



*Therapie der
Kokain-
abhängigkeit*

– Fachtagung –

17./18. September 1996
Winterberg

Forum Sucht
Band 15

ISSN 0942-2382

GESUNDHEITSABTEILUNG



Landschaftsverband
Westfalen-Lippe

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Hörsterplatz 4
48133 Münster

1. Auflage
1. - 2.000

Münster 1997

Therapie der Kokainabhängigkeit

- Fachtagung -

17./18. September 1996
Winterberg

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Zur Pharmakologie des Kokainismus	5 - 12
Dr. Frank Löhner, Rieden/Eifel	
Internationaler Stand der Forschung zum Kokainismus in Europa	13 - 28
Prof. Dr. Wolfgang Heckmann, Magdeburg	
Kokainkonsummuster am Beispiel einer Amsterdamer Studie	29 - 50
Dr. Peter Cohen, Amsterdam	
Kokaingebrauch in Deutschland	51 - 56
(Welche Gruppen sind User? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Therapie?) Dr. Frank Löhner, Rieden/Eifel	
Vorstellung des Projektes "Kokaintherapie"	57 - 66
Wolfgang Götz, Berlin	
Hinter- und Beweggründe zu einem geplanten Kokainprojekt	67 - 74
Gerhard Eckstein, München	
10 Jahre Kokaintherapie im ambulanten Setting - Eine Rotterdamer Studie	75 - 79
Rob van Meerten, Rotterdam	

Vorwort

Im Oktober 1990 führte die Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung eine Fachtagung mit dem Thema "Koka-Kokain-Koks - kein Schnee von gestern!" durch. Schon damals war deutlich, daß der Kokainkonsum ein ernst zunehmendes Problem darstellt. Inzwischen haben auch prominente münchener Fälle erneut eindrucksvoll gezeigt, daß Kokain nicht länger als harmlose Leistungsdroge angesehen werden kann. Die Verbilligung des Stoffes hat zu einer weiteren Verbreitung beigetragen.

Nach den neuesten Zahlen aus der Ebisstatistik ist die Anzahl der Klienten in ambulanten Beratungsstellen mit der Einzeldiagnose "Kokainabhängigkeit" allein von 1994 bis 1996 um 64,5 % gestiegen. Über 50 % der Betroffenen haben einen Hauptschulabschluß.

In Beratungsstellen fehlt es oft noch an Erfahrung im Umgang mit den damit verbundenen spezifischen Problemen.

Die in dieser Dokumentation veröffentlichten Beiträge der Fachtagung "Therapie der Kokainab-

hängigkeit" informieren über den aktuellen Stand der europäischen Kokainforschung. Von den besonderen Wirkmechanismen des Kokain werden Folgerungen für die Praxis aufgezeigt. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Vorstellung konkreter Praxisprojekte, die inzwischen auf erste Erfahrungen zurückblicken können.

Wir freuen uns, Ihnen heute die auf der Tagung mit großem Interesse aufgenommenen Beiträge zur Unterstützung ihrer praktischen Arbeit schriftlich vorlegen zu können.

*Dr. W. Pittrich
Landesrat*

Zur Pharmakologie des Kokainismus

Dr. med. Frank Löhner

Arzt für Psychiatrie

Leiter der Klinik am Waldsee, Ltd. Arzt

D - 56745 Rieden

Inhalt

- I. Geschichte
- II. Molekül
- III. Bemerkungen zur Pharmakokinetik
- IV. Wirkungen auf das cardio-vasculäre System
- V. Lokalanästhetische Wirkung
- VI. ZNS-Wirkung

Geschichte und Pharmakologie

Cocain hat sich von einer nur bei Randgruppen genutzten Droge zu einem weltweiten gesellschaftlichen Problem entwickelt. Die Vereinigten Staaten von Amerika sehen sich einer Drogenepidemie unvorhergesehenen und bisher unbekanntem Ausmaßes gegenüber (GOLD, MS. 1993). Auch in Europa ist der Konsum von Cocain zu einer Alltäglichkeit geworden, der alle Schichten und Arten der "scene" umfaßt (ARNAO, G. 1993). Ein rapider Preisverfall führte zu einer noch vor Jahren unerwarteten Er-schwinglichkeit des Konsums.

Die in Ausmaß und Schnelligkeit unerwartete Ver-breitung des Cocains in Europa muß uns zu einer konsequenten Auseinandersetzung mit dem Stoff und seinem Mißbrauch, letztlich auch mit den Mißbrauchenden, zwingen. Der Logik naturwissen-schaftlicher Betrachtung folgend, will ich mich zunächst mit der Substanz, ihrer Chemie und Verar-beitung im Organismus, sowie mit der Geschichte ih-res Konsumes, beschäftigen.

I. Geschichte

Cocain ist ein Naturprodukt, also eine "Droge" im pharmakologischen Sinn des Wortes. Es kann aus den Blättern des Coca-Strauches, *Erythroxylon coca*, der in Südamerika beheimatet ist, gewonnen werden.

Die Nutzung des Coca-Strauches zu chirurgischen / kultischen Zwecken reicht zurück bis in vorchristliche Zeit. Es gibt Evidenz dafür, daß zumindest 2.500 v.Chr. Coca zu kultischen Zwecken genutzt wurde. Um 1.500 v.Chr. scheint eine Coca-Tinktur bekannt gewesen zu sein. Während diese vorge-schichtliche Episode der Cocainkultur nur archaeo-logisch analysierbar ist, gibt es historische Zeugnisse für die Verwendung der Droge in der Inka-Peri-ode (13.-16. Jh.). Coca wurde hier als Gabe des ersten Inka angesehen und verwandt, um Trance-Zustände zu erreichen und um meditative Übungen zu vollziehen. Neben der kultischen Anwendung wurden Kokainblätter von Minenarbeitern und Lastenträgern konsumiert. Es scheint, daß die geforderten körperlichen Höchstanstrengungen unter hypoxämischen Umgebungsbedingungen durch diesen Vorgang positiv beeinflussbar waren. Wegen der metaphysischen Bedeutung versuchten die spanischen Konquistadores zunächst, den Kokainkonsum zu unterbinden. Diese religiös begründete und einer non-Fraternisierungspolitik folgende

Maßnahme wurde durch eigenen Konsum jedoch rasch konterkariert. Bei Kokainkonsum durch Kau-en werden geringe, aber stabile Wirkspiegel er-reicht. Durch Konsum von ca. 60 gr. Blättern pro Tag werden - verteilt über 24 h - maximal 300 mg oral aufgenommen. Bei dieser Dosierung kommt es nicht zu zentralnervösen Begleiterscheinungen. Abhängigkeiten sind daher aus dieser Periode des Konsums nicht bekannt. Der Konsum scheint auch nur im Hochgebirge vorgenommen worden zu sein. Es ist nicht beschrieben, daß z.B. weiße Er-oberer ihn nach Rückkehr in moderate Umge-bungsbedingungen fortgesetzt hätten. Wohl stellt sich eine kutane Vasokonstriktion und eine zentra-le Mehrdurchblutung ein, ein Effekt, der unter kal-ten Höhenbedingungen ggf. überlebensnötig ist und gleichzeitig die körperliche Leistungsfähigkeit erhält. (BRAIN et al.)

1859 wurde in Deutschland von Albert NIEMANN erstmals das Cocain- Alkaloid aus den Blättern ge-wonnen. (MERIGAN, KS. et al 1988) Rasch ver-breitete sich unter Naturwissenschaftlern und Me-diziniern - wir befinden uns in einer medizinischen Ära, in der dem Selbstversuch ein hoher Stellen-wert beizumessen ist - der Ruf von dem Wunder-stoff, der Müdigkeit vertreibt und Wachheit erzeu-ge. Der junge Sigmund Freud - geltungssüchtig und auf der Suche nach gehöriger Finanzkraft - wandte Cocain im Selbstversuch an und publizier-te 1884 seinen berühmten Aufsatz "Über Coca", in dem er die Anwendung empfahl bei Depressionen, Abgespanntheit, zum Morphinentzug, bei Alkoholi-smus und Verdauungsbeschwerden, sowie bei Asthma. So gab er auch dem nach einer Amputati-on unter einem massiven Schmerzsyndrom leiden- den Freund und Kollegen Dr. Ernst von Fleisch-Marxow Cocain-Injektionen, doch von Fleischl benötigte immer höhere Dosen, entwickelte schließlich eine paranoide Psychose und "became quickly unmanageable", wie meine US-amerikani-sche Quelle freundlich umschreibt (GOLD, MARK S., S.14). Es dürfte sich um die erste dokumentier-te Cocain-Psychose gehandelt haben.

Ende des letzten Jahrhunderts kam es zu einer ty-pisch positivistischen Cocain-Euphorie in Europa und US-Amerika. Größte Absurditäten wurden möglich. In Korsika wurde ein cocainhaltiger Wein produziert "zum Schutze vor der Malaria", die re-nommierte Firma Park Davis soll in ihrer Kette co-cainhaltiger Substanzen sogar Coca-Zigaretten zur Bekämpfung der Katarrhs angeboten haben. Das Kultgetränk Coca-Cola hat nicht alleine den Namen von der Droge erhalten. Zwischen 1886 und 1906 enthielt es Cocain. (KAHN, EJ. 1960).

Ab 1880 häuften sich Berichte über unerwünschte Wirkungen, psychotische Dekompensationen und unerwartete Todesfälle. Cocain geriet in Verruf. Die (Un-)Sitte, Cocain den Nahrungsbestandteilen beizumischen, führte zu einer ersten legislativen Reaktion mit dem Amerikanischen "Pure Drug and Food Act" von 1906, einem Gesetz, das den Produzenten von Lebensmitteln die Deklaration der Ingredientien zwingend vorschreibt. Als Reaktion auf diese Maßnahme - Cocain war immer noch verschreibungsfähig! - entwickelte sich ein erster Schwarzmarkt mit Hauptlokalisierung in New York und einem phänomenalen Preis von 25 Cent für 65-130 mg. Das Problem war damit eingedämmt, aber nicht gelöst. Um nicht in die Verschreibungsfreiheit der Ärzte eingreifen zu müssen, verfiel man auf eine glänzende, eben typisch amerikanische Idee: man stellte mit dem Harrison-Act von 1914 schlichtweg Cocain - und eine Reihe anderer Drogen - unter starke Steuern und hoffte, auf diese Weise den Markt regulieren zu können. Tatsächlich ging der Cocain-Konsum dramatisch zurück.

In den späten 60-er, Anfang 70-er Jahren begann eine neue Cocain-Welle zunächst in den Vereinigten Staaten von Amerika, die Ende der 80-er Jahre in großem Umfang auf den Kontinent überschwappte. Zu Beginn meiner Tätigkeit in der Entgiftung in der Psychiatrie belief sich in Aachen der Straßenpreis für 1 gr. Cocain auf ca. 200,- DM. Heute kann man die nämliche Menge von ca. dreifach besserer Reinheit für etwa 40,- DM erwerben. In den späten 60-er Jahren begann der Konsum von Rauschmitteln, zunächst von Cannabinoiden, zur obligaten Lebenskultur der Protestbewegung zu gehören. Cocain wurde zu einer - zumeist nasal applizierten - "Partydroge" (MUSTO 1991), entwickelte sich zu einer Droge der geistigen und ökonomischen Elite. Die wissenschaftlichen Quellen der Zeit ignorieren sowohl die Suchtpotenz wie Folgeerkrankungen der Droge. GRINSPOON und BAKALAR konnten noch 1980 weitgehend unwidersprochen in einem Lehrbuch über Abhängigkeitserkrankungen formulieren:

"Used no more than two or three times a week, cocaine creates no serious problems. In daily large amounts, it can produce minor psychological disturbances. Chronic cocaine abuse usually does not appear as a medical problem."

"Der Gebrauch von Cocain zwei- bis dreimal die Woche bereitet keine ernsthaften Probleme. In täglichen und besonders höheren Mengen kann es leichtere psychologische Probleme bereiten. Cocain Konsum führt normalerweise nicht zu medizinischen Problemen."

GRINSPOON & BAKALAR 1980

Beginn bis Mitte der 80-er Jahre veränderten sich Applikationsform und Image der Droge. Neben die nasale Applikation ("sniefing") trat - zunächst in den USA, später auf dem Kontinent - der Gebrauch durch eine mit starker Base versetzte Ware (freebased coca). Mitte der 80-er wurde dann Crack geraucht oder gespritzt. Crack hat den deutschen Markt nach eigenen Recherchen bisher nur in zwei größeren Bezirken aufbrechen können: Abhängige aus Hamburg und Frankfurt berichten regelmäßig von Crack-Konsum. Bei anderen lokalen "scenen" bleibt Crack eine Ausnahme. Die jüngste Entwicklung aus der Drogenküche, "Ice", wird in Abhängigkeitskreisen gerne als Derivat des Cocains angesehen. Chemisch handelt es sich um ein Amphetamin.

II. Molekül

Das Cocain ist pharmakologisch die Muttersubstanz der Lokalanaesthetika. Es ist ein Benzoesäureester. Für die lokalanaesthetische Wirkung des Moleküles ist seine Polarität bedeutsam: ein lipophiler Aromat ist über eine Esterbindung an eine hydrophile Amingruppe angebunden.

Das Cocainmolekül entfaltet vielfältige pharmakologische Wirkungen, die im Einzelnen noch nicht ausreichend bekannt sind: Wir können unterscheiden:

- lokalanaesthetisierende Wirkungen
- zentralnervöse Wirkungen
- vasokonstringierende Wirkungen

Es ist möglich, oder sogar wahrscheinlich, daß Teile dieser Wirkungen, die wir z.T. nur als Auswirkung beschreiben können, auf gemeinsame Endstrecken zurückgeführt werden können, doch sind die Erkenntnisse bisher noch nicht ausreichend, um diese These untermauern zu können. Ferner ist die Wirkung des Moleküles abhängig von Konzentration und Begleitmedikation.

III. Bemerkungen zur Pharmakokinetik

Wirkung und Nebenwirkung des Cocains sind wesentlich von der Pharmakokinetik bestimmt. Diese richtet sich wesentlich nach der Art der Aufnahme und der Zubereitung der Substanz, also nach Applikationsform und Galenik. Sie ist ferner wesentlich bestimmt durch die Elimination, die zunächst von den Variablen der Plasmaeiweißbindung und dem

enzymatischen Abbau bestimmt ist. Wir müssen uns diesen Parametern jetzt separiert zuwenden.

Bei der Beurteilung der Pharmakokinetik der Substanz ist die Frage der Resorption wesentlich bestimmt durch die Applikationsart.

Als wichtige Applikationsformen möchte ich verweisen auf:

- die oral-viscerale Aufnahme durch Kauen (klassisch/historischer Konsum)
- die nasal-lokale Applikationsform ("sniefing")
- die oral-viscerale Aufnahme durch Tabletten oder den Packing- Unfall
- die parenterale Applikation durch i.v. Injektion, das "Fixen".

Bei der oral-visceralen Aufnahme durch Kauen der Kakoinblätter wird die Cocainsubstanz erst nach mechanischer Zerkleinerung des Blattes ausgewaschen. Bei einem Substanzgehalt von 0,5 - 2,5% der Grünmasse werden zu einer wirksamen Dosis erhebliche Blattmengen benötigt. Die Aufnahme geschieht langsam und stetig.

Bei der nasalen Applikation der Cocainbase kommt es zu einer deutlich rascheren Substanzaufnahme, wobei psychotrope Effekte auftreten können. Diese Anflutungsphase dauert ca. 15 Minuten an. Gleichzeitig entfaltet sich jedoch am Applikationsort die vasokonstringierende Wirkung des Cocains. Die lokale Durchblutung sinkt und damit die Neuaufnahme von Substanz aus dem nasalen Depot. Nach einer kurzen Anflutungsphase ebbt die Substanzneuaufnahme dann deutlich ab. Die nasale Applikation beinhaltet also eine negative Rückkopplung, die vor Überdosierungen endogen schützt. Sie gilt in der "scene" daher auch als sicherer Weg. (WILKINSON, P. 1980) Sie führt jedoch auch zu erheblichen Konsequenzen. Bei regelmäßigem Gebrauch treten dystrophische Störungen am Applikationsort auf, die neben Ulcerationen vor allem zu Geruchs- und Geschmacksveränderungen führen. Dem Kliniker fällt hier auf, daß illegal Drogenabhängige, besonders Cocain-User, als Köche nicht zu gebrauchen sind: Läßt man sie würzen, ist die Suppe versalzen und das Fleisch verpfeffert. Ursächlich mag hier die lokal cutane Veränderung sein, die durch Cocaingebrauch ausgelöst wird. Eine systematische Erhebung zu diesem Thema ist mir nicht bekannt.

Die orale Aufnahme der Cocainbase ist in der "scene" eher unüblich. Sie stellt jedoch die neben der

parenteralen Applikation größten Anforderungen an die Notfallmedizin. Regelmäßig kommt es - trotz der sonographisch inzwischen vervollkommenen Nachweismethoden - zum Nachweis von Body-Pack-Verhalten. Damit wird der usus umschrieben, daß Drogenkuriere Material oral, rectal oder vaginal deponieren und so transportieren. Als Verpackungsmaterialien bieten sich insbesondere Kondome und andere Plastikbeutel an. Die Verpackung, die improvisiert ist, ist bei dem Transport erheblichen Belastungen ausgesetzt, besonders bei oraler Aufnahme. Immer wieder geschieht es, daß die Verpackungshüllen reißen und Substanz freisetzen, die dann zu Intoxikationen führt. In Deutschland ist ein eindrucksvoller Fall von JOHN und Mitarbeitern (1992) veröffentlicht worden, in dem ein psychotisch exacerbierter Patient plötzlich auch epileptische Anfälle und pectanginöse Symptome entwickelte. Es mußten notfallaparotomisch 78 Pakete Cocain im Gesamtgewicht von 650g (!!) entfernt werden. Beim Body-Pack können also durchaus toxikologisch relevante Dosen aufgenommen werden.

Seit Mitte der 80-er Jahre wird der Konsum des "freebased coca" häufiger. Dabei wird Cocainware in Wasser aufgelöst und mit starken Laugen, z.B. NaHCO₃ versetzt. Es entsteht ein Präzipitat, das man auswäscht und mit Äther auflöst. Den Äther läßt man abdunsten und es entsteht eine sehr reine Cocainbase. Diese sehr reine Cocainbase ist mit einem niedrigen Schmelzpunkt ausgestattet, der es erlaubt, sie zu Tabak oder in der Wasserpfeife zu rauchen oder intravenös zu konsumieren. Das Produkt (Scenenamen: "crack") hat in den Vereinigten Staaten zu einer spürbaren Zunahme von cocainassozierten Notfällen geführt. (DERLET, RW. 1989).

Die meisten vitalen Bedrohungen finden sich nach intravenöser Aufnahme der Substanz. Zumeist kommt es zu cardio-vasculären Komplikationen, die bis zum coronaren Infarkt reichen können. Aus dem eigenen Fallgut möchte ich mitteilen, daß insbesondere 10-15 Minuten nach der intravenösen Aufnahme eine vulnerable Phase zu beobachten ist. Paralleler Gebrauch von analgesierenden Substanzen, insbesondere eine gemischte Aufnahme von Cocain und Morphinabkömmlingen, führt auch bei jungen Patienten zu nicht schmerzvoll wahrgenommenen cardialen Ischaemien, also zum Vollbild der "silent ischaemia", die eine wichtige diagnostische Lücke darstellt. Ich selber habe bisher 3 massive cardiale Ischämien ohne jede Schmerzsymptomatik beobachten und behandeln können. Eine intensivmedizinische Behandlung ist hier unver-

zichtbar und sofort notwendig. Sie richtet sich nach den Richtlinien für die cardiale Reanimation.

Der Metabolismus des Cocains, also die Verarbeitung und Ausscheidung der Substanz, ist besser bekannt. Ihre Elimination folgt einer Kinetik erster Ordnung. Die Halbwertszeit liegt beim jungen, gesunden Probanden bei 60 - 90 Minuten. Die Plasmaeiweißbindung des Cocains wird bei chronischen Leberschäden, die zu einer Verminderung der Plasmaeiweißkonzentration führen, klinisch relevant: hier können bereits geringe Dosen zu wirksamen Plasmaspiegeln und damit zu systemischen Intoxikationen führen. Cocain wird zu etwa 20% renal eliminiert, zu ca. 80% durch Serumcholinesterasen oder hepatischen Esterasen abgebaut. Veränderungen in der Enzymaktivität dieser Systeme, die beim polyvalenten Abusus besonders in Form von Leberstoffwechselstörungen auftreten, führen damit zu einer verzögerten Elimination und damit zu einer deutlichen Verlängerung der Halbwertszeit, damit auch der Halbwirkzeit der Substanz. Bei den komplexen klinischen Bedingungen beim Polytoxikomanen ist von einer verzögerten Elimination als Regelfall auszugehen. (vergl. ROSSI, R. 1990)

IV. Wirkungen auf das cardio-vasculäre System

Die bedrohliche Zunahme jugendlicher Infarkte und Schlaganfälle, die insbesondere in den Vereinigten Staaten auf Cocainkonsum zurückgeführt wurde, hat zu einer systematischen pharmakologischen Erforschung des Gegenstandes geführt. Dabei verfügen wir gerade aus den letzten Monaten über eine noch ungeordnete Datenfülle. Es scheinen sich jedoch folgende Beobachtungen zu erhärten:

- 1) Der cardio-vasculäre Effekt des Cocains ist im Tierexperiment gut studierbar. Meist werden isolierte Primatenherzen als Studienobjekte herangezogen. Unter weitgehender Vermittlung durch ALPHA-1 und BETA-1 Adenorezeptoren konnte nachgewiesen werden:
 - a) - eine dosisabhängige Zunahme der Schlagfrequenzen bis hin zur Tachycardie und Tachyarrhythmie
 - b) - eine dosisabhängige Zunahme von Gefäßwiderstand und damit von systolischem und diastolischem Druck bis hin zur hypertensiven Entgleisung.

Eine bisher unbekannte Rolle im pathologischen Prozeß spielt eine nachweisbare Stimulation der dopaminergen Systeme.

Die Beurteilung der Cocainwirkungen auf das cardio-vasculäre System werden verkompliziert durch eine z.T. agonistische, z.T. antagonistische Wirkung der Cocainmetaboliten. Dies korreliert mit der klinischen Beobachtung, daß toxische Cocainwirkungen in seltenen Ausnahmefällen auch Stunden nach einer Aufnahme auftreten können. (vergl. hierzu: FOLTIN, RW. 1995, SCHINDLER, CW. 1995, RICHARDS, CF. 1995 u.a.)

Die cardio-vasculären Wirkungen des Cocains sind hauptverantwortlich für die Drogennotfälle mit dieser Substanz. In Endemiegebieten in den USA wurde eine deutliche Zunahme der jugendlichen Herz- und Hirninfarkte beobachtet. Sie werden auf Cocainkonsum zurückgeführt. Bei einer signifikanten Anzahl jugendlicher Herzinfarktpatienten war eine Cocainintoxikation nachweisbar. (vergl. u. a. MINOR, RL. et al. 1991)

V. Lokalanaesthetische Wirkung

Cocain ist die Muttersubstanz der Lokalanaesthetica. Die lokalanaesthetischen Wirkungen sind für unseren Auftrag von nur marginaler Bedeutung. Hier mag alleine der Hinweis genügen, daß alleine das Cocain die lokalanaesthetischen mit vasokonstriktischen Eigenschaften verbindet, die es zu der geeigneten Substanz für Schleimhautoberflächenanaesthetie erscheinen lassen. Da bei Gabe größerer Mengen von Cocain als Anaesthetikum zur Infiltration oder zur Blockade systemisch-zentralnervöse Wirkungen beschrieben wurden, hat man sich bemüht, die Substanz entsprechend abzuändern. Die Zahl heute gebräuchlicher Lokalanaesthetica geht auf eine systematische Veränderung des hydrophilen Aminrestes des Moleküles zurück. Die Substanzen Procain, Lidocain, Tetracain usw. besitzen die nämliche lokalanaesthetische Wirkung, jedoch keine vasokonstriktischen und keine zentralnervösen Eigenschaften. Für Anwendungen in der Schleimhautanaesthetie ist Cocain in bestimmten Zubereitungen immer noch unter BTM verschreibungsfähig (3. Anlage des BTMG). Der molekulare Wirkmechanismus des Cocains bei der Blockade peripherer Nerven ist bekannt. Auf eine Diskussion dieses Mechanismus möchte ich hier verzichten. (vergl. BÜCH, HP. und RUMMEL, W.)

VI. ZNS-Wirkung

Suchtverhalten und Suchtpotential der Substanz sind wesentlich durch die spezifischen neuropharmakologischen Wirkungen bedingt.

Die psychostimulative Hauptwirkung des Cocains scheint durch die Wiederaufnahmehemmung des Dopamins in die Präsynapse vermittelt zu werden. Folgen dieses Effektes sind eine verstärkte Dopaminverstoffwechselung im synaptischen Spalt und ein verstärkter Dopaminmetabolismus im präsynaptischen Neuron.

Das Cocain greift damit an der nämlichen Schaltstelle ein, die man auch für die Genese der schizophrenen Psychosen verantwortlich macht.

Interessanterweise sind analoge Eingriffe bei der aminergen Synapse (adrenerg/noradrenerg) zur Bekämpfung der Depressionserkrankung in Form der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Seroxat, Fevarin u.a.) bekannt und probat. Für diese Substanzen wurde eine Suchtpotenz diskutiert, doch scheint kein Abhängigkeitspotential vorzuliegen.

Die dopaminergen Effekte des Cocains erklären eindrucksvoll die bekannten optischen und akustischen Halluzinationen, die bei Konsum auftreten. Auch das Wohlgefühl des "Kicks" ist durch das dopaminerge Erklärungsmodell verständlich. Allerdings stellt die Klasse der aminergen Synapsen ja eine hochdifferenzierte Rezeptorenfamilie dar. Cocain entfaltet an den Substapen D1, D2, 5-HT, Noradrenalin und Neurotensin starke Wirkung, indem die Substanzwiederaufnahme von der präsynaptischen Membran verhindert wird. Die Subtypen D3, D4 und D5 sind weniger betroffen.

Diskutiert wird neben der Frage der präsynaptischen Wiederaufnahmehemmung eine postsynaptische Rezeptorenbindung mit positivem stimulativen Effekt. Die Indizien hierfür sind allerdings noch dürftig, so daß sich darauf noch keine Wirktheorie aufbauen ließe. (MARK, SG. S. 37-79). Die neuropharmakologische Forschung konzentriert sich bei Aussagen zu affektiven Wirkungen vor allem auf den N. accumbens, bei autonomen Wirkungen auf den Locus ceruleus. An beiden Wirkorten sind die Wirkungen auf die dopaminerge Synapse nachweisbar.

Neben diesen akuten Wirkungen des Cocains sind - analog zu den amphetaminergen Derivaten - chronische Wirkungen bekannt. Eine regelmäßige Aufnahme der Substanz führt zu einer Verarmung der präsynaptischen Zelle von Dopamin (analog

von Adrenalin, Noradrenalin) und damit letztlich zu einer Abnahme der akuten Wirk- und Reaktionsmöglichkeit. Ein temporäres dopaminerges Überangebot im synaptischen Spalt wird ergänzt durch eine Verminderung des Dopamingesamtgehaltes im Gehirn. Dem Cerebrum geht damit "Denksubstanz" und "Reagibilität" verloren.

Die äußerst rasanten Fortschritte in der Erforschung der aminergen Synapsen beim Menschen lassen weitere Differenzierungen für die Zukunft erwarten. Der augenblickliche Erklärungsstand ist für das klinische Bild der Cocain-Wirkung noch nicht ausreichend.

Ein klinisches Problem bereitet insbesondere die Gewalttätigkeit und Gewaltbereitschaft von Cocain-Usern. Das Phänomen ist durch das Dopaminmodell nur unzureichend erklärt, jedoch vielfältig im psychiatrischen Alltag und der Literatur belegt (MIRCHANDANI, HG. et al. 1994). Die Neigung zu Gewaltdelikten scheint insbesondere bei dem hierzulande noch seltenen (und bis auf die Verbreitungsinselfn Hamburg und Frankfurt noch unbedeutenden) crack enorm zu sein, wie eine große und sehr systematisch durchgeführte Studie aus den USA vom Jahr 1994 belegt (MILLER, NS. / GOLD, MS. 1994). Die Neigung zu Kriminalität geht einher mit einem generellen aggressiven Verhalten, das nach Cocaineinnahme beobachtbar und meßbar ist (YUDOFKY et al. 1993).

In der Therapie cocain-abhängiger Patienten sind langandauernde paranoide Zustände, verbunden mit Gedankeninkohärenz, Gedankenspringen und Gedankenausweitungsphänomenen und mit großer psychomotorischer Unruhe bekannt. Sie bilden auf der Grundlage der häufig brüchigen Therapiemotivation ein explosives Gemisch, mit dem nicht leicht umzugehen ist.

Die Abhängigkeit vom Cocain ist vor allem eine seelische. Einen Entzug als Detoxifikation - wie er vom Heroin her bekannt und von den Benzodiazepinen her noch qualvoller erlebt ist - ist beim Cocain nicht bekannt. Die seelische Abhängigkeit, die ihre Ursache wohl in der Neurobiologie hat, ist jedoch um so deutlicher.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hoffe, Ihnen mit diesem kurzen, biologisch orientierten Beitrag eine Grundlage für die Diskussion der Cocainabhängigkeit geboten zu haben. Allein zur Biologie des Cocains ließen sich ganze eigene Symposien füllen. Sehen Sie es mir daher nach, wenn ich lückenhaft blieb. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturverzeichnis:

- ARNAO, G.: Cocaina e crack, Milano 1993
- BRAIN, PF., COWARD, GA.: A review of the history, actions, and legitimate uses of cocaine. *J Substance Abuse* 1,1989, 431-451
- BÜCH, HP. / RUMMEL, W.: Lokalanästhetika in: FORTH W. et al. eds.: *Pharmakologie und Toxikologie*, BI Wissenschaftsverlag, Mannheim 1984 S.438-444
- DERLET, RW. / SANDERS, WM.: Emergency department presentation of cocaine intoxication, *Ann. emerg.Med.*18 (1989) 182
- FOLTIN, RW. et al.: Cardiovascular effects of cocaine in humans, laboratory studies, *Drug & Alcohol Dependence* 37 (1995) 193-210
- GOLD, MS.: a.a.O.
- GOLD, MARK S.: Cocaine, Serie : Drugs of abuse, a comprehensive series for clinicians Vol. 3, Plenum Publishing Corporation, New York 1993 S. 14
- GRINSPOON, L. / BAKALAR, JB.: Drug dependence: Nonnarcotic agents. In: KAPLAN, Hl. et al. eds.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*, vol. 2 Williams & Wilkins, Baltimore, 1980, hier: S. 1621
- JOHN, H. et al.: Cocain-Intoxikation durch Drogen-transport im Gastrointestinaltrakt (Body-Packer-Syndrom) *DMW* 117 (1992)1952-1955
- KAHN, EJ.:The big drink: The story of Coca-Cola, New York 1960
- MERIGAN, KS. / ROBERTS, JR.: Substance abuse. Cocaine in ROSEN P. et al. eds.: *Emergency Medicine* Mosby, St. Louis 1988
- MUSTO, D.: Opium, cocaine and marijuana in American history, *Scientific American*,7 / 1991,40-47
- MILLER, NS. / GOLD, MS.: Criminal activity and crack addiction, *Int.J.of Addictions* 29 (1994) 1069-1078
- MINOR, RL. et al.: Cocaine-induced myocardial infarction in patients with normal coronary arteries, *Ann int.Med.* 115 (1991) 797-806
- MIRCHANDANI, HG. et al.: Cocaine-induced agitated delirium, forceful struggle, and minor head injury. A further definition of sudden death drug restraint. *Am.J.Forensic Medicine & Pathology* 15 (1994) 95-99
- RICHARDS, CF. et al.: The effect of cocaine and amphetamines on vital signs in trauma patients, *J.Emerg.Medicine* 13 (1995) 59-63
- ROSSI, R.: Cocain und Cocain-Intoxikation, *Dtsch.med.Wschr.* 115 (1990) 868-873
- SCHINDLER, CW. et al.: Pharmacological mechanisms in cocaine's cardiovascular effects, *Drug & Alcohol Dependence* 37 (1995) 183-191
- WILKINSON, P.: Intranasal and oral cocaine kinetics. *Clin.Pharmacol.Ther.* 27 (1980) 368
- YUDOFISKY, SC. et al.: Cocaine and aggressive behavior: Neurobiological and clinical perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic* 57 (1993) 218-226

Internationaler Stand der Forschung zum Kokainismus in Europa

Prof. Dr. Wolfgang Heckmann

Fachhochschule Magdeburg
Am Krökentor 8
39104 Magdeburg

Inhalt

- I. Forschung und Entwicklung in der Drogenpolitik
- II. Stand der Forschung: Methodik
- III. Stand der Forschung: Vergleichende Epidemiologie in Europa
- IV. Stand der Forschung: Aktuelle Studien im Ländervergleich

Stand der Forschung zum Kokainismus in Europa:

Ein internationaler Vergleich

Ein Überblick über die europäische Forschungslandschaft zum Thema Kokainismus, wie er hier von mir erwartet wird, könnte auch unter dem Motto stehen: Es wird viel geschrieben, aber wenig gewußt! Mein persönliches Interesse an diesem Thema liegt eigentlich mehr im Bereich der Therapie von behandlungsbedürftigen Kokainkonsumenten (vgl. STONE/FROMME/KAGAN, 1990).

Dazu, soviel darf vorab bemerkt werden, bieten die europäischen Beiträge zur wissenschaftlichen Literatur so gut wie nichts. Umso erfreulicher ist es deshalb, daß bei dieser Tagung Einrichtungen wie Kokon und Condros ihre Erfahrungen in Deutschland und Rob van Meerten seine umfangreiche Rotterdamer Praxis präsentieren können. Damit ist ein erfreulicher Anfang gemacht!

Eigentlich ist das Thema Kokain nicht sehr aktuell. Zumindest wenn man die veröffentlichte Meinung verfolgt, sieht man, daß eine andere Droge die Rolle der "Modedroge Kokain" übernommen hat und Themenkarriere macht: Ganz Europa spricht von Ecstasy und der Bürger fürchtet sich.

Anders beim Weltgipfel für Soziale Entwicklung in Kopenhagen im vergangenen Jahr: Dort haben die Spezialisten des Drogenkontroll-Programms der Vereinten Nationen den (negativen) Zusammenhang von Drogen und gesellschaftlicher Entwicklung in den Ländern der Dritten Welt analysiert. Dabei wurde en passant mitgeteilt, daß die Welt-Produktion von Kokain 1992 bereits bei 680 Tonnen lag, 220.000 Hektar Land beanspruchte und seither jährlich mit 20% Steigerung zu rechnen ist. Damit ist die führende Rolle des Heroinmarktes in jeder Hinsicht überflügelt (UNDCP, 1996).

Deshalb ist es zu begrüßen, daß zumindest auf fachlicher Ebene dem Thema Kokain, Kokainismus und dessen Therapie noch Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Der folgende Beitrag leistet eine Übersicht über die wissenschaftliche Literatur in Europa, wie sie sich seit Erscheinen unserer annotierten Bibliographie (REITER, HECKMANN, ANDERS 1991) mit weiteren Einzelbeiträgen in ganz Europa darstellt.

I. Forschung und Entwicklung in der Drogenpolitik

Politik sollte immer wissenschaftlich fundiert sein, so wußte es schon Sokrates. In der Bundesrepublik werden die Rufe lauter, daß die Drogenpolitik stärker an Forschungsergebnissen orientiert werden und demgemäß auch Forschungsförderung intensivieren sollte. Deshalb soll hier ein erster Versuch unternommen werden, den Zusammenhang von Forschungs- und Entwicklungsebenen herzustellen.

