1 bis 2 Wochen) Entgiftung sowie an einer sich daran anschließenden, längerfristigen (2 bis 6 Monate) Entwöhnung. Trotz intensiver Bemühungen sind die Erfolgsquoten der vorwiegend psychosozial orientierten Therapieformen derzeit noch unbefriedigend. Zwar gibt es Schwankungen je nach Art und Dauer der eingesetzten Therapie, Methodik der Erhebung, Zielkriterien und Katamnesedauer, doch muß im groben Mittel auch bei mehrmonatiger Entwöhnungsbehandlung damit gerechnet werden, daß nach einem Jahr mindestens die Hälfte der Patienten nicht nur rückfällig geworden ist, sondern in stärkerem Maße trinkt. Aus diesem Grunde sind in den letzten Jahren unterschiedliche medikamentöse Strategien zum Versuch der Unterstützung der Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit eingesetzt worden. Hierbei wird von Anti-Craving-Medikamenten gesprochen, wenn auch aus den diskutierten Gründen hinsichtlich der genaueren Konzeptualisierung und der denkbaren Wirkmechanismen einer solchen Behandlung noch viele Unklarheiten bestehen.

Eine theoretisch wie praktisch wichtige Rolle als potentielle Anti-Craving-Substanzen spielten zunächst die Dopaminantagonisten/-agonisten, die enge Verknüpfungen mit einem postulierten Belohnungssystem aufweisen. Ebenfalls von Bedeutung sind die serotonergen Substanzen, insbesondere die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sowie andere für das Serotoninsystem agonistische und antagonistische Substanzen. Eine vor allem unter theoretischer Perspektive wichtige Strategie liegt in der direkten Beeinflussung des endogenen Opioidsystems, das eine besondere Bedeutung für Ausbildung und Unterhaltung süchtiger Fehlentwicklungen besitzt. Der Opiatantagonist NALTREXON führte in amerikanischen Studien zur Verbesserung der Abstinenzrate und anderer Zielkriterien bei alkoholabhängigen Patienten. Deshalb wurde diese Substanz in den USA neben der Behandlung der Opiatsucht von der Gesundheitsbehörde auch für die Be-

handlung von Alkoholabhängigkeit zugelassen. Ähnliche Entwicklungen stehen in Europa, wo derzeit umfangreiche klinische Studien mit dieser Substanz durchgeführt werden, bevor.

Weitere medikamentöse Behandlungsstrategien bestehen in der Verabreichung gabaerger Substanzen, die im Zentralnervensystem beruhigende und hemmende Wirkungen entfalten können und auf diese Weise bei den Zuständen von Angst, Unruhe, Übererregbarkeit und Suchtverlangen alkoholkranker Patienten hilfreich sein können. Allerdings beinhalten Gabaergika, deren prototypischer Vertreter die Benzodiazepine sind, wegen ihrer angenehmen Wirkungen von Anxiolyse und Sedierung sowie ihrer Affinität zum Gaba-Rezeptor ein erhebliches Risiko für Ausbildung von Abhängigkeit bzw. Suchtverlagerung, so daß sie gerade bei alkoholkranken Patienten problematisch werden können.

Ebenfalls zu einer Reduktion der für Alkoholpatienten in der Entzugsphase typischen Übererregbarkeit führen die anti-glutamatergen Substanzen, die dem Einfluß exzitatorischer Aminosäuren entgegenwirken. In diese Stoffgruppe gehört die Substanz Calciumacetylhomotaurinat ACAMPROSAT, auch wenn deren Wirkmechanismus noch nicht vollständig aufgeklärt ist. Die Substanz wurde mit der Indikation der Rückfallprophylaxe bei Alkoholkrankheit 1989 in Frankreich zugelassen und ist zwischenzeitlich sowohl in Tierversuchen, in Laborexperimenten und klinisch eingehend untersucht worden. ACAMPROSAT ist als ergänzende Therapie bei der Behandlung von Alkoholpatienten nach der Entgiftung vorgesehen. Die Substanz wird in einer Dosis von 1332 bis 1988 mg pro Tag (4 bis 6 Tabletten) verabreicht. Sie ist wasserlöslich, wird im Magen-Darm-Trakt resorbiert und passiert die Blut-Hirn-Schranke. In ausgedehnten pharmakologischen und toxikologischen Untersuchungen hat sie sich als nebenwirkungsarme, nicht mit gravierenden Risiken behaftete Substanz erwiesen, die darüber hinaus bei siebenjähriger Anwendung in Frankreich kein relevantes Risikopotential erkennen ließ.

In den letzten Jahren wurden in mehreren europäischen Ländern groß angelegte Multicenter-Studien durchgeführt, um die Eignung von ACAMPROSAT zur Unterstützung der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholkranken klinisch zu erproben. Im folgenden wird über die in Deutschland durchgeführte PRAMA-Studie (Prävention des Rückfalls bei Alkoholabhängigkeit durch ACAMPROSAT) mit dieser Substanz berichtet.

Material und Methode:

Die Untersuchung wurde als doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Studie an 13 Zentren für die Behandlung von Alkoholpatienten in den alten und neuen Bundesländern durchgeführt. Zum Einschluß kamen 272 Patienten, von denen sich je 136 in der Placebo- und in der Verum-Gruppe befanden. Die Dauer der Untersuchung mit Gabe von ACAMPROSAT bzw. Placebo in Ergänzung der an den einzelnen Zentren üblichen psychosozialen Betreuung betrug rund 1 Jahr (48 Wochen), daran schloß sich eine ebenfalls knapp einjährige Nachbeobachtungsphase ohne Fortführung der Medikation an. Als wesentliches Zielkriterium der Studie diente die Zeit bis zum ersten Rückfall; zusätzlich erhoben wir die Abstinenzraten bei den einzelnen Visiten und die kumulierte Abstinenzdauer im Beobachtungszeitraum.

Über den zeitlichen Ablauf der Untersuchung informiert Tab. 1. Angesichts des Umfanges der Untersuchung mußten relativ lange Intervalle zwischen den einzelnen Visiten gewählt werden, was angesichts der bekannten Probleme mit Verlässlichkeit und Compliance bei Alkoholabhängigen einen Kompromiß hinsichtlich der Durchführbarkeit bedeutete. Die Patienten wurden während des Screenings sowie bei der Eingangsuntersuchung sorgfältig in allgemeiner klinischer Hinsicht wie bezüglich der speziellen Alkoholproblematik untersucht (vgl. Tab. 2). Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Untersuchung entsprechen dem üblichen Standard bei Studien mit Alkoholpatienten (Tab. 3 und 4). Auch die Untersuchungen bei den einzelnen Visiten in der Behandlungsphase wie in der Nachbeobachtungszeit waren relativ umfangreich (vgl. Tab. 5). Besondere Bedeutung besaß dabei der Versuch, über das Interview des Patienten und ggfls. seine Angehörigen oder der behandelnden Ärzte eine möglichst verlässliche Auskunft über das Trinkverhalten zu erzielen. Zur Unterstützung wurden die biologischen Marker für kürzlichen Alkoholkonsum erhoben (Gamma-GT, MCV und CDP). Wichtig war auch das bei jeder Visite durchgeführte Drogenscreening im Urin, mit dem der Beigebrauch psychotroper Substanzen kontrolliert werden sollte.

Die soziodemographischen Daten und die alkoholspezifischen Informationen aus der Vorgeschichte sind in Tab. 6 zusammengefaßt. Dabei ergaben sich zwischen der Verum- und der Placebo-Gruppe in den meisten Bereichen keine signifikanten Unterschiede. Inhomogen waren lediglich die Bereiche des Bildungsgrades, der familiären Belastung mit Alkoholismus und der Gamma-GT. Eine derartige Ungleich-

verteilung läßt sich auch bei randomisierter Zuweisung der Patienten zu den beiden Behandlungsgruppen kaum vermeiden und erfordert besondere Überlegungen zur statistischen Auswertung (s.u.).

Ergebnisse:

Die Studie wurde nach einem Jahr von 135 Patienten (49,6 %) abgeschlossen, nach dem zweiten Jahr mit der Nachbeobachtungsphase waren noch 104 Patienten (38,2 %) in der Untersuchung verblieben. Die Betrachtung der Drop-out-Verhältnisse zeigt, daß sich bereits bei der ersten Visite ein Unterschied zu Ungunsten der Placebo-Gruppe einstellt, der im Laufe der Untersuchungen weiter anwuchs. Die Auswertung der Studie erfolgte nach dem Intention-to-treat-Prinzip.

Die bei den einzelnen Visiten erhobene Abstinenzrate (für den vorangegangenen Beobachtungszeitraum) ergibt sich aus Abb. 1. Bereits bei Visite 1 ist ein Unterschied zugunsten der Verum-Gruppe entstanden, der ab der zweiten Visite statistische Signifikanz erreichte und im weiteren Verlauf bis zum Ende des ersten Untersuchungsjahres hochsignifikant blieb.

Als weiteres, klinisch besonders informatives Zielkriterium sehen wir - wie oben diskutiert - die kumulierte Abstinenzdauer an (vgl. Abb. 2). Hier findet sich zwischen der Verum- und der Kontrollgruppe ein statistisch signifikanter Unterschied in der über die jeweiligen Gruppen gemittelten Abstinenzdauer während des ersten Studienjahres (178,5 versus 113,8 Tage). Das bedeutet, daß bei den ACAMPROSAT-Patienten im Durchschnitt deutlich mehr alkoholfreie Tage erreicht werden als bei den Placebo-Patienten.

Für die Aussagekraft der Ergebnisse besitzt die Regressionsanalyse besondere Bedeutung. Dabei wird das Gewicht der einzelnen Variablen für das Zustandekommen des Therapieerfolges errechnet. Es findet sich in unserer Studie allein für die Variable der Behandlung, d. h. Zuweisung der Patienten entweder in die ACAMPROSAT- oder in die Placebo-Gruppe, ein statistisch signifikanter Wert. Alle anderen dort erwähnten Variablen, einschl. der drei Bereiche mit inhomogener Verteilung (familiäre Belastung, Dauer der Alkoholismusvorgeschichte und erhöhte Gamma-GT), tragen dagegen nicht signifikant zur Frage des Therapieerfolges bei.

Die Nebenwirkungen (vgl. Tab. 7) sind - gemessen an der Zahl der Patienten und der Beobachtungsdauer von einem Jahr - in Umfang

und Ausmaß unbedeutend, auch zeigt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Zusätzlich ist auf zwei Suizide hinzuweisen, von denen einer in der Verum- und einer in der Placebo-Gruppe auftrat. Ein solches Ergebnis erscheint in der hinsichtlich Mortalität und Suizidalität besonders risikoträchtigen Gruppe von alkoholkranken Patienten nicht ungewöhnlich.

An die knapp einjährige Medikationsperiode schloß sich ein ebenfalls knapp einjähriger, medikamentenfreier Nachbeobachtungszeitraum an. Dabei ergab sich, daß interessanterweise der Unterschied zwischen den beiden Gruppen während dieser Zeit keineswegs abnimmt, sondern vielmehr noch etwas ausgeprägter wird. Darüber hinaus läßt sich bei Beendigung der Medikation in der Verum-Gruppe keinerlei wesentliche Veränderung hinsichtlich Compliance mit der Studie und im Abstinenzverhalten nachweisen.

Diskussion:

Ein wesentliches Merkmal der Studie bestand darin, daß die Patienten die medikamentöse Verum- bzw. Placebo-Behandlung im Rahmen des am jeweiligen Therapiezentrum vorhandenen Settings erhielten. Keineswegs handelte es sich also um eine ausschließlich medikamentöse Behandlung der Alkoholpatienten. Sie waren vielmehr eingebettet in das an den einzelnen Standorten übliche Behandlungsprogramm, das meist aus Einzel- und Gruppengesprächen in ein- bis zweiwöchigem Abstand, sowie Teilnahme an Selbsthilfegruppen, etwa der Anonymen Alkoholiker, bestand. Innerhalb einer derartigen Vorgehensweise scheint es nach unseren Ergebnissen möglich zu sein, durch Gabe von ACAMPROSAT die Rückfallgefährdung der Alkoholpatienten signifikant zu verringern. Bei Anwendung der Survival-Analyse blieben in der Verum-Gruppe - verglichen mit der Placebo-Gruppe - doppelt so viele Patienten am Ende des einjährigen Behandlungszeitraumes abstinent; ohne daß an diesem Ergebnis während der anschließenden medikamentenfreien Nachbeobachtungszeit von ebenfalls einem Jahr eine wesentliche Änderung eintrat. Damit ist zumindest nach dieser Studie nahegelegt, daß die Behandlung mit ACAMPROSAT im Rahmen eines integrierten Therapiekonzeptes die Prognose der Alkoholpatienten deutlich verbessert. Diese Einschätzung gründet sich nicht nur auf die am Rückfallkriterium orientierte Analyse, sondern sie wird gestützt durch die unterschiedlichen Abstinenzraten bei den einzelnen Visiten und vor allem durch die deutlich höhere kumulierte Abstinenzdauer der Verum-Gruppe im Vergleich zu den Placebo-Patienten. Dabei besitzt gerade das letztge-

nannte Kriterium aus klinischer Sicht besondere Bedeutung; weil eine Verlängerung der trinkfreien Abschnitte in einem bestimmten Zeitraum sowohl für die Patienten wie für ihre Angehörigen unter psychischen und sozialen Gesichtspunkten zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität beitragen dürfte.

Noch offen ist die Frage, auf welche Weise die herkömmliche psychosoziale Behandlung der Alkoholpatienten und eine mögliche Unterstützung durch medikamentöse Maßnahmen interagieren. Die zunehmenden Erfahrungen mit der Substanz bei einer breiteren Anwendung in unterschiedlichen Behandlungssettings werden es hoffentlich erlauben, Aussagen über die geeignete Behandlungsdauer, über Prädiktoren des Behandlungserfolges und besonders geeignete Patiententypen sowie schließlich über die zugrunde liegenden Wirkmechanismen zu machen. Dabei sollten ideologische Vorstellungen über die Alkoholkrankheit und ihre angemessene Therapie zurücktreten hinter einer offenen, dem komplexen biopsychosozialen Ursachenbündel bei der Entstehung dieser Störung angemessenen Einstellung, um ein integratives Behandlungskonzept zu ermöglichen.

Tabelle 1:

PRAMA-Studie, Zeitplan

Visite 0, VO	Erstuntersuchung	
Visite 1, V1	= VO + 4 Wochen	Behandlungs- zeitraum
Visite 2, V2	= V1 + 4 Wochen	
Visite 3, V3	= V2 + 4 Wochen	
V4, V5, V6	= V3 + 12 wöch. Intervalle	48 Wochen
V 7, V8, V9, V10	= V6 + 12 wöch. Intervalle	Nachbeobach- tungsphase 48 Wochen

Tabelle 2:

Untersuchungen zur Bewertung der Wirksamkeit 1. - 6. Visite

- klinische Untersuchung
- ausführliche Exploration
alternativ / zusätzlich: Gespräch mit Verwandten, Berichte
des Hausarztes
- Laborergebnisse: GGT; MCV, CDT
- Atemalkoholanalyse
- Trinkverlangen
- Drogenscreening
- Kontrolle der Compliance: Tabletten abzählen,
Urinuntersuchung
- psychologische Untersuchungen: 4-seitiges Formular
(STESS, EWL)

Tabelle 3:

Einschlußkriterien

- Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-R
> 4 Punkte auf der 9-Punkte-Skala der ICD
- Münchener Alkoholismus-Test (MALT): > 10 Punkte
- Alkoholismus seit: Männer > 3 Jahre, Frauen > 2 Jahre
- erfolgreiche Entgiftung, Abstinenzdauer \geq 14 Tage
- Intelligenztest: > 12 Punkte auf der MWT-B-Skala

Tabelle 4:

Ausschlußkriterien (Zusammenfassung)

- abstinent seit > 4 Wochen
- Entzugssymptome
- behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung
- nicht alkoholbedingte Epilepsie
- Patienten ohne festen Wohnsitz
- schwere Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
- schwere Leberfunktionsstörung
- die üblichen ärztlichen und ethischen Ausschlußkriterien

Tabelle 5:

Erstuntersuchungen

Visite (Screening) und Visite 0

- klinische Untersuchungen
- DSM-III-R, MALT, GABS
- Vorgeschichte der Alkoholabhängigkeit
Kontinuität und Dauer, Häufigkeit, tägliche Menge
bevorzugter Alkoholtyp
- Alkoholismus in der Familie
- Familienstand, Wohnverhältnisse, Bildungsgrad
Arbeitsverhältnis
- psychologische Befunde
Selbsteinschätzung nach JANKE und DEBUS (EWL), STESS
- Laborbefunde: GGT, MCV, CDT
- Drogenscreening

Tabelle 6:

