

Verantwortungs- und Haftungsgründen ungeeignet sind,

● bei der Entwöhnung zumeist noch größere, vor allem aber länger dauernde Schwierigkeiten als Heroin bereitet.

Unverkennbar fehlen mithin entscheidende Voraussetzungen, um das in der Bundesrepublik anlaufende „Methadonprogramm“ als neu, risikoarm und wirklich erfolgversprechend einstufen zu können. Wenn trotz aller Gegenargumente und zumindest begrenzt bewährter Therapiemethoden nun auch hier keineswegs fundierte Entziehungs- und Entwöhnungskonzepte gefordert beziehungsweise befürwortet werden, so drängt sich der Gedanke auf, daß weniger objektive Sachverhalte, sondern eher ideologisch-dogmatische Erwägungen, politische oder Verwaltungsinteressen die ausschlaggebende Rolle spielen.

Dr. med. Gerhart Engelman, Knollenteichweg 17, 8670 Hof/Saale

Als individuelle Patienten ernstnehmen

... Dem Methadonkonzept wird vorgeworfen, die Grenze zwischen eigener und fremder Verantwortung nicht zu ziehen. Ich habe den Eindruck, es geht dem Verfasser aber nicht um Grenzziehung dort, wo sie angebracht ist, sondern um eine Grenzziehung, die so früh beginnt, daß sie Ausgrenzen bedeutet. Methadonsubstitution kann bedeuten, daß der Heroinabhängige erst einmal zur Ruhe kommt, eine Basis findet, von der aus es ihm überhaupt möglich wird, zu sich selbst zu finden. Und hier braucht er dann weitere Hilfe, zum Beispiel psychotherapeutische. Dabei gibt es dann noch genug Möglichkeiten und Notwendigkeiten, Grenzen zu ziehen, denn in der Tat ist es letztlich so, daß jeder die Verantwortung für sich selbst zu tragen hat. In der Hilfe für den Drogenabhängigen die

Grenze zwischen eigener und fremder Verantwortung zu ziehen, ist aber ungleich schwieriger, die wohlgemeinte doch bestimmte Grenzziehung in der persönlichen Beziehung wird aber erst zur wirklichen Hilfe. Diese Grenzziehung als Hilfe wird gerade unterlassen, wenn man von vornherein ausgrenzt, und so meines Erachtens vom Verfasser ganz falsch verstanden.

Man sollte sich mehr bemühen, den Drogenabhängigen als individuellen Patienten ernst zu nehmen. Zum Beispiel im Krankenhaus, wo ihn Infektionen oder andere Krankheiten immer wieder hinbringen. Methadonsubstitution als lustbetonten Entzug zu entstellen, führt aber nur dazu, die verhärtete Haltung gegenüber Drogenabhängigen zu festigen. Nicht der einzelne Patient und Mensch steht dann im Vordergrund, sondern seine Zugehörigkeit zu einer Gruppe, der man zeigen muß, daß ein Leben nach dem Lustprinzip nicht möglich ist. Sicher sind viele Vorurteile seitens des Pflegepersonals und der Ärzte gerade gegenüber drogenabhängigen Patienten im Krankenhaus aus schlechten Erfahrungen heraus entstanden. Aber diese Vorurteile führen dazu, sich gegenüber dem individuellen Patienten abzugrenzen, anstatt ihn ernst zu nehmen. Hier ist ein *circulus vitiosus* entstanden. Heroinabhängige Patienten sind auf ihre Art schwierige Patienten, aber dies gehört zu ihrer Suchtkrankheit dazu. Gerade für Heroinabhängige ist es wichtig, positive menschliche Erfahrungen zu machen.

Eine eigenartige Alternative ist auch die in dem Artikel favorisierte gleichmäßige Sedierung für die Entzugsbehandlung. Billig ist ferner das Argument, Rezeptorenblocker, die die Wirkung des Methadon nicht haben, würden nicht akzeptiert. Rezeptorenblocker wie Naloxon rufen kurzfristig Entzugssymptomatik hervor, das gilt als uner-

wünschte Nebenwirkung, und würden außerdem für eine Dauertherapie nicht den geringsten Sinn ergeben.

Methadon ist ein Faktor eines aus mehreren Faktoren bestehenden Konzepts. Es bedeutet eine längerfristige Therapie, gewonnene Zeit, die zur Resozialisierung genutzt werden kann, in der es möglich ist, ohne Heroin auszukommen und ohne all die Begleiterscheinungen wie die Selbstverstümmelung der Drogenabhängigen durch Eigeninjektionen oder die Drogenkriminalität.