Für den Anspruch, die Politik auf wissenschaftlichen Erkenntnissen fußen zu lassen, können verschiedene Forschungsebenen der Suchtforschung auf ihre alltagspraktische und Politik-normierende Relevanz hin untersucht werden:

- **Wirtschaftliche Aspekte:** Welchen Schaden nimmt die wirtschaftliche Prosperität durch Sucht und suchtbedingte Morbidität? Welchen Einfluß hat eine subkulturelle Ökonomie auf die Gesamtwirtschaft? Was bedeutet die massenhafte Kapitalvernichtung durch die hohen Kosten für Drogen?
- **Ökologische Fragen:** Wo und in welchem Umfang gibt es Drogenanbau in Monokultur, der andere Nutzungsmöglichkeiten behindert? Was bedeutet die enorme Vernichtung von Bio-Masse allein durch den Tabakkonsum für die regionale bzw. globale Landwirtschaft? Welchen Einfluß nehmen Abfall-Produkte, z.B. der Alkohol- oder Pharma-Produktion, auf das ökologische Gleichgewicht?
- **Epidemiologische Fragen:** In welchem Umfang ist der Konsum der legalen wie illegalen Drogen verbreitet? Welche endemischen und epidemischen Muster lassen sich unterscheiden? Welche Alters- und Sozialgruppen sind besonders vulnerabel? Welche ethnischen oder geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich beobachten? Wie verteilt sich die gefährdete bzw. süchtige Population auf die Hilfsstrukturen? Welche Teile der Population werden wann kriminell bzw. kriminalisiert?
- **Pharmakologische Fragen:** Wie setzen sich die einzelnen Drogen und Mixturen zusammen? Welchen Reinheitsgrad trifft man in welchem Verteilungs-System an? Welche Bestandteile der verschiedenen Drogen wirken wie? Welche Interaktionen und Kreuztoleranzen sind zwischen den einzelnen Substanzen festzustellen?

- Toxikologische Fragen: Wie ist die Verträglichkeit der verschiedenen Substanzen zu beurteilen? Welche individuellen Faktoren wirken mit? Welchen Einfluß hat Drogenkonsum unterschiedlichen Ausmaßes auf Morbidität und Mortalität? Welche Drogen und Stoffkombinationen sind besonders gefährlich?
- Ethnologische/Anthropologische Fragen: Wie ist der menschliche "Bedarf" an Drogenkonsum zu bewerten? Welche Menschheitsgeschichtlichen Wurzeln können ein Bedürfnis nach rauschhaften Erlebnissen begründen? Gibt es Stammesgeschichtliche Unterschiede im Umgang mit Drogen und Drogen-Konsumenten?
- Politologische Fragen: In welchem Verhältnis stehen Drogenkonsum und Drogenkontrolle zu Machtkonstellationen? Wie und unter welchen Bedingungen werden drogenpolitische Entscheidungen getroffen? Und wie werden sie implementiert? Wie lassen sich unterschiedliche (Abstinenz- bzw. Permissiv-)Kulturen erklären?
- Soziologische Fragen: Wer sind die Konsument/innen? Welche Schicht- und Klassenspezifischen Verteilungen und Konsummuster kennen wir? Welchen Einfluß haben z.B. Verelendungs- oder Transitions-Prozesse? Welche gesellschaftlich definierten Kontexte fördern die Risiko-, welche die Protektions-Faktoren in Konsum-Situationen?
- Psychologische Fragen: Welche individuellen Wünsche stehen hinter dem Konsum welcher Droge, bzw. welche Bedürfnisse werden durch den Konsum substituiert? Welche biographischen und Persönlichkeits-spezifischen Faktoren erhöhen die Vulnerabilität für Mißbrauch und Abhängigkeit? Wie werden die psychischen Wirkungen und Folgen des Drogenkonsums individuell verarbeitet? Welche gruppen- und anderen sozialpsychologischen Faktoren nehmen Einfluß? Welche psychologischen Variablen sind an Einstiegs- bzw. Ausstiegs-Szenarien beteiligt?
- Klinische Aspekte: Wie stellt sich der Verlauf von der Gefährdung über den Mißbrauch und die Abhängigkeit bis zur Kapitulation vor der Sucht bei den je einzelnen Stoffen dar? Welche Intervention ist in welcher Phase adäquat? Welche spezifische Verstärker-Wirkung kommt aus dem Konsum, wie wirkt sie sich in aktiven

Phasen aus, wie wirkt sie in der Abstinenz-Phase nach, in welcher Weise ist sie am Rückfall beteiligt? Welche Intervention ist gegenüber welchem Konsummuster adäquat?

- Evaluations-Aspekte: Ist die Wirksamkeit von Interventionsstrategien überhaupt zu messen? Welches gesellschaftliche Klima verstärkt bzw. behindert die Wirksamkeit von Programmen? Wie wirken komplexe, wie einzelne Maßnahmen auf die epidemiologische Entwicklung und auf individuelle Lebensschicksale? Wie lassen sich die Wirkungen von professionellen Interventionen im Verhältnis zu anderen sozialen Einflüssen und spontanen Remissionen messen und bewerten?

Diesem umfangreichen Konvolut von Fragen (und mit Chance auch teilweise Antworten) stehen folgende Planungs-/Handlungsebenen auf Seiten von Politiker/innen und Praktiker/innen der Drogenpolitik bzw. der Suchtkrankenhilfe gegenüber:

- Einschätzung der lokalen/regionalen Situation
- Primäre Prävention/Erziehung
- Früherkennung und frühe Intervention
- Kontaktaufnahme zur Szene
- Angebote zum Ausstieg
- Reintegration
- Hilfen zur Vermeidung negativer Folgen
- Kontrolle
- Interregionale/-nationale Kooperation

Im allgemeinen leidet die Drogenpolitik darunter, daß für viele dieser Handlungsebenen keine wissenschaftlichen Grundlagen verfügbar sind. Am häufigsten werden epidemiologische Untersuchungen gefördert, die jedenfalls dazu führen (können), daß die nationale bzw. regionale und lokale Situation realistisch eingeschätzt wird. Ebenfalls können aus der medizinischen und klinischen Forschung, sowie aus der Grundlagen-Forschung der Pharmakologie und Toxikologie, Hilfen zur Vermeidung negativer Folgen des Drogenkonsums abgeleitet werden. Alle anderen Bereiche hingegen entbehren gründlicher wissenschaftlicher Studien und Erkenntnisse, sondern folgen praktizistischen Handlungsmustern bzw. allgemeinen politischen Vorgaben.

Für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Kokainismus treffen diese Mängel in noch viel drastischerer Weise zu, wie noch zu zeigen sein wird.

II. Stand der Forschung: Methodik

Drei Highlights ragen aus dem wenig befriedigenden Stand der Kokainismus-Forschung heraus: Das ist zum einen die Übersicht über Kokain-Konsum und -Mißbrauch in den USA (NIDA 1991), die Multi-City-Studie der Pompidou-Initiative (1994) und die vergleichend-qualitativen Untersuchungen in Rotterdam, Barcelona und Turin (BIELEMANN et al. 1993). Auf die NIDA-Publikation wird für den europäischen Kontext nicht eingegangen, auf den Drei-Städte-Vergleich bei der Darstellung von Forschungsarbeiten in einzelnen Ländern Europas.

Vom US-amerikanischen National Institute on Drug Abuse sind aber auch immer wieder Detail-Informationen über die CEWG (Community Epidemiology Work Group) zu erhalten, die auf mögliche zukünftige Trends in Europa Hinweise liefern, wenn z. B. BIANCHE FRANK aus New York berichtet, daß der Wechsel von Kokain zu Amphetaminen und umgekehrt inzwischen schon in sehr kurzen wellenförmigen Abständen (je nach Versorgungslage und "Mode") stattfindet, oder wenn JIM HALL aus Miami berichtet, daß bei einem Test von Dollar-Noten auf Kokain-Anhaftungen in ganz Florida nur wenige Dollar-Scheine "sauber" waren und selbst beim Gouverneur und beim Bischof derartige Scheine gefunden wurden. Dem neuesten Bericht der CEWG ist zu entnehmen, daß Kokain in den meisten US-amerikanischen Großstädten den Drogenmarkt dominiert, daß die afro-amerikanische Bevölkerung am stärksten betroffen ist und der Anteil der Frauen unter den Kokainisten wächst; die Billig-Variante von Kokain – Crack – wird in manchen Städten in Portionen für 1-5 Dollar verkauft (1996, S. 3 ff.)

Aus Gründen des Methoden-Vergleichs und um einen Eindruck für ein mögliches/notwendiges Arbeitsprogramm einer europäischen Drogen-Epidemiologie zu vermitteln, soll im folgenden kurz auf die Arbeit der in den USA seit 1976 existierenden Epidemiologen-Gruppe (Community Epidemiology Work Group), die das US-Drogenforschungsinstitut (National Institute on Drug Abuse) wissenschaftlich unterstützt, eingegangen werden. Die Arbeitsweise dieser Gruppe erstreckt sich auf folgende Bereiche:

- Bestimmung der Häufigkeit des Drogenkonsums,
- Identifikation neuer Drogenkonsummuster,
- Analyse von Risikogruppen,
- Entwicklung von Methoden zur Informationssammlung.

Die Mitglieder der Gruppe treffen sich turnusmäßig zweimal im Jahr. Sie verwenden für ihre Einschätzung der Drogen-Situation in der Regel die folgenden Informationsquellen:

- Daten der Gesundheitsämter,
- Daten der Notfallambulanzen,
- Daten der Drogenberatungsstellen und Therapieeinrichtungen,
- Polizeidaten (wie Todesfälle, Preis, Reinheit usw.).

Die Arbeit der CEWG hat sich in der Vergangenheit als sehr hilfreich für eine vernünftige Einschätzung des Drogenproblems erwiesen. Die Korrespondent/innen sind auch nicht in den Fehler verfallen, Daten aus reiner Sammelwut, als Selbstzweck quasi oder zur Legitimation der eigenen Existenz zu horten, sondern setzen die gesammelten Informationen zur jeweils gründlich diskutierten epidemiologischen Problemanalyse ein. Diese Daten sind apriori "wertfrei" und können zur Prävention, Aufklärung, Abschätzung der Therapienotwendigkeit und des Therapiebedarfes verwendet werden.

Die Konsumsituation (und auch die Datenlage) in den USA und Europa sind aus vielerlei Gründen nur begrenzt vergleichbar. Deshalb sollten für die epidemiologische Einschätzung des Kokain-Konsums in Europa meiner Ansicht nach folgende Informationsquellen herangezogen werden:

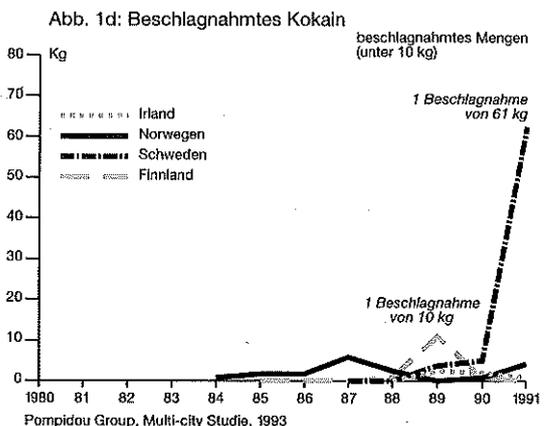
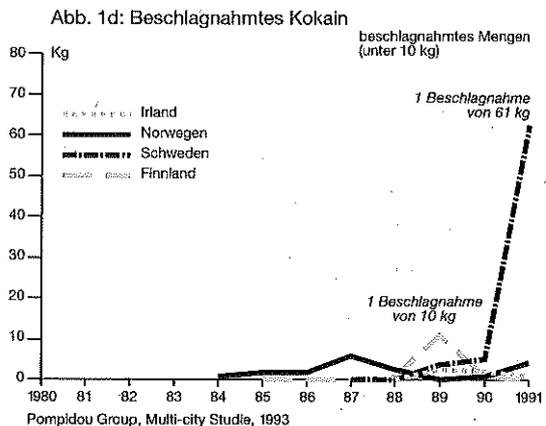
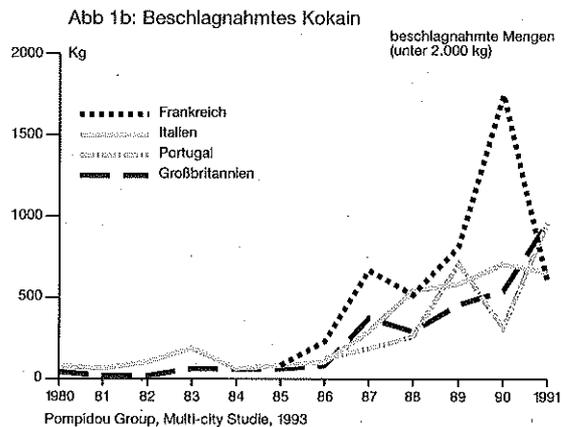
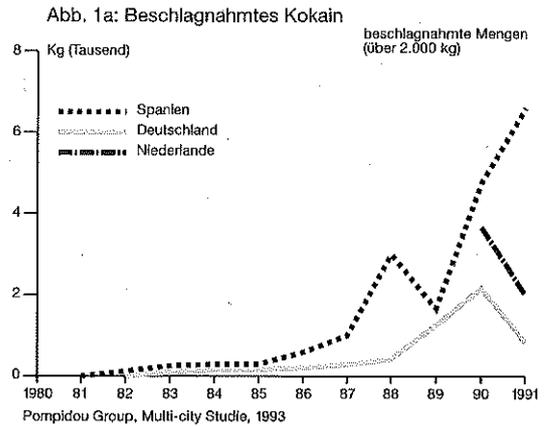
- Repräsentative Befragungen von Schülern, Studenten oder anderen Bevölkerungsgruppen sind in allen europäischen Ländern schon einmal durchgeführt worden. Leider werden sie jedoch nicht in regelmäßigen zeitlichen Abständen, d.h. jedes dritte oder vierte Jahr, veranstaltet. Auch sind die Fragestellungen in den Repräsentativ-Erhebungen von Nation zu Nation und sogar innerhalb eines Landes von Region zu Region verschieden. Ihre Brauchbarkeit für die Epidemiologie von Kokain ist außerdem zweifelhaft, da die Kokain-Konsument/innen vermutlich gesellschaftlichen Gruppen angehören, die in der Regel ungern Fragebögen ausfüllen, die sich mit illegalem Drogenkonsum beschäftigen. Die Repräsentativerhebungen haben sich bislang als sehr hilfreich und informativ für die Einschätzung des Alkohol-, Tabak- und Cannabis-Konsums erwiesen. Für die Epidemiologie von Kokain (u.a. extremem Minderheiten-Konsum) sind sie nur sehr begrenzt geeignet.

- Die Schneeball-Netzwerk-Technik ist gewiß eher zur Ermittlung und Beschreibung des Kokain-Konsums befähigt. Bei dieser Technik werden Ex-Junkies oder Szenenmitglieder für den Kontakt mit den Konsumentenkreisen angeworben. Diese Interviewer arbeiten wie Ethnographen bei der Erforschung eines fremden, exotischen Stammes. Sie suchen sich eine Kontaktperson und werden von dieser an andere Kokain-Konsumenten weitergeleitet. Durch ein Zufalls-Verfahren wird nicht jeder Konsument, der genannt wird, auch für eine Befragung ausgewählt, sondern immer nur jeweils einer aus einer Gruppe von drei, vier oder noch mehr Konsumenten. Mit diesem Verfahren dringt man tief in die Gruppe der Konsumenten ein und gewinnt ein realistisches Bild über die Gebrauchsmuster und die Verschiedenartigkeit der Konsument-/innen-Kreise.
 - Die Daten der Therapie- und Rehabilitations-Einrichtungen sind für die Einschätzung des Kokain-Konsums erst dann sinnvoll, wenn der Kokain-Konsum so weit verbreitet und bereits so lange in einer Gesellschaft vorhanden ist, daß Kokain-Probleme wie Psychosen, Depressionen, finanzieller oder sozialer Bankrott auftreten können. Eher dürften aus den Daten der ambulanten und (soweit dort erhoben) auch der niedrigschwelligen Einrichtungen Hinweise zu erwarten sein.
 - Gleiches gilt für das Auftauchen von Kokain-Konsumenten in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser und bei den in einzelnen Ländern etablierten klinischen Frühwarnsystemen.
 - Die Polizei-Daten liefern in erster Linie Informationen über die aufgegriffenen Mengen von Kokain sowie die verhafteten Kokain-Händler und -Konsumenten. Zusätzlich enthalten sie Informationen über Preis und Reinheit des Kokains. Die Polizeidaten sind jedoch sehr stark von der Anzahl und dem Erfolg der eingesetzten Beamten abhängig. Trotz ihrer begrenzten Aussagefähigkeit werden sie in den meisten europäischen Ländern als die wichtigste Informationsquelle für die Größenordnung des Kokain-Problems herangezogen.
 - In fast allen europäischen Ländern gibt es "Hot Lines", Telefondienste für Drogenprobleme, in ganz unterschiedlichen Trägerkonstruktionen und Arbeitszusammenhängen: bei Krankenhäusern, privaten Trägern, kirchlichen Telefon-Seelsorge-Diensten usw.. Obwohl die "Hot Lines" relativ schnell Informationen über das Auftauchen von Kokain-Problemen liefern könnten, werden sie bislang in keinem Land systematisch zur Epidemiologie von Kokain eingesetzt.
 - In einigen europäischen Ländern (Niederlande, BRD) gibt es bereits eine Art von "Community Correspondents". Diese Personen sind jedoch z.B. in der Bundesrepublik vom Staat eingesetzte Beamte, die ihre Einschätzung des Drogenproblems im wesentlichen auf der Basis von Polizei-Daten abgeben.
- Die Rekrutierung einer Gruppe von regionalen, nationalen und internationalen "Community Correspondents" nach dem Muster der CEWG, d.h. auch aus allen wissenschaftlichen und praktischen Ebenen, scheint mir daher sehr empfehlenswert zu sein. Sie könnten qualifiziert, unabhängig und schnell Aussagen über neue Trends des Drogenkonsums formulieren.
- Auch wenn die genannten einzelnen Datenerhebungstechniken in unterschiedlichem Maße für die Abschätzung des Kokain-Konsums geeignet sind, sollten sie jeoch alle für ein sinnvolles Daten- und Informations-System zum Kokain-Konsum verwendet werden.
- Eigentlich wäre auch für Kokain notwendig, was HILARY KLEE gerade für die ganze Amphetamin-Familie geleistet hat:
- Eine Europa- und weltweite Übersicht, einschließlich der Einordnung in Subkulturen und Lebensstile. Dabei hat sie als ein wesentliches Erklärungsmoment für die weltweite Epidemie bei (insbesondere den jungen) Konsumenten einen "funktionalen Mechanismus" für den Amphetamin-Konsum gefunden, nämlich den "pop Humanismus", womit ein chemisch induziertes mitmenschliches Verstehen gemeint ist (1997) - Ob es wohl Ähnliches auch für Kokain geben mag? Nach STONE et al. (1990) müßte man als wesentliches Erklärungsmoment für die Kokain-"Mode" vor allem vom "funktionalen Mechanismus" einer "Leistungssteigerung auf Knopfdruck" ausgehen. Dies gilt so womöglich für die USA und einen Teil von Europa. Wie aber ist die Verbreitung von Kokain in der Dritten Welt zu erklären? Oder in der nun nicht eben auf Leistungssteigerung erpichten Heroïn-Szene?

III. Stand der Forschung: Vergleichende Epidemiologie in Europa

Die Daten der Pompidou-Initiative leisten einen Vergleich von dreizehn Europäischen Städten; bei aller gebotenen Vorsicht, was die Kompatibilität der Dokumentationssysteme und die Repräsentativität der Städte für die jeweiligen Staaten betrifft, sollen hier doch einige der daraus abzuleitenden Ergebnisse wiedergegeben werden:

- Zu Kokainaufgriffen wird in verschiedenen europäischen Städten (v.a. in Amsterdam) und Staaten (v.a. Spanien, Italien, Frankreich und Schweden) ab 1987/88 ein deutlich höheres Niveau erreicht (vgl. S. 14 und Abb. 1a-d).
- Die Preise für Kokain sinken seit Ende der 80er Jahre auf 300.- bis 100.- DM/g.
- Trotz steigenden Konsums gibt es in ganz Europa kaum Nachfrage nach spezifischer Therapie.
- Der Reinheitsgrad der Schwarzhandels-Portionen Kokain liegt in Europa normalerweise bei 50-70%.
- Der soziale Abstieg der Droge hat begonnen; es sind seit Ende der 80er Jahre nicht mehr nur die Schicki-Micki-Kreise, sondern zunehmend auch Angehörige unterer sozialer Schichten und der Straßen-Szenen (S. KORCZAK über die >Bussi-Bussi-Society< und die z.T. überraschenden weiteren Gruppen).
- Die Zahl der Verhaftungen im Zusammenhang mit Kokain steigen v.a. in Portugal und Spanien, aber auch in den Städten Rom, London und Hamburg ab 1987/88 deutlich (S. Abb 2a/b).
- Auch im Verhältnis zu anderen Drogen sieht man in Amsterdam, Hamburg und Rom im Zeitverlauf (1985-91) deutliche Steigerungen von Verhaftungen im Zusammenhang mit Kokain, ebenfalls in Spanien. Während in Spanien und in Rom allerdings die Zahl der Verhaftungen im Zusammenhang mit Cannabis noch höher liegt, lautet die Reihenfolge in Amsterdam und Hamburg: Heroin - Kokain, während Verhaftungen im Zusammenhang mit Cannabis nur marginal vorkommen (S. Abb. 3a/b).



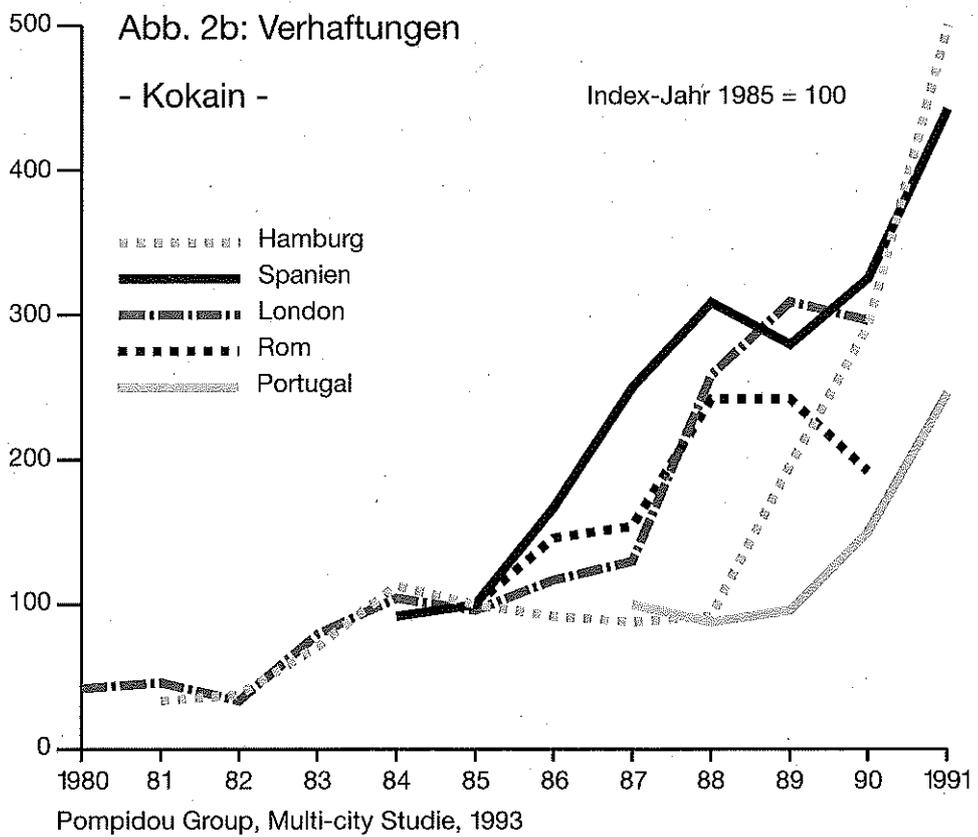
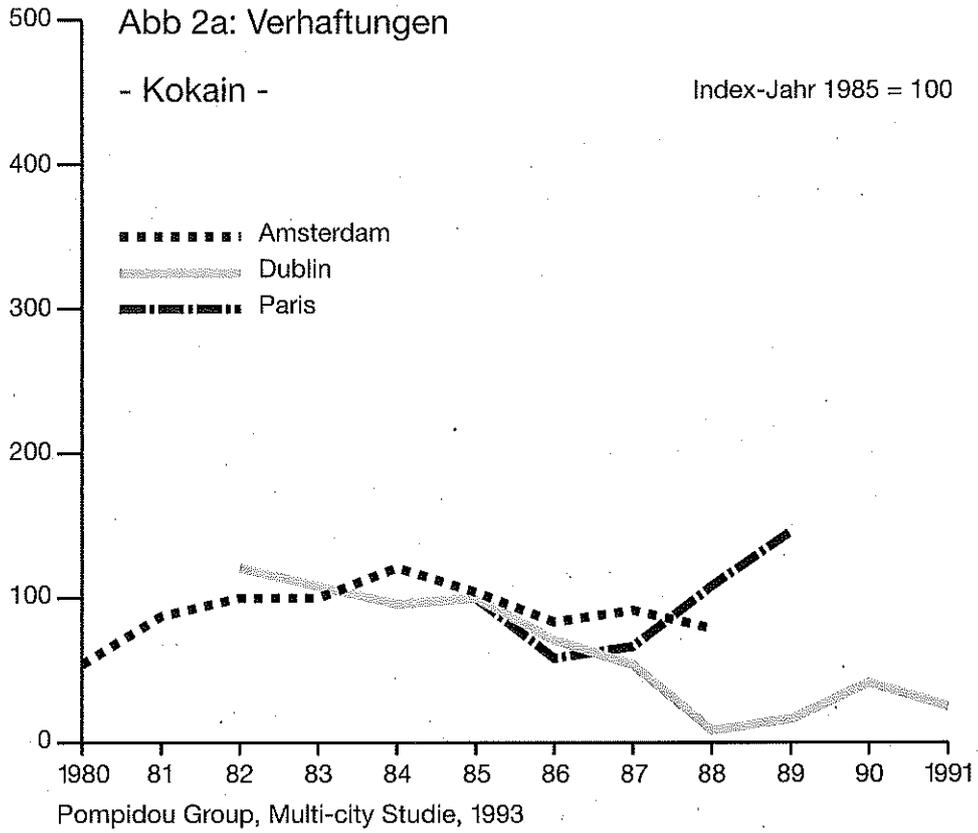


Abb. 3a
Verhaftungen
Verteilung nach
Drogen (1991)

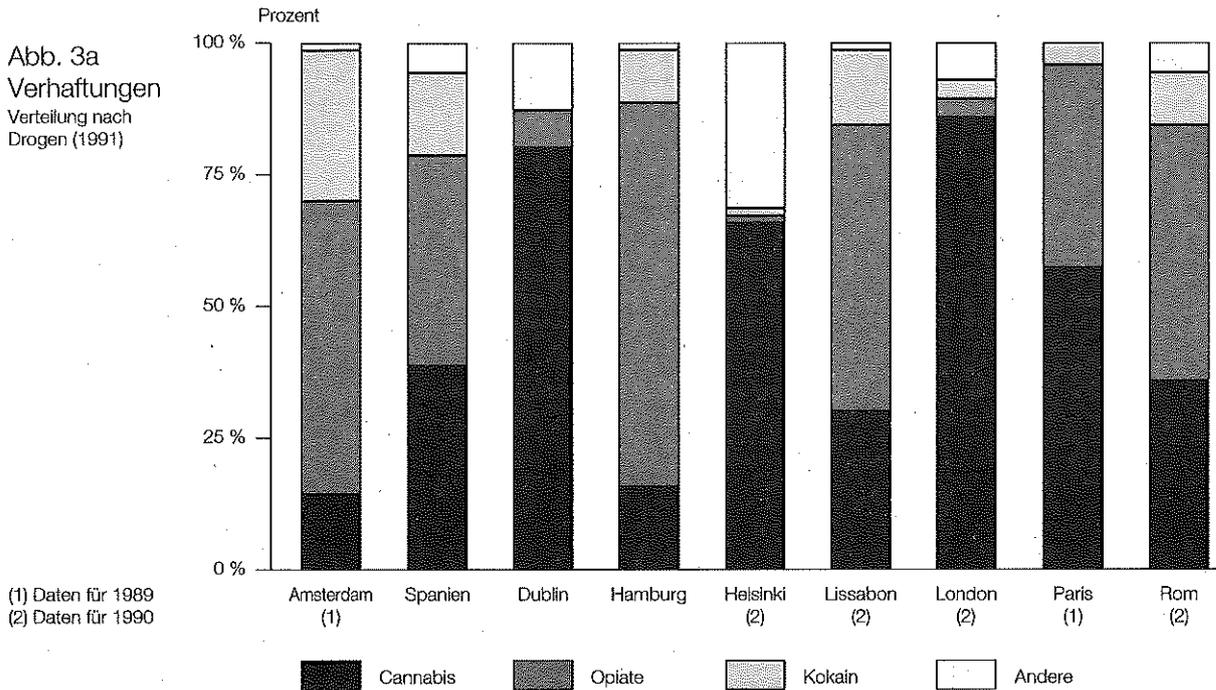
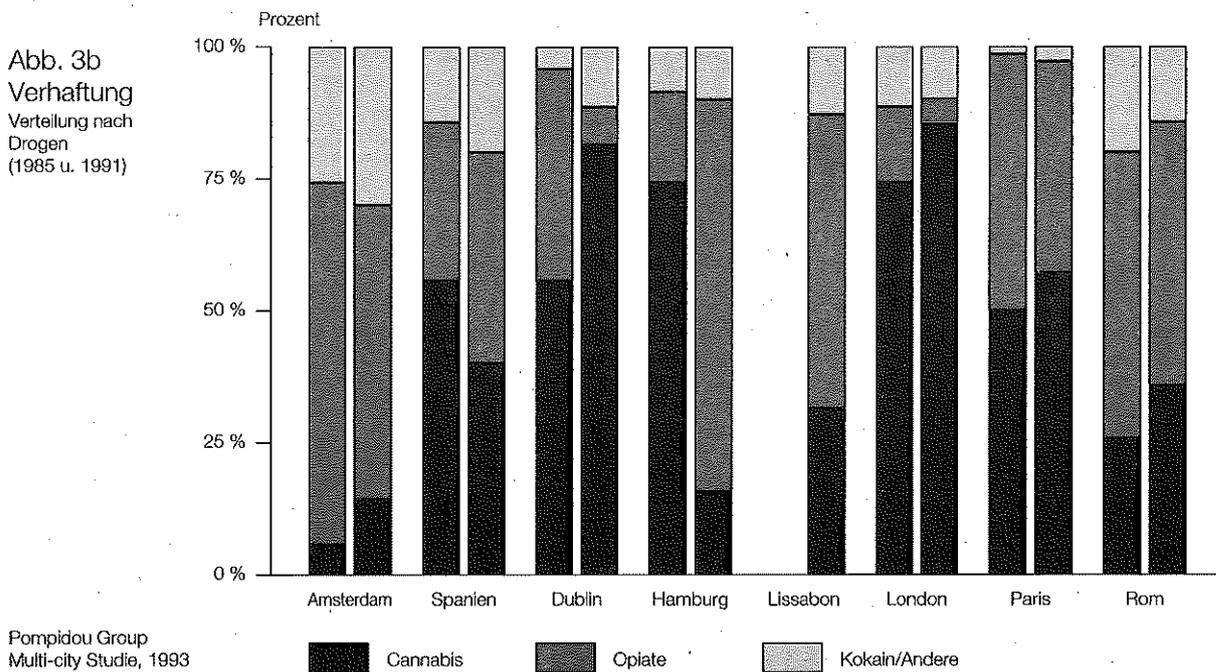


Abb. 3b
Verhaftung
Verteilung nach
Drogen
(1985 u. 1991)



Der Ende 1996 verbreitete Jahresbericht des Observatorio (EMCDDA) in Lissabon hat für 1995 folgende Feststellungen getroffen: >Kokain-Konsum ist selten (unter 2% der Bevölkerung - bei weniger als 1% Heroin-Konsum), aber in den meisten Ländern

steigt die Prävalenz. Üblicherweise findet der Konsum im sozialen Rahmen und unregelmäßig statt. Crack-Konsum hat sich in jüngster Zeit unter Randgruppen in einigen Großstädten zu einem spürbaren Problem ausgeweitet.<

Differenziertere Angaben werden über die 15-16-jährigen Jugendlichen aufgrund von Umfragen in Schulen gemacht:

Tabelle 1: Lifetime-Prävalenz des Gebrauchs verschiedener illegaler Drogen in neueren landesweiten Schulerhebungen unter 15-16jährigen Schülern

Land	Jahr	% der Schüler							
		Alle illegalen Drogen	Cannabis	Lösungsmittel	Amphetamine	Ectasy	LSD	Kokain	Heroin
Österreich	1994	10.4	10.4	-	-	-	1.2	0.8	0.0
Belgien (flämisch)	1994	-	15.0 ¹	4.0 ¹	4.0 ¹	4-5.0 ¹	2-3.0 ¹	1.0 ¹	<1.0 ¹
Dänemark	1995	-	18.0	6.0	2.0	0.5	0.3	0.5	2.0
Finnland	1995	5.5 ¹	5.2 ¹	4.4 ¹	0.5 ¹	0.2 ¹	0.3 ¹	0.1 ¹	0.1 ¹
Frankreich	1993	15.3	11.9	5.3	2.5	-	1.5	1.1	0.8
Griechenland	1993	4.5	3.0	6.3	4.0	-	1.2	0.7	0.7
Niederlande	1992	-	20.0 ¹	-	3.0 ¹	4.0 ¹	-	2.0 ¹	<1.0 ¹
Portugal	1994 ²	6.1	5.3	-	-	-	0.4	0.7	0.9
Spanien	1994	20.0+ ¹	19.0 ¹	3.0 ¹	3-4.0 ¹	3.0 ^{1,4}	4-5.0 ^{1,3}	1-2.0 ¹	0.5 ¹
Schweden	1995	5.8	5.0 ¹	9.2	0.4	0.4	0.5	0.3	0.2
Großbritannien	1995	33.0+ ¹	30.0 ¹	6.0+ ¹	10.0+ ¹	4.0+ ¹	12.0 ¹	1.0+ ¹	<1.0 ¹

- Daten nicht verfügbar

1 Schätzung

2 Erhebung in 56 Schulen, die an dem Präventionsprogramm "Projecto Viva a Escola" teilgenommen haben. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ für die gesamte Schulpopulation

3 Halluzinogene

4 Designer-Drogen

Daten für den internationalen Vergleich stehen aus der Kriminalstatistik (beschlagnahmte Mengen) für alle EU-Staaten zur Verfügung:

Tabelle 2: Beschlagnahmte Kokainmengen

Land	kg									
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 ¹
Österreich	5.3	7.4	27.3	14.4	20.9	41.2	84.4	58.1	83.9	52.6
Belgien	61.9	115.8	269.7	403.5	–	537.3	756.3	1221.8	2891.9	479.3
Dänemark	0.5	7.1	25.6	9.7	54.9	28.1	39.6	21.4	11.0	29.9
Finnland	0	0	0	0.1	10.8	0	38.0	0.1	0	0
Frankreich	96.0	258.0	754.0	593.0	939.0	1845.0	831.0	1625.0	1715.0	4743.0
Deutschland	165.0	186.0	296.0	496.0	1406.0	2473.0	963.0	1331.0	1051.0	767.0
Griechenland ²	0	2.9	23.8	2.2	2.3	33.6	13.4	9.3	5.2	175.5
Irland	0.3	0.2	0	0	3.0	1.0	0	9.9	0.4	0.1
Italien	104.4	126.6	320.6	616.2	667.2	805.1	1300.0	1366.0	1100.8	6633.0
Luxemburg	27.1	6.4	18.2	4.5	21.1	2.2	14.2	12.1	15.9	15.4
Niederlande	124.0	274.0	406.0	517.0	1425.0	4288.0	2488.0	3433.0	3499.0	8200.0
Portugal	69.9	164.6	222.0	302.0	793.0	360.0	1094.0	1860.0	216.0	1719.0
Spanien	303.0	669.0	1134.0	3461.0	1852.0	5382.0	7574.0	4454.0	5350.0	4016.0
Schweden	0.7	2.9	1.4	6.4	4.5	8.8	225.8	62.8	13.6	28.8
Großbritannien	85.4	102.6	406.8	323.2	498.8	611.0	1077.8	2248.2	708.6	2781.0

– Daten nicht verfügbar

1 Für einige Länder vorläufig

2 1985 - 1990 Mengenangaben nur aus polizeilichen Beschlagnahmen

Mehr ist dem umfangreichen Werk, bezogen auf unsere Fragestellung bisher nicht zu entnehmen. Es steht zu hoffen, daß sich auf grund der Kooperation der europäischen Staaten (und ihrer >focal points< für die nationale Datensammlung) die Datenlage - und die Vergleichbarkeit von Daten - in den nächsten Jahren verbessert. Allzuviel sollte man jedoch nicht erwarten, da in erster Linie Haushaltsbefragungen und einrichtungsbezogene Datensysteme miteinander verglichen werden. Ein Unterfangen, das mühsam genug ist, wenn man die vielen, im Bericht des Observatorio auch vermerkten, methodischen Unterschiede der Untersuchungen in den verschiedenen Ländern in Betracht zieht. Aber selbst wenn die Daten eines Tages gut vergleichbar sein werden, haben wir noch immer keine genauen Daten über die Verbreitung von extremem Minderheiten-Verhalten, wie es Kokain- oder Heroin-Konsum darstellt. Denn den Haushalts- und Einrichtungsbefragungen entziehen sich die meisten Mitglieder dieser Subgruppen der Suchtpopulation. Es wird also darauf ankommen, in welchem Umfang vom Observatorio auch vergleichende Konsument/innen-Studien nach dem capture-recapture-Verfahren, Schneeball-Untersuchungen, Kohorten-Studien oder ethnographische und andere qualitative Studien unterstützt werden (oder ob nicht eines Tages doch so etwas ähnliches wie die CEWG etabliert wird), wenn wir unsere Kenntnisse über die Kokain-Situation in Europa verbessern wollen.

