

### Editorial

Wien Klin Wochenschr (2006) 118/17–18: 505–507

DOI 10.1007/s00508-006-0669-z

© Springer-Verlag 2006

## Kokainkonsum: Die therapeutische Herausforderung durch diversifizierte Konsummuster

Nach dem weltweiten Verbot von Kokain Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts wurde Kokain zunächst nur selten konsumiert. Erst Ende der 60er Jahre nahm der Konsum in den USA erneut zu und gipfelte im Jahr 1985, wo circa jeder vierte junge Erwachsene Erfahrung mit Kokainkonsum angab [1]. Vor allem aber die Ausweitung des Konsums der rauchbaren Form des Kokains – Crack – in den Städten der USA führte zu der Initiierung des „War on Drugs“ zur Eindämmung der vermeintlichen Gefahr durch die Droge Kokain [2]. Diese politische Maßnahme führte zu einer deutlichen Reduktion des damaligen Konsums, nicht jedoch zu einer Reduktion des problematischen Konsums. Weiterhin führte diese Maßnahme bei den Lieferanten des Kokains aus Südamerika zu einer Ausweitung der Absatzmärkte und somit zu steigenden Lieferungen nach Europa.

In dem Zusammenhang wurde Ende der 90er Jahre ebenfalls eine Zunahme des Kokainkonsums in den verschiedenen europäischen Ländern verzeichnet. Trotz des befürchteten dramatischen Anstiegs des Kokainkonsums zeigen epidemiologische Daten, dass der Anteil der Jung-erwachsenen mit Kokainkonsumerfahrung (Lebenszeitprävalenz) zwar von Mitte der 90er Jahre bis 2005 sich in etwa verdoppelt hat, jedoch weit hinter den Erfahrungen der USA bleibt: So gibt in Großbritannien und Spanien in etwa jeder zehnte, in Deutschland, Italien und den Niederlanden jeder zwanzigste und in den meisten anderen europäischen Ländern nur jeder fünfzigste bis hundertste Erfahrung mit Kokain an [3].

Die Kokainkonsummuster unterscheiden sich gewaltig und geben Aufschluss, warum ein geringer Anteil den Konsum nicht ausreichend kontrollieren kann und Probleme damit entwickelt. Die verschiedenen Konsummuster beziehen sich einerseits auf die Frequenz und Menge des Konsums von Kokain und auch anderen Substanzen, andererseits auf die Applikationsform und die sozialen Umstände.

Bei der Applikationsform wird im Prinzip zwischen drei verschiedenen Formen unterschieden: schniefen, spritzen und rauchen. Geschnief wird Kokainpulver, gespritzt wird vor allem aufgelöstes Kokainpulver, zunehmend jedoch auch aufgelöstes Crack [4, 5], geraucht wird vor allem Crack. Kokainpulver kann auch in Form von Kokaretten geraucht werden, erfolgt jedoch nur sehr selten bei denjenigen, die aufgrund des Schniefen Probleme mit der Nasenschleimhaut entwickeln [6].

Die Applikationsform korreliert mit dem Anteil derjenigen mit einem problematischen Konsum: Bei geschniefen Kokain ist der Anteil derjenigen, die sozial integriert sind und nur unregelmäßig konsumieren, eher hoch und der Anteil derjenigen mit einem problematischen Konsum eher niedrig, während dieses Verhältnis sich bei Kokainmustern mit vor allem injiziertem Kokain und erst recht bei gerauchtem Crack sich umkehrt [7]. Zwischen den beiden problematischeren Konsummustern – Kokain injizieren und Crack rauchen – zeigen sich weiterhin Unterschiede in der sozialen Integration als auch in dem Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen: Kokain injizieren vor allem diejenigen, die ebenfalls opiatabhängig sind und wiederum größtenteils Erfahrung mit dem Drogenhilfesystem haben, während unter den Crackrauchern eher jüngere Menschen mit einem multiplen Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen, die sozial marginalisiert sind und bisher kaum Erfahrung mit dem Drogenhilfesystem haben, zu finden sind [7]. Das Crackrauchen ist aber nicht in allen europäischen Ländern verbreitet; wie die Arbeit von Bäwert et al. in dieser Ausgabe der *Wiener klinischen Wochenschrift* zeigt, gibt es z.B. in Wien nur wenige Crackraucher [8]. Ein wichtiges Konsummuster bei denjenigen Kokainkonsumenten, die opiatabhängig sind und weiterhin Heroin intravenös konsumieren, ist die kombinierte Einnahme von Heroin und Kokain in einer Spritze, welches auch „speedball“ genannt wird, verbreitet [9]. Hierbei werden zwei Ziele verfolgt: einerseits wird durch den Zusatz von Kokain die sedierende Wirkung von Heroin aufgehoben, andererseits wird die depressive Nachschwankung nach der initial euphorisierenden Wirkung des Kokains durch die gewünschte Heroinwirkung „ersetzt“.