Soziodemographische Daten

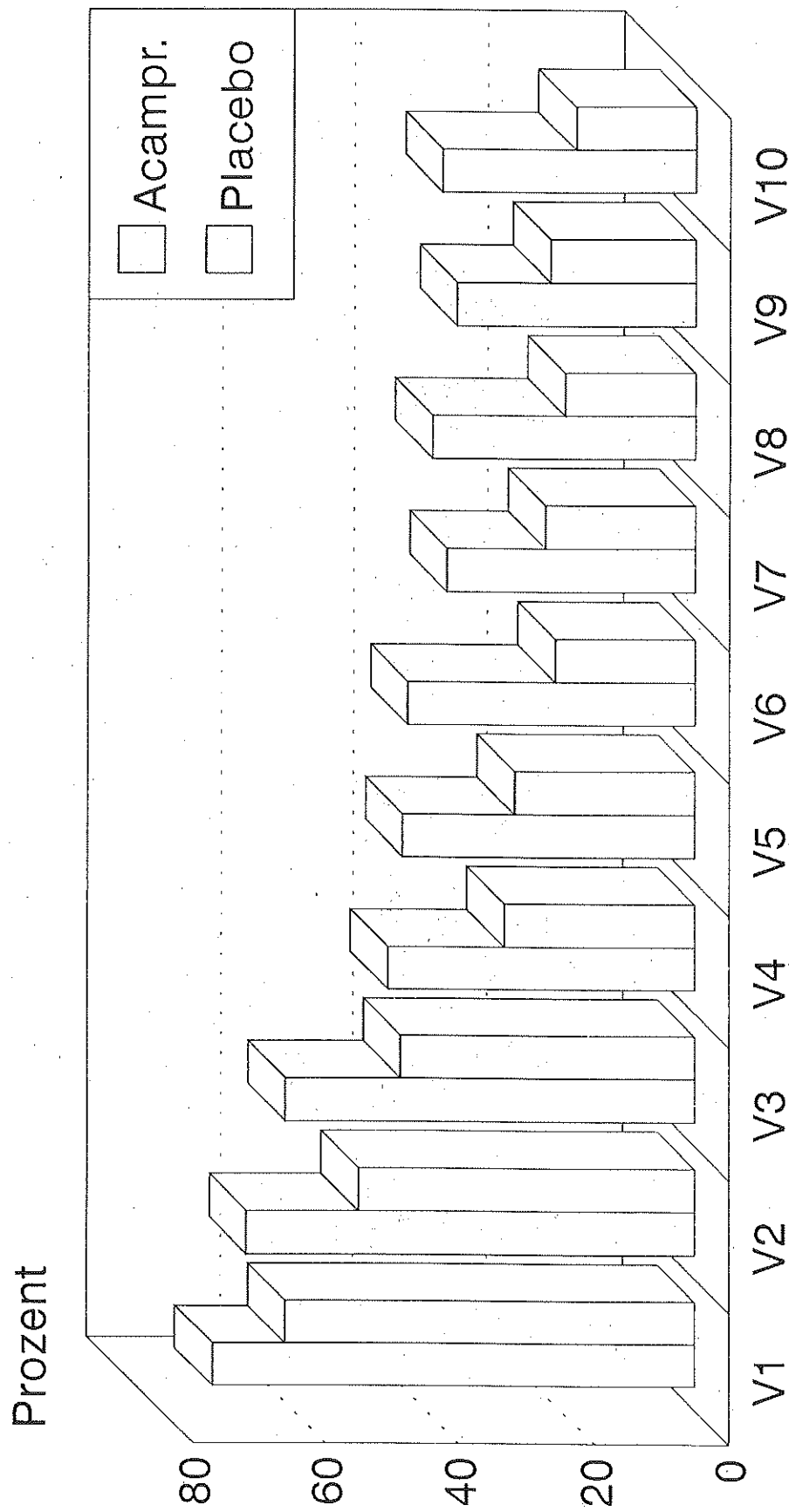
Kriterium	Einteilung	Acamprosate	Placebo	p-Wert
Wohnverhältnisse	alleinlebend	41,9 %	33,8 %	0,169
	in Gemeinschaft	58,1 %	66,2 %	
Arbeitsverhältnis	arbeitslos	25,7 %	27,2 %	0,392
	Arbeiter/ Angestellter	58,8 %	61,0 %	
	Hausfrau	8,8 %	3,7 %	
	freiberuflich	6,6 %	8,1 %	
Dauer der Alkoholabhängigkeit	Durchschnitt	10,4 Jahre	10,4 Jahre	0,918
Bildungsgrad	niedrig	64,7 %	47,1 %	0,027
	hoch	35,3 %	52,9 %	
Alkoholismus in der Familie	nein	81,6 %	72,1 %	0,062
	ja	18,4 %	27,9 %	
GGT	normal	47,3 %	30,8 %	0,006
	pathologisch	52,7 %	69,2 %	

Tabelle 7:

Nebenwirkungen (Häufigkeit n > 1)

<u>negatives Ereignis</u>	<u>Acamprosate</u>	<u>Placebo</u>
Diarrhö	10	9
Kopfschmerzen	6	5
Übelkeit	3	1
Ausschlag	3	1
Müdigkeit	1	2
Schwindel	1	2
grippaler Infekt	2	1

Abstinenzrate im Verlauf der Studie (ITT-Prinzip)



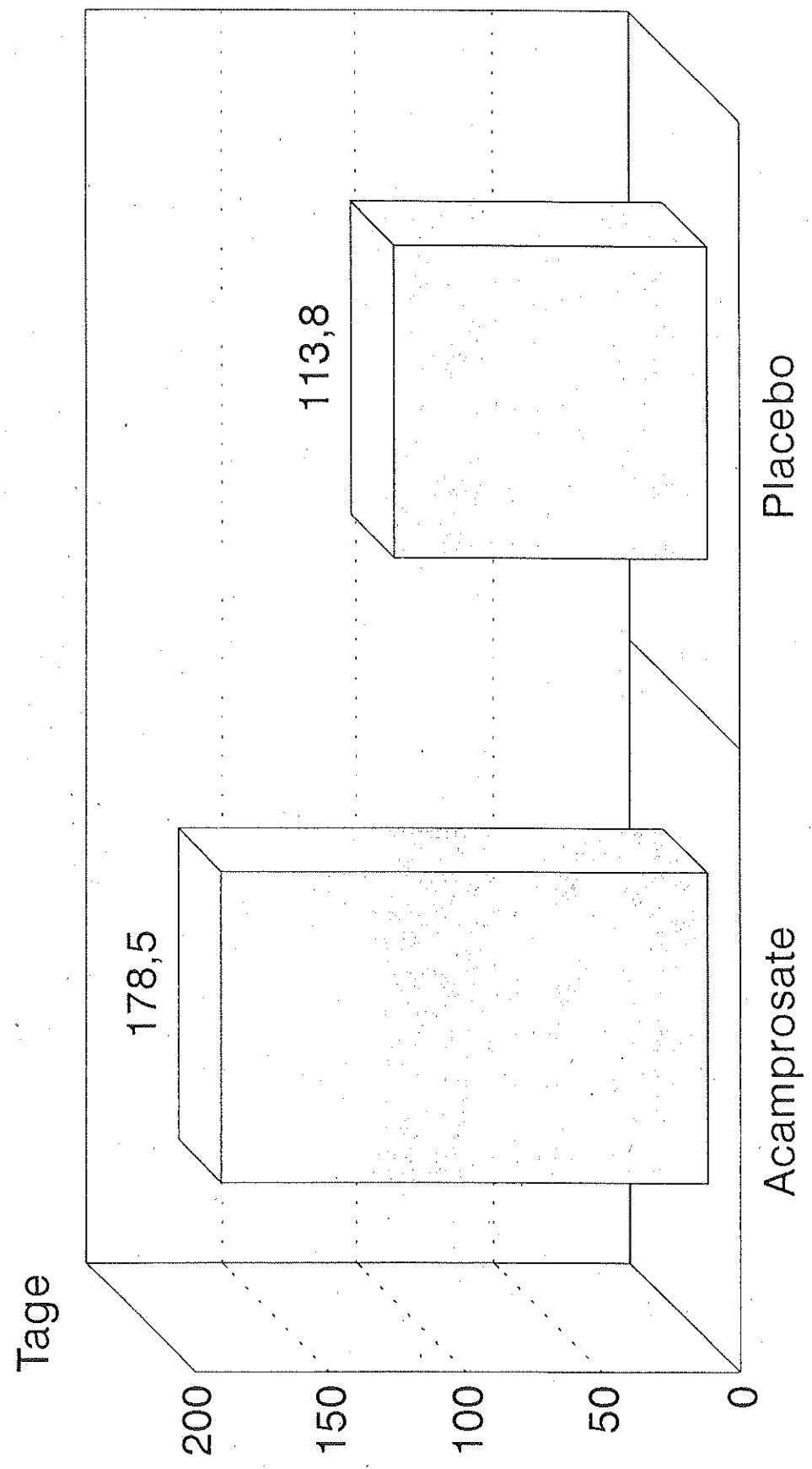
Acampr.	72	66,9	61	45,6	43,4	42,7	36,8	39	35,3	37,5
Placebo	61	50	43,7	28,2	26,7	20,7	22,2	19,3	21,5	17,8

Acampr.: V2,V3,V9 $p < 0,05$; V4-V8,V10 $p < 0,01$

Kumulierte Abstinenzdauer

(Cumulated Abstinence Duration, CAD)

in Tagen, Durchschnittswerte ITT-Prinzip



p < 0,001

Medikamentengestützte Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen Anmerkungen aus der psychotherapeutischen Praxis

W. Funke, Andernach

"Wenn ein Mensch allein ein Haus baut, braucht er dafür natürlich länger als 10 Leute; aber 10 Menschen sind auch nicht 10mal so schnell wie ein einzelner. Damit die Zusammenarbeit überhaupt und möglichst effizient funktioniert, muß die Aufgabe zunächst einmal sinnvoll und möglichst gleichmäßig verteilt werden. Außerdem müssen die Arbeitsabläufe aufeinander abgestimmt werden. Die Leute müssen hin und wieder miteinander kommunizieren, sich mitteilen, ob sie mit einem bestimmten Arbeitsabschnitt fertig sind und ggf. eine Weile auf andere warten." (Gärtel, 1995, S. 9)

Das Bild des Hausbaus, das die Mathematikerin Ute Gärtel hier als Einstieg zur Erläuterung parallel arbeitender Computer verwendet, eignet sich recht gut als Methapher zur Beschreibung der Situation im Forschungs- und Anwendungsbereich der Suchtmittelabhängigkeit. Wenn der Maler und Anstreicher vor dem Elektroinstallateur kommt oder der Maurer vor dem Ausheber, ist die ganze Aktion wenig funktional, und die ersten Ergebnisse werden wahrscheinlich frustrierend und teurer als erwartet sein. Wie bei einem Hausbau sind in Wissenschaft und Praxis Spezialisten vielfältigster Art erforderlich und am Werke, wenn es um die Erforschung und Behandlung etwa der Alkoholabhängigkeit geht. Das Fundament dieses Hauses - die grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnisse aus der medizinischen, biologischen, soziologischen und psychologischen Forschung und ihrer Teil- und gemeinsamen Disziplinen - besteht im Sinne Poppers aus Vermutungen, die zum Teil durch eine Reihe genialer Überprüfungen gegangen sind und diese bis auf weiteres bestanden haben. Aber Vorsicht:

"Die Wissenschaft beginnt mit Problemen. Sie versucht, sie durch kühne, erfinderische Theorien zu lösen. Bei weitem die meisten Theorien sind falsch und / oder unüberprüfbar. Die wertvollen überprüfbaren Theorien werden nach Irrtümern abgesucht. Wir suchen, Irrtümer zu finden und zu eliminieren. So ist die Wissenschaft: Sie besteht aus wilden, oft unverantwortlichen Ideen, die sie unter eine scharfe Kontrolle der Fehlerkorrektur setzt." (Popper, 1995, S. 118)

In den Humanwissenschaften besteht die besondere Situation, daß wir als Subjekte gleichzeitig über uns selbst als Objekte nachdenken und die Übertragung von Erkenntnissen in die Anwendung besonderer Anforderungen bzgl. der Distanzierungsfähigkeit einerseits, aber auch der ethischen Verantwortlichkeit andererseits stellen. Was die Situation bezüglich der Psychopharmaka-Behandlung bei Alkoholabhängigen, und hier besonders die medikamentöse Rückfallprophylaxe mit Anticraving-Substanzen, wie etwa dem Acamprosat, angeht, sind die Insider der neurobiologischen Forscherszene entsprechend zurückhaltend. Stellvertretend sei Rommelspachers "cave" in seinem Übersichtsartikel in der Fachzeitschrift "European Addiction Research" aus diesem Jahr genannt:

"Some hope exists to influence certain clinical syndromes like craving, withdrawal, delirium tremens and possibly mnemonic and affective disturbances by application of NMDA¹ agonists or antagonists under specific conditions." (p. 23)

Andererseits gibt es auch eindeutig warnende Stimmen, was den flächendeckenden Einsatz von Acamprosat angeht, etwa im Arzneitelegramm vom November dieses Jahres, in dem als Fazit zusammengefaßt wird:

"Der Glutamatantagonist Acamprosat (Frankreich AOTAL) soll das Verlangen nach Alkohol (craving) dämpfen. In einigen Kurzzeitstudien deutet sich ein Nutzen als Abstinenzhilfe an. Bei der Vielzahl nicht veröffentlichter Daten und der - soweit beurteilbar - fehlenden Langzeiteffekte läßt sich das Mittel u. E. derzeit nicht empfehlen" (11/95)

Ohne Zweifel hat die medikamentöse Behandlung bei manchen psychischen Störungen segensreiche Entlastung, Entstigmatisierung und Linderung von Symptomen gebracht. Medizinisch-pharmakologische Behandlung hat in vielen Fällen einen psychotherapeutischen Zugang und damit eine umfassendere Herangehensweise zum Wohle der Patienten/-innen und ihres psychosozialen Umfeldes erst ermöglicht. Die Alkoholabhängigkeit - mit Mühe und Not in der Mitte dieses Jahrhunderts als Krankheit etikettiert - wird aus der Entwicklung der letzten

¹NMDa-Rezeptoren (N-Methyl-D-Aspartat) als neurochemisches Ziel von Alkohol; diese Rezeptoren spielen v.a. in Hirnfunktionen eine Rolle, die die Plastizität betreffen, wie Gedächtnisbildung und Lernprozesse.

beiden Jahrzehnte heraus heute als biopsychosoziale Störung angesehen, in deren Behandlung sich Interventionen auf diesen drei Ebenen sinnvoll ergänzen sollten. In der Modellbildung und den Behandlungsansätzen sind wir damit über das klassisch-medizinische Krankheitsmodell weit hinausgegangen, ein Fortschritt - wie ich meine - den es zu verteidigen und fortzuschreiben gilt. Wenn wir heute über die Ergänzung von pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungskomponenten und ihre Untermuerung durch psychosoziale Beratung und Begleitung Alkoholabhängiger sprechen, scheint mir eine erste wichtige Frage zu sein, ob wir, die wir aus verschiedenen Disziplinen als Spezialisten zusammenkommen, die gleiche oder wenigstens eine hinreichend ähnliche Idee dieses Hauses im Kopf haben, an dem wir doch gemeinsam bauen sollen oder wollen. Ist es ein Krankenhaus, in dem als krank diagnostizierte Menschen Hilfe suchen und kurativ bzw. sekundär-präventiv versorgt werden? Ist es eine Art Besserungsanstalt, in der sozial auffällige Individuen (wieder) der Norm angepaßt werden? Ist es ein Ghetto oder eine ökologische Nische, wo Menschen mit Besonderheiten zusammengefaßt werden, wo sie ihren Eigenarten gemäß leben können, aber in ihrer Freiheit beschnitten sind? Ist es gar ein Tempel, bei dem die Zugangshürde nur von auserwählten Willfähigen, Beeindruckbaren, Gläubigen genommen werden kann?

An welchem Haus wird in der Suchtkrankenbehandlung gebaut? Wie ist es um die Zusammenarbeit und den Austausch der beteiligten Disziplinen bestellt? So gehört es offensichtlich obligatorisch in Arbeiten zu medikamentösen Behandlungsansätzen bei Alkoholabhängigen dazu, die Wichtigkeit psychosozialer Begleitung und psychotherapeutischer Behandlung zu nennen. Stellvertretend möchte ich auch hier wieder Rommelspacher mit einer weiteren aktuellen Arbeit (1995a) anführen, der in dieser seiner Übersicht zur medikamentösen Rückfallphrophylaxe bei Alkoholabhängigen einleitend betont, daß die Rehabilitation Alkohol- und Drogenabhängiger eine enge Verzahnung mit "Psychologie und Sozialtherapie" erfordere, da eine psychopharmakologische Intervention ohne Verhaltens- und kognitive Therapie bzw. ohne qualifizierte Beratung erfolglos sei (S. 678). Sind wir aber auf dem Wege, eine solche Verzahnung zu etablieren?

Aus der Sicht der psychotherapeutischen Arbeit möchte ich nun einige Bedenklichkeiten bezüglich des Einsatzes von Anticraving-Substanzen bei Alkoholauffälligen anführen und kurz erläutern. Dabei lasse ich bewußt methodische bzw. auswertungstechnische Anmerkungen außer acht, obwohl sicherlich einiges dazu anzumerken und zu disku-

tieren wäre hinsichtlich der Probandenselektion, der Alkoholismusdiagnostik, der Stichprobengrößen, der internen und externen Validität der Studien, der (häufig mangelnden) Differenzierung psychotherapeutischer und psychosozialer Angebote. Auch eine Diskussion bezüglich Forschungsdesigns, logischer Konsistenz und Ableitbarkeit von Interpretationen sind einem entsprechenden Fachexpertengremium vorbehalten. An dieser Stelle versuche ich meinen Auftrag gerecht zu werden und schlaglichtartig einige Aspekte zu bedenken zu geben, die Ansatzpunkte für einen Austausch zwischen Grundlagen (hier: Pharmaforschung von der Entwicklung bis zum Einsatz eines Medikamentes) und Anwendung (Einsatz im Feld der medizinischen Rehabilitation und Psychotherapie von Alkoholabhängigen) sein können.