IV. Stand der Forschung: Aktuelle Studien im Ländervergleich

Die aktuelle Literatur-Auswertung zum Thema Kokain hat in Europa - auch nach Nutzung einer Vielzahl von Datenbanken - erstaunlich wenig neue Originalarbeiten nach dem Erscheinen unserer Bibliographie 1991 zutage gefördert. Bei näherem Hinsehen findet sich auch nicht viel Ergiebiges. Im folgenden werden die einzelnen Publikationen stichwortartig zusammengefaßt und nach Ländern in Europa geordnet:

Deutschland

- Nationale Daten aufgrund von EBIS und Haushaltsbefragungen, nach denen die europäischen Tendenzen des Preisabfalls und des sozialen Abstiegs bestätigt werden, ferner ein Anstieg der Erstaufgriffe im Zusammenhang mit Kokain auf 27% und erstmals ein Gleichziehen der beschlagnahmten Mengen an Heroin und Kokain (DHS 1996)

- eine ethnographische Studie (snow-ball) in Segmenten, die zu einer Typologie von Konsument/innen führt: >Bussi-Bussi<, Schüler/Studenten, Heroin-Konsument/innen, Prostituierte / Zuhälter, Angehörige ethnischer Minderheiten (KORCZAK 1988)
- Vergleich von Fallgeschichten mit einer US-Typologie: soziale Schnupfer, Routine-Konsumenten, Karriere-Konsumenten, Langeweile- und Streß-Flüchter, Kokainsüchtige (HECKMANN et al. 1990)
- Überschneidungen mit anderen samples (Cannabis, XTC): 44% der Cannabis-Konsument/innen haben auch Erfahrungen mit Kokain (KLEIBER et al. 1995) und 35% aller befragten Konsument/innen von Ecstasy (TOSSMANN et al. 1996)
- Überschneidungen von Kokain- und Heroin-Konsum in regionalen Szenen (z.B. Frankfurt), Auswirkungen auf Szenen-Klima
- Gefährdung durch kombinierten Konsum mit Alkohol (ERHARDT 1993)
- Mortalitäts-Gefährdung bei Mischkonsum und Überdosierungen mit Heroin (HECKMANN et al. 1993).

Frankreich

- Steigerung des Konsums (ca. 1% der männl. 20jährigen), Risiko für cardiovaskuläre Zwischenfälle in Erste-Hilfe-Stationen (VAYRE et al. 1996)

Griechenland

- Anstieg unter Gymnasiasten/Studenten seit Mitte der 80er Jahre (KOKKEVI et al. 1991)

Großbritannien

- Anstieg der Zahl der akuten Kokain-Intoxikationen ab Anfang der 90er Jahre (HASSAN et al. 1996)
- Forderung nach stärkerer Behandlung der aufgrund neuer Konsumformen auftretenden Psychopathologie bei jungen Konsumenten (STRANG et al. 1993)
- Koexistenz von Konsum und ungeschützter Sexualität bei Prostituierten (GOSSOP et al. 1995)

- Koexistenz von Abhängigkeit und riskanterem Sexualverhalten (STRANG et al. 1994)
- Forderung nach mehr praxisrelevanter Forschung insbesondere im Sinne von Handlungsforschung innerhalb der Kokain-Szene (POWER 1991)

Italien

- Die Epidemiologie von Kokain wird als regional (z.B. in Mailand) und national seit Ende der 80er Jahre steigend berichtet (LODI et al. 1991)
- Einfluß von Kokain auf Schwangerschafts- und Geburts-Risiken: Geburtsgewicht und -größe, congenitale Erkrankungen (z.B. Syphilis), ein Todesfall (OFFIDANI et al. 1995)
- Einfluß von Kokain als Zusatzkonsum auf das sexuelle Risikoverhalten von Heroin-Konsument/innen (GATTARI et al. 1992)
- Beteiligung an ethnographischer vergleichender Studie (Turin) (BIELEMANN et al. 1992)

Niederlande

- Wiederholte Surveys in Amsterdam: lebenslanger Konsum prozentual ansteigend, in den zurückliegenden Jahren gleichbleibend (bei geringerem N, deshalb in der Interpretation fraglich)
- Steigerungen des Konsums "schwieriger Drogen" v.a. im Bereich Kokain; Überschneidungen von unterschiedlichen Arten von "difficult drugs" insbesondere Kokain / Amphetamine / Halluzinogene (SANDWIJK et al. 1995)
- Ethnographische Studie (als Alternative zu Surveys und capture-recapture-Technik) definiert acht unterschiedliche settings: die harte Drogenszene, Jugendszenen, Kunst-/Kultur-/Musikszene, die Welt des schnellen Geldes, Hasschischszene, illegale und halblegale Szenen, höhere Schulen und Universitäten, Sport- und Fitneßszene (BIELEMANN 1993)
- Weiterentwicklung zu acht Konsumtypen unter Berücksichtigung der Kategorien >Bedeutung/Stellenwert< und >Zentralität<: Burgundian type (luxuriöser Lebensstil), Distinctive type (Zugehörigkeit zur Subkultur), Poly-drug type (meist in Verbindung mit Heroin), Experience type (Horizontenerweiterung), Hedonist type (sex & drugs & Rock'n'Roll), Cocainists (ohne

Kontakt zur harten Opiat-Szene), Situational type (Kokain als soziale Party-Droge), Routine type (integrierter Konsum) (BIELEMANN et al. 1992)

- Kohorten-Studie an Kokain-Konsumenten (COHEN et al. 1993, wird im Rahmen dieser Tagungs-Dokumentation vorgestellt)

- Entwicklung und Testung einer weiteren Prävalenz-Schätzmethode (key-informants rating) in einer kleineren Gemeinde (van OUYEN-HOUBEN et al. 1992)

- hohe Verbreitung von Kokain-Injektionen und Heroin-Fixern in Rotterdam (GRUND et al. 1991)

- geringeres HIV-Risiko bei freebasing von Kokain (HARTGERS et al. 1991)

- negative Auswirkungen von Kokain-Konsum auf Schwangerschaft und Geburt mit ähnlichen Ergebnissen wie in Italien (SMIT et al. 1994)

- Befragung von 150 Parlamentariern zu ihren eigenen Konsum- Erfahrungen: 97% trinken Alkohol, 40% haben Erfahrungen mit Cannabis, nach Kokain wurde nicht gefragt; 2/3 von allen Befragten und 100% der Cannabis-Erfahrenen treten für die Legalisierung von Cannabis ein (HENDRIKS et al. 1995)

Spanien

- Anstieg an Beschlagnahmungen und Erste-Hilfe-Maßnahmen seit 1986

- kein Anstieg bei Surveys (Haushaltsbefragungen) erkennbar, aber insgesamt ein höheres Niveau als bei Heroin

- Anstieg im Behandlungssystem (SEIT/DAWN-Daten, vergleichbar mit den in den USA benutzten Daten-Systemen)

- eine ethnographische (snow-ball) Studie (DIAZ et al. 1992)

- Anstieg der Mortalität insgesamt und Anstieg der Beteiligung von Kokain (SANCHEZ et al. 1995)

- Anteil der Drogentodesfälle ausschließlich durch Kokain bereits bei 16% (LORA-TAMAYO et al. 1994)

- beim Schwangeren-screening fast 1% positiv für Kokain (CRE SPO et al. 1994)
- 25% Kokain als Zusatz-Konsum bei Heroin-Patient/innen (TOR RENS et al. 1991)
- bei Erste-Hilfe-Stationen 3 von 1000 wg. Kokain/Heroin (DOMINGO-SALVANY et al. 1989)
- Image-Kampagnen gegen Kokain sind seit Ende der 80er Jahre eingeleitet (BARRIO ANTA et al. 1993).

Schweiz

- Eine neuere Studie über die Risiken des Mischkonsums Alkohol/Kokain (GIROUD et al. 1993),

Schweden

- Es gibt - trotz der weit verbreiteten Amphetamin-Epidemie unter den >harten Konsumenten< bzw. Fixer/innen in Schweden - nur äußerst geringe Anteile an Kokainkonsum bei Klient/innen im Behandlungs-System.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß in diesen Arbeiten vor allem folgende Themen bearbeitet werden:

- Fragen der Prävalenz des Kokain-Konsums
- Überschneidungen der Prävalenz mit Heroin, Cannabis und Ecstasy
- Mortalität/Morbidität im Zusammenhang mit Kokain-Konsum
- Schwangerschaften unter Kokain-Einfluß
- Pharmakologie der Kokain-Wirkung
- riskantes Sexualverhalten unter Einfluß von Kokain
- Verhaltensänderungen und Infektionsrisiken im Zusammenhang mit Kokain-Konsum.

Kommen wir also auf die eingangs beschriebenen Forschungsebenen zurück, so zeigt sich auch bei der aktuellen Literatur-Auswertung überdeutlich, daß sehr viele wichtige Aspekte in der Forschung nach wie vor ausgeblendet werden. Es fehlen nach wie vor - und schmerzhaft - sozialepidemiologische, psychologische, soziologische, ethnographische und klinische Studien. Auf so schlichte wie wichtige Fragen wie z.B. Wie problematisch kann Kokain-Konsum sein? Und für welche Subgruppen? Welche problematischen Konsummuster gibt

es in den Ländern Europas im Vergleich? Wie behandelt man behandlungsbedürftige Kokainisten richtig? gibt es keine gültigen Antworten.

Und selbst wenn man eine so anspruchsvolle Studie in Betracht zieht wie die Amsterdamer Kohortenstudie, die von PETER COHEN u.a. betreut wird (1993), fallen noch gravierende methodische Schwächen (z.B. im Bereich der Selbstauskünfte und Selbstbeurteilungen) auf. Es besteht der unabweisbare Bedarf, im Vergleich zu dieser Kohorte in anderen europäischen Ländern - und mit möglichst weitgehend objektivierten Items und Skalen - problematische Konsummuster aufzufinden und für diesen - vielleicht nur kleinen - Kreis von Konsument/innen therapeutische Antworten zu finden.

Literatur

- ANKER, van den, J.N., MILDNER, R.J., SAUER, P.J.J. (1992) Cocaine en zwangerschap - wie betaalt de rekening?, *Ned.Tijdschr.Geneesk.* 137
- BARRIO ANTA, G., VICENTE ORTA, J., BRAVO PORTELA, M.J., FUENTE DE HOZ, de la, L. (1993): The epidemiology of Cocaine use in Spain, *DrugAlcDepend.* 34
- BATTIN, M., ALBERSHEIM, S., NEWMAN, D. (1995) Congenital genitourinary tract abnormalities following Cocaine exposure in utero, *Am.J.Perinat.* 12
- BIELEMANN, B. (1991) Kokainkonsum in Europa, in: *SenJugFam (Hrsg.) (1993) Kokainismus. Beratung und Therapie*, Berlin
- BIELEMANN, B., DE BIE, E. (1992) Between the lines. A study of nature and extent of Cocaine use in Rotterdam, Rotterdam
- BIELEMANN, B., DIAZ, A., MERLO, G. KAPLAN C.D. (eds.) (1993) Lines across Europe. Nature and extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin, Lisse
- COHEN, P.D.A., SAS, A. (1993) Ten years of Cocaine, Amsterdam
- CRESPO, J.M., ANTOLIN, E., COMAS, C., COLL, O., MARQUES, J.M., GUAL, A., FORTUNY, A. (1994) The prevalence of Cocaine abuse during pregnancy in Barcelona, *Europ. J. Obster.Gynec. Repr.Biol.* 56
- DHS (Hrsg.) (1996) Jahrbuch Sucht, Geesthacht
- DIAZ, A., BARRUTTI, M., DONCEL, C. (1992) The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona, *Laboratori de Sociologia ICEBS*, Barcelona
- DOMINGO-SALVANY, A. HARTNOLL, R.L., ANTO, J.M. (1993) Opiate and Cocaine consumers attending Barcelona emergency rooms: a one year survey (1989), *Addiction* 88
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (ed.) (1996) 1995. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union, Lissabon
- ERHARDT, E. (1993) Wie gefährlich ist Kokain? Aktuelle Erkenntnisse zum Abhängigkeits- und Gefährdungspotential von Kokain, *Kriminalistik* 47
- GATTARI, P., SPIZZICHINO, L., REZZA, G., ZACCARELLI, M., PORTALEONE, A., LAFRANCESCINA, A., CASELLA, P., VALENZI, C. (1992) Influence of Cocaine use on HIV-related risk behavior among injecting Heroin users in Rome, *Int.Conf.AIDS* 8
- GIROUD, C., COLASSIS, T., RIVIER, L., OTTINGER, E. (1993) Cocaine et Alcool: un cocktail explosif!, *Schweiz.Rdsch.Med.Praxis* 82
- GOSSOP, M., POWIS, B., GRIFFITHS, P., STRANG, J. (1995) Female prostitutes in south London: Use of Heroin, Cocaine and Alcohol, and their relationship to health risk behaviours, *AIDS Care* 7
- GRUND, J.P., ADRIAANS, N.F., KAPLAN, C.D. (1991) Changing Cocaine smoking rituals in the Dutch Heroin addict population, *Brit.J.Addiction* 86
- HARTGERS, C., HOEK, van den, A., BRUSSEL, van, G.H.A., COUTINHO, R.A., KRIJNEN, P. (1991) Changes over time in Heroin and Cocaine use among injecting drug users in Amsterdam, The Netherlands, 1985-1989, *Brit.J.Addiction* 86
- HASSAN, T.B., PICKETT, J.A., DURHAM, S., BARKER, P. (1996) Diagnostic indicators in the early recognition of severe Cocaine intoxication, *J.Acc.Emerg.Med.* 13
- HECKMANN, W. in: KORCZAK
- HECKMANN, W. et al. (1990) Die bundesdeutsche Kokser-Szene, in: STONE, N., FROMME, M., KAGAN, D. *Leistungsdroge Kokain*, Weinheim/Basel
- HECKMANN, W., PÜSCHEL, K., SCHMOLDT, A., SCHNEIDER, V., SCHULZ-SCHAEFFER, W., SOELLNER, R., ZENKER, Ch., ZENKER, J. (1993) Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität, Baden-Baden
- HENDRIKS, V.H., van de LAM, G., GARRETSEN, H.F.L. (1995) Dutch members of parliament: their alcohol and drug use and opinions on policy issues, *Kettil Bruun Society (Proceedings)*, Porto
- KLEE, H. (ed.) (1997) Amphetamine Misuse. International Perspectives and Current Trends, Amsterdam

- KLEIBER, D., SOELLNER, R., TOSSMANN, P. (1995)
 KOKKEVI, A., STEFANIS, C. (1991) The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece, *AmJPublHealth* 81
- KORCZAK, D. (1988) The Cocaine Situation in Bavaria, in: CEWG (Proceedings Dec. 1987) Patterns and Trends of Drug Abuse in the United States and Europe, Rockville
- KORCZAK LODI, L., MAAROZZI, E., MAROZZI, F. (1991) Data on Cocaine abuse in the city of Milan, in: Bruno, F. (ed.) Cocaine Today: Its Effects on the individual and Society, INICRI, Rom
- LORA-TAMAYO, C., TENA, T., RODRIGUEZ, A. (1994) Cocaine-related deaths *J.Chromat.* 674
- NIDA (1991) The epidemiology of Cocaine Use and Abuse. Research Mon. Series 110, Rockville
- NIDA (1996) Epidemiologic Trends in Drug Abuse. CEWG December 1996, Rockville
- OFFIDANI, C., POMINI, F., CARUSO, A., FERRAZZANI, S., CHIAROTTI, M., FIORI, A. (1995) Cocaine during pregnancy: a critical review of the literature, *Min.Ginec.* 47
- OOYEN-HOUBEN, van, M.M.J., SPRUIT, I.P. (1992) Cocaine in een kleinere gemeente, *Tijdschr.Alc.DrugsAndPsychotr.St.* 18
- POMPIDOU GROUP/COUNCIL OF EUROPE (1994) Multi-city study: Drug misuse trends in thirteen European cities, Strasbourg
- POWER, R. (1992) Drug trends in Britain and the place of action research, in: CEWG (Proceedings Dec. 1991) Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Rockville
- REITER, S., HECKMANN, W., ANDERS, S. (1991) Kokain. Eine ausgewählte Bibliographie, spi, Berlin
- SANDWIJK, J.P., COHEN, P.D.A., MUSTERD, S., LANGEIJER, M.P.S. (1995) Licit and illicit drug use in Amsterdam II, Amsterdam
- SANCHEZ, J., RODRIGUEZ, B., FUENTE, de la, L., BARRIO, G., VICENTE, C., ROCA, J., ROYUELA, L. (1995) Opiates or Cocaine: mortality from acute reactions in six major Spanish cities, *J.Epid.Commun.Health* 49
- SMIT, B.J., BOER, K., HUIS, van, A.M., LIE-LING, I.S., SCHMIDT, S.C. (1994) Cocaine use in pregnancy in Amsterdam, *Act.Paed., Suppl.* 404
- STONE/FROMME/KAGAN (1990) Leistungsdroge Kokain. Szenen-Report und Ausstiegshilfen, Weinheim/Basel
- STRANG, J., JOHNS, A., CAAN, W. (1993) Cocaine in the UK, *Brit.J.Psych.* 162
- STRANG, POWIS, B., GRIFITHS, P., GOSSOP, M. (1994) Heterosexual vaginal and anal intercourses amongst London Heroin and Cocaine users, *Int.J.STD/AIDS* 5
- TOSSMANN, P. (Cannabis) (XTC)
- TORRALBA, L., BRUGAL, M.T., VILLALBI, J.R., TORTOSA, M.T., TORIBIO, A., VALVERDE, J. (1996) Mortality due to acute adverse drug reactions: Opiates and Cocaine in Barcelona, *Addiction* 91
- TORRENS, M., SAN, L., PERI, J.M., OLLE, J.M. (1991) Cocaine abuse among Heroin addicts in Spain, *DrugAlc.Depend.* 27
- UNDCP (1996) Drugs and Development, Wien
- VAYRE, F., LAPOSTOLLE, F., OLLIVIER, J.P. (1996) Cocaine and the heart: A clinical reality, *Arch.Malad.CoeurVaiss.* 89

Kokainkonsummuster am Beispiel einer Amsterdamer Studie

Peter Cohen, Ph.D.[1]

Forschungsleiter, Universität van Amsterdam, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen,
Vakgroep Sociale Geografie, Nieuwe Prinsengracht
130, 1018 VZ Amsterdam

Arian Sas*

Forschungsassistent, Universität van Amsterdam,
BRON Foundation, Nieuwe Prinsengracht 130,
1018 VZ Amsterdam

Inhalt

- I. Einleitung
- II. Methodik
- III. Typische Merkmale von in der Gemeinschaft lebenden Kokainkonsumenten in Amsterdam
- IV. Kontrollverlust
- V. Die Nachfolgestudie
- VI. Schlußfolgerungen

Mit Dank an Ernest Drucker, Ph. D. (New York) und Harmt't Hart, Ph. D. (Utrecht) für die hilfreichen Anmerkungen bezüglich einer früheren Version dieser Abhandlung.

Kokainkonsum in Amsterdam in unauffälligen Subkulturen

In Amsterdam wurde der Kokainkonsum bei erfahrenen Konsumenten untersucht, wobei die an der Studie teilnehmenden Personen nicht aus voreingenommenen Personengruppen, wie Patienten im Drogenentzug, Inhaftierte, Prostituierte stammen, sondern aus dem viel größeren Personenkreis der in der Gemeinschaft lebenden Kokainkonsumenten ausgewählt wurden. Der Kokainkonsum wurde in zwei Erhebungen untersucht. 1987 wurden 160 und 1991 108 Personen befragt, die im Schneeballauswahlverfahren angeworben wurden. 64 der 1987 befragten Probanden wurden auch 1991 wieder befragt. Die in diesen drei Befragungen gesammelten Daten beziehen sich fast ausschließlich auf die Auswirkungen und Konsequenzen des Kokainkonsums, die Umstände des Gebrauchs, die Entwicklung der Höhe des Konsums und auf allgemeingültige Regeln des Kokainkonsums. Die größte Gruppe der Probanden (50%) konsumiert nie mehr als geringe Mengen (weniger als 0,5 Gramm pro Woche). Ungefähr jeder fünfte erreicht einen Spitzenkonsum von 2,5 Gramm pro Woche oder mehr während seiner Periode stärksten Konsums. Anhaltend hohe Mengen sind selten. Es gibt eindeutige Hinweise darauf, daß erfahrene Kokainkonsumenten dazu tendieren, ihren Konsum mit der Zeit zu verringern, verbunden mit Perioden der Abstinenz, und daß sie ihn vornehmlich auf soziale Funktionen abstimmen. Negative Auswirkungen werden durch eine Reihe von Regeln bezüglich des Konsums verhindert, obwohl keiner der Konsumenten vor dem Auftreten negativer Auswirkungen gänzlich gefeit ist.

Schlüsselwörter: Kokain, Schneeballauswahlverfahren, Drogenauswirkungen, Drogenmarkt

I. Einleitung

In Amsterdam untersuchten wir zwischen 1987 und 1991 den Kokainkonsum in drei verschiedenen Projekten. Unsere erste Studie von 1987 bestand aus 160 ausführlichen Interviews mit erfahrenen Konsumenten (COHEN 1989). Während der zweiten Untersuchung, vier Jahre später, befragten wir 64 von ihnen erneut (COHEN und SAS 1993).

1991 befragten wir auch „neue Konsumenten“ mit Hilfe der gleichen Interviews wie 1987. Neue Konsumenten waren jene, die nach 1986 mit dem regelmäßigen Gebrauch begonnen hatten (COHEN und SAS 1994). Im folgenden Beitrag werden wir zunächst auf die Methodik dieser Studien eingehen und anschließend einige der wichtigsten Ergebnisse ausführen.

II. Methodik

Da bereits vieles durch unkontrollierte Zufallsstichproben über den Kokainkonsum bei Inhaftierten, Entzugspatienten oder Anrufern der Hotline bekannt ist, haben wir uns entschlossen, nach in der Gemeinschaft lebenden Konsumenten zu suchen. Unser Ziel war es, mittels einer Schneeballmethodik Kokainkonsumenten außerhalb der Institutionen der Drogenbekämpfung und -entziehung für das Projekt anzuwerben. Wir wollten wissen, welche Auswirkungen und Konsequenzen des Kokainkonsums bei Normalbürgern oder bei denjenigen, die dieser sozialen Schicht so nahe wie möglich stehen, sichtbar würden.¹ Parallel zu unserem Vorhaben, keine Kokainkonsumenten aus den klassischen Personengruppen auszuwählen, wollten wir zunächst auch keine Schneeballkontakte zu sehr auffälligen und leicht zu findenden Subkulturen (Subgruppen) wie Prostituierten, sogenannten Junkies² und Kriminellen/Häftlingen herstellen. Wir befürchteten, daß solche von der Norm abweichenden Lebensstile unsere Erkenntnisse über den Einfluß von Kokain auf Lebensereignisse verfälschen und komplizieren würden.

1987 war das Aufnahmekriterium für erfahrene Kokainkonsumenten, um an der Untersuchung teilnehmen zu dürfen, eine Mindesterfahrung von 25-maligem Kokaingenuß. Unsere ersten Kontakte knüpften wir mit Kokainkonsumenten, die den Forschungsmitarbeitern und den Interviewern des Bureaus, die die Feldarbeit ausführen, bekannt waren. Diese ersten Kontaktpersonen - keine Junkies, Straftäter oder Prostituierte, wurden gebeten, Initialen, Geschlecht und Alter von nicht mehr als 20 ihnen bekannten Kokainkonsumenten aufzulisten. Von dieser Liste wurden zwei potentielle Probanden von dem Interviewer willkürlich ausgewählt.³

1 Wir erlaubten unseren Kontaktpersonen (Schneebällen), sich eigenständig an auffällige Kreise zu wenden, wenn dieses erforderlich war.

2 Hauptsächlich Konsumenten von starken Opiaten, die auch Kokain benutzen.

3 Wir wollten gewährleisten, daß die Vorlieben unserer Kontaktpersonen gegenüber den von ihnen genannten Kandidaten nicht zum Tragen kommen, und so die Auswahl möglichst unbefangen ist.

Die Testperson, die die Personen benannt hatte, wurde gebeten, mit dem ersten Kandidaten Kontakt aufzunehmen, um festzustellen, ob er bereit sei, teilzunehmen und ihn um die Erlaubnis zu bitten, dem Interviewer seinen vollständigen Namen und Adresse zu nennen. Bei (seltener) Ablehnung oder Fällen, daß Leute ihre Verabredung nicht einhalten (weniger selten), würde man sich dem zweiten Kandidaten zuwenden. Die Anfangsanweisungen lauteten, eine Kandidatenliste nach zwei erfolglosen Kontaktaufnahmen fallen zu lassen. Später wurde dieses auf vier erweitert. Durch Anwendung dieser Schneeballmethode befragten wir 160 erfahrene Kokainkonsumenten.

1991 war unser Ziel, 120 „neue Konsumenten“ einer späteren Generation zu finden, die mit der Ein-

nahme von Kokain begonnen hatte, als die Assoziation mit dieser Substanz negativer als in den Jahren zuvor war. Voraussetzung für die Teilnahme an unserer Studie von 1991 war, daß die Testpersonen nach 1986 zumindest 10 mal Kokain konsumiert hatten. (78 % hatten jedoch öfter als 25 mal Kokain genommen). Unsere ersten Kontakte wurden hauptsächlich durch Aufrufe, die in der Presse (Zeitungen, Radio und Fernsehen) veröffentlicht wurden, durch Befragungen unserer Nachfolgeprobanden und durch die selbständige Suche unserer Interviewer hergestellt.

Im Rahmen unserer Studie über neue Konsumenten wurden 108 Interviews mit Personen durchgeführt, die nach 1986 mit dem *ersten regelmäßigen Kokainkonsum* begonnen hatten.

Nettoeinkommen pro Monat	1987		1991	
	n	%	n	%
weniger als 1000 Hfl	22	14	15	14
1000-1500 Hfl	54	34	38	35
1500-2000 Hfl	33	21	21	19
2000-2500 Hfl	17	11	13	12
2500-3000 Hfl	17	11	10	9
3000-4000 Hfl	10	6	7	6
4000-5000 Hfl	2	1	3	3
5000-6000 Hfl	1	1	1	1
mehr als 6000 Hfl	4	3	-	-
insgesamt	160	100	108	100
Mittelwert	1902 Hfl		1813 Hfl	

t = 0,68, df = 258,61, n.s. (gesonderte Varianzschätzung)

Tabelle 1a Einkommensstaffelung in den Stichproben von 1987 und 1991

Höhe des Kokainkonsums	erstes Jahr des regelmäßigen Konsums				Zeitraum des höchsten Konsums				letzten 3 Monate			
	1987		1991		1987		1991		1987		1991	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keiner	-	-	-	-	-	-	-	-	44	28	28	26
niedrig	143	89	88	81	77	48	57	53	103	64	65	60
mittel	13	8	16	15	49	31	33	31	10	6	10	9
hoch	4	3	2	2	33	21	17	16	3	2	4	4
unbekannt	-	-	2	2	1	1	1	1	-	-	1	1
insgesamt	160	100	108	100	160	100	108	100	160	100	108	100
Test nach Student	t = -0,63, df = 138,12, n.s. gesonderte Varianzschätzung, F = 4,24, p < 0,001)				t = -0,32, df = 167,04, n.s. (gesonderte Varianzschätzung, F = 2,32, p < 0,001)				t = -0,78, df = 146,78, n.s. (separate Varianzschätzung, F = 3,50, p < 0,001)			

Tabelle 1b Höhe des Kokainkonsums in drei Zeiträumen in den Stichproben von 1987 und 1991

In beiden Jahren war es uns möglich, die Schneeballstichprobe mit einer Haushaltsumfrage, die in Amsterdam in denselben Jahren durchgeführt wurde, und Kokainkonsumenten durch völlig andere Wahrscheinlichkeitsstichproben erfaßte, zu vergleichen. 1987 verglichen wir die Schneeballstichprobe von 160 Probanden mit 68 Kokainkonsumenten der 1987er Haushaltsstudie, die angaben, in den 12 Monaten vor dem Interview Kokain genommen zu haben⁴. 1991 verglichen wir unsere Schneeballstichprobe mit 61 Konsumenten, die in der Haushaltsstudie von 1990 erfaßt worden waren, und die angaben, daß sie nach 1985 mit dem Kokainkonsum begonnen hätten. Beim Vergleich unserer Daten der Schneeballstichproben mit denen der Haushaltstudien stellten wir im Hinblick einer Reihe von Variablen wie Alter, Geschlecht, Bildung, Nationalität (ethnische Herkunft), Beruf und Einkommen keine signifikanten Unterschiede fest. Das bedeutet, daß unsere Erkenntnisse aus den Schneeballstichproben als repräsentativ für die in der Gemeinschaft lebenden Amsterdamer Kokainkonsumenten angesehen werden können.

Die beiden Schneeballstichproben wurden im Abstand von 4 Jahren durchgeführt, um zu sehen, ob während dieser beiden Zeiträume Unterschiede bei den Kokain konsumierenden Probanden festzustellen waren. Die Probanden von 1987 begannen durchschnittlich ungefähr 1980 mit dem Kokainkonsum (als Kokain ein elitäres und nobles Image hatte). Dadurch, daß wir 1991 das Aufnahmekriterium für unsere Studie auf erstmaligen Konsum seit 1986 beschränkten, hofften wir, in der Lage zu sein, mögliche Veränderungen bei den demographischen Daten der Befragten festzustellen, die in Zusammenhang mit dem neueren Image von Kokain, eine gefährliche Droge zu sein, stehen. Wir hofften zudem, herauszufinden, ob sich das Konsumverhalten, unabhängig vom Benutzertyp, verändert hat.

In beiden Gruppen fanden wir Probanden, die erstaunliche Ähnlichkeiten aufwiesen. Diese Feststellung basiert auf Kerndaten über demographisch bedingtes- und (Kokain-) Drogenkonsumverhalten. Die Konsumenten verfügten in beiden Erhebungen über eine bessere Bildung als ihre Altersgruppe, über 80 % sind zwischen 20 und 35 Jahre alt, ledig, verfügen über viel mehr Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen als ihre Altersgruppe, sind sozialer eingestellt und kontaktfreudiger. Die Hälfte aller Probanden beider Stichproben konsumierten

nie Mengen von mehr als 0,5 Gramm pro Woche, selbst während der Perioden des stärksten Konsums. Hohe konsumierte Mengen (von mehr als 2,5 Gramm pro Woche) wurden bei ungefähr 20 % aller Konsumenten während Höchstkonsumperioden konstatiert. Solch hohe Mengen wurden nur in seltenen Fällen (ca. 4 %) zwischen den Perioden des stärksten Konsums bis zum Zeitpunkt des Interviews beibehalten. Da der ursprüngliche Zweck, nämlich der Vergleich der beiden Erhebungen von 1987 und 1991 nicht für diese Veröffentlichung relevant ist und aufgrund der Ähnlichkeit der beiden Schneeballstichproben in Bezug auf demographische Daten und wichtige Konsumcharakteristika, haben wir die Ergebnisse jeder einzelnen Schneeballstichprobe in einem Datensatz zusammengefaßt, der nun 268 Kokainkonsumenten umfaßt.

In diesem Artikel, der einen Überblick geben soll, werden wir zuerst einmal die wichtigsten Daten über die 268 erfahrenen Kokainkonsumenten vorstellen. Neben demographischen Angaben und Daten bezüglich des Lebensstils werden wir Einzelheiten über die Entwicklung des Kokainkonsums von Beginn an und über Auswirkungen und Konsequenzen des Kokaingenusses vorstellen. Desweiteren werden wir ähnliche Daten über 64 Kokainkonsumenten aus der Stichprobe von 1987 präsentieren, die wir 1991 noch einmal befragt haben.

Alter	n	%
unter 20 Jahren	3	1,1
20-25 Jahre	71	26,5
26-30 Jahre	97	36,2
31-35 Jahre	58	21,6
36-40 Jahre	27	10,1
über 40 Jahre	12	4,5
insgesamt	268	100,0

Mittelwert = 29,2; Durchschnittswert = 28,0

Tabelle 2 Alter der Probanden

Abschließen werden wir diesen Bericht mit einigen allgemeinen Anmerkungen zum Kokainkonsum in Amsterdam und im besonderen zu Kontrollmechanismen, die scheinbar dabei eine Rolle spielen: wie Kokainkonsumenten negative Auswirkungen von Kokain verhindern oder überwinden.