Kokain wird nur selten als alleinige Substanz konsumiert – fast alle konsumieren zusätzlich eine andere psychoaktive Substanz [7, 8]. Dabei spielen vor allem Alkohol, Cannabis und Opiate eine wichtige Rolle. Von entscheidender Bedeutung auch für Ansätze in der Behandlung ist die Beurteilung, ob eine Abhängigkeit von einer der anderen Substanzen besteht. Bei sozial integrierten Kokainkonsumenten ist ein besonderer Fokus auf eine eventuelle Alkoholproblematik von Bedeutung [10], während bei sozial marginalisierten Kokainkonsumenten eine hohe Korrelation mit einer Opiatabhängigkeit besteht [11], wie auch in dem Artikel von Bäwert et al. in dieser Ausgabe dargestellt wird. Ein Großteil der Crackkonsum-

menten hat entweder schon vor dem erstmaligen Konsum von Crack Heroin konsumiert oder diesen Heroinkonsum nach Beginn des Crackkonsums initiiert [12, 13]. Bei Opiatabhängigen in einer Substitutionsbehandlung wird angenommen, dass Kokain eingesetzt wird, um die sedierende Wirkung des Methadons zu entgegenen.

Kokainkonsumenten sind zu zwei Drittel männlich und mehrheitlich zwischen 20 und 29 Jahre alt [14]. Kokainkonsumentinnen sind etwas jünger und sozial schwächer als männliche Konsumenten [15]. Frauen, die eine Behandlung wegen Kokainkonsum aufsuchen, haben eher eine weitere psychische Problematik als Männer, wobei die Behandlung genauso erfolgreich verläuft [16].

Die soziale Situation der Kokainkonsumenten reflektiert größtenteils die Konsummuster: Obwohl in allen sozialen Schichten Kokain konsumiert wird, wird in der oberen und mittleren Schicht eher Kokainpulver geschneift und in der unteren sozialen Schicht Crack geraucht [2]. In diesem Kontext wird weiterhin ein stärkerer Zusammenhang zwischen Crackkonsum und Aggressivität, Obdachlosigkeit und Arbeitslosigkeit gesehen als mit dem Konsum von Kokainpulver. Weiterhin besteht auch ein stärkerer Zusammenhang zwischen Crackkonsum und ethnischen Minderheiten, der sich aber weitestgehend über die soziale Schicht erklären lässt [17]. Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Gebrauch von Kokain sich sozial diversifiziert und mittlerweile in allen sozialen Schichten und Subgruppen zu finden ist, während der Konsum von Crack sich immer weiter einschränkt auf die Drogenkonsumenten, die sonst auch mit Heroinkonsum in Verbindung gebracht werden [18,19].

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Beurteilung der sozialen Situation ist die Belastung aufgrund von kriminellen Delikten. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Ausmaß von Verurteilungen und jüngeren, unverheirateten, arbeitslosen Menschen mit einem niedrigem Bildungsstand [20]. Das Ausmaß der Gewalt in der offenen Drogenszene hat außerdem seit der Einführung von Crack in Europa zugenommen [21].