Das Konzept des craving oder Alkoholverlangens scheint noch nicht in ausreichender Güte operationalisiert. Handelt es sich eher um ein physisches Phänomen, ausgelöst primär durch eventuell auch prolongierten Entzug von der Droge, oder eher um eine psychische Erscheinung als Aspekt der psychischen Abhängigkeit von Suchtstoff und damit das Ergebnis einer mehr oder weniger komplexen und langwierigen Lerngeschichte? Die verschiedenen Ansichten und Konzeptionen zum Konstrukt craving sind im Artikel von KOZLOWSKI & WILKINGSON (1987) als Ergebnis einer Fachkonferenz nordamerikanischer Suchtexperten gut und eingängig zusammengefaßt, wobei wir meiner Ansicht nach in der Theorieentwicklung und empirischen Beschreibung noch nicht wesentlich über diesen Stand hinaus gelangt zu sein scheinen. (vgl. auch PICKENS & JOHANSON, 1992). Nach den internationalen Diagnosesystemen von ICD-10 und DSM III-R bildet das Alkoholverlangen als Symptom im übrigen keinen notwendigen Bestandteil einer Abhängigkeitsdiagnose, und so bleibt die Frage, wie das Phänomen im Einzelfall ausreichend zuverlässig und eindeutig erfaßt werden kann, so daß eine selektive Indikation für ein entsprechendes Medikament, das craving unterdrücken soll, gestellt werden kann.

Der Aspekt der psychischen Abhängigkeit wird in der neurobiologischen Forschung - bedingt durch die spezifische Fragestellung - eher als Hintergrund - oder Rahmenbedingung gehandhabt wird. Wir schließen aber aus der klinischen Praxis heraus, wie stark sich die Erwartung des Alkoholabhängigen an die Wirkung der Droge bzgl. einer Veränderung des Erlebens oder Verhaltens und des Anspruchs hinsichtlich der Versorgung mit psychotropen Substanzen manifestieren kann. Hier ist der Ansatzpunkt der psychotherapeutischen Intervention: die Aufarbeitung der Funktionalität der Drogenwirkung und der

Aufbau alternativer Einstellungsweisen und Verhaltensmöglichkeiten. Eine Verengung des Abhängigkeitssyndroms auf eine wie auch immer differenzierte somatische Schiene kann dem Phänomen nicht gerecht werden, so wie umgekehrt eine einseitige Überbetonung psychischer und sozialer Aspekte nicht im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise der Patienten/-innen wirkt.

Gesetzt den Fall, es stünde z. B. mit Acamprosat eine Substanz zur Verfügung, die einerseits spezifisch genug wirkt, keine gravierenden Nebenwirkungen auch im Langzeitbereich ausweist und andererseits auch noch so etwas wie Alkoholverlangen - wenn wir es denn klar definiert hätten - unterdrücken würde: Was wäre gewonnen? Es sollte dann als erstes die Indikationsfrage gestellt werden: Für welchen Patienten, in welchem Stadium der Störung bzw. Behandlung, für wie lange und zur Erreichung welchen Ziels sollte ein solches Medikament zum Einsatz kommen? Diese Indikationsfrage ist keine rethorische, und wir sollten entsprechende Vorüberlegungen anstellen und nicht undifferenziert von "den Alkoholabhängigen" sprechen, wohlwissend, daß der Uniformitätsmythos in der psychotherapeutischen Szene überwunden zu sein scheint (vgl. z. B. FUNKE, 1990; KLEIN, 1992).

Wenn denn die Entscheidung für eine Substanzgabe nach Abwägung von Vor- und Nachteilen gefallen wäre, kommen einige Durchführungsprobleme zum Tragen. Die relativ niedrige Durchhaltequote in den Acamprosat-Studien weist z. B. auf das Problem der Compliance hin, die nicht - wie immer wieder behauptet - durchgängig besonders niedrig im Bereich der Alkoholismusbehandlung sein muß. Dies widerlegen z. B. hohe Haltequoten in stationären Behandlungseinrichtungen oder hohe Rücklaufquoten bei katamnestischen Befragungen. Aber wie kann eine regelmäßige und zuverlässige Einnahme des Medikaments sichergestellt werden, wenn es mehrfach am Tag und über einige Monate hinweg eingenommen werden soll, ohne daß für den Patienten spürbar eine Befindlichkeitsveränderung oder -verbesserung erfolgt, da es sich ja um eine prophylaktische Maßnahme zur Verhinderung von Alkoholverlangen handelt und damit nicht unmittelbar kompensierend erlebt wird? Im gegebenen Fall wäre zu fragen, welchen Transfer wir aus entsprechenden Studien zum Einnahmeverhalten bei Medikamenten bei anderen chronischen Erkrankungen nutzen könnten.

Welchen Einfluß hat die regelmäßige hochfrequente Einnahme eines Medikaments auf die Festschreibung, sogar Fixierung auf eine angebliche biochemische Dysfunktion? Damit einhergehen könnte eine

Abwertung oder Negierung des erforderlichen eigenen Anteils an der Bewältigung der multifaktoriellen Störung und damit eine dysfunktionale externe Attributierung hinsichtlich der Verursachung und Bewältigung. Es besteht die Gefahr, daß die Medikamentengabe zum "Selbstläufer" wird. Das Damokles-Schwert des Rückfalls, in der modernen Rückfallforschung endlich entmystifiziert (vgl. z. B. KRUSE & KÖRKEL, 1995), kommt in dieser Dichotomie "Abstinenz = Therapieerfolg" und "Rückfall = Therapiemißerfolg" praktisch wieder zum Tragen. Der Rückfall als therapeutisches Thema, als bedeutsames Ereignis im Rehabilitationsprozeß (vgl. auch KÖRKEL, LAUER & SCHELLER, 1995) wird wieder stigmatisiert.

Die folgenden ausgewählten Aspekte zur Indikationsfrage sollen als Anregungen in der Diskussion um den Einsatz von Anticraving-Substanzen herausgegriffen werden. Sie bieten bei weitem keine erschöpfende Darstellung, greifen aber einige Argumente und Bedenkllichkeiten aus dem klinischen Alltag der Suchtkrankenbehandlung heraus mit dem Ziel, v. a. der Indikationsfrage hinsichtlich des Einsatzes denkbarer Anticraving-Mittel näher zu kommen:

1. für trinkende Alkoholabhängige oder erheblich Alkoholgefährdete, die reduzieren wollen oder müssen, bzw. eine zeitlang abstinent leben wollen oder müssen.

**** Chance:** Zeit der Abstinenz oder des erheblich reduzierten Konsums kann für motivierende und gesundheitsfördernde Maßnahmen genutzt werden.

**** Gefahr:** unkritischer Einsatz des Medikaments ohne begleitende psychosoziale Betreuung in einem Umfang, die "das Problem an den Wurzeln greifen könnte" (=Gefahr der Chronifizierung von Alkoholabhängigkeit; Umsteigen auf Medikamente mit Suchtpotential).

2. in der Zeit nach einer Entgiftung, um Wartezeiten auf Behandlungsplätze zu überbrücken oder vorbereitende Maßnahmen für stationäre Behandlungen durchzuführen.

**** Chance:** Vermeidung kurzfristiger "unnötiger" Intoxikationen, die Körper, Psyche und soziales Umfeld erheblich belasten; Vermeidung von Motivations-

schwund und scham-abwehrenden, den Rehabilitationsprozeß erschwerenden Attributionsweisen

** Gefahr: "einfache Lösung" statt anstrengender, teurer und zeitraubender Rehabilitation; Unterstützung von Trinkpausen, die ohnehin zum Krankheitsbild vieler Alkoholabhängiger gehören (v.a. bei der Gruppe prognostisch günstigerer Patienten/-innen)

3. in der Zeit während der stationären/ambulanten Entwöhnung, um Rückfälle / Abbrüche zu reduzieren

** Chance: Behandlungs-Compliance kann ev. erhöht werden, wenn körperliche Aspekte betont werden (nach Statistiken aus der eigenen Basisdokumentation geben etwa 60 % des Klientels zu Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung unserer Fachklinik auch eine an körperlichen Folgeerscheinungen und Ängsten vor weiterer körperlicher Schädigung orientierte Behandlungsmotivation an.)

** Gefahr: Medikalisierung der Behandlung; Rückfälle/Abbrüche sind aus der Sicht der Psychotherapie nicht negativ, eher in die Gesamtbehandlungsstrategie einzubauen; Rückfälle/Abbrüche sind Teil eines systemischen Geschehens: mit der "Pille" werden Prozesse wieder individualisiert

4. in der Zeit nach der ambulanten/stationären Entwöhnung

** Chance: als langfristige, external attribuierte Stabilisierung bei Patienten/-innen mit erhöhtem Rückfallrisiko (damit verbunden ist die Übernahme der Krankenrolle für diese Zeit, was durchaus positive Aspekte beinhalten kann. Aber: Wann und wie kann das Medikament wieder abgesetzt werden?)

** Gefahr: fehlgeleitete Attribuierung hinsichtlich eintretender Veränderungen, Veränderungsnotwendigkeiten und -kompetenzen; Umsteigegefahr; möglicherweise erhöhte Rückfallgefahr (Austesten; "ge-

fahrlos" wenig trinken etc.); Individualisierung der Störung.

5. für Menschen mit Alkoholproblemen ohne bereits bestehende Abhängigkeit oder Alkoholabhängige ohne sog. craving

** Gefahr: "Pille gegen Promille"; präventiv gegen "Zunahme" des Trinkens

Das Verabreichen oder nicht Verabreichen eines wie auch immer wirksamen Medikamentes als Adjuvans, Bestandteil oder Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen und psychosozialen Betreuung beeinflusst die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient. Wichtig ist es, für mögliche Veränderungen und Beeinflussungen ein offenes Auge und Ohr zu behalten. Dabei sollten Linderung und Heilung als übergeordnete Zielsetzungen im Vordergrund stehen. Notwendige und unterstützende Medikation gehört zum Kanon helfender Maßnahmen, wobei - wie bei jeder anderen Intervention auch - (Neben-) Wirkungen körperlicher, psychischer und sozialsystemischer Art einzubeziehen sind. Fatal wäre eine gegenseitige Abschottung und Behinderung in der Weiterentwicklung von Behandlungsansätzen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Feldern der psychotherapeutischen und pharmakologischen Ansätze ist für beide Seiten sowohl in der Forschung wie in der Umsetzung unabdingbar. Hier ist v.a. die offene, konstruktive Kommunikation gefordert.

Literaturhinweise:

Arzneimittel-Information Berlin GmbH (1995) (Hrsg.) Acamprosat (Frankreich AOTAL) - Hoffnung für Alkoholabhängige? Arzneitelegramm 11/95.

FUNKE, W. (1990). Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus. Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie. Band 2 (1), 5-87.

GÄRTEL, U. (1995) ... mit dem Öffnen einer Tür werden andere verschlossene Türen sichtbar. Ute Gärtel im Gespräch mit Greta Tüllmann. ab 40, 4/95, S. 6 - 12.

- KLEIN, M. (1992) Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale. (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 9) Bonn: Nagel.
- KÖRKELE, J., LAUER, G. & SCHELLER, R. (Hrsg.) (1995) Sucht und Rückfall: Brennpunkte bundesdeutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke.
- KOZLOWSKI, L.T. & WILKINSON, D. A. (1987) Use and misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco, and drug researchers. *British Journal of Addiction*, 82, 31-36.
- KRUSE, G. & KÖRKELE, J. (1995) Alkoholentzug und Rückfall. *Der informierte Arzt-Gazette Médicale*, 16, 469-474.
- LADEWIG, D., KNECHT, T., LEHER, PI & FENDL, A. (1993) Acamprosat - ein Stabilisierungsfaktor in der Langzeitentwöhnung von Alkoholabhängigen. *Therapeutische Umschau* 50, 182-188.
- PICKENS, R.W. & JOHANSON, C.-E. (1992) Craving: Consensus of status and agenda for future research. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 127 - 131.
- POPPER, K.R. (1995) Alles Leben ist Problemlösen. Über Erkenntnis, Geschichte und Politik. München: Piper (Vortrag: Die Erkenntnistheorie und das Problem des Friedens. Zürich 1985).
- ROMMELSPACHER, H. (1995a) Erfolgversprechende Ansätze zur medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 137, 678.
- ROMMELSPACHER, H. (1995b) Recent developments in the neurobiology of alcoholism and drug dependence with focus on the contributions of European laboratories. *European Addiction Research* 1, 20-25.

Ambulante Abstinenztherapie der Opiatabhängigkeit mit Naltrexon

J. Koc und W. Poser, Psychiatrische Universitätsklinik Göttingen, Arbeitsgruppe Suchtforschung, von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

1. Einleitung

Thema dieses Vortrages ist die medikamentöse Unterstützung der ambulanten, psychotherapeutisch geführten Entwöhnungsbehandlung vormals Opiatabhängiger mit einem Opiatantagonisten (Naltrexon, Handelsname Nemexin) nach erfolgter Opiatentgiftung. Erstmals taucht dieser Gedanke bei dem französischen Universalkünstler Jean Cocteau auf, der selbst opiumabhängig war. Er äußerte bereits vor etwa 60 Jahren, man müsse ein Gegengift erfinden, das die Wirkung des Opiums verhindere, um die Voraussetzung für eine dauerhafte Abstinenz zu schaffen. In den 50er Jahren griff der amerikanische Psychiater WICKLER diese Idee auf. Er schlug vor, Opiatabhängigen nach der Entgiftung einen Opiatantagonisten zu verabreichen, um ihnen unter diesem medikamentösen Schutz das Erlernen neuer, abstinenzorientierter Denk- und Verhaltensweisen zu ermöglichen. Jedoch waren die damals verfügbaren Opiatantagonisten für eine langfristige ambulante Therapie aus 3 Gründen ungeeignet: Sie waren nur parenteral wirksam, hatten eine zu kurze Wirkdauer, dafür jedoch zu starke unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit und Erbrechen.

1963 wurde dann das Naltrexon in den USA unter dem Namen "Trexan" eingeführt. Dieses Mittel war oral wirksam, hatte eine ausreichende lange Wirkdauer und war nebenwirkungsarm. Immer wieder wurde in Therapiestudien die Wirksamkeit der Naltrexon-Therapie untersucht und bestätigt, etwa von MARTIN et al. 1973. 1988 wurde zu diesem Thema ein ausführlicher Übersichtsartikel von GONZALES und BROGDEN veröffentlicht. Nach der Markteinführung in Deutschland 1990 unter dem Namen "Nemexin" wurde dieses Medikament im Rahmen der "Göttinger Methadonstudie" eingesetzt, um auch Patienten eine Therapie anbieten zu können, für die aus verschiedenen Gründen weder eine Methadonsubstitution noch eine stationäre Langzeitentwöhnungstherapie in Frage kam. In den letzten 6 Jahren haben wir 266 Patienten mit Naltrexon behandelt und konnten so eigene Erfahrungen mit dieser Therapieform sammeln.

2. Grundlagen der Naltrexontherapie

2.1 Therapieziele

Wie bei allen anderen Therapieformen der Opiatabhängigkeit steht an erster Stelle der Therapieziele die Verringerung der gegenüber der Durchschnittsbevölkerung massiv erhöhten Mortalität. Ebenso wie die Verringerung der Morbidität, etwa durch chronische Infektionskrankheiten wie Hepatitiden und HIV-Infektionen, soll dies durch eine dauerhafte Abstinenz mit möglichst wenig Rückfällen und, vor allen Dingen, Vermeidung intravenösen Drogengebrauchs mit "needle sharing" erfolgen. Daneben steht eine Vermeidung polytoxikomanen Verhaltens. Dieses Ziel ist nicht immer sofort erreichbar und bedarf intensiver therapeutischer Bemühungen. Dadurch wird jedoch oft erst eine Resozialisierung und Rehabilitation in Bezug auf Arbeit, Wohnraum, Entkriminalisierung und Partnerschaft ermöglicht.

2.2. Pharmakologische Wirkprinzipien

Naltrexon, 17- (Cyclopropylmethyl)-4,5 -epoxy -3,14 -dihydroximorphinen -6-on, ist ein reversibler, kompetitiver Opiatantagonist mit sehr hoher Rezeptoraffinität (mehr als doppelt so hoch wie z. B. Naloxon). Ein Verdrängen von den Opiatrezeptoren im ZNS selbst durch hohe Opiatdosen scheint deshalb nahezu unmöglich. Naltrexon blockiert je nach Dosis vollständig sämtliche Opiatwirkungen einschließlich Analgesie und Euphorie (bei 50 mg 25 Std. lang, bei 100 mg 48 Std. lang, bei 150 mg 72 Std. lang). Es hat keine agonistischen Effekte, bewirkt keine physische Abhängigkeit, führt nicht zu Toleranzentwicklung oder Dosissteigerung und kann ohne Entzugssymptome abrupt abgesetzt werden. Es ist rezeptpflichtig, jedoch nicht im Sinne eines Betäubungsmittels. Theoretisch denkbare affektive Beeinträchtigungen, etwa in Form depressiver Verstimmungen, aufgrund der Blockade körpereigener Endorphine wurden von unseren Patienten auf Nachfrage bisher nicht angegeben. Im Gegensatz wurde vielfach eine affektive Stabilisierung unter Abstinenzbedingungen beobachtet. Die antagonistische Wirkung erstreckt sich jedoch ausdrücklich nicht auf andere legale und illegale Suchstoffe außer Opiaten. Aufgrund der hohen Rezeptoraffinität und des schnellen Wirkungseintritts müssen die Patienten vor Ersteinnahme vollständig opiatentgiftet sein. Andernfalls entwickeln sich innerhalb von wenigen Minuten bis maximal einer Stunde ein perakutes, ausgeprägtes Opiatentzugssyndrom mit vitaler Bedrohung

der Patienten. Durch Erbrechen, Polyurie und Diarrhoe kommt es zu starken Flüssigkeitsverlusten mit Elektrolytentgleisungen. Aus diesem Grunde sollte die Opiatfreiheit nach ambulanter oder stationärer Entgiftung unbedingt überprüft werden. Dazu stehen verschiedene Urinschnelltests oder ein Naloxontest (Anleitung im Beipackzettel des Nemexin) zur Verfügung.