⁴ Die Häufigkeit von Kokainkonsum betrug in der Haushaltsstudie, wo Personen im Alter von 12 Jahren und älter (N=4371) befragt wurden, im Jahre 1987 5,6 % (SANDWIJK et al. 1988). 1991 (N=4440) betrug die Häufigkeit 5,3 % (SANDWIJK et al. 1991)

III. Typische Merkmale von in der Gemeinschaft lebenden Kokainkonsumenten in Amsterdam

Allgemeine Merkmale

In der Tabelle 2 sind Daten über das Alter der Kokainkonsumenten in Amsterdam dargestellt. Das Alter der jeweiligen Konsumenten, die durch die Schneebälle für die Untersuchung angeworben wurden, unterscheidet sich nicht von dem der Kokainkonsumenten, die in den Amsterdamer Haushaltsstudien von 1987 und 1990 erfaßt wurden. Kokainkonsum ist in hohem Maße altersabhängig und taucht selten bei unter 20jährigen und über 40jährigen auf. Mehr als die Hälfte aller Probanden sind zwischen 26 und 35 Jahre alt. Von diesen erfahrenen Konsumenten sind 87 % in den Niederlanden geboren und 57 % sind männlich.

Tabelle 3 zeigt den Bildungsabschluß der Probanden dieser Erhebung, der als eher hoch zu bezeichnen ist. Dieses entspricht auch den Ergebnissen der Amsterdamer Haushaltsstudien. Die beruflichen Aktivitäten der erfahrenen Konsumenten sind unterschiedlich.

Große Untergruppen sind: Studenten an Bildungsinstitutionen (15%), Künstler und Personen in kunstverwandten Berufen (24 %)⁵, gehobene Berufsgruppen wie Ärzte, Manager, hochrangige Verwaltungsfachmänner, Lehrpersonal, Beschäftigte im Computerwesen (15%), mittlere und niedere Berufsgruppen wie Krankenschwestern/-pfleger, Gelegenheitsarbeiter, Friseurinnen (20%) und Personen, die im Hotel- und Gaststättengewerbe arbeiten (10 %). Für 9 % der Befragten verfügen wir über keine Daten oder es wurden keine Angaben zum beruflichen Hintergrund gemacht. 60% der Probanden gingen zum Zeitpunkt der Interviews einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nach. Die übrigen bezogen ihr Einkommen aus Arbeitslosengeld, Stipendien, Gelegenheitsarbeiten als Maurer oder Hilfsarbeiter und aus Ersparnissen oder Sozialhilfe.

Die meisten der Testpersonen leben allein und nur ganz wenige haben Kinder zu Hause. Gut 25 % leben mit einem Partner zusammen, obwohl 60 % angeben, daß sie einen Partner haben. Erfahrene Kokainkonsumenten sind überwiegend ledig. Nur 14 % waren überhaupt schon einmal verheiratet.

5 Schriftsteller, Maler, Filmproduzenten, in der Werbung tätige Personen, Graphiker.

6 1 Holländischer Gulden = 0,5 Dollar; 0,4 Pfund

Bildung	n	%
Grundschule	7	2,6
niedriges Berufsschulniveau	6	2,2
niedriges Oberschulniveau	29	10,8
mittleres Berufsschulniveau	20	7,5
mittleres & hohes Oberschulniveau	49	18,3
gehobenes Berufsschulniveau	75	28,0
Universität	82	30,6
insgesamt	268	100,0

Tabelle 3 Bildung der Probanden

	n	%
alleinlebend	175	65,3
mit einem Partner zusammenlebend	69	25,7
mit Kindern zusammenlebend	6	2,2
Wohngemeinschaft	9	3,4
bei den Eltern lebend	2	0,7
andere	7	2,6
insgesamt	268	100,0

Tabelle 4 Häusliche Situation der Probanden

Das Durchschnittsnettoeinkommen der Probanden beträgt 1.866 Gulden pro Monat⁶, und 20 % verdienen mehr als 2.500 Gulden pro Monat. Die Gruppe mit einem hohen Einkommen von über 4.000 Gulden pro Monat umfaßt 4 % der Befragten gegenüber 14 %, die der Gruppe mit niedrigem Einkommen von weniger als 1.000 Gulden pro Monat angehören. Die Einkommensverteilung unterscheidet sich nicht von der gleichen Altersgruppe in der Haushaltsstudie. Diese Einkommenszahlen zeigen, daß Kokainkonsum keinesfalls auf hohe und niedrige Einkommensgruppen beschränkt ist, sondern ziemlich gleichmäßig verteilt ist.

Konsum anderer Drogen

Die erfahrenen Kokainkonsumenten, die wir 1987 und 1991 befragten, sind ebenfalls erfahrene Konsumenten anderer Drogen, wenn wir sie mit der Altersgruppe von 18-53 (die gesamte Altersspanne in unseren Erhebungen zum Kokainkonsum) der Haushaltsstudie vergleichen. Wie Tabelle 5 verdeutlicht, haben fast alle Kokainkonsumenten Cannabis genommen und knapp 40 % verfügen über Erfahrungen mit Opiaten und LSD.

Verbreitung	Kokainkonsumenten		Altersgruppe	
	n	%	n	%
Tabak	260	97,0	2094	71,7
Cannabis	248	92,5	1043	35,7
Alkohol	263	98,1	2584	88,4
LSD	103	38,4	177	6,1
Opiate (einschl. erlaubter)	102	38,1	239	8,2
Schlafmittel	73	27,2	590	20,2
Beruhigungsmittel	70	26,1	476	16,3
Äther	24	9,0	40	1,4
MDMA*	68	63,0	55	1,9
Amphetamine*	62	57,4	178	6,1
Kokain	268	100,0	241	8,2

* Daten über die Verbreitung von MDMA und Amphetaminen in der Stichprobe der Kokainkonsumenten sind nur für die „neuen Konsumenten“ verfügbar (N = 108)

Tabelle 5 Verbreitung von Drogen in der Stichprobe der Kokainkonsumenten (N = 268) und in der Altersgruppe 18-53 Jahren der Bevölkerungsumfrage von 1990 (N = 2,922)

Kokainkonsum

Einstiegsalter und Höhe des Konsums im Laufe der Zeit:

Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Kokainkonsum beträgt 22,2 Jahre, obwohl ein beachtlicher Teil (33,2 %) vor Erreichen des 20. Lebensjahres damit begann. Fast ein Viertel der Befragten (23,7 %) benutzten Kokain das erste Mal mit über 25 Jahren, ein Einstiegsalter von über 35 ist jedoch selten (2,6 %). Im Durchschnitt verfügen unsere Probanden über eine siebenjährige Kokainkarriere, gerechnet seit ihrem Einstieg (Spanne von 0,5-21 Jahre), und durchschnittlich 5 Jahre sind seit dem ersten regelmäßigen Konsum von Kokain vergangen (Spanne von 0,5 bis 20 Jahre).

Um zu veranschaulichen, wie sich die Höhe des Kokainkonsums während des Zeitraums zwischen dem ersten Jahr regelmäßigen Konsums und dem Interview entwickelt hat, haben wir eine Technik angewandt, die erstmals von CHITWOOD (1985) benutzt wurde. Die Höhe des Konsums wird in Gramm pro Woche definiert. Wir ermittelten die Höhe des Konsums, indem wir die angegebene Häufigkeit des Konsums mit der Anzahl der benutzten Einheiten (wir nahmen 25 mg pro Einheit an) während eines bestimmten Zeitraums multiplizierten. Geringer Konsum wird als 0,5 Gramm pro Woche oder weniger definiert, der mittlere liegt zwischen 0,5 und 2,5 Gramm pro Woche und hoher Konsum über 2,5 Gramm pro Woche.

Tabelle 6 veranschaulicht die Verteilung der Konsumenten auf die verschiedenen Level, zu drei verschiedenen Zeitpunkten ihrer Karriere. Die Hälfte von ihnen konsumierte niemals mehr als 0,5 Gramm pro Woche, die andere Hälfte tat dies während ihrer Periode des stärksten Konsums. Wie in Tabelle 6 und Schema 1 dargestellt, halten das hohe und mittlere Level des Konsums nicht über einen längeren Zeitraum an. Zum Zeitpunkt des Interviews sind viele abstinent, unabhängig von der Höhe ihres Konsums in der Phase des Höchstkonsums.⁷ Das bedeutet, daß die Höhe des Konsums, selbst in der Periode des stärksten Konsums, nichts über die Wahrscheinlichkeit, abstinent zu werden, aussagt.

Höhe des Konsums	erstes Jahr des regelmäßigen Konsums		Periode des stärksten Konsums		die letzten 3 Monate vor dem Interview	
	n	%	n	%	n	%
keiner	-	-	-	-	71	26,5
gering	232	86,6	134	50,0	168	62,7
mittel	29	10,8	82	30,6	20	7,5
hoch	5	1,9	50	18,7	7	2,6
unbekannt	2	0,7	2	0,7	2	0,7
insgesamt	268	100,0	268	100,0	268	100,0

geringer Konsum: weniger als 0,5 Gramm/Woche
mittlerer Konsum: zwischen 0,5 und 2,5 Gramm/Woche
hoher Konsum: über 2,5 Gramm/Woche

Tabelle 6 Höhe des Kokainkonsums während 3 Perioden

Abbildung 1 gibt einen Einblick in die Dynamiken des Konsums: Sie verdeutlicht, daß sich der Kokainkonsum im Laufe der Zeit von einem Level zum anderen sowohl nach oben als auch nach unten verlagert. Sie zeigt auch, welche Probanden bei den von uns definierten Höhen des Konsums stagnieren.

In Tabelle 7 werden große Unterschiede zwischen den Mengenkategorien ersichtlich. Die Gruppe, die die größten Mengen während ihrer Spitzenzeit konsumiert, nimmt durchschnittlich 1000 mg Kokain täglich zu sich, gegenüber 20 mg pro Tag in der Gruppe mit geringem Konsum. Der Abstand zwischen Konsumenten niedriger Mengen und solcher hoher Mengen während ihrer Spitzenzeit ist enorm und rangiert von 10 mg bis 4200 mg pro Woche. Die durchschnittliche Dauer der Periode höchsten Konsums (16 Monate) ist bei den Konsumenten niedriger Mengen ungefähr ein Jahr kürzer als die bei den Konsumenten hoher Mengen (26 Monate). Doch selbst bei hohem Konsum berichten 50 %,

⁷ Von 50 Konsumenten hoher Mengen an Kokain zur Spitzenzeit waren 12 (24 %) zum Zeitpunkt der Befragung abstinent. Von 82 Konsumenten mittlerer Mengen zur Spitzenzeit waren 23 (28 %) zum Zeitpunkt des Interviews abstinent. Von 134 Konsumenten niedriger Mengen zur Spitzenzeit waren 27 % zum Zeitpunkt des Interviews abstinent.

daß ihre Periode höchsten Konsums 18 Monate oder weniger beträgt. Es gibt eine sehr deutliche Korrelation zwischen der Länge der Periode höchsten Konsums und der Höhe des Konsums. Es ist schwierig, eine Aussage darüber zu treffen, warum dies so ist. Konsumenten hoher Mengen erfahren

weitaus mehr negative Auswirkungen von Kokain als andere Konsumenten. Bewerten sie die positiven Effekte um so mehr? Wir beobachteten jedoch, daß der Anteil an Konsumenten hoher Mengen, die schließlich abstinent werden, nicht geringer ist als bei den übrigen Konsumenten.

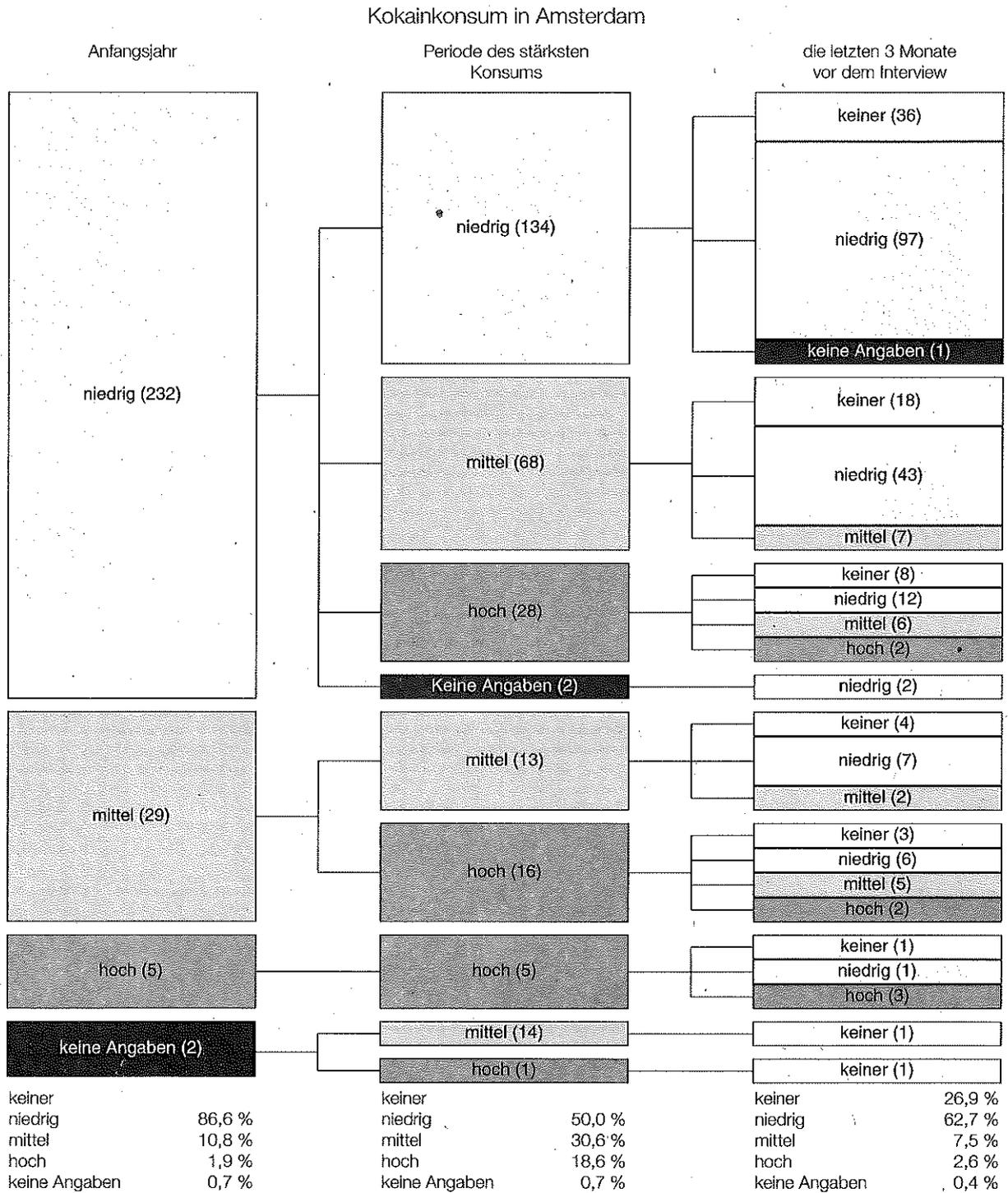


Abbildung 1 Höhe des Kokainkonsums über einen längeren Zeitraum gesehen (Anzahl der Probanden steht in Klammern, N = 268)

geringer Konsum

n	134
Mittelwert	164 mg/Woche
mittlerer Wert	125 mg/Woche
Spannbreite	10-486 mg/Woche
durchschnittl. Dauer der Spitzenperiode	15,8 Monate
mittlere Dauer der Spitzenperiode	8 Monate

mittlerer Konsum

n	82
Mittelwert	1049 mg/Woche
mittlerer Wert	850 mg/Woche
Spannbreite	50-2250 mg/Woche
durchschnittl. Dauer der Spitzenperiode	20,9 Monate
mittlere Dauer der Spitzenperiode	12 Monate

hoher Konsum

n	50
Mittelwert	9536 mg/Woche
mittlerer Wert	7000 mg/Woche
Spannbreite	2625-42000 mg/Woche
durchschnittl. Dauer der Spitzenperiode	26 Monate
mittlere Dauer der Spitzenperiode	18 Monate

Gesamte Stichprobe

n	266*
Mittelwert	2198 mg/Woche
mittlerer Wert	468 mg/Woche
Spannbreite	10-42000 mg/Woche
durchschnittl. Dauer der Spitzenperiode	19,4 Monate
mittlere Dauer der Spitzenperiode	12 Monate

* Für zwei Probanden sind keine Daten über die Höhe des Konsums während der Periode des stärksten Konsums vorhanden.

Tabelle 7 Charakteristika der Höhe des Konsums während der Periode des stärksten Kokainkonsums

Tabelle 8 zeigt, daß die durchschnittliche Dosis bei täglichen Konsumgelegenheiten von 100 mg während des ersten Jahres regelmäßigen Konsums auf 250 mg während der Periode höchsten Konsums und dann auf 125 mg während der drei Monate vor dem Interview gesteigert wurde⁸. Die Form der Einnahme ist hauptsächlich intranasal: fast drei Viertel (74 %) sagten aus, daß das Schnupfen ihre erste Form des Konsums war. Aber Erfahrungen mit anderen Methoden sind weit verbreitet.

In Amsterdam haben 66 % Kokainhydrochloride gemischt mit Tabak in einer Zigarette geraucht, 23 % benutzten die Methode des 'freebasing' (Kokain auf einer Folie verdampfen und einatmen) und 6 % haben es gespritzt. Die in der Gemeinschaft lebenden Kokainkonsumenten, die das Kokain hauptsächlich auf eine andere Art und Weise zu sich nehmen, sind selten: 2 % spritzen, 3,5 % 'freebasing', 4 % in Zigaretten.⁹ Methoden wie das Spritzen und 'freebasing' sind mit einem starken Stigma von „Junkieverhalten“ behaftet. Dies wurde am häufigsten als Grund dafür genannt, daß die Probanden diese Methoden überhaupt nicht benutzten oder daß sie es erst einmal beim Ausprobieren beließen. Die Methode der Einnahme und die diese umgebende Ideologie sind wahrscheinlich ein wichtiger Kontrollmechanismus.

Dosis	erster Kokainkonsum		erstes Jahr des regelmäßigen Kokainkonsums		Periode des stärksten Konsums	
	n	%	n	%	n	%
keine	-	-	-	-	-	-
1-99 mg	181	67,5	102	38,1	36	13,4
100-249 mg	59	22,0	90	33,6	91	34,0
250-499 mg	14	5,2	42	15,7	69	25,7
mehr als 500 mg	9	3,4	34	12,7	70	26,1
keine Antwort	5	1,9	-	-	2	0,7
insgesamt	268	100,0	268	100,0	268	100,0
Mittelwert	100 mg		200 mg		444 mg	
mittlerer Wert	50 mg		100 mg		250 mg	

Dosis	die letzten 3 Monate vor dem Interview			
	Nulldosierung inbegriffen		ausschließlich Nulldosierung	
	n	%	n	%
keine	59	22,0		
1-99 mg	66	24,6	66	31,6
100-249 mg	73	27,2	73	34,9
250-499 mg	37	13,8	37	17,7
mehr als 500 mg	21	7,8	21	10,0
keine Antwort	12	4,5	12	5,7
insgesamt	268	100,0	209	100,0
Mittelwert	178 mg		207 mg	
mittlerer Wert	100 mg		125 mg	

Tabelle 8 Dosis zu einem typischen Anlaß während vier Zeitspannen

8 Hier werden mittlere Werte aufgeführt, da die Unterschiede bei den typischen Dosen enorm sind. Ein paar Konsumenten sehr hoher Dosierungen können die Durchschnittswerte beträchtlich nach oben hin verändern. Deshalb vermitteln Mittelwerte eine bessere Vorstellung der Grundtendenz.

9 Crack, eine kommerzielle Form von freebase rauchbarem Kokain wurde von unseren Probanden nicht genannt. Obwohl wir in unseren Interviews nicht ausdrücklich nach Crackkonsum gefragt haben, sind wir uns ziemlich sicher, daß wenn Crackkonsum erfolgt wäre, uns dieses nicht entgangen wäre.

Konsumenten geringer Mengen gebrauchen Kokain vornehmlich am Wochenende. Mit wenigen Ausnahmen nehmen alle Konsumenten größerer Mengen während ihrer Periode stärksten Konsums täglich Kokain. Viele Konsumenten unterbrechen ihre Kokainlaufbahn mit Perioden der Abstinenz. Solche Perioden können zwischen einer Woche und mehreren Monaten dauern. Wir fragten nur nach Abstinenzperioden von einem Monat oder länger. Eine Minderheit berichtete, keine solcher Perioden gehabt zu haben (14 %) und eine andere Minderheit (18 %), gab an, daß bei ihnen selten, d. h. ein- oder zweimal, solche Perioden vorgekommen sind. Zwei Drittel (66 %) berichteten über drei oder mehr solcher Perioden.

	n	%
nie	38	14,2
1 oder 2 mal	49	18,3
3 - 5 mal	47	17,5
6 - 10 mal	42	15,7
mehr als 10 mal	88	32,8
unbekannt	4	1,5
insgesamt	268	100,0

Tabelle 9 Häufigkeit von Kokain-Abstinenzperioden, die einen Monat oder länger andauerten

Es gab viele Gründe für diese Perioden der Abstinenz. Wir unterschieden diese Gründe nach inneren und äußeren Gründen. Als *innere* Gründe wurde am häufigsten „kein Verlangen nach Kokain“ genannt. Diese Begründung gaben 40 Probanden (18 % aller genannten Gründe). Der nächste Grund für Abstinenzperioden war das Auftreten von negativen psychischen und physischen Auswirkungen und wurde von 21 Befragten (9 % aller aufgeführten Gründe) genannt. Die Angst vor Abhängigkeit wurde von 11 Probanden (5 %) erwähnt. Der wichtigste *äußere* Grund war 'kein Geld' und wurde von 43 Befragten (19 %) genannt. Äußere Gründe, die sich auf das Umfeld beziehen (Freunde nehmen kein Kokain, keine passende Umgebung für den Konsum) belaufen sich auf 37 Antworten (16 % aller Antworten).

Andere Ursachen sind Schwangerschaft (3), Arbeit oder Studium (5) oder Auslandsreisen (8).

Auf die Frage, ob die Probanden schon einmal ihren Konsum vermindert haben, antworteten gut 60% mit 'ja'. Dieser sehr hohe Prozentsatz war überraschend vor dem Hintergrund, daß 50 % aller Probanden niemals mehr als eine konsumierte Menge von 0,5 Gramm pro Woche zu sich genommen haben. Die wichtigsten Gründe für die Reduktion ihres Konsums waren dieselben wie für die Abstinenzperiode. 'Kein Verlangen nach Kokain' (bei 30 Probanden) war der wichtigste Grund bei den inneren Gründen, gefolgt von 'negativen psychischen und physischen Auswirkungen' (26 Probanden). Bei den äußeren Gründen war 'kein Geld' wieder der meistgenannte Grund (46 Probanden), gefolgt von das Umfeld betreffenden Gründen (22 Probanden).

Auswirkungen, Vorteile und Nachteile von Kokain

Wir haben die Auswirkungen auf zwei verschiedene Arten gemessen: 1) indem wir unsere Testpersonen baten, die wichtigsten Vor- und Nachteile von Kokain zu nennen und 2) indem wir uns auf fast hundert unterschiedliche in der Literatur beschriebenen Auswirkungen von Kokain bezogen und die Probanden fragten, ob sie jemals diese als Konsequenz ihres Kokainkonsums erlebt haben. Eines unserer Ziele war, herauszufinden, welche Auswirkungen von der Dosis und/oder der Höhe des Konsums abhängig sind. Bei dem Vergleich von Angaben über die Konsummenge und ihrer Beziehung zu der Verbreitung von Auswirkungen mit ähnlichen Daten anderer Studien (ERICKSON, 1987; MORNINGSTAR and CHITWOOD, 1983) fanden wir Übereinstimmungen, aber gleichzeitig auch einige Unterschiede (COHEN 1989, S. 99).¹⁰ Da, wo wir in Amsterdam eine statistische Kovarianz zwischen der Höhe des Konsums und der Verbreitung von Auswirkungen fanden, wurde woanders eine ähnliche Kovarianz nicht festgestellt und umgekehrt. Zudem fanden wir heraus, daß viele Auswirkungen zueinander in Beziehung stehen. Wir stellten dieses fest, indem wir Mokkenskalen der Auswirkungen durch Errechnen der Skalierbarkeit von einer großen Zahl von Auswirkungen erstellten.¹¹ Es war

10 Die Vergleichbarkeit der Daten war eingeschränkt, weil die Eingangskriterien für die Stichprobe und die Definitionen der konsumierten Menge nicht identisch waren. Unter Berücksichtigung dieser Unterschiede fanden wir heraus, daß von 41 gemeinsamen Fragen nach den Auswirkungen, in allen drei Studien 27 Auswirkungen in Zusammenhang mit einigen Konsumparametern standen; bei 14 Effekten ist keine Kontinuität unter den Studien ersichtlich.

11 Die Mokken Skalenanalyse basiert auf der Guttman Skalenanalyse. Die letzt genannte ist jedoch deterministisch, was bedeutet, daß ein Proband, der eine Frage mit 'ja' beantwortet, weniger schwerwiegende Fragen auch mit 'ja' beantwortet. Die Mokkenanalyse ist probabilistisch, was bedeutet, daß ein Proband, der eine Frage mit 'ja' beantwortet, mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als null, auch weniger schwerwiegende Fragen positiv beantwortet. (MOKKEN et al., 1982, SIJTSMA et al., 1992).

möglich, fünf Skalen anzulegen. Es scheint, daß die Konsumenten über typische *Anhäufungen von Auswirkungen* berichten. Um einen exakten Hintergrund dieses Ergebnisses zu skizzieren, werden wir zwei Hauptschwierigkeiten beim Messen der Auswirkungen erörtern.

Einer der Gründe, woraus wir schlossen, daß es schwierig ist, die Auswirkungen zu untersuchen, ist unsere Erkenntnis, daß die Varianz der Skalenergebnisse kaum aufgrund von Konsumparametern zu erklären war. Das Auftreten oder die Verbreitung von Auswirkungen steht mit viel mehr Variablen als nur mit der Höhe des Konsums oder der Dosis in Zusammenhang. Wie LINDESMITH beobachtete: "Das Empfinden oder die Erfahrung ist sehr unterschiedlich und hängt in hohem Maße von der einzelnen Person, den Rahmenbedingungen, der Stimmung des Konsumenten, der Höhe der Dosis und der Art und Weise wie es genommen wird, ab" (LINDESMITH, 1968). Obwohl dieses Zitat Lindesmith's Erkenntnisse über Heroin beschreibt, sind diese wahrscheinlich genauso gut auf Kokain oder andere Psychopharmaka an-

wendbar. All diese Variablen können wiederum systematische Veränderungen durch den Standort, historische Epoche, Angebotssituation, gleichzeitigen Konsum anderer Drogen usw. überlagern. Somit wird verständlich, daß einfache eindimensionale Konsumparameter nicht in der Lage sind, die Streuungen der Werte auf unseren Skalen über die Auswirkungen von Kokain zu erklären.¹² Ein gutes Meßverfahren der Auswirkungen sollte die mannigfaltigen Determinanten von Drogenerfahrung berücksichtigen, wozu wir bis jetzt aber nicht in der Lage sind.¹³

Ein weiteres Problem ist die Zuverlässigkeit des Instruments, das die Auswirkungen mißt. In unserer Folgestudie, stellten wir vier Jahre später denselben Probanden dieselben Fragen nach den Auswirkungen. Auf den Skalen I und IV fanden wir heraus, daß 53 % der Konsumenten das gleiche Ergebnis erzielten, doch auf Skala III waren es nur 12 %, auf Skala V 21 % und auf Skala II 32 %. Erschwerend kommt noch hinzu, daß einige Probanden weniger Auswirkungen nannten, 18 % bis 44 % weniger genannte Auswirkungen pro Skala.

Vorteile von Kokain	Reihenfolge					insgesamt	Reihenfolge insgesamt
	1	2	3	4	5*		
aktiver	65	64	45	10	6	190	1
Kommunikation	33	45	37	11	5	131	2
entspannt	38	43	18	7	-	106	3
kreativer	37	19	18	8	-	82	4
Selbstvertrauen	27	28	12	5	1	73	5

Nachteile von Kokain

unangenehme körperliche Auswirkungen	32	32	29	10	2	105	1
teuer	29	23	26	9	1	88	2
gesundheitsschädlich	23	23	13	3	-	62	3
macht egozentrisch und introvertiert	16	15	7	5	3	46	4
erzeugt psychische Abhängigkeit	20	13	6	2	1	42	5

* Die Probanden von 1987 durften fünf Nachteile nennen, die von 1991 vier

Tabelle 10 Die fünf am häufigsten genannten Vor- und Nachteile, Reihenfolge und Häufigkeit

12 In anderen Worten: Die Pharmakologie Kokains ist die eine Sache, doch der psychologische und soziale Rahmen, in dem es von den Menschen genommen wird, ist nicht unerheblich (cf. HARTNOLL, 1990).

13 Zuerst einmal müßte eine gute Theorie zu den Auswirkungen von Drogen entwickelt werden. Solch eine Theorie aufzustellen, ist wahrscheinlich eine der schwierigsten Herausforderungen der Drogenforschung.

Dieses zeigt, daß die Zuverlässigkeit des Instruments zur Messung der Auswirkungen, das wir benutzten, fragwürdig ist. Werte auf den Wirkungsskalen, die wir durch Fragen nach der Verbreitung jeder einzelnen Auswirkung berechneten, könnten sehr ungenau sein. Dieses könnte auf oben genannten Variablen beruhen, die mit dem sozialen Umfeld und anderen Rahmenbedingungen zusammenhängen, die die Verbreitung bestimmter Auswirkungen beeinflussen, aber auch auf Dinge wie z. B. Vergessen oder Verdrängen bestimmter Effekte zurückzuführen sein.

Als wir die Verteilung der Werte auf jeder Skala der Stichproben von 1987 und 1991 miteinander verglichen, stellten wir *keine statistisch signifikanten Unterschiede fest*. Aufgrund aller anderen Daten, die unsere Schlußfolgerung unterstützen, daß sich die Ergebnisse der beiden Stichproben in hohem Maße ähneln, war mit diesem Ergebnis zu rechnen. Hinzukommt, daß, wenn unsere Methodik des Fragens nach den Auswirkungen fragwürdig ist, es ein fast unmöglicher Glückstreffer/Zufallstreffer wäre, wenn unsere Wirkungsskalen sehr ähnliche Werte und Wertestaffelung pro Stichprobe zeigten. Deshalb nehmen wir vorerst an, daß unsere Fragen nach den Auswirkungen und ihre Umsetzung in Mokkenskalen in gewissem Maße Gültigkeit haben, doch die Zuverlässigkeit unserer Werte pro Proband ist bis jetzt nicht klar. Lassen wir es nun mit den Schwierigkeiten bewenden und wenden uns der Auflistung einiger Daten über die Auswirkungen, Vorteile und Nachteile zu.

Wir stellten fest, daß diese erfahrenen Kokainkonsumenten viel mehr verschiedene Nachteile als Vorteile von Kokain erwähnten. Neben fast unentschlüsselbaren eigenartigen Antworten nannten die Konsumenten 9 Hauptkategorien von Vorteilen gegenüber 22 von Nachteilen. Wir listen im folgenden nur die fünf wichtigsten auf. Wie vorher bereits erwähnt, versuchten wir, die Verbreitung von 100 verschiedenen Auswirkungen von Kokain zu messen. Tabelle 11 beinhaltet die Verbreitung von 10 sehr bekannten und in hohem Maße bedenklichen negativen Konsequenzen und Auswirkungen von Kokain, die sich nach der Höhe des Konsums aufschlüsseln lassen,

Es wird ersichtlich, daß Angst, übersteigertes Mißtrauen und Beklemmungsgefühle die Auswirkungen mit der höchsten Verbreitung unter diesen zehn sind. *Jedoch nennen nicht einmal die Hälfte der Probanden diese Auswirkungen*. Aber die meisten dieser Auswirkungen stehen in Amsterdam in klarem Zusammenhang mit der Höhe des Konsums.

Als wir in diesem Zusammenhang die Art und Weise der Einnahme von Kokain überprüften, stellten wir keine signifikanten Unterschiede bei der Verbreitung dieser Effekte fest. Wir stellten die Hypothese auf, daß die Verbreitung dieser zehn negativen Auswirkungen geringer wäre, wenn wir sie nur für diejenigen ermitteln, die Kokain schnupfen. Bei einigen Auswirkungen kann eine niedrigere Verbreitung beobachtet werden, z. B. haben Blutungen eine Verbreitung von 6 % bei denjenigen, die ausschließlich schnupfen und eine Verbreitung von 13 % bei Berücksichtigung aller Erfahrungen mit anderen Methoden der Einnahme.

Doch die Unterschiede sind nicht signifikant.¹⁴ Das bedeutet, daß in unserer Stichprobe von erfahrenen in der Gemeinschaft lebenden Konsumenten keine der zehn negativen Auswirkungen mit der Methode der Einnahme im Zusammenhang steht. Eine Bestätigung dieses Ergebnisses sollte jedoch anhand einer größeren, aber ähnlichen Stichprobe angestrebt werden.

Die Liste negativer Auswirkungen zeigt, daß für manche der Kokainkonsum böse Folgen haben kann. Die Verbreitungsrate von 7 % von durch Kokainkonsum hervorgerufener Bewußtlosigkeit ist nicht äußerst hoch, doch ist letztgenannte Auswirkung dramatisch für die wenigen, bei denen sie auftritt.¹⁵ Panikattacken haben in dieser Gruppe eine Verbreitung von 22 % und die allseits bekannten Beklemmungsgefühle treten bei 38 % der Personen auf. Depressionen, die gern mit Kokain in Zusammenhang gebracht werden, haben eine überraschend niedrige Verbreitungsrate. Sie gehören nicht zu den fünf am häufigsten genannten Nachteilen und wurden nur von 29 Personen (11 %) erwähnt. Nur 16 Personen (6 %) nennen Depressionen als den wichtigsten Nachteil von Kokain.

14 Der Grund dafür, warum wir nicht Personen, die Kokain schnupfen, mit denjenigen, die es nur spritzen oder nur die Methode des „freebasing“ anwenden, verglichen, ist, daß die letztgenannte Gruppe zu klein für einen aussagekräftigen Vergleich war. Die Lösung, die wir wählten, nämlich fast ausschließlich Personen, die schnupfen, allen anderen Konsumenten gegenüberzustellen, hat den Vorteil, daß letztere Gruppe auch über, wenn auch wenige, Erfahrungen mit anderen Einnahmemethoden als nur dem Schnupfen verfügt.

15 Wir fragten nicht nach Einzelheiten dieser Auswirkungen. Eines unserer Probleme ist, ob die Auswirkungen lediglich durch Kokain oder durch eine Mischung von Drogen hervorgerufen wurden. Kokain wird oft in Verbindung mit Alkohol genommen und darüberhinaus ist der gleichzeitige Genuß von MDMA und Cannabis nicht unüblich.