Die begleitenden gesundheitlichen Umstände sind in den meisten Fällen der Grund für das Aufsuchen einer Behandlung wegen Kokainkonsums, nicht jedoch die mögliche Kokainabhängigkeit selber. Eine Reihe von körperlichen Beschwerden werden im Zusammenhang mit Kokainkonsum beschrieben, wobei ein kausaler Zusammenhang alleine mit dem Kokainkonsum nicht immer gegeben ist und diese Beschwerden insgesamt eher selten vorkommen [22]. Die wichtigsten Komplikationen betreffen das kardiovaskuläre System aufgrund der gefäßverengenden Wirkung des Kokains, welches im schlimmsten Fall mit einem Herzinfarkt einhergehen kann, als auch das zentralnervöse System mit epileptischen Anfällen. Bei Schwangeren besteht die Gefahr von Schwangerschaftskomplikationen bis hin zum Abort [23], aber eine zunächst diskutierte teratogene Wirkung von Kokain wird mittlerweile als nicht wissenschaftlich nachweisbar abgestritten [24]. Alkoholkonsum spielt bei Kokainkonsumenten eine erhebliche Rolle und ist somit für verschiedene gesundheitliche Probleme mitverantwortlich [25]. Hierbei ist die bei gemeinsamen Konsum von Kokain und Alkohol entstehende Abbausubstanz Kokaethylen wesentlich toxischer als Kokain oder Alkohol alleine [26].

Sehr häufig besteht neben der Kokainproblematik auch eine andere psychische Störung, die möglicherweise auch als Ursache für den Kokainkonsum (im Sinne einer „Selbstmedikation“) verstanden werden kann. Eine solche Komorbidität ist häufiger bei Kokainabhängigen als bei Alkohol- oder Opiatabhängigen [27]. Am häufigsten werden neben den schon beschriebenen Alkoholproblemen vor allem Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADHS) und Depressionen beschrieben. Die Intensität des Kokainkonsums korreliert mit dem Ausmaß der psychischen Problematik [28].

Der Anstieg des Kokainkonsums geht mit einem Anstieg des Behandlungsbedarfs für Kokainkonsumenten einher. Als effektiv haben sich vor allem die Psychotherapie und andere psychosoziale Maßnahmen erwiesen [29], wobei spezifiziertere Angebote für unterschiedliche Konsumentengruppen – wie z.B. eine genderspezifische Sichtweise – wichtig für eine adäquate Versorgung ist [30]. Hier besteht in weiten Teilen Bedarf an weiterer Forschung [9]. Die bisher sehr begrenzten pharmakologischen Möglichkeiten haben einerseits zu vielen Studien mit verschiedenen psychoaktiven Substanzen geführt, ohne dass sich daraus ein goldener Standard herauskristallisiert hat [30]. Eine besondere Herausforderung bleibt die Optimierung der Substitutionsbehandlung bei Heroinabhängigen mit zusätzlichem Kokainkonsum [32]. Zukunftsweisend erscheint die Entwicklung einer aktiven Immunisierung, wo Antikörper gegen das Kokainmolekül den Betroffenen gespritzt werden und diese über einen Zeitraum von mehreren Wochen Kokain inaktivieren [33]. Diese Form der Behandlung befindet sich jedoch noch in der Entwicklung und es bleibt daher abzuwarten, inwieweit sie flächendeckend und mit Erfolg eingeführt werden kann.

*Christian Haasen und Katja Thane*

## Literatur

1. Platt JJ (1997) Cocaine addiction: theory, research, and treatment. Harvard University Press, Cambridge MA
2. Reinarman C, Levine H (eds) (1997) Crack in America. Demon drugs and social justice. Univ. of California Press, Berkeley Los Angeles
3. Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H, Rehm J, Guttinger F, et al (2004) Cocaine use in Europe – a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates. *Eur Addict Res* 10 (4): 139–146
4. Stöver H (2001) Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. BISDRO, Bremen
5. Buchanan D, Tooze JA, Shaw S, Kinzly M, Heimer R, et al (2006) Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of „crack“ cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. *Drug Alcohol Depend* 81 (3): 221–229
6. Haasen C, Prinzleve M, Reimer J, Krausz M (2003) Smoking cocarettes: a less harmful alternative of cocaine use? *Eur Addict Res* 9 (4): 188–189
7. Prinzleve M, Haasen C, Zurhold H, Matali JL, Bruguera E, et al (2004) Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups. *Eur Addict Res* 10 (4): 147–155