Aufgrund der unterschiedlichen Halbwertszeit kann nach folgenden Fristen mit Opiatfreiheit gerechnet werden: Am 5. Tag nach der letzten Heroineinnahme, am 8. Tag nach der letzten Codein- und Dihydrocodeineinnahme und am 13. Tag nach der letzten Methadoneinnahme. Unter intensivmedizinischer Überwachung und Therapie wird das perakute Entzugssyndrom auch zur Opiatschnellentgiftung benutzt. Dabei stehen unseres Erachtens dem Vorteil der schnellen, subjektiv beschwerdearmen Opiatentgiftung die unvermeidliche Gefährdung für Leib und Leben der Patienten, sowie die hohen Kosten, gegenüber. Zur Dämpfung der Entzugssymptomatik im Akutfall können den Patienten Catapresan, Antiemetika, intravenöse Volumsubstitution und evtl. auch Benzodiazepine oder andere Sedativa verabreicht werden. Nach Abbruch jeder Abstinenztherapie kommt es zur Gefährdung der Patienten durch Toleranzverlust gegenüber Opiaten, so daß ein Rückfall mit den von Opiatabhängigen üblicherweise verwendeten hohen Dosen von Heroin zu akut lebensbedrohlichen Komplikationen durch Atem- und Kreislaufstillstand führen kann. Aufgrund der langen Halbwertszeit mit allmählichem Abklingen der Wirkung erscheint dagegen eine zusätzliche Gefährdung der Patienten durch Naltrexoneinnahme selbst bei Einnahme hoher Heroindosen, etwa nach Therapieabbruch und "Rückfall", unwahrscheinlich, da die Naltrexonwirkung aufgrund der viel längeren Halbwertszeit auch viel langsamer abklingt als die Wirkung von Heroin. In letzter Zeit haben mehrere Studien die Wirksamkeit von Naltrexon bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit gezeigt, indem die angenehm empfundene Wirkung von Endorphinen, die bei Alkoholkonsum im Körper freigesetzt werden, blockiert wird und somit die Rückfallgefahr bezüglich Häufigkeit und Intensität gemindert wird. Die besten Erfolge wurden in Kombination mit Psychotherapie erzielt. Weitere Entwicklungen in dieser Richtung bleiben abzuwarten.

2.3. Indikationen

Die ambulante Abstinenztherapie mit Naltrexon eignet sich vor allem für Patienten, die noch nicht allzulange Opiate konsumieren (bis ca. 5 Jahre Dauer des Opiatkonsums), die sich noch ein Leben ohne Opiate

vorstellen können und Gründe für ein opiatfreies Leben und eine ambulante Entwöhnungstherapie haben (wie Partnerschaft oder Familie, Beruf, Wohnung etc.). Mit anderen Worten: die Patienten müssen abstinenzfähig und ausreichend abstinenzmotiviert sein. Für nicht abstinenzfähige Patienten steht die Option einer Substitution mit Methadon zur Verfügung. Eine Codeinvergabe erscheint uns aufgrund der kürzeren Halbwertszeit (die Patienten müssen einen Teil der Medikamente in Eigenregie einnehmen) und der höheren Kosten nicht sinnvoll. Sollte bei bestimmten Patienten eine größere Unabhängigkeit und Bewegungsfreiheit erwünscht sein, kommt dagegen eine Substitution mit LAAM, einer noch länger wirksamen Form des Methadons, in Betracht, das aufgrund der sehr langen Wirkdauer nur alle 3 Tage eingenommen werden muß, aber in Deutschland nicht auf dem Markt ist.

Die Diskussion zum Thema "Heroinfreigabe" erscheint uns eher von politischen, als von medizinischen Argumenten bestimmt zu sein und soll in diesem Rahmen nicht näher behandelt werden. Zur Überprüfung der Abstinenzunfähigkeit bei geplanter Methadonsubstitution werden verschiedene Kriterien angewendet, die beispielsweise in den NUB-Richtlinien zur Methadonsubstitution festgelegt sind. In manchen Bundesländern gilt auch die sogenannte Einzelfallindikation mit individueller Beurteilung der Abstinenzunfähigkeit. In anderen Fällen erscheint aber auch statt einer ambulanten Entwöhnungstherapie eine stationäre Langzeittherapie sinnvoll und notwendig, etwa wenn eine Loslösung aus der "Fixerszene" und das Erlernen sozialer Kompetenzen in einem schützenden, festgelegten äußeren Rahmen indiziert sind. Bei Komorbidität, also bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, und anderen ausgeprägten psychiatrischen Begleiterkrankungen, stehen leider noch viel zu wenig Behandlungsplätze in speziellen Einrichtungen (wie etwa "Psychose und Sucht" in Hamburg) zur Verfügung. Im einzelnen haben sich folgende Merkmale als prognostisch günstig erwiesen:

1. Hohe Abstinenzmotivation
2. Dauer der Opiatabhängigkeit bis ca. 5 Jahre ("Frühfälle")
3. Soziale Integration vorhanden oder wiederherstellbar (Beruf, Partnerschaft, Familie, Wohnung)
4. Tragfähige Beziehung zum Therapeuten

5. Identifikation des Patienten mit dem Therapieprinzip
6. Überbrückung nach Opiatzug bis zum Antritt einer stationären Langzeitentwöhnungstherapie oder im Anschluß daran.

Besonders erfolgreich ist diese Therapieform bei im medizinischen Bereich tätigen Patienten, wenn sie von opiathaltigen Arzneimitteln abhängig geworden sind. Ein weiterer günstiger Faktor für das Gelingen einer Abstinenztherapie scheint ein Mindestmaß von Willen und Fähigkeit zur Selbstbehauptung zu sein, das sich auch in Form von "Renitenz" oder anderen Komplikationen der therapeutischen Beziehung manifestieren kann. Äußerer Druck etwa durch drohende Strafverfolgung ohne eigene Abstinenzmotivation führt dagegen in aller Regel zum baldigen Therapieabbruch und Rückfall. Die Indikation zur Naltrexon-Therapie soll deswegen nur nach gründlicher Kenntnis der Persönlichkeit und der Situation des Patienten gestellt werden.

2.4 Praktische Durchführungen

Vor Beginn einer Naltrexon-Therapie stehen ausführliche Gespräche zwischen Arzt und Patienten. Darin wird zum einen eine umfassende Aufklärung des Patienten über Art, Wirkung und Nebenwirkungen dieser Therapieform durchgeführt. Zum anderen wird durch den Arzt die Indikation gestellt und vom Patienten das Einverständnis eingeholt. Am besten erfolgt dies in Form eines schriftlichen Behandlungsvertrages, in dem in Kurzform Art, Form und Inhalt der Therapie, Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken des Medikamentes, die Art der psychosozialen Begleittherapie, der Umgang mit Beikonsum suchterzeugender psychotroper Substanzen und Kriterien für eine reguläre Beendigung oder für einen Abbruch der Therapie durch Arzt oder Patient niedergelegt sind. Da die Rückfallgefahr bei einer ambulanten Abstinenztherapie durch das enorme Suchtpotential der Opiate sehr hoch ist, muß der Patient ausdrücklich und wiederholt auf das Risiko des Opiattoleranzverlustes mit Gefahr einer lebensbedrohlichen Opiatüberdosierung bei Therapieabbruch und erneutem Opiatkonsum hingewiesen werden. Dieses Risiko besteht unabhängig vom Grund der Abstinenz (Krankenhaus- oder Gefängnisaufenthalt, Entwöhnungstherapie, Abstinenz aus Eigenmotivation etc.) bereits nach wenigen Wochen. Eine gründliche allgemeinmedizinische und psychiatrische Diagnostik bezüglich

behandlungsbedürftiger Begleiterkrankungen körperlicher oder seelischer Art ist erforderlich. Häufige somatische Begleiterkrankungen bei Opiatabhängigen sind Hepatitiden, Abszesse und Kachexie, seltener hingegen HIV-Infektionen, Pneumonien, Endokaraditiden oder andere chronische Erkrankungen wie Tuberkulose. Nicht selten findet man behandlungsbedürftige seelische Erkrankungen als Ursache der Sucht oder als Folge des Lebens in der Illegalität, wie Persönlichkeitsstörungen, depressive Syndrome oder Angsterkrankungen.

Der Beikonsum anderer psychotroper Suchtstoffe wie Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene oder Ecstasy in wechselnden Kombinationen ist bei den meist polytoxikomanen Patienten die Regel. Eine Beikonsum-Freiheit kann in den meisten Fällen nicht sofort erwartet werden; die Bereitschaft und Fähigkeit dazu ist eines der wichtigsten Therapieziele. In unregelmäßigen Abständen sollten Urinkontrollen durchgeführt werden. Unter Umständen erfordert die Beendigung der Einnahme bestimmter Substanzen wie Alkohol oder Benzodiazepine eine ambulante oder stationäre Entgiftung. Bei wiederholten, vital bedrohlichen Intoxikationen durch Beikonsum und mangelndem Therapieerfolg steht als Alternative zum Therapieabbruch nur eine stationäre Entwöhnungstherapie zur Verfügung, sofern eine Methadonsubstitution nicht in Frage kommt. Die medizinischen, sozialen und politischen Aspekte des Konsums von Cannabis unterliegen einer kontroversen Debatte in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen. Aus pragmatischen Gründen empfehlen wir unseren Patienten den Verzicht auf Cannabiskonsum wegen des erwünschten Abstands zur Drogenszene und der psychotropen Effekte dieser Substanz (wie Panikattacken oder herabgesetzte Kritikfähigkeit im Rauschzustand), die bei bereits bestehender Polytoxikomanie einen Rückfall provozieren können. Das Argument der Patienten, bei sonstiger Abstinenz auf den ihrer Ansicht nach relativ ungefährlichen Konsum von Cannabis nicht verzichten zu wollen oder zu können, sollen nicht unerwähnt bleiben. Letztendlich sehen wir bei sonst gutem Therapieerfolg in alleinigem Cannabiskonsum keinen ausreichenden Anlaß für den Ausschluß eines Patienten von der Naltrexon-Therapie.

Nach erfolgter Opiatentgiftung unter ambulanten oder stationären Bedingungen und einem obligaten Test auf Opiatfreiheit (Urin-Test oder Naloxon-Test) erfolgt die Ersteinnahme einer Tablette Naltrexon. Dabei handelt es sich wegen des möglichen Opiatentzugssyndroms bei noch bestehender Opiatwirkung um eine kritische Phase, die die klinische Beobachtung des Patienten erfordert. Nach Ablauf von

maximal einer Stunde ist nicht mehr mit dem plötzlichen Auftreten von Entzugserscheinungen zu rechnen. Danach erfolgt die weitere ambulante Therapie. Die Einnahme der Medikamente muß zwingend unter therapeutischer Aufsicht erfolgen, um Manipulationen bei der Einnahme oder gar Einschleusen des Medikaments in die Drogenszene als vermeintliche Ausstiegshilfe zu vermeiden. Nach der Medikamenteneinnahme sollte ein kurzes Gespräch mit dem Patienten erfolgen, um sich ein Bild seines momentanen Zustandes machen zu können und andererseits eine Exkorporation der Tabletten durch provoziertes Erbrechen zu vermeiden. Bei ausreichend stabilisierten Patienten erscheint die Mitgabe des Medikamentes und die Einnahme unter Kontrolle durch verlässliche Angehörige sinnvoll, um etwa eine Urlaubsreise oder berufliche Reisen zu ermöglichen. Die Einnahme von durchschnittlich 1 Tablette Naltrexon mit 50 mg Wirkung pro Tag bzw. 7 Tabletten pro Woche reicht aus, um alle Opiatwirkungen zuverlässig zu verhindern. Opiatkonsum bei bestehender Naltrexonwirkung erzielt keinerlei Effekt. Die Patienten spüren weder Wirkungen durch das Naltrexon noch durch das Opiat (abgesehen höchstens von den seltenen Nebenwirkungen des Naltrexons).

Praktikable Dosierungsformen sind beispielsweise: Montag und Mittwoch je 2 Tabletten, Freitag 3 Tabletten. Oder Montag 3 Tabletten, Donnerstag 1 Tablette, Freitag 3 Tabletten. Die Einnahme von mehr als 3 Tabletten pro Tag ist wegen beschriebener, seltener reversibler hepatotoxischer Wirkungen in Form von Transaminasenanstieg nicht empfehlenswert. Diese Dosierung ist ausreichend, um eine Opiatblockade nicht nur bis zum nächsten, sondern sogar bis zum übernächsten Einnahmetermin zu bewirken. Sollte also ein Patient einen Einnahmetermin nicht wahrnehmen können - aus welchen Gründen auch immer -, ist selbst bei zwischenzeitlichem Opiatkonsum immer noch eine zuverlässige Opiatblockade vorhanden, so daß bei der darauffolgenden Naltrexoneinnahme nicht mit Opiatentzugssymptomen gerechnet werden muß. Deshalb muß bei Versäumen eines einzelnen Einnahmetermins keine erneute Überprüfung der Opiatfreiheit erfolgen, sondern erst nach zwei oder mehr versäumten Terminen. Jedoch sollten die Gründe für Terminversäumnisse immer gründlich eruiert und besprochen werden. Im übrigen stellt die Therapieform hohe Anforderungen nicht nur an die Abstinenzmotivation, sondern auch an die Zuverlässigkeit der Patienten und ihre Fähigkeit, Termine einzuhalten. Im Gegensatz zur Methadonsubstitution garantiert hier nicht bereits die Medikamentenwirkung das regelmäßige Erscheinen der Patienten, sondern nur ihre Abstinenzmotivation. Bei gleichzeitiger Behandlung von Methadonpatienten in derselben Einrichtung (Praxis,

Institutsambulanz etc.) sollte auf eine zeitliche Trennung der Einnahmeterminen geachtet werden, um mögliche Interaktionen von vornherein zu verhindern. Erfahrungsgemäß geraten auch stabile abstinenten Opiatabhängige bei Kontakt mit Personen unter Opiatwirkung in Rückfallgefahr. Wegen der seltenen, aber beschriebenen Hepatotoxizität sollten engmaschige Kontrollen der Transaminasen erfolgen, anfänglich 14-tägig, später monatlich. Vor Therapiebeginn sollten nach zwingender Aufklärung der Patienten eine Hepatitis- und HIV-Serologie durchgeführt werden. Akute Hepatitiden mit steigenden Transaminasen oder chronische Hepatitiden mit konstanter Erhöhung der SGOT und SGPT über 100 U/l sind ein Grund zur Beendigung der Naltrexoneinnahme. Bei chronischen Hepatitiden mit konstanten Transaminasenerhöhungen der SGOT und SGPT bis ca. 100 U/l dagegen reicht eine Halbierung der Dosis mit entsprechender Verkürzung der Wirkdauer aus.

Eine Beendigung der Naltrexontherapie sollte erwogen werden, wenn von Seiten des Patienten ein entsprechendes Bedürfnis besteht und eine ausreichende seelische, körperliche und soziale Stabilisierung aus Sicht des Patienten, des Arztes und der psychosozialen Begleittherapie angenommen werden kann. Zwei Wege zur Beendigung sind möglich. Zum einen kann die Medikamenteneinnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt beendet werden, der Patient kommt aber weiter an festgelegten Terminen zur Überprüfung der Abstinenz und gelegentlichen Urinkontrollen. Zum anderen kann die Dosis zunächst halbiert werden, um die Dauer der Opiatblockade zu halbieren und die Frist bis zum Wiedereintritt einer Opiatwirkung zu verkürzen. So kann die Fähigkeit des Patienten überprüft werden, Rückfallgedanken ohne konkretes Umsetzen in die Tat auszuhalten. Die Wahl zwischen diesen beiden Möglichkeiten sollte dem Patienten selbst überlassen bleiben. Mit Rückfällen ist bei dieser Therapieform immer zu rechnen, sei es mit Opiaten oder mit anderen Suchtstoffen. Wichtig ist das Vertrauen der Patienten, daß sie auch dann wiederkommen können und Hilfe finden, um einen erneuten Therapieanlauf zu unternehmen. Auch nach mehreren Rückfällen ist bei wiedererreichter Opiatfreiheit eine Wiederaufnahme der Naltrexon-Therapie denkbar und sinnvoll. Nach mehrfachem Scheitern kann jedoch bei allen Beteiligten der Eindruck entstehen, daß eine andere Therapieform erfolgversprechender sein könnte. Dann sollten dem Patienten entsprechende Angebote vermittelt werden, z. B. eine Substitution mit Methadon oder eine Langzeitentwöhnung in einer stationären Einrichtung.

2.5. Begleittherapie

Langfristiger Verzicht auf den Konsum legaler wie illegaler Drogen ist zwar auch außerhalb vorgegebener Therapien denkbar. Jedoch wird dieser Verzicht dann meist erst durch therapeutische Vorerfahrungen ermöglicht. Deshalb erscheint auch bei ambulanten Therapieformen für opiatabhängige Patienten eine psychosoziale Begleittherapie in aller Regel erforderlich. Diese Forderung gilt für die ambulante Abstinenztherapie mit Naltrexon ebenso wie für die Methadonsubstitution. Die Kooperation zwischen Arzt, Patient und einer kompetenten Anlaufstelle für die psychosoziale Begleittherapie erscheint nicht nur wünschenswert, sondern notwendig. Leider besteht in dieser Beziehung immer noch ein erheblicher Nachholbedarf. Die Inanspruchnahme der existierenden Möglichkeiten und die vermehrte Schaffung entsprechender Angebote sind wichtige Ziele. Die psychosoziale Begleittherapie umfaßt neben suchtspezifischer Beratung und Psychotherapie in Einzel- und Gruppenform die häufig notwendige soziale Wiedereingliederung. Dazu sind Unterstützung bei Arbeits- und Wohnungssuche, bei der Schuldenregulierung und im Umgang mit Justiz und Behörden erforderlich. Sportliche Aktivitäten sind ein günstiger Faktor, sofern währenddessen und danach auf Alkoholgenuß verzichtet wird. Daneben sind allgemeinmedizinische und psychiatrische Diagnostik und Therapie erforderlich. Oft erfordern beispielsweise chirurgische, internistische, gynäkologische und dermatologische Komplikationen die Konsultation entsprechender Fachkollegen.