Probanden, die Kokain ausschließlich schnupften

Auswirkung des Kokains	Höhe des Konsums während der Periode stärksten Konsums								Signifikanz
	niedrig		mittel		hoch		insgesamt		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Blutungen	2	2	4	8	2	6	8	4	-
Depressionen	7	6	4	8	8	24	19	10	p < 0,01
Angst	28	25	20	38	17	52	65	33	p < 0,025
übermäßig mißtrauisch	31	28	23	43	20	61	74	37	p < 0,005
Krämpfe	23	21	12	23	13	39	48	24	p < 0,10
Bewußtlosigkeit	4	4	1	2	6	18	11	6	p < 0,005
Panik	17	15	8	15	18	55	43	22	p < 0,001
Beklemmungsgefühle	32	29	17	32	20	61	69	35	p < 0,005
Gewalt	8	7	4	8	5	15	17	9	ns
Verlangen, Waffen zu tragen	1	1	1	2	10	30	12	6	-
	N = 111		N = 53		N = 33		N = 198		

alle Probanden

Auswirkung des Kokains	Höhe des Konsums während der Periode stärksten Konsums								Signifikanz
	niedrig		mittel		hoch		insgesamt		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Blutungen	3	2	4	6	6	13	1	5	-
Depressionen	11	7	8	12	10	21	29	11	p < 0,025
Angst	43	28	26	38	25	53	94	35	p < 0,01
übermäßig mißtrauisch	43	28	29	43	30	64	102	38	p < 0,001
Krämpfe	29	19	14	21	20	43	63	24	p < 0,005
Bewußtlosigkeit	5	3	2	3	11	23	18	7	p < 0,001
Panik	21	14	12	18	25	53	58	22	p < 0,001
Beklemmungsgefühle	45	30	25	37	31	66	101	38	p < 0,001
Gewalt	12	8	8	12	8	17	28	10	ns
Verlangen, Waffen zu tragen	1	1	2	3	16	34	19	7	p < 0,001
	N = 152		N = 68		N = 47		N = 268		

- entfällt
ns nicht signifikant

Tabelle 11 Auftreten von Auswirkungen des Kokains und Höhe des Konsums zur Spitzenzeit bei Probanden, die Kokain ausschließlich schnupften und bei allen Probanden

Es liegt auf der Hand, daß die Wahrscheinlichkeit einiger negativer Auswirkungen von Kokain durch Verminderung der Höhe des Konsums verringert werden kann. Dies ist zweifellos der Hauptgrund dafür, warum so wenige Konsumenten großer Mengen diesen Level auch beibehalten. Wie bereits an früherer Stelle berichtet, wurden negative psychische und physische Auswirkungen als wichtige Gründe für Abstinenzperioden oder für die Verringerung der Konsummenge genannt. Keine dieser negativen Auswirkungen haben eine Verbreitungsziffer von 0, selbst bei Konsumenten geringer Mengen nicht.

Von den Probanden, die 1987 das Verlangen, Waffen zu tragen, dem Kokain zuschrieben, waren 36 % in den beiden Jahren vor dem Interview wegen eines Verbrechens verurteilt worden. Von denjenigen, die nicht über dieses Bedürfnis berichteten, waren nur 6 % wegen eines Verbrechens verurteilt worden. Von denjenigen, die angaben, dieses Bedürfnis gehabt zu haben, hatten fast alle (91 %) zumindest eine Straftat begangen, um an Kokain zu kommen im Vergleich zu 27 % die angaben, niemals dieses Bedürfnis verspürt zu haben. Wir vermuten, daß das Bedürfnis, eine Waffe zu tragen mit noch mehr Determinanten des Lebensstils als nur mit Kokain allein in Zusammenhang steht.¹⁶

Wir fragten diese erfahrenen Kokainkonsumenten, ob Kokain irgendwann einmal eine Besessenheit für sie gewesen sei. 85 % antworteten mit 'ja'. Fast alle (80 %) gaben an, daß sie manchmal ein starkes Verlangen (longing, in Niederländisch) nach Kokain verspürt haben.

IV. Kontrollverlust

Um den Kontrollverlust bei Kokain zu messen, entwarfen wir eine 'Kontrollverlustskala', die auf einer langen Liste von Merkmalen/Items basiert. Da wir über eine Fülle von Daten von jedem erfahrenen Kokainkonsumenten, den wir befragten, verfügen, stellten wir eine 'multi-item' Operationalisierung des Begriffes 'Kontrollverlust' zusammen. Wir werden uns hier nicht mit der theoretischen Tragweite dieses Begriffes und dieser Merkmalsliste beschäftigen (cf. COHEN and SAS 1992), sondern diese 'Skala' einfach als operationales Werkzeug akzeptieren. Viele Verhaltensdetails, die üblicherweise als mögliche Indikation für Kontrollverlust genommen werden, wurden in dieser Skala zusammengefaßt.

Tabelle 12 zeigt die Merkmalsliste, die Gewichtung, die jedem Merkmal zugeschrieben wird und die Häufigkeit jedes Merkmals. Zum Beispiel haben 3,4 % aller Probanden schon einmal einen Nebenjob übernommen, um Kokain zu kaufen. Dieses Merkmal zählt einen Punkt auf der Werteskala, wenn es zwischen 3 und 10 mal auftrat und 3 Punkte, wenn es öfter als zehn mal auftrat. Diese 'Gewichtung' von Merkmalen wurde von uns als notwendig erachtet, obwohl die tatsächliche Bewertung jedes Merkmals, eins oder drei, willkürlich ist.

Merkmal/Item	Wertigkeit	Maximalwert	n	%
war Kokain jemals eine Besessenheit	1	1	94	35,1
Übernahme eines Nebenjobs, um Kokain zu kaufen.	1 oder 3 *	3	9	3,4
sich Geld leihen, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	14	5,2
Verkauf von persönlichem Eigentum, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	13	4,9
von der Familie oder Freunden stehlen.	1 oder 3 *	3	5	1,9
Ladendiebstahl, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	7	2,6
Einbruch, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	4	1,5
Diebstahl (von Angesicht zu Angesicht), um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	1	0,4
Fälschung von Schecks, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	8	3,0
Kokain stehlen	1 oder 3 *	3	2	0,7
Prostitution, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	6	2,2
Betrug beim Spiel, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	8	3,0
Autos knacken, um Kokain zu kaufen	1 oder 3 *	3	2	0,7
Tausch von sexuellen Diensten gegen Kokain	1 oder 3 *	3	6	2,2
hatte Schwierigkeiten, seinen Kokainkonsum zu reduzieren	3	3	30	11,2
täglicher Konsum während des ersten Konsumjahres	1	1	4	1,5
täglicher Konsum während der Periode des stärksten Konsums	1	1	76	28,4
täglicher Konsum während der letzten 3 Monate vor dem Interview	1	1	8	3,0
war Kokain schon einmal Scheidungsgrund	1	1	34	12,7
allgemeiner Anstieg des Kokainkonsums während der Laufbahn	1	1	17	6,3
niemals Abstinenzperiode erlebt	1	1	38	14,2
Kokain wird als „süchtig machend“ angesehen	3 und 3 •	6	55	20,5
mehr als 10 negative Auswirkungen von Kokain erlebt	2	2	77	28,7
Gesamtmaximalwert		57		

* In der Studie von 1991 fragten wir nach der Häufigkeit des Konsums im Jahre 1987 anstatt nach ihrem Konsum im ersten Jahr.

** In der Studie von 1991 fragten wir nach der Häufigkeit des Konsums während der Periode des stärksten Konsums nach 1987.

• Wenn der Proband angab, daß dieses Merkmal 3 bis 10 mal vorgekommen ist, bekam er oder sie drei Punkte.

• Wenn der Proband der Ansicht war, daß Kokain entweder körperlich oder psychisch abhängig macht, bekam er oder sie drei Punkte auf der Skala. Wenn Kokain als sowohl körperlich als auch psychisch süchtig machend betrachtet wurde, bekam er oder sie 6 Punkte.

Tabelle 12 Merkmalsliste für die Kontrollverlustskala, Wertigkeit, Maximalwert und Wert pro Merkmal

16 Wir erstellten diese Analyse 1989 nur für die Probanden unserer Studie von 1987.

Obgleich der auf der Skala zu erreichende Maximalwert theoretisch 57 beträgt, war der höchste Wert, den wir tatsächlich gemessen haben 23. [Pearson $R=0,49$ ($p<0,01$) zwischen Skalenwert und Höhe des Konsums (in mg pro Woche) während der Periode stärksten Konsums.] Wir benutzten die Werte auf der Kontrollverlustskala, um

eventuelle Unterschiede zwischen zwei Kategorien von Konsumenten zu ermitteln. Wir verglichen alle Probanden, deren Wert auf der Skala 0 betrug, mit denen, die den höchsten Wert erreicht hatten. Wir stellten fest, daß 86 Probanden (32 %) einen Wert von 0 hatten. 30 Probanden erzielten Werte von 8 und höher, 11 % aller Probanden.

Alter	Wert auf der Kontrollverlustskala			
	Null		8 oder mehr	
	n	%	n	%
unter 20 Jahre	1	1,2	-	-
20-25 Jahre	21	24,4	5	16,7
26-30 Jahre	38	44,2	12	40,0
31-35 Jahre	18	20,9	9	30,0
36-40 Jahre	6	7,0	3	10,0
über 40 Jahre	2	2,3	1	3,3
insgesamt	86	100,0	30	100,0
Mittelwert	28,6	30,1		
mittlerer Wert	28,0	28,5		

Test nach Student $t = -1,37$; $df = 114$; n.s. (zusammengefaßte Varianzschätzung, geprüft auf der Basis nicht klassifizierter Daten)

Geschlecht	n	%	n	%
männlich	50	58,1	18	60,0
weiblich	36	41,9	12	40,0
insgesamt	86	100,0	30	100,0

$X^2 = 0,00$; $df = 1$; n.s. (Korrektur nach Yates)

Bildung	n	%	n	%
Grundschule	-	-	1	3,3
niedriges Berufsschulniveau	1	1,2	1	3,3
niedriges Oberschulniveau	4	4,7	3	10,0
mittleres Berufsschulniveau	7	8,1	4	13,3
mittleres & hohes Oberschulniveau	10	11,6	8	26,7
gehobenes Berufsschulniveau	32	37,2	9	30,0
Universität	32	37,2	4	13,3
insgesamt	86	100,0	30	100,0

Mann-Whitney $U = 801,5$, $Z = -3,2090$, $p = 0,0013$

Familienstand	n	%	n	%
verheiratet	2	2,3	2	6,7
geschieden, verwitwet	4	4,7	4	13,3
ledig	80	93,0	24	80,0
insgesamt	86	100,0	30	100,0

X^2 entfällt

Beziehung mit Partner	n	%	n	%
keine Beziehung mit Partner	37	43,0	14	46,7
Beziehung, weniger als 1 Jahr	9	10,5	6	20,0
Beziehung, länger als 1 Jahr	40	46,5	10	33,3
unbekannt	-	-	-	-
insgesamt	86	100,0	30	100,0

$X^2 = 2,527$; $df = 2$; n.s.

Häusliche Situation	n	%	n	%
alleinlebend	58	67,4	21	70,0
mit einem Partner zusammenlebend	20	23,3	6	20,0
mit Kindern zusammenlebend	-	-	-	-
Wohngemeinschaft	4	4,7	1	3,3
bei den Eltern	-	-	1	3,3
andere/weitere	4	4,7	1	3,3
insgesamt	86	100,0	30	100,0

X^2 entfällt

Einkommen	n	%	n	%
weniger als 1000 Hfl	12	14,0	4	13,3
1000-1500 Hfl	34	39,5	11	36,7
1500-2000 Hfl	14	16,3	7	23,3
2000-2500 Hfl	10	11,6	2	6,7
2500-3000 Hfl	9	10,5	2	6,7
3000-4000 Hfl	5	5,8	-	-
4000-5000 Hfl	1	1,2	2	6,7
5000-6000 Hfl	1	1,2	1	3,3
mehr als 6000 Hfl	-	-	1	3,3
insgesamt	86	100,0	30	100,0

Mittelwert 1753 Hfl 2017 Hfl
Durchschnittswert 1250 Hfl 1500 Hfl

Test nach Student $t = -0,92$; $df = 36,72$; n.s.
(überprüft am Mittel der Flügelwerte, gesonderte Varianzschätzung, $F=2,72$, $p<0,001$)

Beschäftigung	n	%	n	%
Vollzeit	26	30,2	10	33,3
Teilzeit	28	32,6	5	16,7
arbeitslos	7	8,1	9	30,0
andere (Studenten)	25	29,1	6	20,0
unbekannt	-	-	-	-
insgesamt	86	100,0	30	100,0

$X^2 = 10,4337$; $df = 3$, $p < 0,025$

Tabelle 13 Vergleich der Probanden, die einen Wert von 0 erreichten mit denen, die 8 oder mehr Punkte auf der Kontrollverlustskala verzeichneten

Wir verglichen diejenigen, deren Wert 0 war mit denjenigen, die die höchsten Werte erzielt hatten im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand, ja/nein Beziehung zu einem Partner, alleinlebend oder mit anderen, Einkommen und Beschäftigungsstatus (Tabelle 13). Probanden mit einem Wert von 0 haben ein etwas gehobeneres Bildungsniveau und die Anzahl derer, die arbeitslos sind, ist ein wenig geringer: 8 % derjenigen mit einem Wert von 0 gegenüber 30 % derjenigen, die die höchsten Werte erreicht haben. Doch selbst dieser Unterschied ist nicht wirklich signifikant, da in beiden Gruppen die große Mehrheit einer Beschäftigung nachgeht. Diese Art und Weise, Teilgruppen unserer Probanden miteinander zu vergleichen, bringt nicht sehr aussagekräftige Ergebnisse.

V. Die Nachfolgestudie

In den Monaten Januar bis Juni 1991, 40-48 Monate nach den ersten Befragungen, luden wir 64 Personen, die 1987 bereits das erste Mal befragt wurden, dazu ein, an einer Folgestudie über ihren Kokainkonsum teilzunehmen. Unser Ziel war es, die Hälfte der ursprünglichen Gruppe noch einmal zu befragen. Es war nicht möglich, 80 der ursprünglich 160 Personen ausfindig zu machen. Die Gründe waren: einige waren aus Amsterdam an unbekannte Orte (16 Personen) oder ins Ausland (5 Personen) verzogen, unzureichende Informationen über die ursprüngliche Adresse oder Namen (61 Personen),¹⁷ Ablehnung (3 Personen), keine Antwort auf unsere Einladung (8 Personen) und Tod (3 Personen).¹⁸ Deshalb befragten wir jeden Probanden unserer ursprünglichen Stichprobe, den wir ausfindig machen konnten und kamen schließlich auf 64 Personen, die an der Folgestudie teilnahmen.

Um herauszufinden, ob die Nachfolgeprobanden eine befangene Auswahl der Originalstichprobe darstellt, wurden die 64 Nachfolgeprobanden mit den 96 Probanden, die nicht an der Folgestudie teilnahmen, bezüglich einer Reihe von Variablen, die wir 1987 gemessen hatten, verglichen. Wir fanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den

beiden Gruppen bezüglich: Kokainkonsum im ersten Jahr, Kokainkonsum während der Periode höchsten Konsums, Kokainkonsum während der letzten drei Monate vor dem Interview im Jahre 1987, Konsum anderer Drogen (Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Cannabis, LSD, Lösungsmittel, Opiaten), Einkommen (siehe Tabelle 15), Familienstand, Geschlecht, Alter und Bildungsniveau. Wir fanden jedoch einen signifikanten Unterschied. 1987 waren 80 % irgendeiner Form der Beschäftigung nachgegangen gegenüber 58 % in der Folgestichprobe (siehe Tabelle 14). Trotz des Unterschiedes bei dieser Variablen betrachten wir die Ergebnisse der 64 Folgeprobanden als für die gesamte Gruppe von 160 repräsentativ. Wir hatten festgestellt, daß die Daten dieser 160 Probanden auf derzeitige Kokainkonsumenten in Amsterdam verallgemeinert werden können und glauben, daß die Erkenntnisse, die wir in unserer Folgestudie gewonnen haben, ein zuverlässiges Bild über Kokainlaufbahnen in Amsterdam, die sich über einen Zeitraum von ca. zehn Jahren erstrecken, von denjenigen, die um 1980 mit dem Kokainkonsum begannen, abgeben.

Beschäftigung	Probanden ohne Antwort		Folgeprobanden	
	n	%	n	%
Vollzeit	33	34	28	44
Teilzeit	23	24	23	36
arbeitslos	15	16	4	6
andere	24	25	9	14
unbekannt	1	1	-	-
insgesamt	96	100	64	100

$X^2 = 7,85$; $df = 3$, $p < 0,05$

Tabelle 14 Beschäftigungsstatus der Probanden, die nicht antworteten und der Folgeprobanden im Jahre 1987

Entwicklungen im Kokainkonsum der Folgeprobanden

Unsere Folgeprobanden wurden 1991 mit demselben, sehr ausführlichen Interview konfrontiert wie 1987. Wenn die Probanden jedoch Kokain nur weniger als zehnmal während der vier Jahre seit 1987

17 Kein Proband wurde abgelehnt, wenn er oder sie nicht gewillt war, uns vollständige Identitätsdaten zu liefern. Die Interviewer waren nicht angewiesen, diese Einzelheiten im geheimen schriftlich festzuhalten. Wir waren überrascht, daß unter den Bedingungen der Kokainpolitik im Jahre 1987 noch 30 % unserer Probanden es vorzogen, anonym zu bleiben.

18 Zwei junge Homosexuelle starben an AIDS und eine Akademikerin mittleren Alters, die von Krankengeld lebte, starb an Herzkrankheit.

konsumiert hatten, waren die meisten Fragen für sie nicht relevant. Wir betrachteten solche Probanden als Nichtkonsumenten und unterzogen sie einem viel kürzeren Interview. Von 64 Folgeprobanden waren 30 (47 %) nach unserer Definition Nichtkonsumenten geworden, wobei 34 Probanden (53 %) für unser ausführliches Interview verblieben.¹⁹ Bei Betrachtung des Zeitraums *vier Wochen vor dem Interview* 1991 stellten wir fest, daß 45 (75 %) unserer Folgeprobanden kein Kokain konsumiert hatten. Dies bedeutete, daß uns nur noch eine Gruppe von 19 Personen von 64, deren Konsum früher regelmäßig gewesen war, blieb, die in der Nachfolgezeit immer noch als Konsumenten betrachtet werden können, die regelmäßig und andauernd Kokain zu sich nehmen.

Nettoeinkommen pro Monat	Probanden ohne Antwort		Folgeprobanden	
	n	%	n	%
weniger als 1000 Hfl	15	16	7	11
1000-1500 Hfl	34	35	20	31
1500-2000 Hfl	22	23	11	17
2000-2500 Hfl	7	7	10	16
2500-3000 Hfl	10	10	7	11
3000-4000 Hfl	4	4	6	9
4000-5000 Hfl	2	2	-	-
5000-6000 Hfl	1	1	-	-
mehr als 6000 Hfl	1	1	3	5
insgesamt	96	100	64	100
Mittelwert	1776 Hfl		2059 Hfl	

Test nach Student t = 1,55 (n.s.); df = 158 (Überprüfung am Mittel der Flügelwerte)

Tabelle 15 Einkommen der Probanden, die nicht antworteten und der Folgeprobanden im Jahre 1987

Bei Betrachtung des Zeitraums *"drei Monate vor dem Anschlußinterview"* gaben 22 Probanden (34 %) an, kein Kokain konsumiert zu haben. Durch eine Kreuztabulierung ihrer während der drei Monate vor den Interviews 1987 und 1991 konsumierten Mengen war es uns möglich, zu sehen, welche Veränderungen stattgefunden haben. Von den 17 Probanden der Folgestudie, die 1987 angaben, kein Kokain in den drei Monaten vor dem Interview konsumiert zu haben, hatten drei wieder damit begonnen, Kokain zu nehmen, drei davon

in geringen Mengen. Keiner dieser 17 Personen berichtete über die Einnahme von mittleren oder hohen Mengen zum Zeitpunkt des Folgeinterviews. Von den 41 Probanden der Folgestudie, die während der drei Monate vor den Interviews im Jahre 1987 *geringe Mengen* konsumierten, gaben 27 an, kein Kokain während der letzten drei Monate vor den Interviews von 1991 genommen zu haben, 13 blieben bei einer geringen Menge und eine Person steigerte ihren Konsum bis 1991 von geringe auf mittlere Mengen. Eine Steigerung des Konsums auf hohe Mengen trat nicht auf. Von den fünf Personen, die 1987 angaben, *mittlere Mengen* zu konsumieren, waren zwei auf diesem Niveau stehengeblieben und drei hatten ihren Konsum bis 1991 auf geringe Mengen reduziert (Tabelle 16). Das bedeutet, daß von den 64 befragten Personen gerademal 4 Personen (6 %) ihren Konsum im Vergleich zu 1987 gesteigert haben. 29 Probanden (45 %) behielten dasselbe Niveau bei (einschließlich Nichtkonsum) und 27 (42 %) verringerten ihren Konsum (Nichtkonsum inbegriffen). Das läßt darauf schließen, daß zumindest für diese Gruppe erfahrener Kokainkonsumenten stabiles oder rückläufiges Konsumverhalten die Norm war, und wobei es nur sehr wenige gab, bei denen ein Anstieg in ihrem Konsumverhalten in den 4 Jahren zwischen 1987 und 1991 zu verzeichnen war.

Beim Vergleich der *Spitzenkonsummengen* vor 1987 mit denen im Zeitraum von 1987 bis 1991 trat ein wichtiges Ergebnis in Erscheinung. Hier wird dieselbe Dynamik von rückläufigen Mengen ersichtlich.

Höhe des Konsums in 1987	Höhe des Konsums in 1987							
	kein		niedrig		mittel		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keiner	14	82	3	18	-	-	17	100
niedrig	27	66	13	32	1	2	41	100
mittel	-	-	3	60	2	40	5	100
insgesamt	41	65	19	30	3	5	63	100

Pearson prod-moment Korr.: $t = 0,59$, $p < 0,01$ (berechnet anhand nicht klassifizierter Daten)

Test: gestiegene Menge gegenüber gesunkener Menge: $p < 0,001$ (Testprop. 0,5)

Tabelle 16 Höhe des Konsums während der letzten 3 Monate vor dem Interview 1987 und 1991

19 Von 30 Nichtkonsumenten hatten 23 zwischen einem und zehn Mal während der Folgeperiode Kokain genommen. Sieben Probanden gaben an, keinmal Kokain konsumiert zu haben.

Bei 6 Probanden ist der Konsum zu Spitzenzeiten angestiegen (von geringem auf mittleren Konsum), doch bei der überwiegenden Mehrheit blieb das Spitzenniveau konstant (bei 14 Probanden niedrig) oder es war rückläufig (13 Probanden).²⁰

Abbildung 2 veranschaulicht die Daten über die Laufbahn aller 64 Probanden der Folgestudie über fünf Konsumperioden. Diese Abbildung zeigt über 5 Perioden hinweg eine deutliche Verlagerung der Höhe des Konsums innerhalb der Kokainlaufbahn aller 64 Nachfolgeprobanden. Diese fünf Perioden sind: erstes Jahr regelmäßigen Genusses, Periode des stärksten Konsums vor dem Interview im Jahre 1987, die letzten drei Monate vor dem Interview von 1987, ein Jahr vor der Befragung von 1991 und die letzten drei Monate vor dem Folgeinterview. Diese fünf Perioden umfassen eine Kokainlaufbahn von ungefähr 10 Jahren seit dem ersten regelmäßigen Konsum (12 Jahre seit erstmaligem Gebrauch).

Wie bereits 1987 war auch jetzt das Schnupfen die Methode, die am häufigsten von unseren Folgeprobanden praktiziert wurde. 27 der 34 nicht abstinenten Probanden (79,4 %) der Folgestudie gaben an, daß sie seit 1987 fast ohne Ausnahme das Kokain geschnupft hätten. Sieben berichteten, daß sie eine oder mehrere andere Methoden angewandt hätten: Spritzen (einmal bei 1 Person), Essen (4 Personen einmal, 1 Person „immer“ und zwei andere gelegentlich). Fünf Probanden gaben an, daß sie zu seltenen Gelegenheiten Kokain auf ihre Genitalien aufgetragen hätten und drei Probanden hatten sehr selten die Methode des 'freebasing' (Kokain auf einer Folie verdampfen und einatmen) angewandt. Zwei Personen rauchten Kokain hauptsächlich in selbstgedrehten Zigaretten und 24 andere haben Kokain zumindest einmal geraucht.

Wir fragten jeden der nicht abstinent gewordenen Probanden der Folgestudie nach den Vor- und Nachteilen, die sie bei den unterschiedlichen Einnahmemethoden wahrgenommen haben. Sie äußerten viele Meinungen, doch wir beziehen uns hier lediglich auf diejenigen, die sich auf das Spritzen und das 'freebasing' beziehen. Alle 34 äußerten eine Meinung zum Spritzen, einige mehr als eine. Insgesamt benannten sie 39 erlebte Vor-

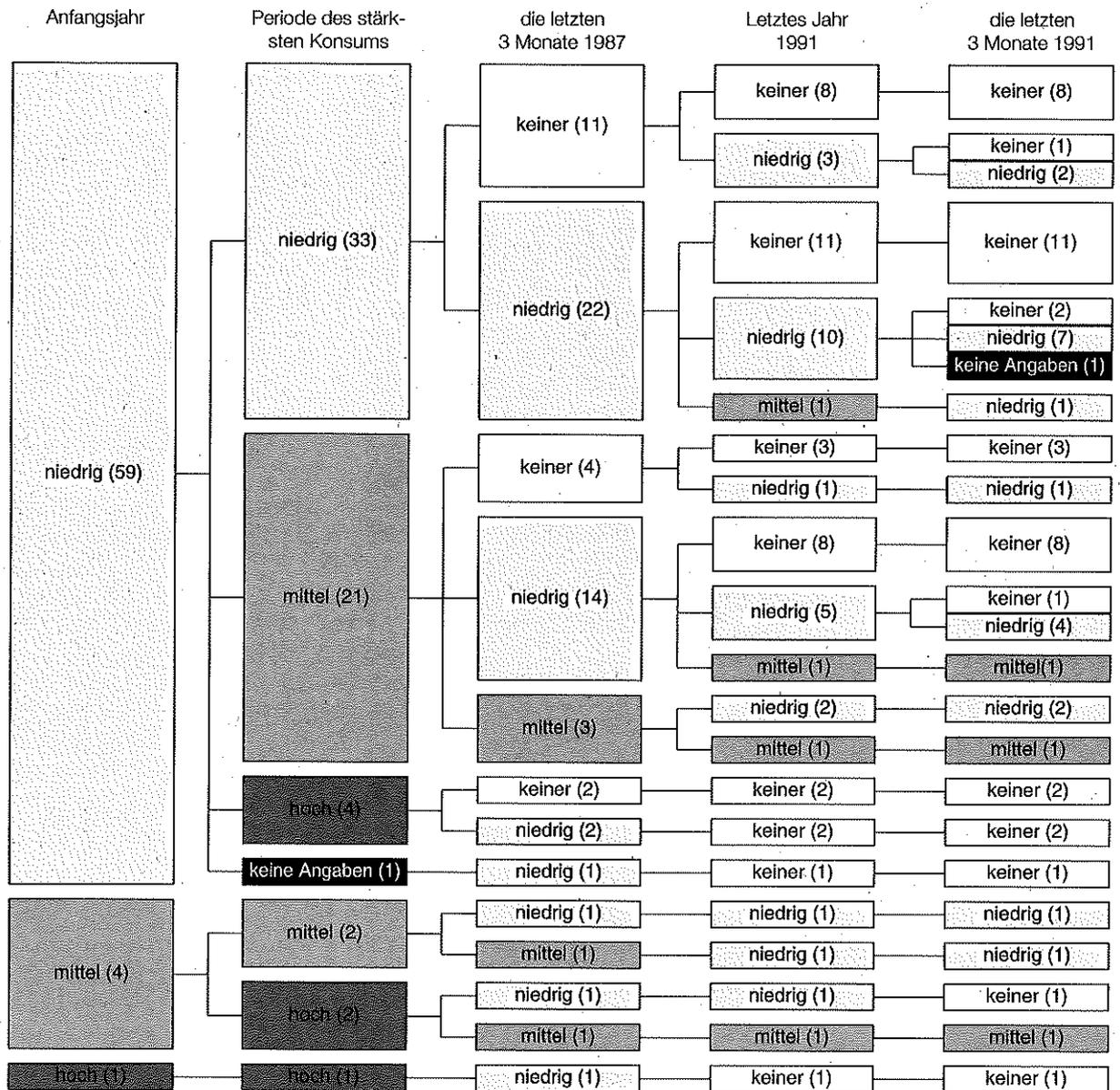
teile beim Spritzen und 59 Nachteile. Der am häufigsten genannte Vorteil des Spritzens war die bessere Wirkung und/oder der „flash“ (22 mal genannt). Der am häufigsten wahrgenommene Nachteil war, daß die Injektion nicht gesund und/oder gefährlich sei (21 mal). Der am zweithäufigsten genannte Nachteil hatte mit dem Image vom Spritzen zu tun: „es macht abhängig“ und/oder „wie es Junkies machen“ (18 mal).

Interessant ist, daß, obwohl viele Probanden glaubten, daß die Wirkung beim Spritzen besser war als beim Schnupfen, die tatsächlichen Erfahrungen mit dem Spritzen aufgrund der wahrgenommenen Risiken selten blieben. Diese Wahrnehmung von Risiken des Spritzens kann als eine wichtige informelle Kontrolle angesehen werden, an die sich die meisten unserer Probanden während der Folgeperiode streng hielten. Fast dasselbe gilt für das 'freebasing'. Nahezu alle unserer nicht abstinent gewordenen Folgeprobanden (33 von 34) wiesen auf Vorteile des 'freebasing' als Einnahmemethode hin, wobei der am häufigsten genannte Vorteil war (24 mal genannt), daß die Wirkungsweise so besser sei. Dennoch wurde der Nachteil, daß 'freebasing' abhängig macht oder etwas ist „was Junkies tun“ fast ebenso oft genannt (23 mal). Sechs Personen sagten, daß 'freebasing' zu teuer wäre und sechs fanden, daß es zu kompliziert und schmutzig wäre.

Zusammengefaßt heißt das, daß unsere Probanden der Folgestudie zahlreiche Vor- und Nachteile von verschiedenen Einnahmemethoden wahrnahmen und diejenige wählten, die sie sowohl für sicher als auch nicht in Zusammenhang stehend mit Gruppen, die als auffällig angesehen werden, halten. Viele probierten zwar andere Methoden aus, doch sie hielten im Allgemeinen nicht an Methoden fest, die sie als angenehmer aber auch als risikoreicher und abweichender empfanden. Wir können nicht ausschließen, daß diese Konsumenten genauso wie jeder andere viele soziale Deutungen über Drogen absorbiert. „Normale“ Aversion gegen das Spritzen und dessen moderne Assoziation mit 'Junkieverhalten' und Sensibilität gegenüber Bildern in den Massenmedien über Crack sind wahrscheinlich bei Konsumenten, die Kokain schnupfen genauso verbreitet wie bei Nichtkonsumenten.

²⁰ Für einen Probanden der Studie von 1987 haben wir keine zuverlässigen Angaben über den Spitzenkonsum.

Kokainkonsum in Amsterdam



Anfangsjahr		Periode des stärksten Konsums		die letzten 3 Monate 1987		Letztes Jahr 1991		die letzten 3 Monate 1991	
keiner	-	keiner	-	keiner	26,6 %	keiner	56,3 %	keiner	64,1 %
niedrig	92,2 %	niedrig	51,6 %	niedrig	65,6 %	niedrig	37,5 %	niedrig	29,7 %
mittel	6,3 %	mittel	35,9 %	mittel	7,8 %	mittel	6,3 %	mittel	4,7 %
hoch	1,5 %	hoch	10,9 %	hoch	-	hoch	-	hoch	1,6 %
keine Angaben	-	keine Angaben	1,6 %	keine Angaben	-	keine Angaben	-	keine Angaben	-

Preis und Qualität von Kokain

Der Preis für Kokain scheint in Amsterdam zwischen 1987 und 1991 gesunken zu sein und die Qualität ist gestiegen. Dieses Ergebnis gilt nur für das Marktsegment der von uns befragten Konsumenten. Nach Angaben der 28 Probanden unserer Folgestudie, die unsere Frage nach den derzeitigen Kosten von Kokain beantworteten, betrug der Durchschnittspreis pro Gramm 1991 149 Gulden (81 Dollar). 1987 lag der durchschnittliche Preis 180 Gulden (80 Dollar). Gut 50 % der Probanden hatten 1987 über 200 Gulden pro Gramm bezahlt. 1991 hatten nur 15 % solch einen Preis gezahlt.

1991 war es uns möglich, 9 Kokainproben von den 34 Folgeprobanden, die nicht abstinent geworden waren, zu kaufen. Diese Proben wurden im Amsterdamer Zentrallabor der städtischen Polizei untersucht²¹, wobei festgestellt wurde, daß die durchschnittliche Kokain Hydrochloridreinheit 87 % betrug, bei einer Spannbreite von 74 % bis 96 %. 1987 fanden wir heraus, daß die durchschnittliche Reinheit 65 % betrug, wobei 39 Stichproben untersucht wurden und die Spannbreite zwischen 14 % und 90 % lag.

Rahmenbedingungen (settings) des Kokainkonsums

1987 stellten wir fest, daß die wichtigsten Rahmenbedingungen (settings) für den Kokainkonsum „ausgehen“, „zu Parties gehen“ und „geselliges Beisammensein mit Freunden“ waren. 1991 fragten wir erneut nach den Rahmenbedingungen, um zu sehen, ob es bei unseren Nachfolgeprobanden irgendwelche entscheidenden Veränderungen im sozialen Kontext des Kokainkonsums gegeben hat. Wir fanden keine. Dieselben drei Rahmenbedingungen wurden bei weitem am häufigsten genannt.

Die Situationen, in denen die Probanden es für besser halten, kein Kokain zu nehmen, haben sich ebenfalls nicht geändert. Die vier, die 1987 am häufigsten genannt wurden, waren 'Arbeits- und Lernsituationen', 'bevor eine gewisse Art von Leistung erbracht werden muß', in 'alltäglichen' Situationen

und 'im Beisein von Nichtkonsumenten'. Diese vier Situationen wurden von 33 unserer 34 nicht abstinenten Probanden 1991 in exakt derselben Reihenfolge genannt. Auch diese Angaben lassen darauf schließen, daß die subkulturellen Funktionen des Kokainkonsums bei unseren Probanden sehr stabil geblieben sind. Die Tatsache, daß die meisten dieser 34 erfahrenen Konsumenten ihren Konsum erheblich reduziert hatten, schien keine Auswirkung auf die Anlässe, zu denen Kokain konsumiert wird, gehabt zu haben.

1987 spielten emotionale Auslöser eine gewisse Rolle beim Kokainkonsum. 1991 sagten 19 der 34 Probanden ebenfalls, daß bestimmte emotionale Zustände ihr Verlangen, Kokain zu nehmen, hervorrufen könnten. Wie 1987 wurden „Freude“ oder „sich sehr gut fühlen“ am häufigsten genannt (25 % aller Antworten im Jahre 1987, 29 % 1991). Dieses steht im Einklang mit den hauptsächlich sozialen Funktionen, daß das Kokain für unsere Probanden erfüllte. Der nächstwichtigste Grund war „sich müde fühlen“ (20 %). Eine ganz geringe Anzahl an Probanden nannten weiter emotionale Zustände.

Regeln des Konsums

Die Vertreter der These, daß Kokain von Natur aus abhängig macht, zitieren manchmal Versuche mit in Käfig lebenden Ratten und Affen, die uneingeschränkten Zugang zu uneingeschränkten Mengen von Kokain hatten und dabei nichts anderes zu tun hatten. Obwohl solche Bedingungen praktisch nie für Menschen gelten, hatten unsere Probanden der Folgestudie (ebenso wie unsere anderen Probanden) sehr einfachen Zugang zu Kokain - aus kultureller und geographischer Sicht. Die finanzielle Seite stellt nicht das große Problem dar, obwohl das Einkommensniveau seine eigenen Grenzen setzt. Wenn also Sucht genaugenommen eine Funktion des physiologischen Daseins wäre und Zugang zu der Substanz bestände, würden wir erwarten, daß wir viele Langzeitkokainkonsumenten mit häufigem Konsum vorfänden, die Verhaltensweisen an den Tag legten, die wir mit Sucht assoziieren. Wie unsere Daten über die Entwicklung des Konsumverhaltens unserer Folgeprobanden zeigen, war dies nicht der Fall.