Auch wenn Methadon zu euphorisieren vermag und selbst zur Sucht führt, ist dies allemal besser als Heroin und seine Begleit- und Folgeerscheinungen. Zur Argumentation von Prof. Dole muß man vielleicht bedenken, daß in der Gewöhnungsphase an Methadon nicht nur körperliche Adaptationsvorgänge ablaufen, sondern die Flucht in die Droge Heroin, die dadurch bewirkte totale Betäubung der Lebensangst wegfällt und die Probleme der eigenen Persönlichkeit plötzlich im Bewußtsein auftauchen. Auch dies kann zu massiver Verstimmung führen.

Lothar Müller, Arzt, Kleiststraße 33, 6000 Frankfurt

Schlußwort

Als wissenschaftlich denkender Mensch muß ich mich über scharfen Widerspruch freuen, wenn's auch schwer fällt. Ich denke, wir könnten uns aber einig werden, daß wir eine kritische Diskussion des ganzen Suchtproblems brauchen und daß diese Diskussion, weil wir in einer Gesellschaft mit vielfältigen Suchttendenzen leben (bis hin zur umweltzerstörenden Produktions- und Konsumtions-„Sucht“), für unser neues, besseres Deutschland einen nicht zu unterschätzenden grundlegenden Charakter hat. Wolfgang Schmidbauer sagte 1984, der *homo consumens* könne im Suchtkranken „wie in einem vergrößerten

Spiegel sein eigenes Bild sehen“.

Wir sollten nicht hinter amerikanischen Vorbildern, die zum Teil Mißbildungen sind, herlaufen. Es ist erfreulich, wenn Professor Kewitz mit selektierten Patienten bei offenbar intensivster Betreuung gute Erfahrungen macht, wegen oder trotz Methadonsubstitution. Nur: Der logische Sprung über den großen Teich, wo Kewitz glaubt, unter 90 000 Methadon-Usern 60 000 auszumachen, die „sozial voll integriert“ sind, erscheint mir allzu wunschbezügelt und allzu unbelastet vom Ballast des notwendigen Mißtrauens gegen die Interessenten der Methadon-Politik. Prof. Dole ist ja mit der Behauptung angetreten, er könne mit seinem Wunderstoff 80 Prozent aller Drogenkranken aus dem Sumpf und in die Drogenfreiheit ziehen. Inzwischen redet man schon gar nicht mehr von Abstinenz.

Bis heute liegt die Evaluation der Programme in den USA überwiegend in den Händen derjenigen, die sie propagierten und jetzt davon leben. Nur wenige wirklich sorgfältige Studien existieren; eine davon ist die von Preble und Miller von 1977, die einen ganzen Stadtbezirk genauestens erforschte: vor der Einführung des Methadons und dann zehn Jahre danach. Nach den zehn Jahren wirkte die ganze Wohnregion (ich übersetze in mein eigenes Deutsch) wie ein Geisterland, eine Mischung aus Dracula und Dornröschen, umdämmt, eingelullt und doch von Konvulsionen durchzuckt, unter der Decke von Methadon, Alkohol und Amphetaminen. Ein Zustand, den man mit sozialer Stabilisierung wohl kaum guten Gewissens gleichsetzen kann. Die von den Programmgestaltern ausgewiesenen Erfolgswahlen erwiesen sich zum Teil als bloß harmlos unrichtig, zum Teil aber auch als gefälscht.

Ich bin deshalb auch dagegen, daß wir unseren Staat auf ein völlig falsches Finan-

zierungsgeleise schieben, auf die von Kewitz vorgeschlagenen Schienen der Ersatzgift-Forschung. Sucht kann nicht durch irgendwelche Stoffzufuhr geheilt werden; das ist ja gerade ein Stück süchtiges Denken. Hinter der Sucht steht immer die defizitäre seelische Grundstruktur, die scheinbar, aber nur scheinbar, durch triebhaftes Inhalieren abgesättigt wird. Es bedarf vermehrter Prophylaxe, wirksamerer Repression und „gleichzeitig mehr lebenspraktischer Hilfen; dafür ist Geld zu mobilisieren. Gut kontrollierte Methadonforschung wie die von Professor Kewitz sollte gerade nicht auf die von ihm angedeutete Erwartung eines großen Marktes zielen, sondern eher die eigenen Hypothesen in Frage stellen: zum Beispiel die, daß gewisse Erfolge wirklich durch das beschriebene emsige „Titrieren“ von Opioidpegeln bewirkt wurden. Es gibt immerhin Forscher, die vermuten, daß man mit Methadon diejenigen Junkies „fördern“ kann, die durch eine richtige Therapie drogenfrei geworden wären. Vor allem aber muß verhindert werden, daß ohne weitere Diskussion die kontrollierten und eingegrenzten Programme ausufern in unkontrollierte und diffuse, die dazu noch (wie das in Lengerich klammheimlich eingeschlichene) völlig unnötig sind, weil die Entgiftung auch durch weniger gefährliche Stoffe gut abgedeckt werden kann.