2.6. Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen

Das größte Risiko der Naltrexon-Therapie ist, wie bei jeder Abstinenztherapie opiatabhängiger Patienten, die Gefahr des Rückfalls mit erneutem Opiatkonsum und einer lebensgefährlichen Atem- und Kreislaufdepression durch Überdosierung nach Verlust der Opiattoleranz. Durch die ambulante Therapieform kann in einigen Fällen eine im Vergleich zum stationären Rahmen erhöhte Rückfallgefahr angenommen werden. Durch wiederholte, ausführliche und umfassende Aufklärung der Patienten mit gelegentlichen Erinnerungen daran im Laufe längerer Therapien, sowie durch eine sorgfältige Indikationsstellung mit Ausschluß primär stark rückfallgefährdeter Patienten, kann diese Gefahr erheblich reduziert werden. Ein geringes Restrisiko durch Rückfälle bei den bezüglich Gesundheit und Leben ohnehin weit überdurchschnittlich gefährdeten Opiatabhängigen ist, wie bei jeder Therapieform für diese Patienten,

jedoch nicht ganz zu vermeiden.

Daneben kann ein schweres, akutes Entzugssyndrom bei Ersteinnahme des Naltrexons durch Verdrängung evtl. noch vorhandener Opiatrete von den Rezeptoren provoziert werden. Die Opiatfreiheit muß deshalb durch einen Urintest oder einen Naloxontest überprüft werden. Die Einnahme von Opiaten unter Naltrexonwirkung führt subjektiv zu keinerlei spürbaren Effekten; das Opiat wird vom Körper wirkungslos ausgeschieden. Fälle von einmaligem Opiatkonsum zu Beginn einer Naltrexon-Therapie, um die Naltrexonwirkung zu testen, sind nach unseren Erfahrungen ebenso häufig wie frustan. Komplikationen durch extreme Überdosierung von Opiaten, um die Naltrexonwirkung aufzuheben, sind uns bisher nicht bekannt geworden und aufgrund der hohen Rezeptoraffinität und des sehr langsamen Wirkungsverlustes auch bei Abbruch der Therapie zwar denkbar, aber über das ohnehin bestehende Risiko für Leib und Leben bei Rückfällen außerordentlich unwahrscheinlich. Toxische Hepatitiden mit reversiblen Transaminasenanstiegen bei Einnahme von 4 Tabletten täglich sind beschrieben. Bei der zur Unterdrückung der Opiatwirkung erforderlichen Dosierung von durchschnittlich 1 Tablette am Tag haben wir diese Nebenwirkung nur in zwei Fällen im Verlauf einer chronischen Hepatitis beobachtet. In einem Fall wurde eine allergische Reaktion in Form einer Urtikaria registriert. Die sonstigen Nebenwirkungen sind gering und entstehen durch die Wirkung des Naltrexons auf die Opiatrezeptoren im Darm, wodurch es zu Appetitlosigkeit, erhöhter Darmperistaltik und Durchfällen kommen kann. In diesen Fällen genügt eine Halbierung der Dosis. Zu beachten ist der Wirkungsverlust opioidhaltiger Medikamente wie Analgetika, Antiiarrhoika oder Antitussiva. Für eine Beeinträchtigung der Befähigung zum Führen von Kraftfahrzeugen besteht kein Hinweis. Kontraindikationen sind eine bekannte Überempfindlichkeit gegen Opiatantagonisten, eine schwere Leberinsuffizienz, eine akute Hepatitis oder eine chronische Hepatitis mit konstanten Transaminasenerhöhungen der SGOT und SGPT über 100 U/l. Eine weitere Kontraindikation besteht bei Patienten unter Opiateinfluß oder mit akutem Entzugssyndrom. Eine relative Kontraindikation ist in Schwangerschaft und Stillzeit gegeben, da diesbezüglich keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen.

3. Ergebnisse

Hier werden die Ergebnisse bezüglich 210 Patienten dargestellt, die vom 01.02.1990 bis zum 30.08.1994 mit Naltrexon behandelt wurden.

3.1. Haltekraft

Die Haltekraft einer ambulanten Abstinenztherapie der Opiatabhängigkeit ist, bedingt durch das enorme Suchtpotential der Opiate, naturgemäß geringer als die Haltekraft einer Substitutionstherapie. Wie auf Abbildung 1 zu sehen ist, sind 12 Wochen nach Behandlungsbeginn nur noch ein Drittel der Patienten in Behandlung. Die hohe Abbruchquote ist jedoch auch durch unsere anfänglich sehr breite Indikationsstellung bedingt. Bei einem Teil der Patienten war von vornherein ein Therapieabbruch zu erwarten. Auf Wunsch der Patienten und nach entsprechender Aufklärung wurde dennoch ein Therapieversuch unternommen.

Nach unseren jetzigen Erkenntnissen stellen wir die Indikation mittlerweile enger, vor allem in Bezug auf die erforderliche Eigenmotivation im Vergleich zur Fremdmotivation (z. B. Androhung von Strafverfolgung).

Wiederholungsbehandlungen nach Therapieabbruch und gegebenenfalls erneuter Opiatentgiftung sind möglich, sinnvoll und zum Teil erfolgreich. Eine Therapie von mehr als einem Jahr Dauer wird von uns nur in seltenen Fällen durchgeführt, kann aber je nach Situation des Patienten durchaus sinnvoll sein. Die Haltekraft der Methadonsubstitution ist wesentlich höher. Nach einem Jahr sind noch mehr als die Hälfte der Patienten in Behandlung. Die meisten anderen Methadonpatienten brachen die Therapie nicht ab, sondern mußten wegen unkontrollierbaren, bedrohlichen Beikonsums (vor allem Kokain) ausgeschlossen werden.

3.2. Therapieabbrüche durch Arzt und Patienten versus reguläre Therapiebeendigungen

87 *Patienten* brachen die Naltrexontherapie ab und konsumierten erneut Opiate. 36 *Patienten* beendeten die Therapie regulär (siehe Abbildung 2). 28 *Patienten* befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt noch in Behandlung. Bei 24 *Patienten* waren die Abbruchgründe nicht in Erfahrung zu bringen. 22 *Patienten* wurden nach Opiatentgiftung und/oder Ersteinstellung auf Naltrexon an ihre Hausärzte zur weiteren Behandlung zurücküberwiesen. Bei 11 *Patienten* führten iatrogene Gründe zum Therapieabbruch (siehe Abbildung 3). 4 *Patienten* mußten wegen Umzugs die Therapie beenden, 4 *Patienten* wegen Antritts einer Haftstrafe. 1 *Patient* verstarb während der Naltrexontherapie, die bei seiner Hausärztin

durchgeführt wurde, an einer möglicherweise in suizidaler Absicht herbeigeführten Mischintoxikation mit Benzodiazepinen und Barbituraten.

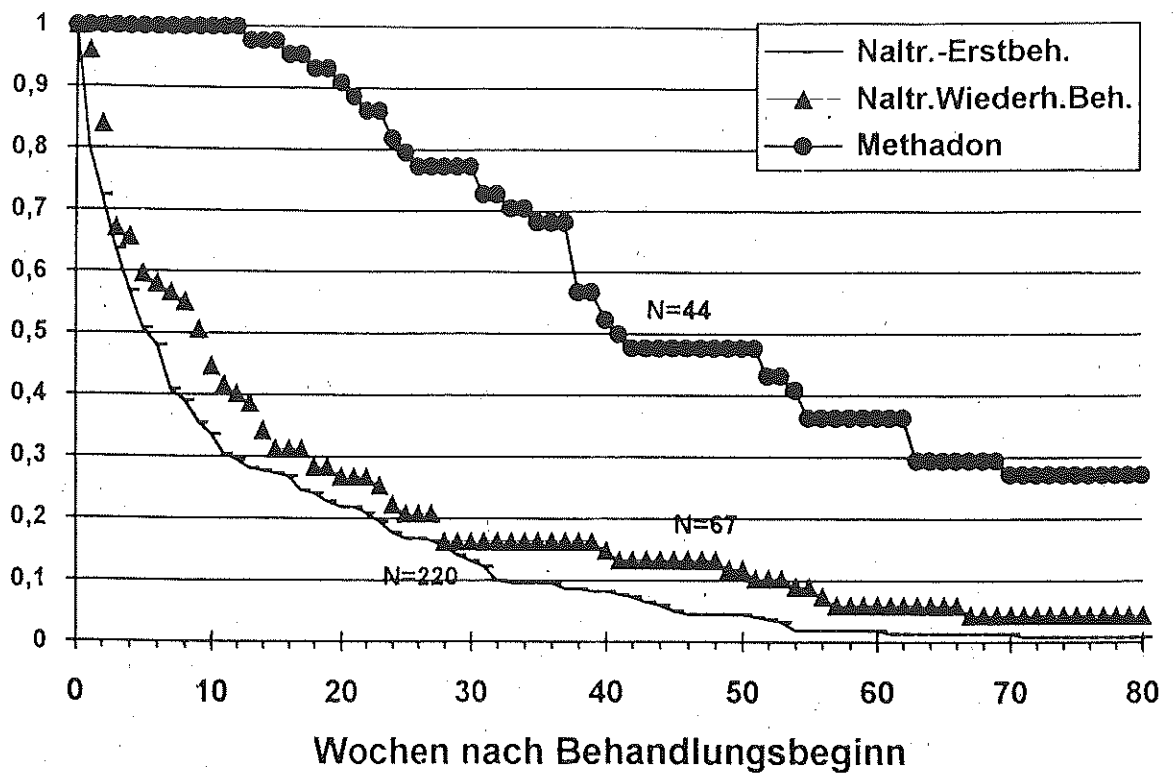
3.3. Mortalitätsvergleich

Ein entscheidendes Kriterium für den Erfolg oder Mißerfolg einer Therapie der Opiatabhängigkeit ist die Veränderung der bei Opiatabhängigen massiv erhöhten Mortalität. Dazu werden die Todesfälle, die im Bundesdurchschnitt in einem bestimmten Beobachtungszeitraum zu erwarten sind, mit den bei einer definierten Gruppe eingetretenen Todesfällen verglichen, indem die Zahl der beobachteten Todesfälle durch die der erwarteten Todesfälle geteilt wird. Daraus ergibt sich die relative Übersterblichkeit einer bestimmten Gruppe (siehe Abbildung 4). Bei den Patienten, die während des Beobachtungszeitraumes von insgesamt 117,3 Jahren (Gesamtsumme aller Patienten) intravenös Opiate konsumierten, war eine Übersterblichkeit um das 66-fache gegenüber dem Bundesdurchschnitt festzustellen. Bei den Methadonpatienten mit einem Gesamtbeobachtungszeitraum von 135,9 Jahren betrug die Übersterblichkeit lediglich das 18-fache und lag somit erheblich niedriger. Bei den Naltrexonpatienten mit 78,4 Jahren Gesamtbeobachtungszeitraum war die Übersterblichkeit mit dem 12-fachen noch niedriger als bei den Methadonpatienten. Lediglich der o.g. einzelne Todesfall durch eine Mischintoxikation mit Benzodiazepinen und Barbituraten wurde beobachtet. Nach Abbruch einer Naltrexontherapie wurden in einem Gesamtbeobachtungszeitraum von 257,6 Jahren 13 Todesfälle registriert, was eine Übersterblichkeit um das 50-fache ergab. Die Todesursachen waren: Ein Todesfall durch AIDS-Erkrankung, 4 Todesfälle durch Heroinkonsum, 2 Todesfälle durch Mischintoxikationen (einmal mit Flunitrazepam, einmal diverse Stoffe), 3 Todesfälle durch Intoxikationen unbekannter Ursache. In 3 Fällen konnten wir keine näheren Angaben über die Todesursachen erhalten. Selbst nach Abbruch einer Naltrexontherapie ist also die relative Übersterblichkeit im Vergleich zur Gesamtheit intravenös opiatkonsumierender Patienten allerdings deutlich niedriger. Die großen Konfidenzintervalle lassen noch erhebliche Abweichungen möglich erscheinen. Nach längeren Beobachtungszeiträumen werden sich sehr viel genauere Aussagen treffen lassen. Nach aktuellen Zwischenauswertungen liegt die Übersterblichkeit nach Abbruch einer Naltrexontherapie nur noch beim 35-fachen und ist somit noch erheblich niedriger als zuerst angenommen. Die Arbeit daran wird von

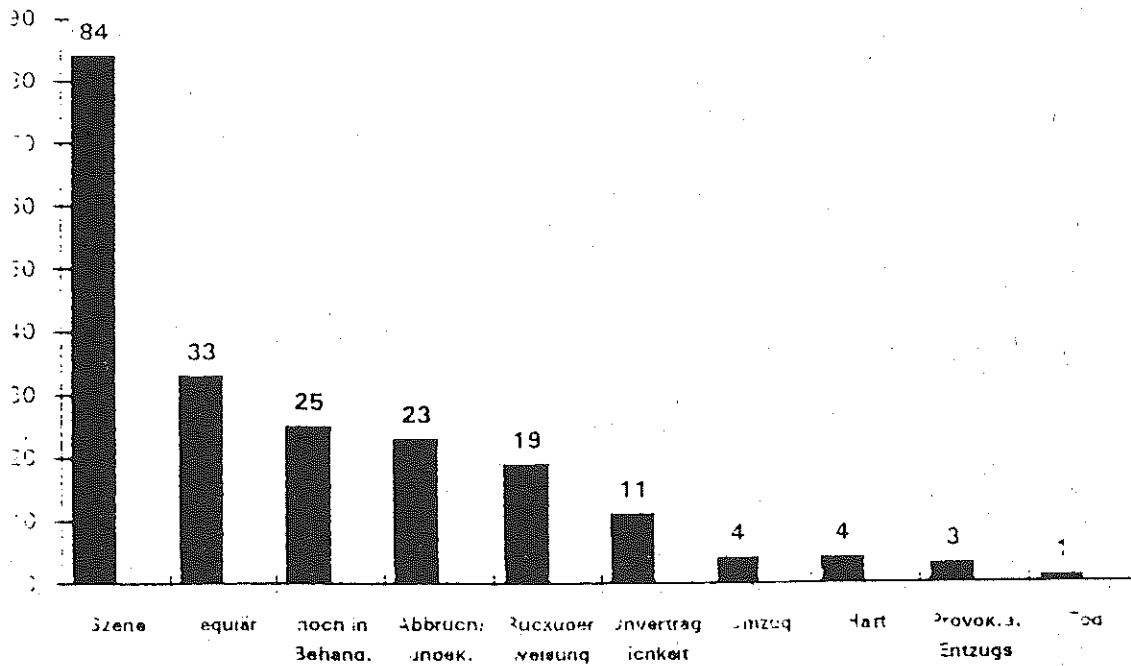
uns fortgesetzt.

4. Schlußfolgerungen und Konsequenzen

1. Ein Teil der Heroinabhängigen profitiert von der ambulanten Abstinenztherapie mit Naltrexon.
2. Viele Patienten brechen die Behandlung ab und werden rückfällig.
3. Abbrecher kommen oft zu einer erneuten Behandlung.
4. Die Erstverabreichung ist kritisch.
5. Wenn Naltrexon bei noch bestehender Heroinexposition gegeben wird, entwickelt sich binnen weniger Minuten ein perakutes, schweres Entzugssyndrom.
6. Die Mehrzahl der Patienten verträgt Naltrexon ohne UAW. In einigen Fällen zwangen jedoch Leberkomplikationen, gastrointestinale Beschwerden und Allergien zum Absetzen.
7. Die relative Übersterblichkeit unter Naltrexon ist nach unseren bisherigen Beobachtungen geringer als unter Methadon und sehr viel geringer als während einer Episode unter Opiaten. Die relative Übersterblichkeit nach Naltrexon (meist nach Abbruch und erneutem Opiatkonsum) ist geringer als während einer Opiatepisode. Weitere Ergebnisse sind in Arbeit.
8. Diese Behandlungsmethode sollte nur von kompetenten und informierten Ärzten in Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen angewendet werden.
9. Naltrexon wird teilweise auch zu einer Schnellentgiftung unter medikamentöser Sedierung genutzt. Eine intensivmedizinische Überwachung sowie eine anschließende ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie erscheinen zwingend erforderlich.
10. Arzneimittelabhängige, die Opiate nehmen, können besonders erfolgreich mit Naltrexon behandelt werden.



Wahrscheinlichkeit des Verbleibs in der Naltrexon-Erstbehandlung, in der Naltrexon-Wiederholungsbehandlung oder in der Methadonbehandlung während der ersten 80 Behandlungs-wochen. Daten der Göttinger Methadonstudie, Zwischenauswertung vom 31.8.1994.