21 Der Staatsanwalt ermöglichte unsere Untersuchungen, indem er voll und ganz mit uns kooperierte. Es wurde z. B. eine Schriftliche Garantieerklärung verfaßt, daß unsere Daten nicht beschlagnahmt würden. Wir erachteten diese Garantie als äußerst wichtig, um unseren Probanden und Interviewern vollständigen Schutz zu garantieren. Ein Befragter und ein Assistent durften die Kokainproben (die wir von den Probanden für 50 Gulden gekauft haben) ins Polizeilabor bringen, wo sie nach der Analyse vernichtet wurden.

Ratschläge an Personen, die damit beginnen, Kokain zu konsumieren

Wir fragten auf viele verschiedene Weisen nach 'Regeln' des Konsums.²² Eine davon war, daß wir die nicht abstinent gewordenen Probanden dazu einluden, Konsumneulungen Ratschläge über die Einnahmemethode, die Dosis, Situationen, Kombinationen mit anderen Drogen und den Kauf von Kokain zu erteilen. Das Schnupfen war eindeutig die Einnahmemethode, die die erfahrenen Konsumenten den Neulungen empfahlen. Dies zeigt, daß die Einnahmemethode für diese Konsumenten als Kontrollmechanismus dient: „schnupft nur“ war der Ratschlag, den 24 der 34- (71 %) unserer nichtabstinenten Folgeprobanden gaben. Zwei Probanden erteilten den Rat, daß die Neulinge das Spritzen vermeiden sollten, und zwei andere empfahlen Schnupfen oder sonst Rauchen (durch Zigarette). Lediglich ein Proband sagte, daß man jegliche Menge nehmen könne, und ein anderer gab einfach den Ratschlag, „genug“ zu nehmen. Alle anderen sagten, daß die Dosis auf gewisse Weise eingeschränkt werden solle: „Nicht zu viel, nicht mehr als.... nur ein bißchen.“ Als wir nach den Bedingungen für den Konsum fragten, erhielten wir genau dieselben Antworten wie, als wir die Probanden nach passenden Situationen für den Kokainkonsum fragten: Konsum in netter Begleitung und sich sicher sein, daß man sich gut fühlt. Nur zwei Personen sagten, daß die Bedingungen für den Konsums unwichtig wären. Als wir die Probanden 1987 fragten, ob sie einen Rat für Einsteiger bezüglich des Kaufs von Kokain parat hätten, antworteten 20%, daß sie immer von einem gleichbleibenden Dealer kaufen sollten. In der Folgestudie von 1991 gaben jedoch nur zwei Personen diesen Rat. Doch während der Kauf von einem einzigen Dealer nicht länger als sehr wichtig erschien, weisen die Antworten von 1991 darauf hin, daß es wichtig ist, Kokain nicht an öffentlichen Orten wie z. B. in Discos oder auf der Straße zu kaufen. Der Anteil derer, die diese Antwort gaben, stieg von 15 % im Jahre 1987 auf 40 % 1991. Unverändert von 1987 bis 1991 blieb der am häufigsten erteilte Rat zum Kauf - daß es wünschenswert ist, zu einer zuverlässigen Person zu gehen.

VI. Schlußfolgerungen

Nach dieser Zusammenfassung der Regeln, die von den Kokainkonsumenten wahrgenommen wurden, könnten wir darauf schließen, daß Kontrollmechanismen in dieser Gruppe in sehr engem Zusammenhang mit den vorherrschenden Einnahmemethoden und Konsummengen stehen. Dadurch daß wir über einen Zeitraum von zehn Jahren fast keine destruktiven und zwanghaften Konsumverhaltensmuster beobachtet haben, können wir schlußfolgern, daß die Konsumenten Kontrolle ausüben können und dieses auch tun.

Unsere Probanden wandten zwei grundsätzliche Formen der Kontrolle bei sich an: 1) sie beschränkten den Kokainkonsum auf bestimmte Situationen und auf emotionale Zustände, in denen die Auswirkungen des Kokains am positivsten sein würden und 2) sie beschränkten sich darauf, das Kokain in maßvollen Mengen, die bei einigen bei unter 2,5 Gramm pro Woche und bei den meisten unter 0,5 Gramm pro Woche blieb, vornehmlich zu schnupfen. *Alle diejenigen*, die mehr als 2,5 Gramm Kokain pro Woche zu sich nahmen, *reduzierten ihren Konsum auf geringe Mengen*.

Keine dieser Formen der Kontrolle bei den Konsumenten scheint auf das Einwirken von externen Einrichtungen der sozialen Kontrolle zu beruhen, wobei unklar bleibt, ob der Preis für Kokain eine Rolle spielt.²³ Es ist ziemlich wahrscheinlich, daß der enorme Anstieg der Verbreitung von negativen Auswirkungen von Kokain bei einem Konsum von mehr als 2,5 Gramm pro Woche als physische Kontrolle bei Konsumenten hoher Mengen fungiert. Eine Reihe von negativen Effekten von Kokain kann von keinem der Konsumenten vermieden werden.

Da die meisten dieser Konsumenten sozial voll integriert sind, muß der Kokainkonsum seine Nische unter vielen anderen Aktivitäten und Zielvorstellungen dieser Konsumenten finden (siehe WALDORF et al., 1991; REINARMANN et al., zu diesem Thema). Da Kokainkonsum solch ausgeprägte soziale Funktionen hat, stören abweichende Konsequenzen die eigentlichen Gründe für den Konsum. Einige brauchen einige Zeit dazu, um dieses zu lernen,

22 Wir fragten speziell danach, ob die Probanden irgendwelche Regeln hätten, nach denen sie sich versuchten zu richten und wir stellten auf viele andere Weisen Fragen über Regeln, z. B. mit wem sie nicht zusammen Kokain konsumieren würden; wann sie es nehmen und wann nicht, etc.

23 Auf die Frage hin, ob ein niedrigerer Preis für Kokain Einfluß auf die Höhe ihres Konsums hätte, antworteten 27 von 34 der nicht abstinent gewordenen Probanden der Folgestudie, daß dies keinen Einfluß hätte. Sechs Personen gaben zu, daß, wenn die Preise um 50 % fallen würden, dies einen Einfluß auf ihre Konsummengen haben würde.

doch unsere Daten zeigen, daß die meisten es tun.²⁴

Natürlich gibt es in Amsterdam von außen ausgeübte soziale Kontrolle wie z. B. gesetzliche Strafverfolgung, aber diese wird von der Hälfte unserer Probanden als nicht relevant erachtet. Die andere Hälfte gab an, daß aktuelle Gesetze und Politiken einen Einfluß auf ihren Kokainkonsum hätten, doch dieser Einfluß wurde zu gleichen Teilen als positiv und negativ bezeichnet. Alle nicht abstinent gewordenen Probanden der Folgestudie hatten eine Auswahl an Kokaindealern, unter denen sie auswählen konnten, und der Kauf von Kokain, typischerweise in Apartmenthäusern, stellte kein Risiko dar.²⁵ Die nicht abstinenten Folgeprobanden verdienen genug Geld, um Kokain zu kaufen (durchschnittliches Monatseinkommen 2971 Gulden).

Unsere Daten stehen in direktem Widerspruch zu physiologischen Modellen des derzeit geltenden Rechts. GAWIN (1991) behauptet zum Beispiel:

Die Beschränkung des Zugangs zu Drogen, einschließlich der hohe Preis für Kokain

und gesetzliche Beschränkungen des Verkaufs, regulieren den menschlichen Kokainkonsum

und können den menschlichen Kokainkonsum vor häufigeren grausamen Tierversuchen mit freiem Zugang, die unweigerlich zum Tode führen, bewahren.

In unserer Stichprobe der Folgestudie, bei der die Probanden aus dem viel größeren Lager der Konsumenten stammten, die sich nicht im Entzug befanden, hatten nur 4 der 64 Probanden schon einmal in Erwägung gezogen, einen Entzug zu machen; nur einer von ihnen hatte dieses tatsächlich getan (wegen starken Alkoholkonsums gepaart mit der Einnahme von mittleren Mengen an Kokain). Das bedeutet, daß unter den gemäßigten Bedingungen äußerer Kontrolle, denen unsere Probanden ausgesetzt sind, 6 % negative subjektive Erfahrungen mit dem Kokainmißbrauch gemacht haben, die ausreichen, um diese dazu zu bewegen, über einen Entzug nachzudenken. Damit können wir sicher schlußfolgern, daß es eher das Vertrauen auf

die Mechanismen der Selbstkontrolle und der informellen sozialen Kontrolle und nicht vornehmlich äußere, institutionelle Kontrollmechanismen wie die strafrechtliche Verfolgung war, was die überwiegende Mehrheit dieser Konsumenten davon abgehalten hat, den Risiken des Kokainmißbrauchs zu erliegen. Die Ergebnisse unserer eingeschränkten Folgestichprobe kann sicherlich nicht in vollem Maße Behauptungen widerlegen, daß ein großer Anteil an Menschen, die regelmäßig Kokain nehmen, über einen längeren Zeitraum hinweg ihren Konsum auf große Mengen steigern und süchtig werden. Um solch eine Widerlegung stichhaltig zu machen, müßte man wiederholt Langzeitstudien über das Konsumverhalten unter Berücksichtigung vieler verschiedener Rahmenbedingungen durchführen. Doch diese Amsterdamer Daten zeigen, daß ausgedehnte Kokainlaufbahnen, die sogar ein Jahrzehnt andauern, nicht unweigerlich in zwanghaftem und/oder destruktivem Konsum enden oder zu „Abhängigkeit“ führen. Bei Beurteilung unserer Daten, unter Berücksichtigung ähnlicher Ergebnisse anderer Studien mit Probanden, die sich nicht im Entzug befanden wie z. B. ERICKSON et al.'s (1987, 1992) in Kanada und MURPHY et al.'s (1989) in Kalifornien, rufen unsere Daten schwerwiegende Zweifel über die Gültigkeit von Behauptungen hervor, nach denen Kokainkonsum im allgemeinen in Mißbrauch und Abhängigkeit endet.

Quellennachweise

COHEN, P.D.A. (1989) Cocaine Use in Amsterdam in Non Deviant Subcultures. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam

COHEN, P.D.A. & SAS, A.J. (1992) Loss of control over cocaine, rule or exception? Paper presented at the American Society of Criminology, New Orleans, USA, November 3-7, 1992

COHEN, P.D.A. & SAS, A. J. (1993) Ten Years of Cocaine. A Follow-up Study of 64 Cocaine Users in Amsterdam. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam

24 Für einige bringt diese Lernphase einige harte Lektionen mit sich, die sehr gefährlich sein können. Einige dieser harten Lektionen sind nicht notwendig. Für die meisten der hier untersuchten Kokainkonsumenten wären auf Abstinenz gerichtete Präventionsbemühungen total nutzlos. Doch auf sichereren Gebrauch gerichtete Präventionsbemühungen und die Prävention von 'harten und gefährlichen Lektionen' wären nutzbringend.

25 Die Polizei konzentriert ihren Gesetzesvollzug zum größten Teil auf den Drogenhandel im großen Stil und großangelegte Drogentransaktionen. Kleindealer bleiben von der Strafverfolgung ausgeschlossen, solange sie unauffällig bleiben.

- COHEN, P.D.A. & SAS, A.J. (wird in Kürze veröffentlicht) Cocaine Use in Amsterdam II. Initiation and patterns of Use after 1986. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam
- ERICKSON, P. (1992) A Longitudinal Study of Cocaine users: The Natural History of Cocaine Use and its Consequences among Canadian Adults. Toronto: Addiction Research Foundation. Final Report NHRDP # 6606-3929-DA
- ERICKSON, P.E. ADLAF, MURRAY, G. & SMART, R. (1987). The Steel Drug: Cocaine in Perspective. Toronto: Lexington Books
- GAWIN, F. (1991), Cocaine Addiction: Psychology and neurophysiology. *Science*, 251, 1580-1586
- Hartnoll, R. (1990), Non pharmacological factors in drug abuse, *Behavioural Pharmacology*, 375-384
- LINDESMITH, Alfred R. (1968) *Addiction and Opiates* (revised 1947 Edition) Chicago
- MOKKEN, R.J. & Lewis, C. (1982) A non parametric approach to the analysis of dichotomous item responses. *Applied Psychological Measurement*, 6, 417-430
- MORNIGSTAR, P. & CHITWOOD, D. (1983) The patterns of cocaine use. An interdisciplinary study. Final report. Rockville: National Institute on Drug Abuse
- MURPHY, S., REINARMAN, C. & WALDORF, D. (1989) An 11 year follow-up of a network of cocaine users. *British journal of Addiction*, 84, 427-436.
- REINARMAN, C., MURPHY, S. & WALDORF, D. (1994, this issue) Pharmacology is not destiny. The contingent character of cocaine abuse and addiction. *Addiction Research*.
- SANDWIJK, J.P., WESTERTERP, I. & MUSTERD, S. (1988) Het gebruik van legale en illegale drugs in Amsterdam. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam
- SANDWIJK, J.P., COHEN, P.D.A. & MUSTERD, S. (1991), Licit and Illicit Drug Use in Amsterdam. Report of a Household Survey in 1990 on the Prevalence of Drug Use among the Population of 12 Years and Over. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie. Universiteit van Amsterdam
- SIJTSMA, K. & VERWEY, A. C. (1992) Mokken scale analysis; theoretical considerations and an application to transitivity tasks. *Applied Measurement in Education*, 5 (4), 355-373
- WALDORF, D. REINARMAN, C. & MURPHY, S. (1991) *Cocaine Changes*. Philadelphia: Temple University Press

Kokaingebrauch in Deutschland

Dr. med. Frank Löhner

Arzt für Psychiatrie

Leiter der Klinik am Waldsee, Ltd. Arzt

D - 56745 Rieden

Inhalt

- I. Einleitung
- II. Kasuistik 1 - Kokain als Erfolgsdroge
- III. Kasuistik 2 - Kokain, die Beigebruuchsdroge beim jungen Abhängigen
- IV. Kasuistik 3 - Kokain als frustrane Selbstmedikation beim Psychotiker
- V. Zusammenfassung

Abhängigkeitsformen von Kokain

I. Einleitung

Kokain war in den siebziger Jahren vor allem eine Droge der Oberschicht. Die deutliche Verbilligung des Stoffes und seine fast ubiquitäre Verfügbarkeit im Verbreitungsgebiet Nord-Westeuropa haben dazu geführt, daß Kokain eine weitere Verbreitung gefunden hat. Insbesondere den Arbeiten von Peter COHEN aus Amsterdam verdanken wir die Kenntnis von der weiten Verbreitung von Kokain innerhalb einer nicht pathologisierten Kultur (1).

Aus dem diagnostischen Fenster einer Fachklinik ergibt sich gleichfalls Evidenz für ein verändertes Umgangs- und Konsumverhalten mit Kokain. Aus dem eigenen Fallgut können mehrere Gruppen von Kokainabhängigkeit und Kokainnutzung unterschieden werden.

Wegen der soziodemographischen Besonderheiten der Abhängigkeit in einer Gesellschaft, die den Konsum von illegalisierten Drogen weitgehend poenalisiert, sind Kenntnisse über eine globale Verbreitung von Drogen nur schwer zu erreichen. Die vorgestellten Kasuistiken sind daher Einzelfälle für repräsentatives Konsumverhalten in einer pathologisch stigmatisierten Suchtpopulation. Sie sagen damit nichts über einen nicht krankhaft identifizierten Kokainkonsum aus (2).

II. Kasuistik 1 - Kokain als Erfolgsdroge

Der Patient K. ist bei Aufnahme 33, bei Entlassung 34 Jahre alt. Die Anmeldung in unserer Klinik geschah durch Vermittlung der Sozialabteilung des Vollzugskrankenhauses, in dem Herr K. eine 24-monatige Strafe wegen Drogenkonsums und Drogenhandels verbüßen mußte.

Familienanamnese:

K. stammt aus einer kleinen, bürgerlichen Familie. Der Vater ist Arbeiter. Mehrere Brüder des Betroffenen sind im Versicherungshandwerk tätig. Er lebt seit 2 Jahren in einer festen Partnerschaft mit einer Angestellten zusammen.

Eigenanamnese:

K. hat seit dem Jugendalter gelegentlich Alkohol konsumiert und mit 23 Jahren begonnen, regel-

mäßig Haschich zu rauchen. Andere illegale Drogen hat er strikt gemieden. Im Februar 1994 ist er erstmals mit Kokain in Berührung gekommen und hat sofort in steigenden Dosen und regelmäßig konsumiert. Bisweilen hat er zusätzlich Valium genommen.

Als Jugendlicher hat Herr K. die Lehre zum Elektroinstallateur abgeschlossen und wegen gesundheitlicher Probleme eine Umschulung gemacht. Seit 1993 ist er bei einem Versicherungsunternehmen als Kundenberater (Vertreter) angestellt. Bei zunächst stark steigenden Umsätzen trat im Frühjahr 1994 eine leichte geschäftliche Krise ein, die zu einer massiv erhöhten Arbeitsleistung des Betroffenen im Außendienst führte. Parallel damit begann Herr K. seinen Kokainkonsum.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Ohne Relevanz für unsere Fragestellung

Neurologischer Untersuchungsbefund:

Ohne Relevanz für unsere Fragestellung

Psychopathologischer Untersuchungsbefund:

Beim dem wachen und bewußtseinsklaren Patienten imponieren bei Aufnahme noch leichte kognitive Funktionsstörungen, es findet sich ein leichtes kognitives Gleiten und eine erhöhte Suggestibilität des Betroffenen. Wahrnehmungsstörungen waren bis 4 Monate vor Therapiebeginn bei dem Betroffenen nachweisbar. Unter dem Einfluß von Kokain kam es auch zu massiven Halluzinationen, akustisch-kommentierender und optisch-szenischer Art.

Im affektiven Bereich psychischer Funktionen fällt zunächst eine gewisse Verslossenheit und Verschrobenheit des Betroffenen auf, die im Laufe des Behandlungsprozesses jedoch einer Bearbeitung zugänglich war. Unter Kokaineinnahme beschreibt der Betroffene selber eine massive Fremd- und Eigenaggressivität, die bis zur körperlichen Auseinandersetzung mit seiner Freundin ging.

Therapieverlauf:

Herr K. konnte sich problemlos in die Hausgemeinschaft einfinden und die Regeln des Hauses akzeptieren. Es kam nicht zu Regelverstößen oder Verhaltensstörungen des Betroffenen.

Bei dem Betroffenen konnte der Kokainkonsum mit der Sozialisation im Versicherungshandwerk korreliert werden. Leistungsdruck und Arbeit unter Provisionsbedingungen wurden als auslösende Mechanismen für den Konsum gesehen. Die unter dem Kokain von dem Betroffenen erlebten Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen wurden von ihm leidvoll geschildert.

Es gelang, den Betroffenen in seine Arbeitsumgebung zu reintegrieren. Dabei konnte eine ambulante Hilfe sichergestellt werden, die ihn bei aufkommenden Streßsituationen vor erneuter Rückfälligkeit schützt. Herr K. konnte nach nur 6-monatiger Therapie entlassen werden.

Nach jetzt 2-jähriger Katamnese ergibt sich weiterhin eine stabile Abstinenz von illegalisierten Rauschmitteln, nicht jedoch von Alkohol.

Kommentar:

Die vorgestellte Kasuistik stellt einen typischen und bereits in den 70-er Jahren häufigen Konsumtyp dar. Kokain wurde als leistungssteigernde Droge eingenommen und entsprach dem Image des Erfolgsmenschen (3). Die Behandlung ist fokaler Art. Eine generelle Abstinenznotwendigkeit von psychoaktiven Substanzen, insbesondere Alkohol, ist wünschenswert, jedoch nicht zwingend notwendig zu fordern. Die soziale und kriminale Prognose ist gut.

III. Kasuistik 2 - Kokain, die Beigebrauchsdroge beim jungen Abhängigen

Der Patient M. ist bei der Aufnahme in die Klinik 21 Jahre alt.

Er ist in Norddeutschland geboren und dort aufgewachsen. Die frühkindliche Entwicklung war durch die Trennung der Eltern im 5. Lebensjahr des Betroffenen überschattet. M. fiel bereits seit seinem 12. Lebensjahr durch Schulversagen auf. Häufiges Zu-spät-Kommen, Fehlen und Schwänzen, sowie nicht Erledigen der Hausaufgaben führte zu schulischen Disziplinarmaßnahmen. Seit dem 12. Lebensjahr ist ein regelmäßiger Besuch von Diskotheken nachweisbar, in denen der Betroffene regelmäßig Alkohol, spätestens seit dem 14. Lebensjahr zusätzlich Haschich, Amphetamine und LSD konsumierte.

Eine geringfügige Beschaffungskriminalität ist seit dem 15. Lebensjahr nachweisbar und führte zur Inhaftierung in einer Strafanstalt für Kinder- und Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren. Nach der Entlassung sollte die Schullaufbahn des Betroffenen fortgesetzt werden. Sie wurde von ihm jedoch kurzfristig beendet. Herr M. lebte seit seiner Entlassung aus der Jugendstrafanstalt in einer von den Eltern finanzierten Wohnung.

Nach Abgang von der Schule suchte er sich zunächst eine Arbeitsstelle, die er jedoch nach wenigen Wochen verließ. Ein erneuter Drogenkonsum, jetzt auch von Heroin, Benzodiazepinen, Amphetaminen und Kokain setzte ein. M. begann eine kriminelle Karriere, zunächst als Dieb, später als Einbrecher. Mit einem Kumpel zusammen verübte er zwischen dem 18. und dem 19. Lebensjahr etwa 60 professionelle Einbrüche, z. T. auch in Geldschränke. Er wurde aus einer total verwüsteten Wohnung heraus in Haft genommen und erhielt eine mehrjährige Freiheitsstrafe, deren Rest ab dem 20. Lebensjahr zur Verbüßung ausgesetzt wurde.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Bei Aufnahme abgemagert, sehr unruhiger Patient. Hepatitis C.

Neurologischer Untersuchungsbefund:

Hyperreflexie, Hyperhydrose

Psychopathologischer Untersuchungsbefund:

Bewußtseinsklar, gut in Zeit, Person und Situation orientiert. Im kognitiven Bereich psychischer Funktionen Konzentrations- und Auffassungsminde- rung, jedoch gutes Gedächtnis.

Innerlich erregt, verspürt Unruhe und Spannungsgefühle. Zwanghaftes Grübeln, flüchtiges, fahriges und oberflächiges Denken, sehr assoziationsreich. Leicht suggestibel, keine aktuelle Wahnsymptomatik. Sehr aggressiv und sprunghaft. Dabei auch körperlich aggressiv. Er randaliert und schlägt um sich, wirft einen Tisch durchs Fenster.

Nach eintägiger Behandlung im Haus einschießende wahnhaftige Gedanken. "Ich bin der liebe Gott, die Menschheit muß mich anerkennen". Dann wieder ängstlich erregt, "Mein Vater stirbt! Papa, Papa ich muß dich sehen!"

Im affektiven Funktionsbereich zunächst kaum kontaktfähig, sprunghaft, mit sowohl überschießend aggressiven, wie überschießend depressiven Phasen. Fühlt sich selbst unsicher und willenlos.

Imponierend ist bei Aufnahme eine maximale Apraxie des Betroffenen, der nicht dazu in der Lage ist, ein Handtuch zu falten.

Therapieverlauf:

Bei dem Betroffenen gelang es, zunächst durch systematische Steigerung der übertragenen Arbeitsleistungen, eine langsame Wiederherstellung und Steigerung von Konzentrations- und Arbeitsfähigkeit zu erreichen. So konnte eine Gesprächsfähigkeit erreicht werden. An eine primär verhaltensmedizinische Behandlungsphase schloß sich eine eher analytisch orientierte Arbeit im Einzelkontakt an, in der der Betroffene die Beziehungskonstellation zur Stammfamilie aufarbeiten konnte.

Nach 9-monatiger Behandlungsdauer wurde der Betroffene arbeits- und berufsfähig entlassen. Nach Abschluß der Therapie lebt er jetzt im 15. Monat unter abstinenter Bedingungen in einer Wohngemeinschaft für ehemalige Abhängigkeitskranke. Er ist derzeit bemüht, eine Lehrausbildung als Anstreicher abzuschließen und anschließend seine Schulausbildung zu komplettieren. Nach der Entlassung aus der Fachklinik kam es noch zu 2 Alkoholrückfällen, die im abstinenter Milieu der Wohngemeinschaft aufgefangen werden konnten. Die Legal- und Sozial-Prognose ist inzwischen gut.

Kommentar:

Die Kasuistik 2 schildert einen für die neunziger Jahre typischen Fall von Kokaingebrauch, der einhergeht mit einem chaotischen Konsum von einer Fülle psychoaktiver Substanzen. Bereits im "Experimentierstadium" kam es bei dem Betroffenen zu massiven Nebenwirkungen und zu tiefgreifenden Störungen des Sozialverhaltens (4).

Die Therapie hat sich zunächst vor allem auf edukative Maßnahmen erstreckt.

Der Kokainkonsum von jungen Abhängigen ist hier ein paralleles Phänomen zu dem Abusus von "Designerdrogen" und anderen psychoaktiven Substanzen der Neuzeit. Die Grenze zwischen pathologischem Suchtverhalten und einem sozial adäquaten "Konsum" ist fließend (5).

IV. Kasuistik 3 - Kokain als frustrane Selbstmedikation beim Psychoter

Der Patient W. ist bei Aufnahme in unser Haus 24, bei Entlassung 25 Jahre alt. Er erreicht die Klinik auf Vermittlung der psychiatrischen Akutabteilung eines benachbarten Krankenhauses.

Familienanamnese:

W. stammt aus einer Arbeiterfamilie. Die frühkindliche Entwicklung war wegen häufiger tätlicher Auseinandersetzungen der Eltern wenig glücklich. Im Alter von 5 Jahren ließen sich die Eltern scheiden. Mit 11 Jahren verheiratete Frau W. sich neu, wobei es zwischen dem Patienten und dem Stiefvater zu regelmäßigen Auseinandersetzungen kam.

Eigenanamnese:

W. ist in der Grundschule, anschließend in der Sonderschule, beschult worden. Eine Ausbildung als Schlosser wurde abgeschlossen. Es folgten mehrere "Jobs", die nahtlos anschließend begonnen wurden. Mit dem 18. Lebensjahr fällt eine massive Leistungsschwäche des Betroffenen auf. Es beginnt beruflich ein sozialer Abstieg, so daß W. in immer kürzeren Zeitabständen die Anstellung wechselt und immer weniger qualifizierte Stellen annimmt. Seit dem 22. Lebensjahr Dauerarbeitslosigkeit.

W. hat mit 15 Jahren begonnen, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Der zunächst auf die Wochenenden beschränkte Konsum war schließlich in der gesamten Woche nachweisbar. Zusätzlich trat ein Konsum von Haschisch, später gelegentlich von LSD, auf.

Seit dem 19. Lebensjahr berichtet W. vom Vorliegen von kommentierenden, später auch von imperativen Halluzinationen. Farbsensationen unter LSD-Einnahme wurden spätestens seit dem 20. Lebensjahre gefolgt von szenischen Halluzinationen. W. war nächtelang aktiv, hat ganze Wochenenden "durchgemacht" und "mal wunderschöne Dinge, mal Fürchterliches" erlebt. Es schlossen sich mehrere psychiatrische Aufenthalte, auch unter Zwangsbedingungen mit Zwangsmedikation, an. Produktive Phasen wechselten mit tief depressiven Zuständen mit Grübelneigung, Abgeschlafftheit und Initiativarmut. Mit 21 Jahren hat er in einer solchen "depressiven" Phase erstmals Cocain konsumiert. "Ich war begeistert". Er erlebte schlagartige Besserung seiner Beschwerden. Seitdem regel-

mäßiger, zuerst nur pernasaler, später auch intravenöser, Cocainkonsum.

Körperlicher Befund:

übergewichtiger Patient, sonst ohne Relevanz

Neurologischer Befund:

hier ohne Relevanz

psychiatrischer Befund:

Pat. wach, voll orientiert und bewußtseinsklar.

Im kognitiven Bereich psychischer Funktionen mehrere produktive, voneinander abgesetzte Phasen von kommentierenden und beschimpfenden Stimmen, sowie szenischen und optischen Halluzinationen, auch über mehrere Monate hinweg in der Anamnese. Aktuell keine produktive Symptomatik, jedoch Gedankenabreißen, Gedankenspringen, Lautwerden fremder Gedanken, ferner Verlust von Assoziation und Merkfähigkeit. Deutlicher Antriebsverlust. Störungen im Bereich der Intentionalität. Deutliche Störungen im Bereich der Ich-Syntonie.

Im affektiven Bereich schwunglos, ohne Aktivität, ohne Mut und Lebenslust. Patient ist kontaktscheu und mißtrauisch. Moros gehemmt. Psychomotorisch gebunden. Keine Gefährdungsaspekte.

Behandlungsverlauf:

Die Antriebsstörungen und Denkstörungen des Betroffenen wurden von uns als weitreichendes Basisstörungssyndrom gedeutet. Ziel der Behandlung war es, Herrn W. möglichst nebenwirkungsarm psychopharmakologisch einzustellen. Der Wechsel auf ein atypisches Neuroleptikum brachte eine Besserung der Basisstörungssymptomatik bei gleichzeitigem suffizientem Rezidivschutz.

Im psychotherapeutischen Behandlungsbereich gelang es, suchtauslösende Situationen zu beschreiben und im Rahmen der Gruppentherapie zu bearbeiten. Im geschützten Einzelkontext war eine analytisch orientierte Bearbeitung der frühkindlichen Verlusterfahrung (des Vaters) und eine stabile Beziehungsgestaltung (bei einer gestörten Beziehungskonstellation zur als insuffizient erlebten Mutter) möglich.

Arbeitstherapeutisch konnte Herr W. an immer längere Arbeitssequenzen gewöhnt werden. Es gelang, ihm Planung und Ausführung immer komplexerer Stücke zu übertragen. Anfänglich waren zahlreiche Unterbrechungen notwendig. Später war zumindest über 4 h / Tag eine stabile Belastungsfähigkeit gegeben.

Nachdem sich die Antriebsstörungen und insbesondere morgendliche Mißstimmungen bei dem Patienten nur unzureichend gebessert hatten, entschieden wir uns zu einer "Zweizügeltherapie" mit Einsatz eines Antidepressivums. Unter dieser Medikation waren die beklagten Symptome rückläufig. Der Patient erlebte eine so weitreichende Besserung, daß ihm der Verzicht auf Cocain als fast selbstverständlich vorkam.

Der Patient ist jetzt nach erfolgreicher Therapie entlassen und lebt suchtmittelfrei. Er besucht eine Werkstatt für psychisch Kranke und lebt in einer eigenen, von ihm gepflegten Wohnung.

Kommentar:

Die Kasuistik 3 ist ein typischer, immer häufiger werdender Befund bei psychisch Kranken, insbesondere bei schizophren Erkrankten. Der Konsum von Kokain zur Antriebssteigerung und zur suffizienten Bekämpfung von "Basisstörungen" ist für die Betroffenen naheliegend. Immer mehr schizophren und depressiv Erkrankte geraten in den letzten Jahren in Kontakt zu Kokain oder amphetaminerg wirkenden Drogen (6).

Insbesondere in der eigenen Klinik, die sich auf die Therapie von abhängigen psychisch Kranken spezialisiert hat, ist das Fallgut wachsend. Eine enge Abstimmung von Psychiatrie inklusive der Psychopharmakologie und der Psychotherapie sind unerlässlich notwendig, jedoch methodisch schwierig und langwierig.

Dieser Patientengruppe wird zunehmende Aufmerksamkeit zu widmen sein.

V. Zusammenfassung

Kokain ist zu einer weit verbreiteten Konsumdroge geworden. Sie ist in nicht pathologisch oder kriminologisch auffälligen Populationen weit verbreitet. Ihre stimulativen Effekte werden aufgrund eines gesunkenen Marktpreises neben der bekannten

Schicht der Künstler, Makler und der upper class zunehmend von sozialen Randgruppen gesucht. Besorgniserregend, weil mit pathologischer Entwicklung einhergehend, ist der zunehmende Kokainkonsum unter jugendlichen Abhängigen. Ein Konsum bei basisgestörten Schizophrenen und / oder depressiv Erkrankten, kann als ein frustrierender Versuch der Selbstmedikation interpretiert werden. Die Folgen der Kokaineinnahme bei den genetisch-vulnerablen Patienten kann in einer erneuten Exacerbation oder einer Symptomverstärkung der psychotischen Grunderkrankung bestehen.

Literaturverzeichnis:

- (1) GOLD, MARK S.: Drugs of abuse: a comprehensive series for clinicians, Cocaine, New York 1993 S.11-35
COHEN, PETER / SAS, ARJAN: ten Years of cocaine Amsterdam: Institut voor sociale geografie: onderzoekprogramma drug beleid 13, Amsterdam: 1993
COHEN, PETER / SAS, ARJAN: Cocaine use in Amsterdam II, Amsterdam: Institut voor sociale geografie: onderzoekprogramma drug beleid 14, , Amsterdam: 1995
- (2) COHEN, PETER: Cocaine Use in Amsterdam in non deviant subcultures, Amsterdam: Institut voor sociale geografie: onderzoekprogramma drug beleid 10, , Amsterdam: 1989
- (3) MILLER, NS / GOLD MS: Criminal activity and crack addiction, I.J.of Addictions 29 (1994) 1069-1078, YUDOFKY SC et al.: Cocaine and aggressive behavior: neurobiological and clinical perspectives, Bull. Of the Menninger Clinic 57 (1993) 218-226
- (4) FORD M. et al.: Opioids and designer drugs, in:Emergency Medical Clinics of North America 8 (1990) S. 495-511;
KANDEL, D.B. et al.:Cocaine use in young adulthood: in: National Institute on Drug Abuse, Research Monograph Series 61 (1985) 76-110
- (5) COHEN et al (1995) s.o.
- (6) vergl. Z.B. SHANER, A. et al.: Disability Income, Cocaine Use, and Repeated Hospitalization among Schizophrenic Cocaine Abusers, NEJ of Medicine Vo 333 (1995) S.777-784, SHANER, A. et al.: Unrecognized Cocaine Use Among Schizophrenic Patients Am J Psychiatry 150 (1993) S.758-762; SEIBYL, J.P. et al.: Effects of Cocaine on Hospital Course in Schizophrenia, J Nervous and Mental Disease 181 (1993) S. 31-37; LYSAKER, P. et al.: Relationship of Positive and Negative Symptoms to Cocaine Abuse in Schizophrenia, J of Nervous and Mental Disease 182 (1994) S. 109-113

Vorstellung des Projektes "Kokaintherapie"

Wolfgang Götz
KOKON
Obentrautstraße 57
10963 Berlin

Inhalt

- I. Darstellung der ambulanten Therapieeinrichtung KOKON
- II. Programminhalte
- III. Programmstruktur
- IV. Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Klient für die gesamte Therapiedauer

Projekt "Integriertes ambulantes Behandlungsprogramm für Kokainabhängige"

Therapiekonzept

I. Darstellung der ambulanten Therapieeinrichtung KOKON

KOKON wurde als ambulante Psychotherapieeinrichtung für Opiatabhängige im April 1987 gegründet und bis Dezember 1991 im Rahmen des Modellprogrammes "Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger" durch das BMJFFG finanziert. Ab Januar 1989 beteiligte sich das Land Berlin mit einer Personalstelle und anteiligen Sachkosten an der Finanzierung; seit Januar 1992 trägt das Land Berlin die gesamten Personalkosten der Einrichtung. Die übrigen Kosten werden durch Abrechnung von Therapieleistungen mit den Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen und Sozialhilfeträgern im Rahmen der "Empfehlungsvereinbarung Sucht" von KOKON erbracht.