Noch ein Wort zum Kollegen Fischer, der meine Äußerungen „zynisch-polemisch“ findet, weil ich zum Beispiel referiert habe, daß in Lengerich das „Aalen auf Wasserbetten“ hoch gepriesen wird. Ich würde die Abhängigen nicht als Menschen in ihrer Not sehen, sie als verantwortungslos und genußsüchtig zeichnen und dadurch zu ihrer Diffamierung in der Öffentlichkeit beitragen. Mir kommt das ein bißchen sonntagschulhaft vor. Man erfaßt das tiefste Wesen der Sucht erst, wenn man ihre innere

Destruktivität, ihre sozusagen todestriebartigen Elemente erfahren hat, und dazu gehört das Phänomen, daß Fixer häufig innerlich verfallen sind, berechnend und von einer sanften, aber eiskalten Fähigkeit erfüllt, sich über jede menschliche Bindung hinwegzusetzen. Die Subkultur, in der sie sich finden, ist die infernale Gemeinde der Beziehungslosen, der qualvoll nach ihrem Stoff gierenden Egoisten, die sich ständig gegenseitig verwunden wie die frierenden Stachelschweine Schopenhauers. Da bedarf es keiner „Ausgrenzung“, keiner „Stigmatisierung“, wie es die neuere Sozialromantik weiszumachen beliebt, im schönsten Einklang mit der schuldverlagernden Selbstverteidigungsideologie der Betroffenen. Freilich gibt es da auch das Potential der Umkehr, das aber gerade dort am ehesten aktiviert werden kann, wo das Verfallensein ohne Beschönigung ins Auge gefaßt wird. Und selbstverständlich gehört zur Suchttherapie der Glaube des Therapeuten an dieses Potential und das wunderbare Erlebnis, daß der umgedrehte süchtige Asoziale eigentlich immer dann der ganz besonders menschliche Mensch ist. Suchttherapie hat eben mit dem Paradoxon zu tun, das den (Ab-)Gründen innewohnt.

Heinz Knapp, Arzt, Am Grillopark 25, 4100 Duisburg 11

Anonym

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften. Sollte in einem besonderen Fall eine Zuschrift anonymisiert werden müssen, dann kommt die Redaktion einer entsprechenden Bitte nach – aber nur dann, wenn sie intern weiß, wer geschrieben hat. DA