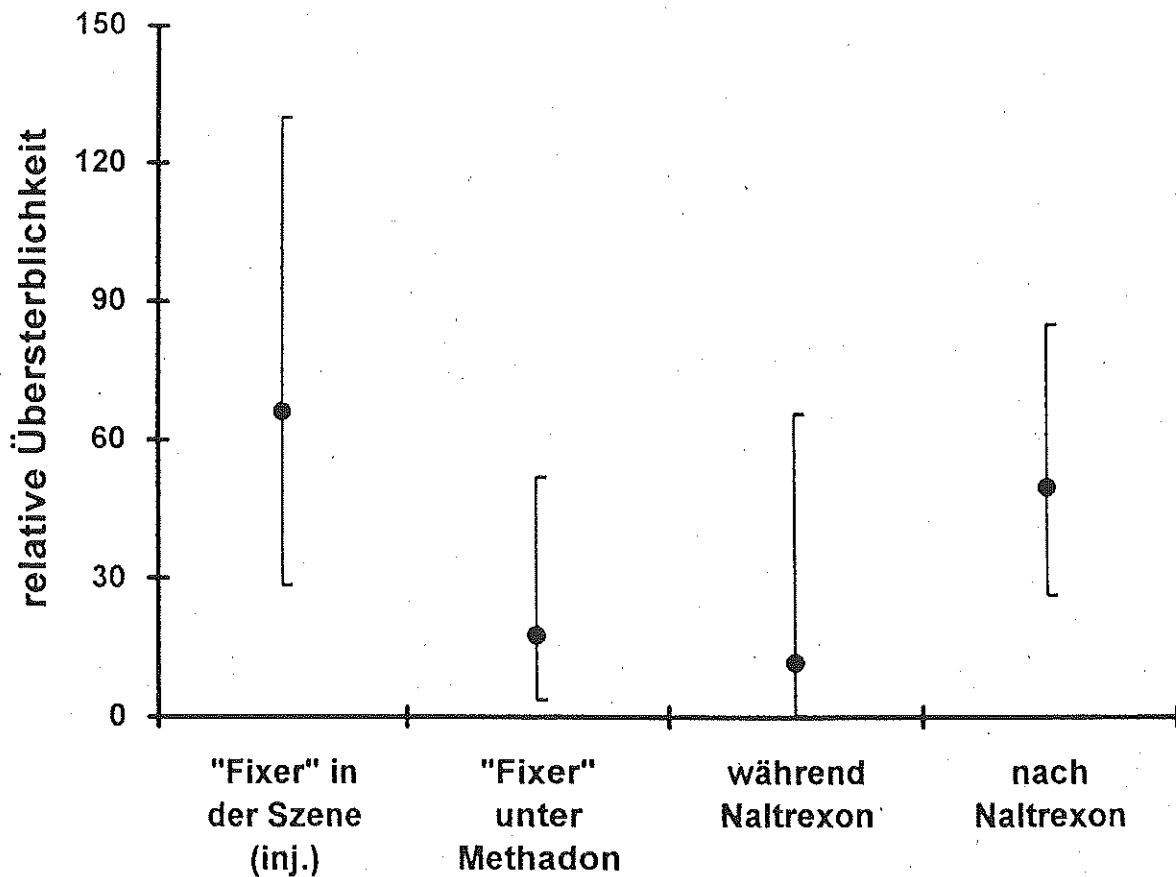
Beendigungsmodus bei 210 Erstbehandlungen mit Naltrexon

Szene = Rückkehr in die Drogenszene; Abbruch/unk. = Abbruch mit unbekanntem Ausgang;
 Regulär = Beendigung der Naltrexonbehandlung nach mindestens 1 2 Jahr oder abgeschlossener
 Überbrückung; Rücküberweisung = Rücküberweisung zum Hausarzt nach Ersteinstellung
 Ausgang unbekannt; Provok. i. Entzugs = Provokation eines Entzugssyndroms durch Naltrexon

**Gründe für den Abbruch
einer Naltrexontherapie
durch den Arzt**

(206 Patienten der Göttinger Methadonstudie)

Provokation eines Entzugssyndroms	3 (1,4 %)
gastrointestinale Beschwerden	3 (1,4 %)
Transaminasenanstieg bei chron. Hepatitis	2 (1,0 %)
Allergie (Urtikaria)	1 (0,5 %)
akute Hepatitis	1 (0,5 %)
Gravidität	1 (0,5 %)



Vorläufige Auswertung der Mortalität bei injizierenden Heroinabhängigen ("Fixer") am 31.8.1994. Daten der Göttinger Methadonstudie. Relative Übersterblichkeit mit 95% Konfidenz-Intervall.

Der abstinente Weg

Durch vielgestaltige Landschaft - mit immer neuen Aussichten und Perspektiven, Überraschungen, aufregenden Begegnungen und unvorhersehbaren Ereignissen

K. Funk, "Tauwetter", Bornheim

Wozu Verzicht in unserer Konsumgesellschaft?

Konsumverzicht scheint in unserer Zeit, im reichen Deutschland, aus der Mode gekommen zu sein. Es sei denn, er wird uns durch Politiker von oben verordnet. Ihr Argument: Später werden wir in Wohlstand leben, d. h. wir können alle mehr konsumieren oder doch wenigstens unseren Lebensstandard halten.

Diese Aussicht stimmt wohl nur für wenige, nicht zuletzt für diejenigen, die predigen, den Gürtel enger zu schnallen oder sieben Tage die Woche zu jeder Zeit auf Abruf zur Arbeit zur Verfügung zu stehen.

Die Schallplatte ist alt, sie scheint einen Sprung zu haben, jedenfalls höre ich seit Jahren, nicht erst seit der Wiedervereinigung, die gleiche Stelle der Platte. Keine neuen Töne, keine anderen Melodien und keine erbauenden Texte.

Die Arbeitslosigkeit nimmt zu, die Umwelt wird weiter zerstört, das Ozonloch wächst und für Autobahnen holzen wir riesige Wälder ab, um im gleichen Atemzug die Oderaue zum Naturschutzgebiet zu erklären.

Aber nun stehe ich hier und heute vor Ihnen, um deutlich zu machen, daß der Konsumterror, die Sucht, ein Ende haben muß, wenn wir unsere Lebensgrundlagen, unsere Ressourcen und letztlich uns selbst nicht endgültig zerstören wollen.

Die Staaten, die nichts mehr zu beißen haben, fallen bereits übereinander her, ob in Afrika oder im Osten Europas oder sonstwo. Nicht anders sieht es in unserer Gesellschaft aus. Der Rechtsradikalismus blüht, Benachteiligte, Kranke, Arme und Alte werden stigmatisiert, ausgesondert und abgeschrieben.

Wir leben in einer Zeit, in der Geld alles zu sein scheint. Wer keines verdienen kann, ist ganz weit außen vor. Wen wundert es vor diesem Hintergrund eigentlich, daß sich Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Schichten und Gruppen auf illegale Weise nehmen, was ihnen als erstrebenswert, aber nicht erreichbar, vor Augen geführt wird. Welche Jugendliche aus und an welchen Verhältnissen krank werden, muß ich hier nicht ausführen, jeder von den hier Anwesenden weiß um die vielfältigen Ursachen und auch darum, wie schwer es ist, aus Krankheit und aus der Randgruppe etc. herauszufinden.

Glück - Lebensglück - erlebt wohl nur, wer auf der Konsumschiene, zumindest noch halbwegs, mithalten kann. Beide Elternteile arbeiten, Kinder landen in irgendwelchen schlecht finanzierten Tagesstätten und Jugendliche in der Disco oder Kneipe in Ermangelung an Jugendzentren. Viele Familien brechen auseinander. Entfremdung und Überforderung sind meist die Ursachen. Leidtragende sind zwar alle, vor allem aber die Kinder. Zerbrochenes Ehe- und Familienglück ist oft gleichbedeutend mit einem unglücklichen, nicht selten einsamen Leben. Ohne Familie aufzuwachsen bedeutet für viele Kinder ganz erhebliche Benachteiligung an sozialem Status, emotionaler und materieller Sicherheit, Bildung etc.

Die Lebensläufe, und es sind inzwischen bestimmt 3.000, die ich in fast 22 Jahren als Drogentherapeut gelesen habe, handeln alle vom verlorenen Glück bzw. der Suche nach Glück.

Unsere PatientInnen haben in ihrem Leben viel versucht, um glücklich zu sein. Die Drogen, Haschisch, LSD und Ecstasy haben ihnen Momente des Glücks beschert, ihr Leben bunter und reicher gemacht. Kokain gab ihnen das Gefühl von Größe, Amphetamine von endloser Power, und Heroin war die Glückseligkeit auf Erden. Die Erwachsenen drogen: Alkohol, Antidepressiva und Schlankheitsmittel, um nur einige zu nennen, laufen wohl auf der gleichen Schiene.

Die PatientInnen TAUWETTERS kommen zum großen Teil aus sog. Suchtfamilien mit all ihren extremen Bedingungen. Die Sucht hat sich folglich schon sehr früh in ihnen eingenistet.

In der Drogensubkultur, der Szene, erleben junge Menschen Zugehörigkeit unter Gleichgesinnten. Sie fühlen sich verstanden, sind Gleiche unter Gleichen, sie erleben nicht mehr ihre Benachteiligung, den Familien-, Schul- und Berufsstreß. Man ist sich einig, einig gegen die Welt der Erwachsenen, der Älteren und Autoritäten. Die Fixeridentität

gibt Sicherheit, die Drogenszene wird zur sozialen Heimat, die Straße, die Notschlafstelle oder der Knast zum Zuhause. Sie gewöhnen sich an dieses Leben, den Kreislauf von Sucht, Kriminalität und Knast. Der Drogenhunger, die Jagd nach dem Stoff, nach Geld, dem Schlafplatz und der Kampf um einen Platz im Methadonprogramm; der ganze Streß endet nicht selten mit der Überdosis oder dem goldenen Schuß. Der goldene Schuß ist wohl der bewußte Abschied aus einer hoffnungslos traurigen Welt, in der es kein Zuhause, kein Glück und keine Zukunft gibt.

Drogenabhängigen ein Abstinenzprogramm anzubieten, erscheint vor den ausgeführten Phänomenen paradox. Es sei denn, die soziale und ökologische Umwelt ist so freundlich und auf ihre Situation so abgestimmt, daß sie glauben, unter den angebotenen und letztlich vorgefundenen Bedingungen zurecht kommen zu können. Drogenabhängige sind mißtrauische, von der Welt enttäuschte und oft verlassene Menschen. Neuland betreten sie nur, wenn der Boden sicher scheint. Bei jedem Schritt, den sie tun, vergewissern sie sich. Oft reichen kleine Erschütterungen, um sie von ihren wackeligen Beinen zu holen. Diese Grunderfahrung kennen sie oft aus Kindertagen; die Folge: sie wollen nicht mehr aufstehen, laufen, auf die Welt und die Menschen zugehen.

Das Angebot "Therapie statt Strafe" oder anders formuliert: "Therapie statt Drogen" muß ein lebenswertes und zu bewältigendes Leben beinhalten. Therapieprogramme müssen aufregend sein, sie müssen Freude machen, Sicherheit geben, vor allem aber müssen sie von den PatientInnen verstanden werden. Verzicht ohne Gegenwert wird nie funktionieren und unendliche Frustrationen können nur zum Weglaufen führen. Frustrationen werden nur hingenommen, wenn viel erreicht, Wünsche erfüllt und Bedürfnisse befriedigt werden. Insofern sind die Definitionen von Zielen, von Global-, Fern-, Nah-, Grob- und Feinzielen, und die dazu notwendigen Schritte, die Interventionen und Methoden sorgfältig unter partnerschaftlicher Einbeziehung der PatientInnen zu klären.

Das institutionelle Ziel "Abstinenz" wird nur dann angenommen, wenn das Leben in Therapie lebenswerter, befriedigender und sinnvoller als das Leben mit der Droge erlebt wird. Verzicht des Verzichtes wegen trägt niemals auf Dauer durch.

Ich möchte Ihnen nun kurz einige TAUWETTER-Konzepte skizzieren, die dem Ziel "Drogenabstinenz" unterlegt sind.

Das Ziel Drogenabstinenz, der Verzicht auf die illegalen Drogen, Heroin, Kokain, Amphetamine, Haschisch etc. und der Verzicht auf Alkohol und Medikamente unterstellt, daß der absolute Verzicht leichter zu realisieren ist als ein kontrolliertes Herunterdosieren. Die abstinente Perspektive berücksichtigt die Polytoxikomanie der meisten Drogenabhängigen und damit ihre Tendenz, die Drogen auszutauschen, wenn die bevorzugte Droge, letztlich Heroin, nicht zur Verfügung steht.

Wir gehen davon aus, daß die Therapeutische Gemeinschaft mit ihren vielgestaltigen Angeboten die Funktionen und Wirkungen der Drogen ersetzen und kompensieren muß. TAUWETTER als sicherer und schöner Ort soll Geborgenheit, Sicherheit und Ruhe und das weitläufige, attraktive Gelände mit den verschiedenen Häusern, Sportplätzen, dem Garten und der Natur sollen Bewegungsfreiheit, Rückzugsmöglichkeit, Spielen, Arbeiten und Sinnlichkeit vermitteln. Die 40 PatientInnen, 16 StudentInnen und 20 MitarbeiterInnen bedeuten vielfältige Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsmöglichkeiten.

TAUWETTERS, an der Integrativen Therapie orientierte Gesundheits- und Krankheitslehre versucht zunächst, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, zu unterstützen und zu reaktivieren. Bislang verdrängte bzw. abgewehrte Ereignisse und Erfahrungen sind nur zu konfrontieren, wenn ein sicheres Plateau an Vertrautheit und Vertrauen entwickelt worden ist. Unsere Persönlichkeitstheorie sieht den Menschen als körperlich, seelisch, geistige Ganzheit in seinem Lebenskontext und Zeitkontinuum Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung von beschädigter Gesundheit und Identität in der therapeutischen Beziehung. Unser therapeutisches Handeln geht von den alltäglichen, offenen Phänomenen aus, versucht die Persönlichkeitsstruktur, die im Verlauf der Lebensgeschichte entwickelt wurde, zu klären, um neue Entwürfe für die Zukunft zu entwickeln. Schwerpunkte der Therapie sind die Bearbeitung biographischer Defizite, Traumata, Konflikte und Störungen. Der Nach- oder Neuzo- zialisation kommt bei Drogenabhängigen mit ihren schwerwiegenden, frühen Schädigungen und zeittextendierten, durch Überforderungen gekennzeichneten Negativkarrieren, besondere Bedeutung zu (PET- ZOLD 1993).

Ich möchte Sie an dieser Stelle nicht mit Therapietheorien langweilen, zumal Ihnen später, anhand einer Falldarstellung, unsere Therapie- konzepte deutlich werden dürften. Wichtig ist mir jedoch, Ihnen die der Drogenabstinenz unterlegten Ziele Sucht-, Affekt-, Gefühls- und Im-

pulskontrolle aus TAUWETTERS Sicht zu erläutern.

Suchtkontrolle, das haben einige von Ihnen schon bemerkt, bezieht sich auf den kontrollierten Konsum von Nikotin, Kaffee und Tee. Im Haus und während der Therapieprogramme darf nicht geraucht werden. Kaffee und Tee sind ebenso dosiert wie Fernsehen und Musik. Suchtkontrolle, d. h. dosierter Verzicht, wird von Normalbürgern in vielen Bereichen im alltäglichen Leben erwartet und muß geleistet werden, wenn die anstehende Arbeit in der zur Verfügung stehenden Zeit geleistet werden soll. Therapie muß - wenn sie Entwöhnung zum Ziel hat - auch Gewohnheiten angehen, die einem zwar lieb, im Leben aber realitätsfern sind.

Affekt-, Gefühls- und Impulskontrolle erwartet TAUWETTER, damit ein annehmeendes, wertschätzendes und wohlwollendes Klima sich entwickeln kann.

Der Ausdruck von Aggression, z. B. das körperliche Ausagieren, mit Treten, Schlagen, Trampeln, Würgen bis Töten, geht an den Aggressionsblock, die Matratze, die Decke etc. und sollte nicht auf dem Fußballplatz oder in Form von sadistischen Äußerungen bei Tisch ausagiert werden. Ebenso ist es sicherlich nicht hilfreich, wenn jede Verliebtheit oder sexuelle Erregung im nächsten Augenblick in eine erotisch-sexuelle Begegnung mündet, ohne daß der Beziehungspartner kennen- und liebgelernt worden ist. Vor dem Hintergrund extrem negativer, hochsexualisierter und vielfach übergriffiger und traumatischer Beziehungserfahrungen kommen wir um die Notwendigkeit von Fremdregulation nicht herum.

Impulskontrolle ist allein schon deswegen angezeigt, weil viele Situationen vielschichtig, prozessual und mehrperspektivisch zu sehen sind, will man der gegebenen Komplexität in angemessener Weise gerecht werden. Schnell ist jemand zu Unrecht beschuldigt, oft rennt jemand aus dem Programm, weil er dem Druck, der einer mangelnden Einstellung oder verdeckten Regelverletzungen entspringt, nicht mehr gewachsen ist. Die eingetretene Tür kostet Geld und das verpfefferte Essen wird ungenießbar. TAUWETTERS Regel sichert durch klare, auf alltägliche Abläufe bezogene Informationen organisatorische Abläufe und strukturiert die zeitliche Perspektive, damit die PatientInnen wissen, wann, was ansteht. In konkreten Verhaltensregeln werden unsere ethischen und moralischen Vorstellungen deutlich.