KOKON ist im Lauf der letzten sieben Jahre zu einem wichtigen Bestandteil des Berliner Drogenhilfesystems geworden, und ermöglicht durch die spezifische ambulante Behandlungsstruktur die Behandlung süchtiger Menschen weit vor deren sozialer Dekompensation und Verelendung. Die Einrichtung bietet heute ein erprobtes, hoch strukturiertes ambulantes Behandlungsmodell für Opiatabhängige mit einer Behandlungsdauer von 14 - 18 Monaten. Die Einrichtung ist anerkannt nach §§ 35,36.

Seit 1989 steigt die Zahl der Kokainkonsumenten, die bei uns um Therapie nachsuchen, kontinuierlich an. In dieser Zeit wurden auch erste Erfahrungen in der klinischen Behandlung dieser Klientengruppe gemacht. In der zunehmend intensiven Auseinandersetzung mit den spezifischen Anforderungen an die klinische Arbeit mit diesen Klienten wurde deutlich, daß ein auf die Erfordernisse von Opiatabhängigen ausgerichtetes Therapieprogramm vor allem in den ersten Monaten den spezifischen Behandlungsnotwendigkeiten und Bedürfnissen der Kokainkonsumenten nicht gerecht, und von diesen nicht angenommen wird. Im Vergleich zu den Opiatabhängigen ist die Abbruchquote bei den Kokainisten in den ersten Wochen der Therapie sehr hoch. Um diesen Wettlauf mit der Zeit zu gewinnen, sind konzeptionelle und inhaltliche Anpassun-

gen in der Eingangs- und Stabilisierungsphase nötig, die dem massiven Selbstverstärkungspotential von Kokain Rechnung tragen (dies gilt vor allem, wenn Kokain gespritzt, oder als Crack / free-base geraucht wird). Zentral stimulierende Substanzen erzeugen andere Rückfallverläufe als zentral dämpfende Substanzen; für die verschiedenen Substanzgruppen (Opiate / Kokain, Amphetamine) müssen unterschiedliche rückfallpräventive Handlungsstrategien entwickelt und trainiert werden.

KOKON bietet aufgrund seiner Kooperationsbezüge, seines Bekanntheitsgrades bei Kokainabhängigen (ca. 60 % unserer Kokainklienten kommen bis jetzt nicht durch das übliche Drogenhilfesystem, sondern durch Mundpropaganda zu uns) und seiner strukturellen Besonderheit als ambulante Einrichtung beste Voraussetzungen, im Rahmen eines integrierten Behandlungssettings (siehe II. 2.) ein spezielles Behandlungsmodell für Kokainabhängige zu entwickeln und zu erproben.

Projektidee:

Angeboten wird ein Therapieprogramm, das zwei verschiedene Eingangsstufen, differenziert nach Präferenzdrogen anbietet (die ersten 6 Monate), die beiden Eingangsstufen dann zusammenführt und in einem integrierten Setting zusammen weiterbehandelt (etwa 12 Monate). Die Einrichtung verfügt über ein gut eingeführtes ambulantes Therapieprogramm; dieses wurde als erste Eingangsstufe (die ersten 6 Monate) noch spezifischer auf Opiatabhängige und andere zentral dämpfende Drogen zugeschnitten (Opiatprogramm). Neu entwickelt wurde die Eingangsstufe (Kokainprogramm) für zentral stimulierende Drogen, also Kokain und verwandte Stoffe (die unter dem Begriff Designer- und Glücksdrogen zusammengefaßten Amphetamine und andere euphorisierende Substanzen). Ergänzend zum Kokainprogramm und diesem vorgeschaltet, wird ein spezielles 6-wöchiges Kursangebot installiert, eine Entscheidungsgruppe, die fortlaufend durchgeführt wird. Aufgrund der besonderen Wirkungsweise von Kokain und ähnlichen Substanzen und dem Fehlen von direkt erkennbaren Entzugserscheinungen sind die Abhängigen oft im Unklaren sowohl über das Abhängigkeitspotential der Droge, als auch über den Grad der eigenen Abhängigkeit. Eine solche edukative Lerngruppe richtet sich vor allem auch an drogengefährdete Klienten, die sich noch im Vorfeld von Abhängigkeit bewegen (dies trifft vor allem auf Klienten zu, die sich Kokain auf nasalem Weg zuführen, und die Gefahr laufen, auf Applikationsarten mit weitaus schnellerer und massiverer Suchtentwicklung umzustei-

gen), und soll über gezielte Aufklärung und Information Entscheidungsprozesse unterstützen und bei Bedarf den möglichen Übergang ins Therapieprogramm vorbereiten.

Projektumfang

Im Kokainprogramm werden, analog zu unserem Opiatprogramm, ca. 20 Klienten behandelt.

Die Spezialisierung des Angebots

Alle psychoaktiven Drogen sind chemische Substanzen, die in hohem Maße stimmungsverändernd wirken, und dienen unter funktionalen Aspekten demselben Zweck, der neuro-chemischen Stimmungs- und Erlebensmodulation. Die zugrunde liegenden neurobiologischen Wirkmechanismen weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Wir können daher davon ausgehen, daß bei der Behandlung der Drogensucht mehr die Gemeinsamkeiten als die Unterschiede im Vordergrund stehen sollten (deshalb auch der von DOWEIKO vorgeschlagene Oberbegriff "chemical dependency"). Andererseits gibt es gute Gründe dafür, die Zugangswege zur Behandlung - vor allem Kokain - zu spezialisieren:

- In einer auf Spezialisierung und Angebotsvielfalt orientierten (Gesundheits-) Kultur signalisiert das Fehlen von spezialisierten Behandlungsangeboten für Kokainabhängige die relative Bedeutungslosigkeit des Problems und suggeriert damit die Ungefährlichkeit der Droge. Das führt dazu, daß Kokain nach wie vor in der Bundesrepublik die am meisten unterschätzte Droge ist (in Umfragen wird sie von den Befragten als relativ harmlos eingestuft).
- Öffentliche Kokaintherapieprogramme demonstrieren auch die Ernsthaftigkeit des Problems und unterstützen die Bildung eines adäquaten Gefährdungsbewußtseins in der Bevölkerung.
- Ein wichtiges Ziel ist, Drogenabhängige so früh wie möglich für eine Behandlung zu gewinnen. Ein Behandlungsangebot, das sich speziell an Kokainabhängige richtet, erleichtert ihnen den ersten Schritt, da sie sich direkt angesprochen fühlen und hoffen, eine auf sie zugeschnittene Therapie vorzufinden und Mitklienten, die ihnen ähnlich sind.
- Kokainabhängige sind in der Regel für stationäre Therapien nicht zu motivieren, und bleiben dem herkömmlichen Drogenhilfesystem fern, da sie für sich keine Hilfe erwarten; (die meisten unserer Kokainklienten kommen bisher durch Mundpropaganda zu uns).

- Kokainabhängige sind keine Opiatabhängigen, die zufällig die falsche Droge erwischt haben; praktisch alle Drogenabhängigen haben eine klare Drogenpräferenz (ein Heroinkonsument ist auch kein verheimerter Kokainist), Zentral stimulierende Substanzen haben ein spezifisches Wirkungsprofil, dessen Beachtung in den ersten Monaten der Behandlung entscheidend für den weiteren Verlauf der Therapie ist (siehe Behandlungsinhalte).

Ist eine stabile Abstinenz von der jeweiligen Droge erreicht, ist es für den weiteren Genesungsprozeß des Abhängigen wichtig zu erleben, daß sich auf den tieferen Ebenen des suchtbildenden Prozesses das süchtige Verhalten der verschiedenen Abhängigkeitstypen nicht voneinander unterscheidet. Um diese Erfahrung zu einem Zeitpunkt zu ermöglichen, an dem der Klient aus ihr sinnvollen Nutzen ziehen kann, wollen wir die beiden Eingangsgruppen nach dem Abstinenz- und Rückfallpräventionstraining gemeinsam weiterbehandeln. In der Konfrontation mit anderen Klienten (Opiatabhängige) lernt der Kokainabhängige die allen gemeinsame Grundlage der Sucht kennen, und löst sich von seiner Illusion des Besonderen. Vor allem lernt er auf diesem Wege verstehen, wie wichtig die Abstinenz von allen stimmungsverändernden Drogen für eine wirkungsvolle Rückfallvermeidung ist.

II. Programminhalte

1. Klärungsphase: Basis-Training-Information und Entscheidung 6 Wochen (Phase 0)

Viele Kokain- und Amphetaminabhängige sind zunächst einmal nicht bereit, an einem intensiven, umfassenden Therapieprogramm teilzunehmen. Sie sind, besonders in den frühen Stadien der Drogenabhängigkeit, sehr ambivalent, was die Folgen ihres Drogenkonsums betrifft. Sie brauchen fachkundige Unterstützung, um eine realistische Einschätzung ihrer Gefährdung oder Abhängigkeit zu entwickeln.

Diese Gruppe ist daher gedacht als Einstieg für Leute, deren Motivation noch nicht ausreicht, um in ein ganzes Therapieprogramm einzusteigen, und dient als Entscheidungs- und Motivationshilfe. Die Gruppe ist auf sechs Wochen terminiert, und endet mit dem Ausstieg oder Übergang zur Eingangsgruppe. Während der sechs Wochen verpflichten sie sich zur Drogenfreiheit. Es wird wöchentlich abends eine dreistündige Gruppensitzung in Form einer edukativen Lerngruppe angeboten. Einsicht in

eigene Abhängigkeit und eine Entscheidung für ein drogenfreies Leben wird in dieser Zeit nicht erwartet. Die Klärungsphase hilft vielmehr dem Klienten, das Ausmaß seiner Bindung an die Droge zu erforschen, und daraus die entsprechenden Schlüsse zu ziehen. So ist in vielen Fällen nicht zu erwarten, daß ernsthaft gefährdete bzw. abhängige Klienten ihre Verpflichtung zur sechswöchigen Drogenfreiheit einlösen können. Das Erkennen und Anerkennen ihrer unkontrollierbaren Drogenbindung ermöglicht ihnen, sich auf ein zeitintensives Therapieprogramm einzulassen und daraus Nutzen zu ziehen.

2. *Eingangsphase: Abstinenz-Training* 4 Monate (Phase I)

Die Aufnahme in die Eingangsphase erfolgt entweder nach einem Vorgespräch oder nach der Teilnahme an der Klärungsphase. Der Focus liegt in der Vermittlung grundlegender Strategien, den Drogenhunger in den Griff zu bekommen, Drogenfreiheit herzustellen und von Woche zu Woche aufrecht zu erhalten. Kurzfristige Ziele (eine Woche Abstinenz, Geldkontrolle, Beziehungsabbrüche zu Drogenbekannten, Tagespläne, Installieren externer Kontrollen wie ein Abstinenz-Team etc.) müssen vereinbart und umgesetzt werden.

Klar unterschieden werden muß das primäre Abstinenztraining in der Eingangsphase von Therapieinhalten späterer Phasen. Die Vorstellung, daß der Rückfall das sichtbare Ende eines weit vorher begonnenen Prozesses ist (relapse-chain) stimmt für spätere Phasen stabiler Abstinenz. In den frühen Phasen der Drogenfreiheit jedoch ist dieses Konzept nicht sinnvoll. In dieser Zeit tritt bei Kokainabhängigen die Drogengier blitzschnell und überfallartig auf ohne für den Süchtigen erkennbare Vorwarnung. Praktisch alles in der Umgebung des Klienten kann Drogengier und Drogensuchtverhalten auslösen, verbunden mit starken körperlichen / psychischen Erregungszuständen, die willentlich nur sehr schwer zu modulieren sind, wenn sie nicht sofort durch geeignete Maßnahmen unterbrochen werden. Während dieser frühen Phase der Behandlung liegt der Schwerpunkt daher nicht auf der Vermittlung rückfallpräventiver Techniken (wie das frühzeitige Erkennen von indirekten Rückfallgedanken und Rückfallszenarien, der Umgang mit negativen Emotionen etc.). Trainiert werden müssen hier primäre Rückfalltechniken wie das Auflisten und konsequente Vermeiden von hoch riskanten Situationen, Orten und Personen, die Installation negativer Erinnerungen, um den "euphoric recall" zu unterbrechen etc..

Von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf der Behandlung ist die Vorbereitung des Klienten auf einen nicht verhinderten Rückfall, ein weiterhin noch streng tabuisiertes Thema in Drogentherapien. Neuerdings beginnt jedoch das Rückfallproblem ins zentrale Blickfeld der Behandlung zu rücken; Rückfälle gelten nicht mehr als tragisches Scheitern, sondern eher als ein wahrscheinlich auftretendes Verlaufsmerkmal in den ersten Monaten der Therapie, in denen die erreichte Abstinenz noch fragil ist. Entscheidend für die weitere Behandlung ist die Bereitschaft des Klienten, den Zustand der Abstinenz nach dem Rückfall sofort wieder herzustellen und mit aller Kraft am vereinbarten Ziel der Festigung der Abstinenz weiterzuarbeiten. Rückfälle als Teilaspekt des Genesungsprozesses anzuerkennen und nicht zu tabuisieren, führt dazu, Techniken und Strategien der Rückfallprävention zu entwickeln, die unsere Klienten trainieren, Rückfälle aktiv zu vermeiden, und einen eingetretenen Rückfall rechtzeitig und wirkungsvoll zu unterbrechen (Klienten nicht auf die mögliche Notwendigkeit einer Vollbremsung vorzubereiten und diese zu trainieren, ist in etwa dasselbe, wie einen Jumbo-Jet mit einer Fahrradbremse auszurüsten).

Die Ziele im Abstinenztraining:

- Herstellen von Drogenfreiheit durch realistische, zeitlich überschaubare Abstinenzentscheidungen
- Einstellen des Konsums aller stimmungsmodulierenden Drogen (incl. Alkohol)
- Akzeptanz der Programmstruktur und Einhalten aller vereinbarten Termine
- Aufbau eines externen Unterstützungssystems (Verwandte, Bekannte, der Besuch einer Selbsthilfegruppe)
- Aufbau einer aktiven Freizeitgestaltung außerhalb der Therapieeinrichtung
- Konsequentes Vermeiden von Orten, Personen und Gegenständen, die mit Kokain verbunden sind und / oder starkes Verlangen nach Kokain auslösen
- Beherrschen und Anwenden von Techniken zur Bewältigung spontaner Drogengier.

3. *Stabilisierungsphase: Rückfallpräventions-Training* 4 Monate (Phase II)

Wenn eine solide Abstinenz über 2 - 3 Monate erreicht ist, beginnt die Zeit des Durchhaltens, d. h. der Focus des Trainings verschiebt sich auf Rück-

fallszenarien, auf subtiler und langfristiger sich vorbereitende Rückfallvorbereitungen (relapse-chain) im Sinne einer Kette von untereinander verbundenen Ereignissen, Erlebnissen und emotionalen Zuständen, an deren Ende Drogenkonsum steht. (Im Abstinenz-Training hat man es noch mit sehr schnell und direkt wirkenden Auslösern zu tun). Im Unterschied zum Grobgestrickten im Abstinenztraining liegt jetzt der Schwerpunkt auf dem Gewährwerden subtiler Rückfallprozesse, deren schleichende Entwicklung der Abhängige vor sich selbst verbirgt, verleugnet oder herunterspielt, und der darauf abgestimmten Entwicklung individueller Präventionstechniken, die den Rückfall **prozeß** rechtzeitig modulieren und unterbrechen. Rückfälle, die nach längerer Abstinenz auftreten, werden gewöhnlich nicht durch Auslöser aus der Umwelt hervorgerufen, sondern eher durch Mißerfolg im Umgang mit Alltagsproblemen oder Beziehungen, mit Streß und schwierigen, unangenehmen Gefühlen / Emotionen, die das Selbstwertgefühl schwächen, ausgelöst. Der "Rückfall" nach längerer Abstinenz ist nur vordergründig durch die Drogeneinnahme definiert (diese ist eher die Spitze des Eisberges); entscheidendes Merkmal ist die (unbemerkte) schrittweise Regression auf drogenzentrierte Bewältigungsmuster in schwierigen Alltags- und Beziehungskonflikten. In der Stabilisierungsphase müssen die typischen Verhaltensantworten auf negative Gefühlszustände, die zum Drogengebrauch führen vom Klienten erkannt und verstanden werden. Nur so kann das Ziel, den Kokainkonsum langfristig zu beenden, in wirkungsvolle Verhaltensänderungen umgewandelt werden.

Ziele in der Stabilisierungsphase:

- das frühzeitige Erkennen von Rückfallszenarien
- die Identifikation internaler Warnzeichen für den Rückfall
- die Bearbeitung von rückfallfördernden Denkmustern und Verhaltensweisen
- die Implementierung negativer Erinnerungen an den Drogenkonsum
- der Umgang mit negativen Gefühlszuständen
- Aufbau von "Notfallstrategien und -ritualen"

4. Selbstakzeptanztraining: Die Begegnung mit dem Schatten; Bewußtes Wahrnehmen der eigenen Person und des anderen 4 Monate (Phase III)

In der Phase 3 und 4 werden die Klienten aus den beiden Eingangsstufen (Kokain- und Opiatein-

gangsstufe) zusammengefaßt und gemeinsam weiterbehandelt. Die Therapiegruppe, in die der Klient zu Beginn der Phase 3 eintritt, wird jetzt das Zentrum seiner weiteren Behandlung; hier bleibt er bis zum Ende seiner Therapie.

Die Inhalte der therapeutischen Arbeit verlagern sich jetzt zunehmend auf die Bearbeitung unterliegender psychodynamischer Prozesse. Wenn die Eigendynamik der Sucht, die die Persönlichkeit des Süchtigen überformt hat, abnimmt, wird erst der Blick frei für seine drogenunabhängigen emotionalen und kognitiven Störungs- und Erlebensmuster, die seine psychische Verletzbarkeit konstituieren. Da das abhängigkeitsstypische Muster von Verleugnung und Rationalisierung in den Hintergrund tritt, können jetzt Interventionsformen in den Vordergrund treten, die auf die individuellen lebensgeschichtlichen Risikofaktoren im Bedingungsgefüge der Drogenabhängigkeit gerichtet sind. Das Thema dieser Phase ist die Frage "Wer bin ich". Der Klient beginnt, eine **nüchterne** Bilanz seines bisherigen Lebens zu ziehen, lernt die eigene Person vorurteilsfrei zu erkennen und anzuerkennen; er wird nicht angehalten, Ursachenforschung zu betreiben, sondern über das Erkennen und Verstehen seiner Person die Verantwortung für das eigene Leben zurückzugewinnen: der Wechsel von der hilflosen und "unschuldigen" Opferrolle zum verantwortlichen Verursacher seines Handelns. In der Phase 3 soll der Grundstein gelegt werden für die Fähigkeit, ohne die Hilfe chemischer Modulation die Freude und den Schrecken des Selbsterkennens auszuhalten, anzunehmen und zu leben. Die Dinge sind so wie sie sind; allerdings ist er verantwortlich für sein Verhalten (seine "Antwort") zu ihnen. Er wird seine persönlichen Antworten auf die Welt kennenlernen und seine krankmachende Überzeugung, daß sie die einzig möglichen sind, nach und nach aufgeben können.

Was in der dritten Phase ebenfalls initiiert wird, ist die Neu-Ordnung der mitmenschlichen Beziehungen, d. h. bezogen auf die Drogenzeit unserer Klienten geht es um das Anerkennen ihrer Verantwortung für ihr Handeln als Drogenabhängige(r) und gegebenenfalls um sinnvolle Gesten der Wiedergutmachung: **erkennen, bekennen, bereuen, handeln**. Es geht um das aktive Wiedererlangen der Kontrolle über das eigene Leben: nicht die Sucht ist schuld, sondern ich habe als Süchtiger gehandelt, und übernehme dafür **jetzt** die Verantwortung.

Ziele in Phase 3:

- das Erkennen und Anerkennen der eigenen Person

- das Wiederaneignen abgespaltener Anteile und schmerzhafter Erinnerungen, die den Abschied von der eigenen Vergangenheit erschweren
- das Bearbeiten von Scham und damit verbundenen Vermeidungshandlungen
- das Erleben und Anerkennen von Schuld und Schuldgefühlen
- Wiedergutmachung als aktiver Abschied von der Drogenvergangenheit

5. *Sinn und Hoffnung: Die Stabilisierung der Zukunft; Vision- Quest* 6 Monate (Phase IV)

Ein langfristiger Therapieerfolg kann nur gewährleistet werden, wenn der Klient eine kritische Neubewertung seines bisherigen Lebens vornimmt. Mit anderen Worten, er sollte seine persönliche Wertehierarchie hinterfragen, die seinen bisherigen Lebensstil geformt hat.

Die KokainklientInnen orientieren sich an lust-, leistungs- und erfolgsorientierten Wertidealen und sind in aller Regel daran interessiert, am gesellschaftlichen Wettbewerb teilzunehmen, und "um jeden Preis" on top zu sein (oder sich zumindest so zu "fühlen"). Ihr Selbstideal formen sie aus den Idealisierungen der Werbestrategen und der Medienkultur (siehe die neuesten Berichte über Glücksdrogen in Focus, Stern etc.): immer kraftvoll, selbstbewußt, zielbewußt, sexuell attraktiv, kreativ, kommunikativ, lebendig. Kokain hält zumindest am Anfang, was es verspricht: es steigert den Selbstwert und moduliert den neurophysiologischen Zustand des Gehirns (die Stimmung) in Richtung der o.g. emotionalen Zustände.

Die Opiatabhängigen dagegen leiden an ihrem Selbstideal; sie versuchen nicht, ihr in der Regel ähnliches (aber heimliches) Selbstideal zu verwirklichen. Sie blenden die fortwährenden Schmerzen, die die Diskrepanz zwischen realem Alltag und heimlicher Grandiosität erzeugt, auf chemischem Weg mit Schmerzmittel aus. Opiatabhängige sind in der Mehrzahl Leistungsverweigerer und suchen nach Möglichkeiten des Rückzuges; sie verweigern nach Möglichkeit die Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben und seinen Anforderungen, und dämpfen diese einfach weg. Ihre kindlichen Ansprüche an die Welt als Versorgerin und die dauernde Frustration dieser Ansprüche erschöpft sie. Sie brauchen ständig Urlaub vom Leben: sie schaffen sich eine Art Uterus als warmen, schützenden Ort des Rückzugs, quasi die chemische Modellierung intrauteriner Bedürfnislosigkeit /-befriedigung.

Kokainabhängige sind in diesem Sinne die andere Seite der Medaille. Sie agieren ihr Leiden an ihren grandios verzerrten (und letztendlich unerreichbaren) Zielen und Wertorientierungen. Sie benutzen die Droge zum realen Erreichen ihrer Wertpräferenzen, oder zum Herstellen entsprechender subjektiver Erlebnisqualitäten. Ihre Wirkungserwartung an die Droge ist gegenteilig der eines Opiat-Konsumenten: sie sind auf Kommunikation und Erfolg, also Teilnahme ausgerichtet und Kokain soll diese Richtungsorientierung unterstützen (objektiv oder subjektiv).

Die Neubewertung des Wertgefüges und damit besonders der Abschied von überzeichneten, grandios verzerrten oder schlicht irrationalen Idealen (und heimlichen, aber unerfüllbaren Träumen) ist für beide Klientengruppen der schmerzhafteste Schritt auf ihrem Weg zur Genesung. Er gelingt dauerhaft nur, wenn an die Stelle der alten Träume eine neue, an seine Realität adaptierte "Vision" tritt, ein lohnenswertes und sinnerfülltes Ziel, das dem Leben Richtung gibt. Die Vision schafft sozusagen einen Bezugspunkt in der Zukunft, der das gegenwärtige Handeln und Fühlen formt, ihm Kraft und Zuversicht verleiht.

Ziele in der Phase 4:

- das Erkennen alter, prägender Wertmuster
- der Abschied von zerstörerischen Idealen und grandiosen Selbstentwürfen
- die Suche nach einem neuen Sinn für das eigene Leben (Vision)
- die Entwicklung eines positiven Lebensentwurfes (Hoffnung)

6. *Post-Graduate-Training: Nachsorgegruppe*

Das "Herauswachsen aus der Sucht" und die damit verbundenen notwendigen Nachreifungs- und Individuationsprozesse sind mit dem Ende der Therapie nicht beendet. Der Suchtkranke wird noch für lange Zeit auf Situationen großer Belastung und (realer oder selbstinduzierter) Überforderung, auf Kränkung, Verletzung, Mißerfolg und Verlust mit Drogensuchtverhalten antworten. Der Nachsorge kommt hier die Aufgabe der Sicherung des Erreichten unter veränderten Lebensbedingungen zu. Während die vorangegangene Therapie dem Einüben und Trainieren rückfallprophylaktischer Techniken und Strategien und dem Durcharbeiten psychodynamischer Konfliktkonstellationen dient, und das Ziel das Erreichen eines stabilen drogenfreien Lebens ist, dient die Nachsorgegruppe für eine begrenzte Zeit der gegenseitigen Bekräftigung und

Rückversicherung des eingeschlagenen Weges. Dabei sollte der Wert der Sicherungsfunktion einer solchen "Selbsthilfegruppe mit professioneller Begleitung" nicht gering geschätzt werden. Den Erfolg des Therapieabschlusses mit anderen, ebenso erfolgreichen Klienten zu teilen, und die weiteren, mitunter unsicheren und gefährdenden Schritte des neuen Lebensabschnittes mit den ehemaligen Mitklienten zu teilen, ist eine starke, auf die Zukunft gerichtete, motivierende Kraft (der "zweite Wind des Marathonläufers"). Besonders in der ersten Zeit nach der Therapie (in der der Klient auf die Bewältigung seiner Sucht fokussiert war) treten die durch die Abhängigkeit verdrängten Probleme wie das Erreichen und Pflegen befriedigender sozialer und sexueller Beziehungen in den Vordergrund. Hier bietet die Nachsorge einen extensiven Schutzraum für Nachreifung und Bewältigung schmerzhafter Erfahrungen. Zum andern kann die Nachsorgegruppe den Abhängigen wirkungsvoll davor schützen, sich zu überschätzen, und die "Brüchigkeit der eigenen Abstinenz (zu) verleugnen" (J. KÖRKEL).

III. Programmstruktur

1. Klärungsphase: Basis-Training Information und Entscheidung 6 Wochen (Phase 0)

1.1 Edukative Lerngruppe

6-wöchige Lerngruppe mit einem Abendtermin (3 Stunden) pro Woche, die alle zwei Monate neu beginnt, 6 strukturierte Unterrichtseinheiten über die Themen

- Wirkungen und Nebenwirkungen von Kokain und Amphetaminen
- die verschiedenen Stadien der Kokainabhängigkeit
- Neurophysiologische Veränderungen im Gehirn und Indikatoren für beginnenden Kontrollverlust
- Kokainbedingte Denk- und Wahrnehmungsstörungen
- Verleugnung, Verharmlosung und soziale Dekompensation

2. Aufnahme

2.1 Vorgespräch

Für Teilnehmer der Klärungsphase ist ein Vorgespräch in der Regel nicht nötig. Für alle anderen

Therapiebewerber findet ein Vorgespräch mit einem Therapeuten statt, in dem die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Aufnahme geklärt werden (z. B. eigene Wohnung, drogenfreie Bekannte, mögliche Notwendigkeit eines vorgeschalteten Entzuges, Justizaufgaben) und bei unklarer Motivation die Klärungsphase als Vorgruppe empfohlen wird.

2.2 Kostenübernahme

Der normale Weg zum Therapiebeginn führt über einen Drogenberater, der die Kostenübernahme beim zuständigen Leistungsträger für den Klienten beantragt. Nach Erteilung der Kostenübernahme beginnt der Klient seine Therapie. Dieser Weg dauert etwa 4 - 12 Wochen. Da die Erfahrung zeigt, daß die Klienten mit ihrer ambivalenten Anfangsmotivation diese lange Zeit meistens nicht durchstehen, bieten wir ihnen eine alternative Möglichkeit des Beginns:

Der/die SozialarbeiterIn des Kokainprojekts macht die Kostenübernahme, und der Arzt der Einrichtung, der im Rahmen eines Honorarvertrages mit KOKON zusammenarbeitet, nimmt die notwendigen ärztlichen Eingangsuntersuchungen vor. Der Klient kann dann sofort mit seiner Therapie beginnen und beteiligt sich an den bis zur Erteilung der Kostenübernahme anfallenden Therapiekosten mit einer Eigenbeteiligung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Therapie selbst zu bezahlen in Form einer monatlichen Eigenbeteiligung.

2.3 Therapiebeginn

Die Therapie beginnt mit einem Gespräch mit der Sozialarbeiterin des Projekts, die den Klienten mit der Struktur des Programmes vertraut macht.

3. Eingangsphase: Abstinenz-Training 4 Monate (Phase I)

3.1 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie beginnt mit zwei einstündigen Terminen pro Woche. Der Einzeltherapeut bleibt für die gesamte Dauer der Therapie die Bezugsperson des Klienten.

3.2 Trainingsgruppe Abstinenzentscheidung

Die Trainingsgruppe findet wöchentlich dreistündig abends statt. In ihr werden die in der Einzeltherapie bearbeiteten Themen im Gruppenprozeß vertieft.

Darüber hinaus ist sie eine edukative Lerngruppe ähnlich der Klärungsphase mit erweiterten Inhalten. Sie wird von einem therapeutischen Mitarbeiter geleitet.

3.3 Freizeitmanagement

Die Freizeitmanagementgruppe findet wöchentlich zweistündig abends statt. Der Klient nimmt an ihr in den ersten 6 - 9 Wochen seiner Therapie teil. In ihr wird das Freizeitverhalten der Teilnehmer thematisiert, und Wege drogenfreier Beschäftigung besprochen. Die Klienten werden angehalten, sich neue Freizeitaktivitäten zu suchen und daran teilzunehmen. Weiter wird die Unterstufe des autogenen Trainings geübt. Die Gruppe wird von dem/der SozialarbeiterIn durchgeführt.

3.4 Jobmanagement

Diese Gruppe ist nur für Programmteilnehmer, die (noch) keine Arbeit haben, und soll sie bei der Arbeitssuche unterstützen; die Teilnahme ist Pflicht, bis eine Arbeits-/Ausbildungsstelle gefunden wurde. Sie findet wöchentlich vormittags zweistündig statt und wird vom/von der SozialarbeiterIn durchgeführt. An dieser Gruppe nehmen auch die arbeitslosen Klienten der Opiat-Eingangsgruppe teil.

3.5 Urinkontrollprogramm

Die Urinabnahme findet zweimal wöchentlich unter Aufsicht statt, und ist in der Regel an die Einzeltherapieterminale gekoppelt. Nicht wahrgenommene Abgabeterminale werden als positives Ergebnis gewertet.

3.6 Craniale Elektrostimulation und Entspannungstraining

Um die starken Depressionen (Crash) nach dem Absetzen von Kokain zu mildern, und die Reorganisation des Hirnstoffwechsels zu unterstützen, erhalten die neuen Klienten in den ersten vier Wochen täglich (außer Wochenende) Behandlungen mit cranialelektro-Stimulation (TENS) und Entspannungsmethoden.

3.7 Sportgruppe

Wenn der Klient 4 - 6 Wochen abstinent gelebt hat, geht er in die wöchentliche Volleyballgruppe. An ihr nimmt er teil bis zum Ende seiner Therapie. Sie wird von dem/der SozialarbeiterIn und einem Sportlehrer angeleitet.

3.8 Angehörigen-/Bezugspersonengespräche

In der Phase I finden drei Angehörigen-/Bezugspersonengespräche mit zwei Therapeuten des Projekts statt. In ihnen sollen die wichtigen Bezugspersonen des Klienten als Unterstützungs- und Kontrollsystem für ihn gewonnen werden.

4. Stabilisierungsphase: Rückfallpräventions-Training 4 Monate (Phase II)

4.1 Einzeltherapie

Siehe Phase I.

4.2 Trainingsgruppe Rückfallprophylaxe

Sie entspricht der Trainingsgruppe Abstinenzentscheidung mit thematischem Schwerpunkt Rückfallvermeidung.

4.3 Urinkontrollprogramm

Siehe Phase I.

4.4 Sportgruppe

Siehe Phase I.

4.5 Angehörigen-/Bezugspersonengespräch

In der Mitte der Phase II findet ein weiteres Gespräch statt, in dem der bisherige Verlauf besprochen wird und Schwierigkeiten besprochen werden.

5. Selbstakzeptanztraining: Die Begegnung mit dem Schatten; Bewußtes Wahrnehmen der eigenen Person und des anderen 4 Monate (Phase III)

5.1 Einzeltherapie

Mit Beginn der Phase III wird die Einzeltherapie auf eine Stunde pro Woche verringert. Sie endet mit dem Übergang zu Phase IV.

5.2 Gruppentherapie

Mit Beginn der Phase III nimmt der Klient an der Therapiegruppe teil (wöchentlich dreistündig); in ihr bleibt er bis zum Ende seiner Therapie. In der Therapiegruppe werden die verschiedenen Abhängigkeitstypen gemeinsam behandelt. Der Focus ver-

schiebt sich hier auf die Gemeinsamkeiten chemischer Abhängigkeit. Die Therapiegruppe wird von einem therapeutischen Mitarbeiter geleitet.

5.3 Therapiewochenende

Zwei 4-tägige Therapiewochenenden in einem Hof in der Lüneburger Heide.

5.4 Urinkontrollprogramm

Siehe Phase I.

5.5 Sportgruppe

Siehe Phase I.

6. Sinn und Hoffnung: Die Stabilisierung der Zukunft; Vision- Quest 4 - 6 Monate (Phase IV)

6.1 Gruppentherapie

Siehe Phase III.

6.2 Therapiewochenende

Siehe Phase III.

6.3 Urinkontrollprogramm

In Phase IV findet nur noch eine Urinabnahme pro Woche statt.

6.4 Sportgruppe

Siehe Phase I.

6.5 Abschiedsfest

Zum Ende seiner Therapie richtet der Klient allein oder gemeinsam mit anderen Therapiebeendern ein Fest aus, als Dank an seine Mitklienten und die Mitarbeiter von KOKON.

7. Post-Graduate-Training: Nachsorgegruppe 6 - 12 Monate

7.1 Gruppentherapie und Selbsthilfegruppe

Abwechselnd wöchentlich, dreistündig. Die Selbsthilfegruppe wird von den Klienten organisiert und findet ohne professionelle Anleitung statt.

Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Klient für die gesamte Therapiedauer

(Definition der Therapieeinheiten analog der Empfehlungsvereinbarung amb. Rehabilitation)

1. Phase I (4 Monate)

1.1 Einzeltherapie	32 Th.einheiten
1.2 Trainingsgruppe	
Abstinenzentscheidung	48 Th.einheiten
1.3 Freizeitmanagement	14 Th.einheiten
1.4 Jobmanagement, optional	32 Th.einheiten
1.5 Urinkontrollprogramm	
1.6 Craniale Elektrostimulation und Entspannungstraining	15 Stunden
1.7 Sportgruppe	48 Stunden
1.8 Angehörigen-/ Bezugspersonengespräche	06 Th.einheiten

Gesamtzahl Th.einheiten ohne Jobmanagement	100 Stunden
Gesamtzahl Th.einheiten mit Jobmanagement	132 Stunden
Sonstige Stunden (1.5 - 1.7)	63 Stunden

2. Phase II (4 Monate)

2.1 Einzeltherapie	32 Th.einheiten
2.2 Trainingsgruppe	
Rückfallprophylaxe	48 Th.einheiten
2.3 Urinkontrollprogramm	
2.4 Sportgruppe	48 Stunden
2.5 Angehörigen-/ Bezugspersonengespräche	2 Th.einheiten

Gesamtzahl Th.einheiten	82 Stunden
Sonstige	48 Stunden

3. Phase III (4 Monate)

3.1 Einzeltherapie	16 Th.einheiten
3.2 Gruppentherapie	48 Th.einheiten
3.3 Therapiewochenenden	40 Th.einheiten
3.4 Urinkontrollprogramm	
3.5 Sportgruppe	48 Stunden

Gesamtzahl Th.einheiten	104 Th.einheiten
Sonstige	48 Stunden

4. Phase IV (6 Monate)

4.1 Gruppentherapie	48 Th.einheiten
4.2 Therapiewochenenden	40 Th.einheiten
4.3 Urinkontrollprogramm	
4.4 Sportgruppe	48 Stunden

Gesamtzahl Th.einheiten	88 Th.einheiten
Sonstige	48 Stunden

Gesamtumfang der Behandlung

Phase I - IV, 18 Monate (ohne Jobgruppe)	374 Th.einheiten
Sonstige Stunden	207 Stunden

Hinter- und Beweggründe zu einem geplanten Kokainprojekt

Gerhard Eckstein

Con-Drobs e. V.