Zusammensetzung: 1 Tablette CAPOZIDE® 25 (50) enthält: 25 (50) mg Captopril und 25 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Captopril, Thiazid-Diuretika und Sulfonamide, deutliche Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance \leq 60 ml/Min. und/oder Serum-Kreatinin $>$ 1,8 mg/100 ml), Glomerulonephritis, beidseitige Nierenarterienstenose oder Nierenarterienstenose bei einer Einzelnierne; Zustand nach Nierentransplantation, Aortenklappenstenose oder andere Ausflußbehinderungen, Autoimmun- oder Kollagenkrankheiten, z.B. Lupus erythematodes, Sklerodermie, besonders bei gleichzeitig eingeschränkter Nierenfunktion, und bei gleichzeitiger Einnahme von Immunsuppressiva, systemischen Corticoiden und Antimetaboliten. In diesen Fällen ist CAPOZIDE® nur nach besonders kritischer Nutzen-/Risiko-Abwägung anzuwenden. Das weiße Blutbild bzw. der Urinbefund (Proteinurie) sind sorgfältig zu überwachen. Schwere Leberfunktionsstörungen. Coma hepaticum. Therapieresistente Hypokaliämie: schwere Hyponatriämie und/oder ausgeprägte Dehydratation. Schwangerschaft und Stillzeit; primärer Hyperaldosteronismus. **Warnhinweise:** Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika, bei ausgeprägten Salz- und Flüssigkeitsverlusten, bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz unter den oben zitierten Umständen kann es bei Beginn der CAPOZIDE®-Therapie zu einem starken Blutdruckabfall kommen. Bei diesen Patienten sollten vor Beginn der Therapie die Diuretika abgesetzt oder deren Dosis stark reduziert und auch die Dosis von CAPOZIDE® reduziert werden, um dadurch das Risiko des Blutdruckabfalls zu mindern. Bei jedem Patienten mit Hypertonie oder Herzinsuffizienz muß vor Behandlungsbeginn die Nierenfunktion untersucht werden. Die Häufigkeit des Auftretens der meisten Nebenwirkungen unter CAPOZIDE® ist prinzipiell mit der Nierenfunktion verknüpft, da das Medikament renal ausgeschieden wird. Die Dosis sollte nicht über das absolut nötige Minimum hinausgehen und sollte bei Nierenkranken reduziert werden. Bei Patienten mit Nierenkrankungen müssen daher regelmäßig die entsprechenden Laborkontrollen durchgeführt werden. Die CAPOZIDE®-Behandlung soll abgebrochen werden bei therapieresistenter Entgleisung des Elektrolythaushaltes, orthostatischen Beschwerden, Überempfindlichkeitsreaktionen, starken gastrointestinalen Beschwerden, zentralnervösen Störungen, Pankreatitis, Blutbildveränderungen, bei akuter Cholezystitis, beim Auftreten einer Vaskulitis und Verschlimmerung einer bestehenden Myopie. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergischer Hautausschlag mit Jucken und Rötung, selten Nesselausschlag, zum Teil mit Fieber, gelegentlich Eosinophilie, in Einzelfällen mit positivem ANA-Titer, kutaner Vaskulitis; selten schwere Hautreaktionen; Photosensibilität; angioneurotisches Ödem (Zungen-, Glottisödem). Gelegentlich Abnahme, Veränderung oder vorübergehender Verlust der Geschmacksempfindung. Manchmal Aphthen, Mundtrockenheit, gastrointestinale Störungen. Gelegentlich vorübergehende Übelkeit, Oberbauchbeschwerden. In Ausnahmefällen Leberfunktionsstörungen mit sekundärer Cholestase, Pankreatitis möglich. Sehr selten Hustenreiz mit oder ohne trockenen Husten. Lungendem mit Schocksymptomatik in Einzelfällen, möglicherweise allergische Reaktion auf Hydrochlorothiazid. Bei vorbestehender Nierenkrankung Proteinurie möglich; in diesen Fällen daher vor Beginn und während der ersten 8 Monate der Behandlung monatliche Kontrolle (cave $>$ 1 g/Tag). Anstieg des Blutarnstoffs und des Serum-Kreatinins. Unter Behandlung mit CAPOZIDE®, besonders bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Kollagenkrankheiten oder Behandlung mit Immunsuppressiva oder Antimetaboliten, kann es sehr selten zu Leukopenie, in Extremfällen Panzytopenie, kommen. Die unter Thiazid-Diuretika manchmal auftretende Erhöhung von Blutzucker, Blutharnsäure und Blutfetten wurde unter CAPOZIDE® bisher nicht beobachtet. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Nierenkrankung kann in seltenen Fällen eine Störung des Flüssigkeits- oder Elektrolythaushalts auftreten. Die Anwendung von Hydrochlorothiazid kann bei länger dauernder Einnahme zu Elektrolytveränderungen, insbesondere zu einer Erniedrigung des Serum-Kaliums mit Muskel- und Wadenkrämpfen führen. Hohe Kochsalzzufuhr vermindert die blutdrucksenkende Wirkung von CAPOZIDE®. Bei vorangegangener intensiver Behandlung mit Diuretika oder bei renovaskulärem Hochdruck oder bei Herzinsuffizienz kann es innerhalb einer Stunde nach der ersten CAPOZIDE®-Gabe zu orthostatischen Kreislaufdysregulationen kommen. In Einzelfällen kann insbesondere bei vorbestehender koronarer Herzkrankheit oder Durchblutungsstörungen des Gehirns ein starker Blutdruckabfall zum Auftreten von Herz-Kreislauf-Komplikationen führen (z.B. Brustschmerz, Herzklopfen, Herzinfarkt, Schlaganfall). In Einzelfällen wurde eine Raynaud-Symptomatik verschlechtert. Begleiterscheinungen ohne gesicherten ursächlichen Zusammenhang: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, depressive Symptomatik, Atemnot, Parästhesien, Haarausfall, Impotenz, Muskelschmerz, verschwommenes Sehen. **Laborwerte:** Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie sowie Anstiege von Leberenzymen s.o. **Wechselwirkungen** mit anderen Mitteln und Dosierung sowie weitere Einzelheiten siehe Gebrauchsinformation. Neuere Arbeiten zeigen, daß die Captopril-Komponente in CAPOZIDE® den thiazidbedingten Stoffwechselstörungen entgegenwirkt oder diese sogar aufhebt. **Handelsformen und Preise:** CAPOZIDE® 25: OP mit 20 Tabletten (N1) = DM 40,95; 50 Tabletten (N2) = DM 88,-; 100 Tabletten (N3) = DM 160,95; CAPOZIDE® 50: OP mit 20 Tabletten (N1) = DM 59,25; 50 Tabletten (N2) = DM 130,85; 100 Tabletten (N3) = DM 247,05. von Heyden Pharma GmbH, Volkartstraße 83, 8000 München 19 - Bristol Arzneimittel, Niederlassung Troisdorf, der Bristol-Myers GmbH, 5210 Troisdorf. Stand: Mai 1990