8. Bäwert A, Primus N, Jagsch R, Eder H, Zanki M, et al (2006) Kokainmissbrauch in Wien und in europäischen Metropolen – eine multizentrische Studie. *Wien Klin Wochenschr* 118 (17–18): 521–530
9. Verthein U, Haasen C, Prinzleve M, Degkwitz P, Krausz M (2001) Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *Eur Addict Res* 7 (4): 176–183
10. Williams H, Dratcu L, Taylor R, Roberts M, Oyefeso A (1998) “Saturday night fever”: ecstasy related problems in a London accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 15 (5): 322–326
11. Leri F, Stewart J, Fischer B, Jurgen R, Marsh DC, et al (2005) Patterns of opioid and cocaine co-use: a descriptive study in a Canadian sample of untreated opioid-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol* 13 (4): 303–310
12. Beswick T, Best D, Rees S, Coomber R, Gossop M, et al (2001) Multiple drug use: patterns and practices of heroin and crack use in a population of opiate addicts in treatment. *Drug Alcohol Rev* 20 (2): 201–204
13. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T (2002) Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4–5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend* 66 (1): 21–28
14. Aust R, Sharp C, Goulden C (2002) Prevalence of drug use: key findings from the 2001/2002 British Crime Survey. Home Office, London
15. Powis B, Gossop M, Bury G, Payne K, Griffiths P (2000) Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug Alcohol Rev* 19 (2): 171–180
16. Stewart D, Gossop M, Marsden J, Kidd T, Treacy S (2003) Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Rev* 22 (1): 35–41
17. EMCDDA (2005) Annual Report 2005. The state of the drugs problem in Europe. EMCDDA, Lisbon
18. Pearson G (2001) Normal drug use: ethnographic fieldwork among an adult network of recreational drug users in inner London. *Substance Use and Misuse* 36 (1&2): 167–200
19. Ramsay M, Baker P, Goulden C, Sharp C, Sondhi A (2001) Drug misuse declared in 2000: results from the British Crime Survey. Home Office Research. Development and Statistics Directorate, London
20. Rush BR, Wild TC (2003) Substance abuse treatment and pressures from the criminal justice system: data from a provincial client monitoring system. *Addiction* 98 (8): 1119–1128
21. Brain K, Parker H, Bottomley T (1998) Evolving crack cocaine careers: new users, quitters and long term combination drug users in NW England. University of Manchester, Manchester
22. Haasen C, Krausz M (2001) Myths versus evidence with respect to cocaine and crack: learning from the US experience. *European Addiction Research* 7: 159–160
23. Mooney EE, Boggess KA, Herbert WN, Layfield LJ (1998) Placental pathology in patients using cocaine: an observational study. *Obstet Gynecol* 91 (6): 925–929
24. Frank DA, Augustyn M, Knight WG, Pell T, Zuckerman B (2001) Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. *Jama* 285 (12): 1613–1625
25. Gossop M, Manning V, Ridge G (2006) Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol* 41 (2): 121–125
26. Karan LD, Haller DL, Schnoll SH (1998) Cocaine and stimulants. In: Francis RJ, Miller SI (eds) *Clinical textbook of addictive disorders*. Guilford Press, New York London
27. Welsch K, Sonntag D, Kraus L (2005) Kokainabhängige in ambulanter Behandlung: Charakteristik, Diagnose und Behandlungsvorgeschichte. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 7 (3): 205–211
28. Haasen C, Prinzleve M, Gossop M, Fischer G, Casas M (2005) Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry* 4 (3): 173–176
29. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, et al (1999) Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 56 (6): 493–502
30. Bäwert A, Fischer G (2005) Suchtkrank – wer nicht? *Wien Med Wochenschr* 155 (23–24): 549–561
31. Wiesbeck GA, Dursteler-Macfarland K (2006) Neue Entwicklungen in der Pharmakotherapie der Kokainabhängigkeit. *Nervenarzt* Jan 20 [Epub ahead of print]
32. Ortner R, Peternell A, Kraigher D, Schindler S, Topitz A, et al (2001) Kokainmissbrauch unter der Erhaltungstherapie mit Methadon bei opioidabhängigen PatientInnen. *Wien Klin Wochenschr* 113 (23–24): 934–938
33. Martell BA, Mitchell E, Poling J, Gonsai K, Kosten TR (2005) Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence. *Biol Psychiatry* 58 (2): 158–164

Korrespondenz: PD Dr. Christian Haasen, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland, E-mail: haasen@uke.uni-hamburg.de