Auf Regelverletzungen reagieren wir, indem wir sie gemeinschaftlich

mit den PatientInnen erörtern und bewerten. Die Bewertung erfolgt, indem wir Punkte entsprechend der Schwere und der Wirkungen der Regelverletzungen festlegen. PatientInnen, die mehr als 5 Punkte erhalten, kommen in die Fallbesprechung, in der geklärt wird, ob eine Verwarnung, Abmahnung oder auch disziplinarische Entlassung notwendig wird. Jede Fremdregulation ist automatisch mit einer einzelt-herapeutischen Krisenintervention verbunden, was gleichbedeutend mit dem Prinzip ist, erst Klärung und Hilfe und nicht strafen. Sanktionen und Fremdregulation, dessen sind wir uns sehr bewußt, bringen gar nichts, wenn Regelverletzungen nicht zuvorderst als unbewußtes Agieren nicht zu bewältigender Probleme, die durcharbeiten sind, verstanden werden.

Mit den bisherigen Ausführungen habe ich skizzenhaft versucht, unsere Vorstellungen vom Abstinenzbegriff zu differenzieren. Wie gut sich unsere Konzepte umsetzen lassen, hängt entscheidend von den zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen ab.

Grundsätzlich betrachten wir Rückfälle unserer PatientInnen nicht allein als ihr Versagen. Die Wiederaufnahme nach einer Sperrfrist von vier Wochen, in der sich z. B. eine Rückfallkrise oder sonst geartete Krise klären soll, Querverlegungen und die Kompakttherapie für PatientInnen, die nach der Entwöhnungsbehandlung wieder abgestürzt sind, machen eine eher weiche Haltung TAUWETTERS deutlich, die der geleisteten Arbeit vor dem Rückfall Rechnung trägt. Wir gehen ohnehin davon aus, daß Intervallbehandlungen eher zur Regel als zur Ausnahme werden sollten. Die Aneinanderreihungen abstinenter Phasen bewirken im Zusammenwirken mit anderen, dazwischen liegenden Hilfen, z. B. ambulanter Reha-Methoden, letztlich vielleicht endgültig Abstinenz oder doch zumindest ein selbstregulierteres, eigenständigeres Leben.

Ich hoffe, Ihre Konzentration reicht noch aus, wenn ich nun versuche, Ihnen anhand einer Falldarstellung die vielgestaltigen Landschaften mit immer neuen Aussichten und Perspektiven, Überraschungen, aufregenden Begegnungen und unvorhersehbaren Ereignissen zu verdeutlichen, die Anna erlebte, gewann, zu verarbeiten hatte und letztlich integrierte.

Grundlage der Falldarstellung ist Annas Abschlußarbeit. Alle PatientInnen erstellen am Ende ihrer Therapie anhand kreativer Medien (Anna baute die Maske) und einer umfassenden Prozeßanalyse eine Abschlußarbeit, die dazu beitragen soll, den Gesamtprozeß der Pa-

tientInnen zu integrieren.

Mit dem öffentlichen Vortrag im Plenum realisieren sowohl die PatientInnen selbst als auch die Gemeinschaft den Ablöse- und Abschiedsprozess. Für neue, unerfahrene PatientInnen werden die Arbeiten zu einem Entwurf von Therapie, an dem sie ihren Prozeß orientieren und reflektieren können.

Den Schluß meines Vortrages bildet Annas Epilog in Form eines Gedichtes, das sie nach der letzten Therapiestunde mit dem Leiter, geschrieben hat. Mit dem Gedicht verdichtet sie ihren Therapieprozeß und bringt ihn auf den Punkt.

Annas Lebenswille

Im Schnellverfahren bewarb ich mich hier auf TAUWETTER und hatte das unsagbare Glück, nicht lange warten zu müssen. Zunächst einmal wollte ich nichts anderes als durchatmen, Luft holen und die Ruhe finden, um über mein Leben nachdenken zu können. Auch wenn alles in mir und um mich herum wie nach einem Bombenangriff in Trümmern lag, so war doch etwas unzerstört geblieben:

Mein unbedingter Wille zu leben!

Annas Aussage: Mein unbedingter Wille zu leben! ist für die meisten TAUWETTER-PatientInnen repräsentativ. Die PatientInnen, die auf TAUWETTER Therapie machen wollen, suchen einen völligen Neuanfang. Ihnen ist oft nichts geblieben außer dem nackten Leben. Angenommen wird die Länge der Therapie, die Regel, die das Leben auf TAUWETTER strukturiert und das Werte-, Normen- und Regelsystem nur, wenn klar ist, daß ein Leben mit der Droge nichts mehr zu bieten hat. Anna war restlos desillusioniert, depressiv, ausgelaugt - am Ende. Sie brauchte zunächst einen sicheren, ruhigen Ort. Sie wußte, daß sie viel Zeit brauchen würde, um wieder auf die Beine zu kommen, um zu sich selbst zu finden. Sie wollte Abstand vom Leben draußen; um sie herum erlebte sie Krieg. TAUWETTER bedeutete auch Kapitulation - und das bei ihrem Kämpferherzen!

Annas Kapitulation, ihre persönliche Niederlage und die damit verbundene Kränkung setzten ihr vier Wochen lang zu.

“Die ersten vier Wochen hier waren für mich ein Kampf um jede Stunde, Resignation und Zweifel an mir selbst, ich fühlte mich oft ausgelaugt und erschöpft. Mir war bewußt, nicht mehr allzu viele Möglichkeiten zu haben, aus dem Kreislauf der Sucht und Abhängigkeiten

ausbrechen zu können. TAUWETTER sah ich als letzten Versuch an, und ich wollte ausbrechen."

Annas Versuch, die Kontrolle und Macht zu behalten

"Oberflächlich fand ich recht schnell Anschluß an die Gemeinschaft. Nennenswerte Probleme mit dem Regelwerk und mit den Abläufen des Alltags hatte ich keine. Mich anzupassen, hatte ich gelernt.

Ich bin das älteste Kind und einzige Tochter einer sechsköpfigen Familie.

Ich weiß zwar, was es heißt, eine Familie zu haben; was ein Zuhause ist, habe ich aber lange nicht erfahren. Ein Zuhause im Sinne von Ruhepol, als einem Ort, der Vertrauen und Beständigkeit ausstrahlt.

In meiner Kindheit sind wir zimal wegen des Berufes meines Vaters umgezogen. Ich weiß gar nicht, wie oft. Quer durch Europa, quer durch verschiedene Kulturen und Sprachen ... wie ein Zugvogel. Wir waren alle völlig voneinander abhängig, untereinander ausgeliefert; aber auch aufeinander angewiesen. Jahrelang hatte ich keinen bzw. kaum Kontakt zu anderen Kindern, außer zu meinen eigenen Brüdern. Wofür sollte ich Freundschaften eingehen, wir würden ja sowieso bald wieder weiterziehen und damit die Menschen hinter uns lassen. Am neuen Ort würden sie halt durch andere ersetzt. Noch heute fällt es mir schwer, Kontakte nicht nur auf einer oberflächlichen Basis herumplätschern zu lassen; sie zu Beziehungen wachsen zu lassen."

Annas Ausführungen machen ihre Überforderung als einzige Tochter in einer völlig überforderten Familie deutlich. Ihre Eltern erlebt sie weder als Vertraute, noch als Orientierung. Ausgleichende Erfahrung durch Verwandte und FreundInnen fehlen völlig. Weder die Mutter noch der Vater strukturierten die Familie in adäquater Weise.

Vor diesem Hintergrund erscheint Annas erster Therapieversuch in einer Langzeittherapie als Wiederholung; als erneutes Trauma.

"Zwölf Jahre habe ich gebraucht, um mir, vor den Trümmern meines Lebens stehend, einzugestehen, ohne Hilfe von Heroin niemals loszukommen. Ich hatte mir große Mühe gegeben, nach außen hin zu funktionieren; den bürgerlichen Ansprüchen zu genügen. Hinter meiner Maske war alles verfault und kaputt.

In einem Haus waren wir 25 Männer und lange Zeit nur 3 Frauen. Beziehungen waren erlaubt und wurden gefördert. Nach zwei Wochen hatte ich mich auf jemanden eingelassen, nach dem Motto: lieber das kleinere Übel wählen. So hatte ich wenigstens einigermaßen Ruhe vor den anderen 24. Ich begann meine Therapie also mit einer Abhängigkeit, die mir schon mehr als vertraut war. Die Beziehung war ein einziges Drama. Der Druck war so groß, er war nicht mehr auszuhalten. Nach zehn Wochen brach ich ab. Die Therapeutische Gemeinschaft arbeitete mit Rückfällen, was hieß, daß ich zurückkommen konnte. Dieses Jahr entwickelte sich für mich zu einem Kreislauf ständiger Wiederholungen. Ich hatte mehrere Rückfälle; einen Tag vor meinem offiziellen Entlassungstermin ging ich freiwillig.

Auf TAUWETTER stellt sich diese Erfahrung sechs Jahre später wie folgt dar:

Schwierigkeiten bekam ich mit meiner Therapiegruppe. Es fiel mir außerordentlich schwer, den Gruppenmitgliedern etwas über mich zu erzählen. Mehrmals sprach ich ihnen mein Mißtrauen aus. Die schlechten Erfahrungen aus der ersten Therapie saßen zu tief. Meine Mißbrauchsgeschichte ist dort nicht sorgsam und sensibel in Einzel- und Gruppentherapie behandelt worden. Immer wieder war sie Gegenstand in der Großgruppe. Ich fühlte mich bloßgestellt und an die Wand gedrängt.

Die Erinnerung daran, die Angst vor dem Urteil der anderen, sowie die Befürchtung, wunde Punkte und Schwächen preiszugeben, die ausgenutzt werden könnten, machten es mir relativ lange unmöglich, über mich selbst zu sprechen.

Ralf (Bezugstherapeut) übersah ich als Therapeuten zunächst völlig, und Barbara (Bezugstherapeutin) gegenüber war ich sehr vorsichtig. Ich befand mich in einer abwartenden Position, sondierte die Lage und versuchte, alles und alle danach einzuschätzen, inwiefern irgendetwas oder irgendjemand mir gefährlich werden könnte. Meine größte Sorge war, in Situationen zu geraten, die ich nicht überschauen und kontrollieren konnte."

Annas tiefste Krise; an der ein ungutes TAUWETTER-Konzept nicht ganz schuldlos war

"Als ich in die Punkte rutschte, eine Verwarnung bekam, hieß es damals noch, eine Stellungnahme schreiben zu müssen. Ich fiel in eine

heftige Krise, vielleicht die schlimmste, die ich hier in den neun Monaten hatte. Für mich bedeutete diese Stellungnahme, versagt zu haben, einfachen Anforderungen nicht gerecht geworden zu sein.

Ich projizierte Situationen aus meiner Familie auf das Team und Kurt als Autorität. Ich fühlte mich bestraft und abgelehnt. Beim Schreiben der Stellungnahme verlor ich jedes Maß für das, was angebracht ist. Ich schrieb nach dem Motto: Alles oder nichts. Ich hatte kein Empfinden für meine Grenzen und merkte nicht, daß ich dabei war, sie rücksichtslos niederzutampeln.

Ich glaube, wenn Barbara sich nicht so viel Mühe gegeben hätte, mich zu bremsen, ich wäre ganz schön abgestürzt. Sie war sicherlich genauso froh wie ich, als die 14tägige Verwarnungszeit vorüber war."

Verwarnungen erhalten PatientInnen, wenn sie - wie schon erwähnt - mehrfach gegen Regeln verstoßen haben, das Arbeitsbündnis labil ist oder der Therapieprozeß aus Sicht der TherapeutInnen unbefriedigend verläuft.

Ausgesprochen wird eine Verwarnung nach interdisziplinärem Diskurs durch den Leiter im Plenum. Mit der Verwarnung wird das Arbeitsbündnis mit TAUWETTER in Frage gestellt. Das Ungute an unserem alten Konzept war, daß labile PatientInnen ihr meist unbewußtes Agieren öffentlich rechtfertigen mußten. Der Leiter, der die Verwarnung aussprach, bekam Annas ganze negative Vaterübertragung ab.

"Mein Vater war der Maßstab aller Dinge, der seine Rechte aus einem patriarchalischen Weltbild mit extrem konservativen bis nationalsozialistischen Wert- und Moralvorstellungen ableitete. Unsere besondere Lebenssituation ist ihm dabei sicherlich sehr entgegen gekommen. Abhängige, die auch noch aufeinander angewiesen sind, wehren sich lange nicht. Wir waren alle den Launen, den cholerischen Anfällen, Aggressionen und Machtallüren meines Vaters ausgeliefert.

In mir hat mein Vater nicht nur das Kind und die Tochter gesehen, sondern von klein an auch die Frau, die er sich holte, wenn ihm danach war. Er hat meine psychischen und physischen Grenzen permanent überschritten, mich ganz einfach benutzt und danach wieder in die Ecke gestellt."

Wir haben inzwischen unser Verwarn- und Abmahnsystem in der Weise verändert, daß nicht mehr die PatientInnen Stellung beziehen

müssen, sondern die GruppentherapeutInnen, die ein ausführliches, klärendes, ausgewogenes und stützendes Feedback, das alle Bereiche der Therapie einbezieht, öffentlich geben. Ein wohlwollendes, wertschätzendes und verkraftbares Feedback gibt der Therapie der PatientInnen Halt und Orientierung. Die GruppentherapeutInnen, die das Feedback verantworten, sind nah am Patienten und können sowohl gruppen- als auch einzeltherapeutisch adäquat helfen. Die naturgemäß distanzierte Rolle des Leiters wird nicht negativ belastet. Letztlich muß ein Leiter immer auch im Sinne guter Väterlichkeit wahrgenommen werden, d.h. auch, daß Distanz und Respekt in Richtung Vertrautheit und Nähe abgebaut werden müssen. Nur so kann eine familiäre, warmherzige und liebevolle Kultur, in der positive Übertragungen und damit Nachsozialisation möglich sind, entstehen.

Für Anna bedeutete die Konzeptänderung gewiß, in ihrer ganzen Not gesehen worden zu sein. Insofern war die Konzeptänderung, die auch bedeutete, daß TherapeutInnen fehlbare Menschen sind, ein Stück Heilung.

Anna erlebt Vertrauen, vertraut ihren Gefühlen und entwickelt Mut - sie wird herzlicher, freundlicher und offener

"Langsam begann ich aber nun doch, Vertrauen zu Barbara zu fassen und mich vorsichtig ihr gegenüber zu öffnen. Nach und nach schaffte ich sogar, in Ralf nur Ralf und Ralf, den Therapeuten, zu sehen. Nicht den Mann, bei dem ich grundsätzlich erst einmal vorsichtig zu sein hatte; nicht den Vater, den ich mir unbedingt auf Distanz halten mußte.

Heute kann ich auf Barbara oder Ralf zugehen, wenn etwas nicht in Ordnung ist, obwohl es mir manchmal immer noch passiert, einen Moment zu spät zu kommen, weil ich meinen Gefühlen nicht genug Aufmerksamkeit schenke. Es kommt immer noch vor, daß ich manches ganz schnell über den Kopf regele, statt es im Bauch ankommen zu lassen. Das sind für mich sehr ärgerliche Augenblicke, in denen es für andere ein leichtes ist, meine Grenzen zu überschreiten, weil ich sie selbst nicht wahrnehme.

Sogar Ralf gegenüber kann ich Verletzungen zugeben, über meine Gefühle sprechen und zu meinen Schwächen stehen. Mein größter Erfolg ist es aber, mit ihm über meinen Mißbrauch sprechen zu können, ohne irgendwelche seltsamen Gefühle zu spüren. Nach 8 ½ Monaten Therapie kann ich jetzt darüber reden und das Wort ohne Zögern aussprechen.

Auch Kurt gegenüber fühle ich mich heute recht frei und locker. Zu Anfang hatte ich große Schwierigkeiten mit ihm, ja manchmal sogar Angst. Wenn er uns in irgendwelchen Plenen seine Macht und Autorität spüren ließ, kam ich mir oft so klein vor und wartete regelrecht auf Strafe.

Es wiederholten sich für mich Atmosphären von Macht und Ohnmacht aus der Kindheit, denen ich ausgeliefert war.

Ich konnte in Kurt nur noch meinen Vater sehen, der jeden Augenblick sein Urteil über mich fällen würde. Mir nahm das die Luft zum Atmen.

Irgendwann dann, als es nicht mehr auszuhalten war, nahm ich meinen ganzen Mut zusammen, ging zu ihm ins Büro und erzählte es ihm. Danach ging es mir besser; ich hatte gesehen - oder besser gespürt: Kurt ist Kurt, der mich nicht bestrafen oder sonst Böses antun will. Ein paar Mal noch, wenn mir wieder diese Stimmungen den Hals zuzuschnüren drohten, ging ich zu ihm, und jedes Mal fiel es mir leichter. Heute muß ich nicht mehr tief Luft holen und bis drei zählen, bevor ich an seine Tür klopfe."

Anna hat TAUWETTER zu ihrem Zuhause gemacht. Sie spürte die Zuneigung ihrer BezugstherapeutInnen, ist zutraulich und entwickelt auf dieser Grundlage Lebensmut, wird fröhlicher und lebendiger. Unsere Begegnungen waren nach der anfänglichen kaum zu überbrückenden Distanz herzlich und vertrauensvoll. Sie genoß es sichtlich, spontan, innerlich frei und ohne große Ressentiments in mein Büro zu kommen.

Auf der Straße der Begegnung, zwischen dem alten und neuen Haus, hatten wir schließlich oft einen netten Plausch. Anna ist eine tolle Fußballspielerin, und ich liebe Fußball. Es war schön zu sehen, wie sie sich mit all ihren Facetten immer mehr öffentlich zeigte.

Anna nimmt sich mit Schwächen und Stärken, mit Licht und Schatten an und akzeptiert andere, wie sie sind.

"Es gab und gibt hier einige MitpatientInnen, mit denen ich meine Konflikte hatte und habe, weil sie entweder als Spiegelbild meines Selbst oder als Übertragungsobjekt in mir Gefühle und Erinnerungen an die Vergangenheit auslösten und immer noch auslösen.

Ich merke, wie schnell ich doch immer wieder und immer noch in alten

Verhaltensstrategien gefangen und Atmosphären ausgeliefert bin. Durch die ganz alltäglichen Vorkommnisse und Begegnungen wird mir jedes Mal aufs Neue bewußt, wie tief alles sitzt, wie sehr ich darauf achten muß, nicht darin zu verstricken, sondern neue Wege zu gehen. Es ist nicht einfach; oft weiß ich nicht so recht, wie Alternativen aussehen können. Und doch: den ersten und wichtigsten Schritt in die richtige Richtung bin ich in der Lage zu gehen, nämlich soviel Aufmerksamkeit mir selbst gegenüber zu haben, daß ich sehr wohl merke, wann und warum ich projiziere, ich jemanden als mein Spiegelbild sehe. Zumindest kann ich heute differenzieren, wann ich meinem Gegenüber Aggressionen entgegenbringe, die eigentlich aus mir selbst geboren sind oder einer ganz anderen Person gelten.

Den für mich gefährlichsten und erschreckendsten Konflikt hatte ich mit Andreas in der Wäscherei. Er strahlte soviel Frauenverachtendes aus und löste in mir soviele schlechte Erinnerungen aus, daß ich eines Tages bei einigen dummen Bemerkungen seinerseits nur noch rot sah. Ich wäre ihm an die Gurgel gegangen, hätten mich andere nicht zurückgehalten.

Das Erschreckende für mich war daran, wie wenig ich meine Wut, meinen Haß, meine Aggressionen unter Kontrolle hatte, wie sehr ich meinen Gefühlen ausgeliefert war, wie schnell sie mich überfahren konnten, ohne daß ich irgendeinen Einfluß darauf habe. Ich bekam Angst vor mir selber und fühlte mich wie ein wandelndes Pulverfaß. Das Thema "Aggression und Gewalt" ist für mich noch nicht erledigt."

Annas Reflexionen über ihre Therapiegruppe und die Therapeutische Gemeinschaft zeigen, wie sie sich ihre Schattenseiten aneignet, indem die Projektionen sich auflösen. Die Lockerung des Übertragungsgeschehens führt zur Differenzierung der realen Beziehungsmöglichkeiten.

An der aggressiven Situation mit Andreas wird Annas Mißbrauchsgeschichte und die sich daraus ergebenden schlimmen, demütigenden Männerbeziehungen deutlich. Unvermittelt bricht der ganze Affekt vieler unerledigter Situationen aus ihr heraus. Die retroflektierten Affekte äußerten sich in der Vergangenheit in ihrem Sadismus gegenüber Männern. Annas Beziehungsmuster zu Männern definiert sie heute zu Recht als sado-masochistisch. Letztlich bedeutete für Anna der Ausbruch von Aggressionen und Gewalt auch ein entscheidender Schritt in Richtung adäquater Abgrenzung in Männerbeziehungen.

Insgesamt vermittelt Anna, mit wieviel Mühe, mit wieviel Arbeit ihr Selbsterfahrungs-, Differenzierungs- und Veränderungsprozeß verbunden ist. Sie muß vieles immer noch einmal erleben und erzählen, muß in Reaktionen und Feedbacks erfahren, wie sie gesehen und erlebt wird, um letztlich zu begreifen, daß sie so ist, wie sie ist und so angenommen wird. Nur langsam ändern sich ihre Verhaltensstrukturen, ändert sich ihr Lebensskript, wird aus unbewußter Wiederholung eine neue Lebensgeschichte, in der sie sich selbst als Akteurin und nicht mehr allein als Statistin bzw. Betroffene selbst erlebt und begreift.

Annas Mut, Verliebtheit, Erotik und Sexualität unter TAUWETTER-Bedingungen zu leben

„Ungefähr in der Mitte der Therapie habe ich mich in Sven verliebt. Diese Gefühle waren das Ergebnis einer langen Entwicklung, einer Geschichte von gewachsenem Vertrauen, der Möglichkeiten und auch der gewonnenen Fähigkeit, Schwächen zu zeigen, ohne stark sein zu müssen.

Teilweise haben wir ziemlich miteinander um Grenzen und das richtige Maß an Nähe und Distanz gekämpft. Eigentlich bin ich nach TAUWETTER mit dem festen Vorsatz gekommen, mich nur um mich zu kümmern, damit ich irgendwann einmal endlich unabhängig und frei auf eigenen Füßen stehen kann.

Die Beziehung zwischen uns ist aber auf der Basis von Vertrauen entstanden, so, wie ich es mir immer gewünscht und erhofft hatte, bisher aber nicht erlebt habe. Für mich ist das eine ungeheuer bedeutungsvolle Erfahrung.

Und doch habe ich auch hier wieder einmal erfahren müssen, wie wichtig es für mich und damit auch für unsere Beziehung ist, meine Grenzen klar und eindeutig zu ziehen.

Auch wenn wir keinen gemeinsamen Weg finden sollten, so muß ich doch sagen, die Beziehung mit Sven ist für mich enorm wichtig. Wichtig als Erfahrung, auch von Männern akzeptiert zu werden, als Anna Respekt und Achtung entgegengebracht zu bekommen und mit all meinen Unzulänglichkeiten angenommen zu werden.

Für Anna relativieren sich über ihre Erfahrungen mit Sven alte, negati-

ve Erfahrungen. Erstmals erlebt sie Intimität zwischen Frau und Mann auf der Basis von Vertrauen. Das gemeinsame Aushandeln von Nähe und Distanz, ihr angemessenes Sich-Abgrenzen stärkt ganz offensichtlich ihre Identität als Frau.

Bedeutend für diesen Prozeß waren gewiß Anna's Frauenfreundschaften zu diesem Zeitpunkt auf TAUWETTER. Ihre vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Therapeutin Barbara und das Modell des Therapeutenpaares. Das getrennte Leben in zwei verschiedenen Häusern erleichtert den Paaren, Nähe und Distanz zu regulieren, den eigenen Therapieprozeß im Auge zu behalten und ggfls. sich auch aus dem Weg zu gehen.

Sven beendete die Entwöhnungsbehandlung ca. zwei Monate früher als Anna. Auf ihren gemeinsamen Ausgängen konnten beide ihre Zärtlichkeit und Sexualität leben. Auf TAUWETTER wird Impuls-, meinerwegen auch Triebkontrolle, erwartet, nicht zuletzt auch deswegen, damit die Atmosphäre in der Therapeutischen Gemeinschaft nicht in unguter Weise sexualisiert wird. Diese Regelung ist pragmatisch; sie stellt den Wert einer familiären Atmosphäre in den Vordergrund, ohne letztlich Sexualität zu tabuisieren. Bislang erscheint uns diese Regelung psychodynamisch, aber auch moralisch und ethisch am haltbarsten.

Offenere, liberalere Regelungen haben in der Vergangenheit zu erheblichem sexuellen Agieren mit destruktiven Folgen geführt. Annas Geschichte zeigt, wie notwendig die Sexualregel als Hilfs-Ich ist und daß sie im Schutz der Regel für sie wertvolle und befriedigende Erfahrungen machen konnte.

Die Arbeit ist Annas tragende Ressource und eine halbwegs stabile Säule ihrer Identität

"In den Arbeitsbereichen Haus- und Wäschepflege und dem Organisationsbüro hatte ich keine Probleme, denn ich habe in der Vergangenheit immer gearbeitet. Ich tue es gern, und es ist meine ganz persönliche Erfüllung. Wichtig dabei ist, vor allem für die Zukunft, daß ich hinter dem, was ich tue, stehen, es mit mir selber vereinbaren, kann.

In den Arbeitsbereichen bin ich noch einmal mit meinem Problem, mich abzugrenzen, konfrontiert worden. Ich neige dazu, mir alle mögliche Verantwortung aufzuladen, ohne rechtzeitig zu merken, manchmal

aber auch nicht zugeben zu können, wenn ich überfordert bin."

Die Arbeitstherapie nimmt für Anna in ihrer Therapie eine scheinbar untergeordnete Rolle ein. Anna kann arbeiten, sie hat ihr Abitur gemacht und eine Ausbildung als Buchhändlerin beendet.

In der Arbeitstherapie geht es aber nicht allein um Nach- bzw. Neusozialisation, wie das in sehr vielen Fällen notwendig ist, vielmehr geht es auch darum, alte, vorhandene Potentiale wieder zu wecken und wieder zu aktivieren.

In der Auseinandersetzung mit den Arbeitstherapeuten werden auf konkrete, erlebnis- und erfahrungsnahe Weise große Defizite, Unsicherheiten und Versagensängste deutlich.

Gute Arbeitsergebnisse und Erfolgserlebnisse sind gerade für PatientInnen von entscheidender Wichtigkeit, die aufgrund großer Schul-, Lern und Arbeitsschwierigkeiten nicht oder nur wenig gearbeitet haben.

Außerdem trägt die geleistete Arbeit der PatientInnen ganz erheblich zum Wachstum und zur Lebensqualität TAUWETTERS bei. Daran sind im übrigen alle PatientInnen, die sich auf TAUWETTER einlassen, sehr interessiert. Sie wollen ihren Beitrag leisten, wollen sich verewigen oder zumindest sich nützlich machen. Nicht selten können sie über die Arbeit TAUWETTER auch etwas von dem zurückgeben, was sie bekommen. Ich habe sehr viele dankbare PatientInnen erlebt.

Annas größtes Problem: Wie sag ich's meiner Mutter?

"Jetzt am Ende meiner Therapie hatte ich endlich den Mut, eine Einheit mit meiner Mutter zu machen. Das war ein Schritt, den ich die ganzen acht Monate mit allen möglichen Ausreden und Rechtfertigungen vor mir hergeschoben habe. Doch es war letztlich an der Zeit, sie über das Verhältnis zu meinem Vater aufzuklären. Ich hatte panische Angst vor diesem Gespräch. Bei Barbara habe ich mich bis zum letzten Augenblick mit Händen und Füßen dagegen gewehrt, dieses Thema anzusprechen.

Nun, ich habe es dann doch getan. Auf der einen Seite bin ich froh darüber. Mir ist damit ein Riesenstein vom Herzen gefallen; auf der anderen Seite sind da sehr gemischte Gefühle: Im nachhinein bekam ich Angst vor meiner eigenen Courage, denn ich habe etwas eingelei-

tet, von dem ich weiß, wo es hinführen wird, einen Stein ins Rollen gebracht, den ich nicht mehr kontrollieren kann, wenn er eine Lawine auslösen wird.

Außerdem mache ich mir Sorgen und viele Gedanken um meine Mutter, wie sie es wirklich aufgefaßt hat und frage mich, was dieses Wissen mit ihr macht und machen wird.

Ich werde weiter mit ihr darüber reden müssen, und irgendwie ist mir nicht ganz wohl bei diesem Gedanken. Genau wie früher habe ich meiner Mutter gegenüber immer noch das Gefühl, sie beschützen und ihr helfen zu müssen."

Annas Offenbarung bringt die Mutter in die Verantwortung, was Anna ganz offensichtlich völlig fremd ist. Sie hat alles getan, sie hat funktioniert, nur um nicht auszusprechen, was als Geheimnis fast drei Jahrzehnte auf ihrer Seele lastete. Nicht verantwortlich zu sein, nicht schuldig, sich nicht schämen zu müssen, selbst Opfer und Gedeemütigte zu sein, war Anna völlig fremd. Ihre Drogenabhängigkeit hat ihr geholfen, ihren Ekel, ihre mörderische Wut, Gefühle von Vernichtung zu verdrängen; und es hätte nicht viel gefehlt, und sie wäre an ihrer Sucht, ihrem Verdrängungsmechanismus gestorben.

Drogenabhängige Frauen und auch Männer sind sehr oft - bei Frauen bis nahezu 100 % - sexuell mißbrauchte, oft als Kinder Geschändete. Sie hatten keine Anwälte, niemanden wie Barbara, die Anna beistand. Statt dessen landen sie vielfach in der Prostitution und wiederholen genau das, unter dem sie als Kinder gelitten haben. Sie bestätigen sozusagen, daß sie nichts wert sind und somit benutzt werden dürfen. Ein Drama ohne Ende.

Anna ist satt und blüht

"Etwas möchte ich noch hinzufügen, was auf den ersten Blick vielleicht Kleinigkeiten sein mögen, für mein Lebensgefühl und meine Erwartung an die Zukunft aber von großer Bedeutung ist. Im Laufe der Monate habe ich das Leben wieder schätzen gelernt, eine Ahnung davon bekommen, was es ausmachen kann. Manchmal gehe ich abends ins Bett, und mir wird erstmalig richtig bewußt, daß ich mich auf den nächsten Tag freuen kann; ohne Angst haben zu müssen, wie und ob ich den nächsten Tag überleben werde.

Ich habe wieder einen Blick für die scheinbaren Selbstverständlich-

keiten bekommen, kann Atmosphären genießen und mich daran erfreuen: ein lauer Sommerabend in der Altstadt, den Duft blühender Sträucher oder einfach nur den Schiffen auf dem Rhein nachzuschauen und zu träumen."

Anna nimmt wieder mit allen Sinnen wahr, sie ist offen für sich selbst und ihre Umwelt. Sie liebt sich und ihr Leben, und Zuversicht macht sich in ihr breit.

Die Drogenzeit ist ganz offensichtlich überwunden. Sie hat Abstand und innere Sicherheit entwickelt.

Die Geborgenheit von TAUWETTER überträgt sich auf Bonn und Köln und auf die Welt. Sie fühlt sich wieder heil. Ihre Welt ist wieder heil. Heilung sieht wohl so aus: träumen und genießen.

Annas erwachsene, realistische Weltsicht - ihre Hoffnung auf ein eigenes, freies und unabhängiges Leben

"Auf die Franzstraße, die Adaptionphase, blicke ich mit gemischten Gefühlen. Wenn ich TAUWETTER als eine Phase des Aufstehens begreife, so werde ich dort Laufen lernen müssen und zwar auf eigenen Beinen. Ich hoffe, daß ich nach der Zeit hier in der Lage sein werde, zu merken, wenn ich stolpere; und mir die Krücken zu Hilfe hole, bevor ich stürze und nicht mehr aufstehen kann."

Anna war immer die starke, unnahbare Frau, die funktioniert und alles im Griff gehabt hat. Am Ende spürt sie ihre Verwundbarkeit, ihre Verletzlichkeit, fühlt Schwäche und weiß, daß es allein im Leben nicht geht. Ohne Hilfe wäre sie am Ende der Entwöhnung aufgeschmissen. Die Zeit in der Adaption in Köln wird sie nutzen; sie will versuchen, wieder als Buchhändlerin zu arbeiten.

Auf eigenen Beinen, ohne die Hilfe von Drogen, steht Anna wohl zum ersten Mal. Sie bezieht sich auf sich. Sie geht ihren Weg ohne ihre Mutter. Sie hat sich von vielem und aus vielen Abhängigkeiten befreit. Freiheit bedeutet wohl auch zu entscheiden, wie der eigene Lebensweg weitergehen soll. Anna wird alles dafür tun, ihre Träume zu verwirklichen.

Annas Epilog

Es ist nicht mehr wie früher
inzwischen bin ich erwachsen
meinen Gefühlen gewachsen
meiner Angst kann ich in die Augen sehen
manchmal bin ich sogar stark

Es ist nicht mehr wie früher
als ich mich in Kissen verkroch
und in der Ecke versteckte.
Ich bleib mit meinem Lachen und
mit meiner Wut an meinem Platz
und suche mir meine Wege.

Es ist nicht mehr wie früher
weil die Trauer nicht mehr am Rande steht und zusieht.
Ohne Träume leben
ist mir unmöglich
denn sie lassen mich spüren
was sein kann.

Annas Geschichte, ihre Prozeßanalyse und ihr Gedicht haben vieles deutlich gemacht, was auf dem abstinenteren Weg geschehen kann. Niemals passiert Gleiches. Jeder Patient und jede Patientin hat eine andere Geschichte, die sich in Kontakten, Begegnungen, Beziehungen und oft jahrelanger Bindung entfaltet.

Am Ende sind alle, die ihre Therapie abschließen, und die, die noch Zeit auf TAUWETTER vor sich haben, die TherapeutInnen und auch alle anderen MitarbeiterInnen, eben TAUWETTER, um eine gute Erinnerung, in diesem Fall die Erinnerung an Anna, reicher.

In mir schlummern viele Erinnerungen an schwere und gute Zeiten, Erfolge und Niederlagen, Höhen und Tiefen, Rückfälle und Wiederaufnahmen und an großes Engagement vieler Kollegen. Ich bin fast 22 Jahre Drogentherapeut. Meine Bilanz ist so, daß es ruhig noch einige Jahre auf TAUWETTER werden dürfen; nicht zuletzt auch wegen vieler KollegInnen, die hier im Raum sind, die vielleicht andere Konzepte favorisieren, jedoch, wie wir von TAUWETTER, ihr Bestes geben.

Abschließend möchte ich noch erwähnen, daß stationäre Drogen-

therapie auch umfassende medizinische Hilfe, gewaltige Schuldenregulierung, Freizeitgestaltung, Spiel und Sport ist.

Immer im Auge zu behalten, ist Hilfe zur Selbsthilfe, nicht zuletzt deswegen, weil keiner von uns DrogentherapeutInnen je selbst Heroin konsumiert hat. Insofern gibt es Bereiche und Themen, zu denen wir bei aller Empathie keinen Zugang haben, die Drogenabhängige unter sich kommunizieren müssen und nur für sich und gemeinsam bewältigen können.

PETZOLD, HILARION G.: *Integrative Therapie - Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*