Initiative für psycho-soziale Beratung
und Therapie für Jugendliche und Eltern

Franzstraße 5

80802 München

Kokainkonsumenten in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe - Ein Praxisbericht -

Dieser Bericht, obwohl er aus München kommt, handelt nicht von Vier-Sterne-Köchen oder von anderen bekannten Liedermachern, deren Publizität in den letzten Monaten überwiegend bzw. fast ausschließlich durch ihren Kontakt mit der Bayerischen Justiz genährt wurde. Der Bericht handelt auch nicht von der vielzitierten "Bussi-Bussi-" Szene oder von sonstigen "Adabei's". Dieser Bericht handelt von der Praxis und den Bemühungen von Jugend-, Drogen- und Suchtberatungsstellen, sich mit dem Thema "Kokain" auseinanderzusetzen. Dieser Bericht liefert deshalb auch keine fertigen Theorien oder Analysen, er liefert auch keine Zahlen, sondern er versucht zu beschreiben, wie ambulante Einrichtungen der Jugend- und Drogenhilfe sich immer wieder, unter dem Druck spektakulärer Einzelfälle, unter dem Druck einer öffentlichen Diskussion, dem Thema Kokain nähern - und dann auch wieder entfernen.

Der Bericht beschreibt eine Reihe von Einschätzungen und Problemen, die im Laufe mehrerer Jahre im Zusammenhang mit Kokain, Kokainkonsum und -konsumentInnen in den Beratungsstellen unseres Vereins, aber auch in anderen Projekten, wie Übergangswohngemeinschaften, Kontaktläden etc., aufgetaucht sind.

Ich bin sicher, daß sich der beschriebene Ablauf, die verschiedenen Positionen vergleichen lassen mit verschiedenen anderen Beratungs- und Behandlungstätten im ambulanten Bereich in anderen Regionen. Von daher kann dieser Bericht auch ein Baustein dafür sein, auf dem Boden dieser Erfahrungen konsequente Lösungen zu finden.

Die zentrale Frage ist, wie man in bestehenden ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Tatsache gerecht werden kann, daß die Begegnung mit Menschen, die in unterschiedlichem Umfang, in unterschiedlicher Intensität und Dauer eine spezielle Droge, nämlich Kokain, konsumieren, wie deren Bedürfnisse, deren Lebens- und Erlebnishintergründe berücksichtigt werden können.

Warum und mit der Erforschung welcher Fragen sollten MitarbeiterInnen der ambulanten Drogenhilfe auf diese Thematik eingehen?

Aufgrund der im Vordergrund stehenden Entwicklungen möchte ich mich anhand der Großstadt München im folgenden vor allen Dingen mit dem Versuch beschäftigen, die regionale Situation, bezogen auf vier Faktoren, realistisch einzuschätzen:

1. Wie ist der Stand, die Struktur und die Geschichte der ambulanten Drogenhilfe in dieser Region?
2. Wie ist die wirtschaftliche Situation in der Region?
3. Wie wird die "Freizeit-Kultur" in dieser Region bestimmt?
4. Welche Bedeutung und welchen Umfang hat das, was man Ordnungspolitik nennt?

zu 1.

Die Drogenhilfe in München ist inzwischen mehr als 25 Jahre alt. Die Einrichtungen sind überwiegend sehr etabliert, die Träger sind erfahrene Vereine der Drogenhilfe und die Landeshauptstadt München. Die Geschichte ist geprägt von dem, was man "hochschwellige Arbeit" nannte und nennt. Erst in den letzten fünf Jahren ist das Netz der Drogenhilfe durch verschiedene niedrigschwellige Projekte wie Kontaktläden, Notschlafstätten etc. erweitert worden. Die Mitarbeiter sind überwiegend sehr erfahren, die Strukturen und Konzepte professionell.

Man schätzt, daß es in München zwischen 3.500 und 4.500 Abhängige, überwiegend von Opiaten, gibt. Die Beratungsstellen, es gibt insgesamt drei Schwerpunktberatungsstellen und verschiedene andere ambulante Projekte, die sich ebenfalls mit illegalen Drogen beschäftigen, dokumentieren, daß sie im Jahre 1995 zu insgesamt 3.300 Abhängigen bzw. KonsumentInnen illegaler Drogen Kontakt hatten. Man schätzt ungefähr 6.000 KonsumentInnen von Ecstasy. Die Substitution ist wenig entwickelt, die Verabreichung von Codein, vor allen Dingen von Codeinsaft hat immense Ausweitungen erfahren. Man schätzt, daß 50 bis 60 Prozent der gesamten Produktion des Codeinsaftes nach München geht.

Es ist bemerkenswert, daß München die einzige Großstadt der BRD ist, in der der Anteil der Menschen, die an den Folgen des Konsums illegaler Drogen gestorben sind, stetig wächst. Jährliche Zuwachsraten von 10 bis 15 Prozent sind in den letzten drei bis vier Jahren üblich; die Gesamtzahl der Drogentoten des letzten Jahres betrug knapp über 80.

zu 2.

Im Verhältnis zu anderen Regionen und Großstädten der BRD ist München eine reiche Stadt. In der Stadt selbst und in dem sog. "Speckgürtel", den Landkreisen um München herum, beträgt die Quote der Arbeitslosen teilweise 4,5 %. Ich erwähne diese wenigen Daten deshalb, weil die finanziellen Bedingungen eines Teils der Menschen auch den Charakter und die Substanzen, die konsumiert werden (können), mitbestimmen.

zu 3.

Die "Freizeit-Szene" in München wird von ganz massiven Anforderungen an bestimmtes Aussehen, bestimmtes Auftreten und bestimmte Erscheinungsformen geprägt. Es wird erwartet, daß die Menschen, die an den verschiedenen Freizeit-Kulturen teilnehmen, ständig "gut drauf sind". Erst wenn man so ist, wie man es erwartet, kann man "dabei sein". Nun ist es bekannt, daß es Substanzen, wie z. B. Kokain und Ecstasy, gibt, die genau diesen Zustand herbeiführen. Zusammen mit dem in München vorhandenen Geld, zusammen mit der Ideologie, die um Kokain verbreitet wird, wird deutlich, daß gerade in dieser Szene Kokain einen großen Verbreitungsgrad gefunden hat. Kokain wird als saubere Droge beschrieben, als eine Substanz, die nicht abhängig macht, die nichts mit der Heroin- und Junkie-Szene, mit Knast etc. zu tun hat.

zu 4.

Die Ordnungspolitik und die juristischen Maßnahmen gegen Drogenabhängige sind in Bayern strikt. Als Beispiel dafür soll hier nur die Tatsache erwähnt werden, daß für den Besitz von Haschisch immer noch die "0 Gramm-Grenze" steht.

Es gibt keine offene Drogenszene, die Münchner Polizei bzw. die bayerische Ordnungspolitik verantwortet ein sehr striktes und direktes Auflösen der sogenannten offenen Szene. Nicht verwunderlich ist, daß in Bayern bzw. München der Begriff des "Junkie-Joggings" geprägt worden ist.

Das Landeskriminalamt berichtet, daß im Jahre 1992 11,6 kg im Jahre 1993 26,6 kg, im Jahre 1994 28,2 kg, im Jahre 1995 7,2 kg, im Jahre 1996 (bis zum 31.06.1996) 21,2 kg Kokain im Stadtgebiet von München beschlagnahmt wurden. Es ist davon auszugehen, daß es sich ausschließlich um Rauschgift handelt, das hier in München konsumiert werden sollte. Die an den Grenzen und auf dem Flughafen aufgegriffenen Mengen sind nicht in diesen Daten enthalten.

Es gibt Schätzungen, daß die Menge der aufgegriffenen Rauschmittel ca. 3 bis 5 % dessen aus-

macht, was wirklich in einer Region vorhanden ist. Rechnet man eine Menge von 22 kg Kokain auf dieser Basis hoch, so kommt man zu einer Menge von 1.200 Gramm, die täglich in München konsumiert wird.

Die Auseinandersetzung einer ambulanten Einrichtung mit dem Thema Kokain wird anhand der Entwicklung der Beratungsstelle eines Vereines in München dargestellt.

Es handelt sich um eine inzwischen 25 Jahre bestehende Einrichtung der ambulanten Drogenhilfe in der Landeshauptstadt München. Die Mitarbeiterschaft ist sehr erfahren. Viele der KollegInnen (insgesamt arbeiten dort 8 Fachkräfte) sind bereits mehr als 10 Jahre in dieser Tätigkeit beschäftigt. Ich erwähne dies deshalb, weil einerseits die Situation zu einem hochqualifizierten und kompetenten Know-how führt, zum andern allerdings Veränderungen auf dieser gewachsenen Basis, Entwicklungen und Strömungen nicht ganz einfach sind. Der Ruf und die Forderung nach speziellen Programmen und Maßnahmen für KokainkonsumentInnen war während der gesamten Zeit der Existenz dieser Einrichtung immer wieder formuliert worden. Das Thema Kokain spielte in Konzepten, in Diskussionen, in Analysen immer mal wieder, aber eher peripher, eine Rolle. Es fand "nur Erwähnung". Nur in oft spektakulären Einzelfällen wurde die Dramatik dieses Geschehens in die aktuelle Tagesdiskussion mit einbezogen, ohne daß es daraus irgendwelche strukturellen, konzeptionellen oder sonstigen Konsequenzen gab.

Dazu einige Vermutungen:

1.

Es ist möglich, daß Kokain, sein Konsum, die KonsumentInnen, die in Kontakt mit den Einrichtungen der Drogenhilfe, mit der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle gekommen sind, weder qualitativ noch quantitativ einen solchen Raum eingenommen haben, daß darüber hinausgehende Konsequenzen erforderlich waren. Die in der Beratungsstelle erfaßten Daten decken sich mit den Daten, die z. B. im Jahrbuch Sucht für das Jahr 1996 für Beratungsstellen dokumentiert wurden: Von den mit dem System Destas erfaßten Beratungsstellen wurde berichtet, daß 12,42 % aller KonsumentInnen illegaler Drogen in diesen Einrichtungen KonsumentInnen von Kokain sind.

Eine kurze Querschnittsuntersuchung in verschiedenen stationären Einrichtungen unseres Vereines förderte zutage, daß von 76 BewohnerInnen bzw.

PatientInnen sechs Personen sich wegen Kokainabhängigkeit in Behandlung bzw. in der Einrichtung befanden.

Für die erwähnte Beratungsstelle gelten folgende Daten:

Von einer Gesamtzahl von 1.640 KlientInnen im Jahre 1993 (davon waren 219 Eltern) wurden 542 dokumentiert, die mehr als zwei Kontakte mit der Beratungsstelle hatten. Von diesen 542 waren 74 KlientInnen, deren Hauptdroge Kokain war.

(- 1994: gesamt 1.842, Eltern 317, mehr als zweimal: 602, Kokain: 66;

- 1995: gesamt 1.786, Eltern 271, mehr als zweimal 578, Kokain: 60).

Dies bestätigt die in Destas aufgeführte Zahl von ca. 9 - 12 % aller KlientInnen, die Kontakt mit Kokain hatten.

1.1

Eine weitere Vermutung ist die, daß sich die MitarbeiterInnen scheuen, sich dieser Problematik zu stellen

oder

1.2

die Entwicklung "weg von der drogenspezifischen bzw. substanzspezifischen Sichtweise bei der Beratung und Begleitung von Abhängigen und KonsumentInnen" verhindert (und vielleicht ist das auch gut so) eine spezielle Würdigung dieses Themas. Diese mehr integrierende Sichtweise, aber auch, soweit dies praktiziert wird, diese Handlungsweise würde eine Stigmatisierung, ein besonderes Hervorheben des Kokainkonsums, verhindern. Ziel der Arbeit von ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen sollte meiner Auffassung nach auch sein, die unterschiedlichen Suchtmittel in die Arbeit zu integrieren.

Welche Menschen suchen nun die Einrichtungen der Drogenhilfe auf? Die Antwort auf diese Frage ist deshalb von Bedeutung, weil sie dazu beitragen kann, die Zielgruppe genauer zu beschreiben, mit denen sich spezielle Projekte der Drogenhilfe dann beschäftigen können.

Bei den Menschen, deren Konsum auch Kokain ist, handelt es sich fast ausschließlich um Drogenabhängige und Polytoxikomane, also um Menschen aus der klassischen Drogenszene, aus dem klassischen Klientel der Beratungsstelle. Diese haben Kontakt mit der Heroinszene, sie sind bestraft worden, sie sind - vorübergehend - umgestiegen auf andere Drogen und Suchtmittel, haben eine Reihe

von Problemen bekommen und suchen auf diesem Hintergrund die Beratungsstellen auf. Es handelt sich um KlientInnen, deren Hauptsubstanz Kokain ist, die allerdings an dem Konsum und an den Ergebnissen des Konsums keinerlei Freude mehr haben, bei denen Depressionen überwiegen. Diese identifizieren sich mit der Drogenszene, haben über den Kontakt mit JVA und Psychiatrie von Beratungseinrichtungen und KollegInnen aus Beratungseinrichtungen gehört - über diese Brücke, diese Informationen suchen diese KlientInnen auch diese Beratungsstellen auf. Sie sind weitgehend sozial etabliert, sie haben viele Schulden, sie leben sehr hektisch, ohne konstruktiv zu sein, sie machen sich spezielle Gedanken über das Leben und die Abhängigkeit, sie stehen nicht auf der Straße, sie rasen Empfindungen, Gefühlen und dem Leben hinterher. Sie verbergen eine große Not und weichen dem Entsetzen aus, das ihnen - von "innen" - gegenübertreten würde, wenn sie nicht der Einladung des Kokainkonsums hinterherlaufen würden.

2.

Es handelt sich um wenige Kokainisten aus einer Gruppe von Selbstständigen bzw. freischaffenden Professionen, die meist über persönliche Hinweise, persönliche Kontakte "über verschiedene Ecken" ganz bestimmte MitarbeiterInnen der Einrichtungen aufsuchen. Diese Menschen suchen ganz spezielle MitarbeiterInnen in den Beratungsstellen auf. Bereits 1990 beschreibt JÖRG SCHLENDER diese Gruppe, daß sie "nicht mit Opiatmißbrauchern, mit Heroinjunkies zusammentreffen. Darüber hinaus besteht die Angst, beim Auftauchen in der Beratungsstelle als Klient einer solchen auffällig zu werden". Sie wollen schnelle Lösungen, sie wollen jeden Preis bezahlen, sie wollen Veränderungen "gemacht bekommen", und zwar sehr schnell, ohne sich für diese Veränderung konsequent, langfristig einzusetzen, aber vor allen Dingen ohne notwendige Veränderungen in sonstigen wichtigen Lebensbereichen (Freundeskreis, Beziehung, berufliche Situation) in Gang zu setzen.

Der Kontakt mit diesen KonsumentInnen ist außerordentlich anstrengend, sie sind mißtrauisch, rhetorisch sehr gewandt, hochintelligent, in den depressiven Phasen "zeigen sie sich nicht", sie verstehen viel, sie diskutieren gerne und klagen sich gerne an.

3.

Wir haben erwartet, daß es in Zusammenhang mit der Substitution von Methadon einen steilen Anstieg von Kokainkonsum, analog anderer Regionen, z. B. Zürich, gibt. Diesen rasanten Anstieg

konnten wir nicht beobachten, allerdings ist der Beikonsum von Kokain bei Methadonsubstituierten eher normal; dies bezeugen viele Untersuchungen des sogenannten Beigebruchs.

Diese beschriebenen Personengruppen machen, und dies wissen die KollegInnen in den Einrichtungen sehr genau, nur die sogenannte "Spitze des Eisbergs" der Kokainszene aus. Auch die Menge der beschlagnahmten Kokainsubstanzen, auf die oben eingegangen wurde, bestätigt diesen Eindruck, der auch von der Öffentlichkeit, von Polizei und Politik berichtet wird.

In der Tat liegen genügend mittelbare und unmittelbare Informationen vor, die darauf hindeuten, daß Kokain eine Verbreitung gefunden hat, die weit über das Bekannte hinausgeht. Als Einrichtung der Drogenhilfe könnte man daraus wohl den Schluß ziehen, besondere Anstrengungen zu unternehmen, für die KonsumentInnen dieser Substanz attraktive Angebote zu entwickeln, besondere Anstrengungen zu unternehmen, auch um mit diesen Menschen in größerem Umfang in Kontakt zu geraten.

Warum muß dies sein?

Es liegt der Schluß nahe, daß die wesentlich größte Gruppe der Menschen, die Kokain konsumieren, dies handhaben, ohne daß sie medizinische, juristische und sonstige Probleme bekommen, die sie veranlassen, irgendwelche soziale, medizinische oder psychische Hilfe aufzusuchen. Weshalb also für eine Gruppe von DrogenkonsumentInnen, die den Konsum will, ihn gut findet, keine subjektiven Probleme erfährt, warum für diese Gruppe Anstrengungen unternehmen? Ich bezweifle zusätzlich, ob Beratungseinrichtungen zur Zeit die Ressourcen besitzen. Kommen doch von der anderen Seite (Justiz, Substitution etc.) umfangreiche und neue Aufgaben auf die Einrichtungen zu, die in ihrem materiellen und personellen Bestand nicht erweitert werden. In der Vorgeschichte dieser Veranstaltung bzw. des Beitrags zu dieser Veranstaltung wurde sichtbar, wie "typisch" MitarbeiterInnen mit dem Thema Kokain umgehen. Zunächst hatte das Thema eine große Bedeutung. MitarbeiterInnen berichten über schwierige Beratungsprozesse, über sehr aufgewühlte Fragen von beunruhigten Angehörigen, von Patienten ambulanter Therapieprogramme, die immer wieder und verstärkt über Kokainerfahrung berichteten. Plötzlich stand im Raum: Wir müssen hier unbedingt etwas machen. Es begannen die ersten Recherchen, die Überprü-

fung der Frage, inwieweit KokainkonsumentInnen, die die Beratungsstellen mit dem Wunsch nach ambulanter Therapie aufsuchen, in die Projekte der ambulanten Reha im einzeltherapeutischen Bereich, aber auch im drogentherapeutischen Bereich, integriert werden können. Es wurde darüber nachgedacht, Informationsschriften zu Krankenkassen, Ärzten etc. auszugeben. Es wurde darüber nachgedacht, spezifische konzeptionelle Ansätze für KokainkonsumentInnen zu entwickeln auf der Basis dessen, was wir von ihnen wußten. Wir waren der Auffassung, daß therapeutische Ansätze und Strukturen in die Grundlagen unserer ambulanten therapeutischen Konzepte integriert werden konnten. Wir lehnten die Suche nach einem besonderen Menschenbild, nach besonderen theoretischen Hintergründen der Entstehung von Kokainismus ab. Wir verfolgten die Hypothese, daß es häufig Zufall ist, daß Menschen Kokain konsumieren, anstatt den direkten Weg in andere Drogen, z. B. Heroin, zu gehen. Weiterhin verfolgten wir die Vermutung, daß die spezielle Szene, die speziellen Spielregeln in dieser Szene, die speziellen Wirkungen von Kokain allerdings spezielle Funktionen in einem ganz bestimmten Lebensabschnitt von Menschen erfüllen, so daß auch Kokain eine ganz bestimmte Antwort auf eine Lebenskrise, Lebensfragen und -bedürfnisse gibt. Menschen verfolgen also, bewußt oder unbewußt, mit dem Konsum ganz bestimmter Substanzen Ziele, sie gehen Risiken ein, sie versuchen, sich Bedürfnisse zu erfüllen. Die Anerkennung dieser Suche, der dahinterliegenden Bedürfnisse, ist Voraussetzung für einen ehrlichen und sinnvollen Kontakt auch mit KokainkonsumentInnen.

Die konsequente Nichtberücksichtigung eines Erfahrungsberichtes (Kokainkonsum) von vielen Drogenabhängigen und polytoxikomanen Menschen widerspricht der Forderung und der Notwendigkeit von differenzierten und individuellen Arbeitsansätzen. Durch diese konsequente Nichtberücksichtigung werden die unterschiedliche Gefühlswelt von KokainkonsumentInnen, die unterschiedlichen emotionalen und psychischen Erfahrungen dieser Personen, mißachtet.

(siehe auch: *Zusammenfassung zweier Interviews mit ehemaligen Kokainabhängigen* im Anhang zu diesem Text)

MitarbeiterInnen stationärer Einrichtungen beschreiben zwar die besondere Dynamik, die Kokainkonsumenten in die Dynamik der Einrichtung mit einbringen, daß sie das Gruppengeschehen mit ihrer Hektik sehr stark bestimmen, da sie flüchtig sind. Die Beschreibung charakterisiert diese Perso-

nen als eher störend. "Sie strahlen etwas anderes aus, ihre Aktivitäten gehen nach oben". Trotz der erwähnten Forderung nach differenzierten und individuellen Therapieprozessen ist es offensichtlich schwer, in "alten Einrichtungen" diesen Aspekt der individuellen Berücksichtigung von Lebensentwürfen und Konsummustern zu berücksichtigen. Es ist vor allen Dingen schwierig bei Einrichtungen, deren Grund und Basis die Orientierung auf eine Gruppe bzw. eine Lebensgemeinschaft im Haus darstellt. Wir wissen, daß es außerordentlich schwierig ist, drogenfreie Antworten, drogenfreie Perspektiven als Alternativen zu den Erfahrungen des Kokainkonsums zu finden. Wir wissen weiter, daß KokainkonsumentInnen "stressige PatientInnen" sind, die sofort und bedingungslos Antworten haben wollen, oder, daß diese Menschen "eh alles besser wissen". Wir stellten weiterhin fest, daß die PartnerInnen von KokainkonsumentInnen, vor allem, wenn sie aus den legalen und etablierten sozialen Schichten kommen, viele Gemeinsamkeiten mit den KokainkonsumentInnen selbst aufweisen, ohne daß sie selbst Kokain konsumieren; dies bezieht sich vor allem auf die Bedeutung von Erfolg, auf die Bedeutung von Schein, Aussehen und Geld. Überraschenderweise handelt es sich bei diesen Angehörigen sehr oft um Ehefrauen oder auch Partnerinnen, die beruflich stark und erfolgreich engagiert sind, die in ihren Geschäften schnelle Karriere machen. Diese engagieren sich einerseits sehr für ihre kokainkonsumierenden Männer, zum anderen ist Panik, Wut und auch ein Gefühl von "dies alles, der mit seinem Konsum behindert mich in meiner Entwicklung und in meiner Karriere" dabei.

Mit diesen und weiteren Hypothesen wollten wir eine Konzeption bzw. ein Angebot für Kokainkonsumenten vorlegen, es Ärzten, Kliniken und Krankenkassen verschicken, daß diese ihre Patienten und Mitglieder auf die Möglichkeiten der Therapie der Kokainabhängigkeit im Rahmen ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen hinweisen konnten.

Nach einer Reihe von Überlegungen und konzeptionellen Niederschriften sind wir, im frühen Sommer und dann im Sommer überrollt worden von zwei anderen entscheidenden Themen: Welche Maßnahmen, welche Konzepte, welche Reaktionen entwickeln wir auf die Verbreitung der Drogen Ecstasy? Beschäftigen wir uns mit dieser Kultur, gehen wir in sie hinein, wenn ja, wie und wo usw? Der zweite zentrale Schwerpunkt des Sommers wurde bestimmt durch die beginnenden Sparmaßnahmen, auch im Bereich des Großraums München, der die Neueröffnung von Projekten, den Bestand von Projekten in Frage stellte. Daraus wurde folgender Schluß gezogen:

1. Die Auseinandersetzung mit Kokain und Kokainkonsum hat zum jetzigen Zeitpunkt für die Einrichtungen unseres Vereins keine Priorität.
2. Die aktuelle Diskussion wird bestimmt von der Entwicklung im niedrigschwelligen Bereich, in der Substitution, in der psycho-sozialen Begleitung von Methadonsubstituierten, von Ecstasy und dezentralen Kontaktangeboten in den verschiedenen Stadtteilen Münchens.
3. Ich erinnere eine Bemerkung, eines ehemaligen Kokainkonsumenten, daß es für uns besser sei, zu warten, bis die Menschen kommen, wenn sie wirklich Probleme haben. "Schau mich an, meinst Du, ich hätte irgendeine Probleme?", mit dieser Antwort wären wir, so die Aussagen verschiedener KonsumentInnen, wohl konfrontiert, wenn wir in der Szene tätig wären, wenn wir versuchen würden, dort Kontakt herzustellen.

Das Fazit muß allerdings sein, daß die ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen professioneller und kompetenter auf die Begegnung mit Menschen reagieren, die entweder aktuelle Erfahrungen mit Kokain haben oder in ihrer Suchtbiografie hatten. Es verlangt Mut und Sicherheit, mit diesen Menschen über diese Thematik zu sprechen. Es verlangt Geduld, menschliche und professionelle Kompetenz, gerade von den außerordentlich mißtrauischen KokainkonsumentInnen geachtet und akzeptiert zu werden. Es braucht andererseits eine Fähigkeit und Methodik, sehr schnell diese Menschen mit ihren Lebensinhalten oder ihrer Lebensleere zu konfrontieren, ohne daß sie das Gefühl einer Verurteilung oder Beurteilung erhalten. Es ist notwendig, die eigene Bereitschaft zu einem Voyeurismus zu entdecken, diese Bereitschaft nicht zu einem störenden Wirkfaktor der Beziehung zu KokainkonsumentInnen werden zu lassen. Therapeutische Zielsetzungen wie Bescheidenheit, Sensation auch im Detail zu suchen und zu finden, und vor allem die Bereitschaft, Lebensweisen, Lebensinhalte, Beziehungen, Wertvorstellungen zu ändern, die unmittelbar mit dem Konsum von Kokain in Zusammenhang stehen, diese Aufgabe ist die zentrale, die in der Begegnung, Betreuung und Begleitung von KokainkonsumentInnen gerade in der ersten Phase der Betreuung und Therapie eine größere Rolle spielt als bei Abhängigen anderer Substanzen.

Im Endeffekt heißt dies, bereit zu sein, wenn Einzelne in problematischen Lebenssituationen an die Einrichtungen der Drogenhilfe her antreten, bereit aber auch zu sein, aktiv und akzentsetzend in die

Auseinandersetzung mit kokainerfahrenen Männern und Frauen im therapeutischen Projekt zu gehen, d. h., die Substanz nicht in den Vordergrund zu rücken.

Die anfänglich erwähnten Köche und Musiker und Barden, diese finden ihre BehandlerInnen keinesfalls im Rahmen der Suchthilfe sondern bei Ärzten, die aufgrund von Ausbildung und Erfahrungen und Engagement für die Auseinandersetzung mit dieser Thematik gerüstet sind.

Es ist nicht einzusehen, inwieweit die Drogenhilfe exklusive Luxusangebote für die Schickeria und die Kulturszene aufbauen soll.

Ich schlage vor, darüber hinaus einen weiteren Gedanken zu überprüfen. Kokain ist in einer ganz bestimmten Szene, in einer ganz bestimmten Kultur, verbunden mit ganz bestimmten Treffpunkten, ggf. auch mit ganz bestimmter Musik und Ideologien, integriert. Es könnte hilfreich sein, daß sich die Drogenhilfe und die MitarbeiterInnen der Suchthilfe mit dieser Szene, mit diesem Kulturbereich institutionell und organisatorisch in Verbindung setzen, in dieser präsent sind, ohne die Suchtmittel, welche auch immer, zu verdammern. Ich bin sicher, daß die Möglichkeiten einer der Szene entsprechenden Werbung bzw. situationsentsprechender Gegenpropaganda noch überhaupt nicht ausgeschöpft sind. Dies könnte dazu führen, daß die Drogenhilfe aus einer Ecke herauskommt, die häufig als "Schmuddelecke" bezeichnet wird, daß sie aus ihrer Erfahrung in diese Szene Informationen und Positionen mit einbringt, die nicht die unmittelbare Verhaltensänderung, die nicht die Abkehr von Suchtmitteln zur Folge haben soll, sondern die mehr und mehr die Tatsache und Sicherheit ins Bewußtsein der Mitglieder dieser Szene ruft, daß der Kontakt mit Suchtmitteln aller Art zu Problemen führen kann, daß es in Ordnung ist, bestimmte Bedürfnisse zu haben, Wünsche zu haben. Dies würde für die Drogenhilfe auch die Integration anderer Themen, anderer Suchtmittel in ihre Arbeit, in ihre Konzeptionen und ihre Haltung bedeuten.

Abschließend möchte ich doch noch eine Bemerkung von Konstantin WECKER erwähnen, der bereits Anfang der 80er Jahre in einem seiner Texte geschrieben hat: "Das einzig bewußtseinserweiternde Moment, das allen Drogen eigen ist und gleich, ist der Entschluß, aufzuhören." Auch dieses Zitat hat JÖRG SCHLENDER bereits 1990 bei einer Tagung über Kokainismus, ebenfalls veranstaltet vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe auf Schloß Eringerfeld formuliert.

Zusammenfassung zweier Interviews mit ehemaligen Kokainabhängigen:

"In der Therapie war Kokain nie ein Thema. Untereinander schon, aber da haben wir uns dann vier Stunden dran aufgehängt und aufgegeilt, keiner hat irgendeine Grenze gesetzt. Für die anderen, die nur Heroin gejunkt haben, waren wir immer so was wie die Besseren. Sie sagten: 'Lass uns doch mit deinem Kokainjunk in Ruhe'. Wir waren in der Zeit des Kokainnehmens immer chefig drauf; wir waren wer, ich war halt dann der M. aus A., und wenn man von mir redete, dann redete man mit Ehrfurcht von mir. Es gab einen deutlichen Unterschied, ob ich in eine ganz bestimmte Kneipe auf Heroin später oder früher auf Kokain gegangen bin. Man hat es mir an meiner Haltung angesehen. Auf Koks hatte ich die Nase oben, die Schultern hinten und die Brust draußen. Der Chef hat mich eingeladen, nach hinten zu kommen, da haben wir zuerstmal eine Leine gelegt. Man war halt wer. Auf Heroin bin ich leise und unauffällig hereingekommen, fast gebückt, hab in Ruhe ein Bier getrunken und war wieder weg. Auf Kokain war man halt wer. Im Moment weiß ich, daß das alles etwas mit meinem Selbstverständnis zu tun hat. Schwierig wurde es dann, als ich anfing zu basen und Kokain zu junken, es hat mir einfach nicht mehr gereicht. Entweder mußte es weniger und stärker oder mehr von dem Gleichen sein und mehr von dem Gleichen, das ging nicht mehr. Meine Eltern sind in dieser Zeit schier ausgeflippt, meine Mutter fing selbst an, Tabs zu nehmen. Meine Freundin fand das am Anfang auch ziemlich cool, am Schluß war es für sie nur noch nervig. Erst als ich anfing, mit Kokain zu basen und zu junken, bekam ich auch juristische Probleme. In der Zeit des Naseziehens gab es auch immer wieder ein paar Tage, da ging es mir dreckig, da waren wir kollektiv auf Paranoia, aber nach zwei, drei Tagen war das vorbei. Jetzt, wenn ich an die Kokszeit denke, habe ich immer noch das Gefühl von etwas extrem Geilem. Ich komme immer noch in Gefahr, das Ganze zu verherlichen. Wenn ich heute in eine Kneipe gehe, sehe ich sofort die Kokainleute, mir wird dann heiß und schwitzig in den Händen, ich muß dann weggehen. Wenn ich allerdings Leute auf Junk sehe, auf Heroinjunk, läßt mich das derzeit ziemlich kalt. Auch wenn ich jetzt über Kokain rede, macht mich das immer noch ganz gewaltig an.

Es ist halt so, als wenn ich in einem Haus leben würde und im Keller gibt es eine Tür. Dahinter ist Kokain mit allem Drum und Dran, ich erinnere mich aber mit der Zeit nur noch an das Sensationelle, und ich kann jederzeit diese Tür öffnen, der Raum

hinter der Tür bleibt ein Teil meines Lebens wie der Kellerraum ein Teil des Hauses bleiben muß.

Eigentlich war es ziemlich billig, was da abgelaufen ist. Das kann ich allerdings nur jetzt aus der Entfernung und der Distanz sagen. Ich glaube, daß Kokain mich lebenslang begleiten wird, mindestens in der Erinnerung waren das solch sensationellen Erfahrungen, alles Negative spielte jetzt eh keine Rolle mehr. Je länger die Zeit seit Kokain andauert, je mehr finde ich das gut und verherrliche es auch. Ich muß bei jedem Gespräch darüber aufpassen, daß mir dies nicht passiert. In meiner Wahrnehmung gab es in den Zeiten, in den zwei, drei Jahren, in denen ich Kokain geschnupft habe, für mich überhaupt gar keine Probleme. Körperlich war ich ziemlich fit, ich hatte gute Klamotten und genügend Kohle, ich war halt wer. Ich bin eigentlich durch Zufall drangekommen, weil meine Freunde bzw. einer meiner Freunde mir mal eine Nase gelegt hat.

Es gibt ja auch Leute, die für das Kokain sich krummbuckeln. Aber noch heute habe ich den Wunsch und die Lust, daß ich mal ein Handi habe,

einen dicken Mercedes fahre, tolle Klamotten habe. Dieser Wunsch ist in der Kokainzeit geboren.

Es wird niemand, der in dieser Zeit Kokain nimmt und in dieser Zeit lebt, irgendeine Hilfe in Anspruch nehmen, weil er diese überhaupt nicht braucht. Das einzigste, was ihr machen könnt, ihr könnt warten, daß jemand kommt; und die Leute kommen erst dann, wenn sie Probleme bekommen. Mit der Justiz hatte ich nie Probleme, es war nicht teuer, ich konnte es mir kaufen. Kokain ist etabliert. In der Therapie hat sich, so hatte ich zumindest den Eindruck, niemand getraut, überhaupt mit mir über diese Kokainzeit zu reden, obwohl sie mich in der Therapie sehr beschäftigt hat. Manchmal hatte ich den Eindruck, die scheuen sich davor und ich habe mich natürlich auch gescheut, weil ich genau gewußt habe, wenn ich damit anfangen, dann gehts bei mir blitzartig in eine Verherrlichung hinein und das war ja in der Therapie nicht erlaubt und überhaupt nicht angesagt. Ich hatte auch nie ein Vertrauen, daß dies überhaupt von Therapeuten und Beratern akzeptiert wird, daß es mir einfach so mit meinen Erinnerungen geht. Also hab ichs lieber sein lassen."

10 Jahre Kokaintherapie im ambulanten Setting

- Eine Rotterdamer Studie -

Rob van Meerten, Boumanhuis

Avenue Concordia 114

NL-3062 LN Rotterdam

Bevor ich beginne, möchte ich Ihnen einige Statistiken zeigen.

Menge der von der Polizei in den Niederlanden sichergestellten Drogen (Heroin und Kokain in Kilogramm):

Jahr	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Heroin (kg)	471	510	492	532	406			42	258
Kokain (kg)	406	517	1425	4288	2488			6100	4000

In Spanien stellte die Polizei im Jahr 1991 7.500 kg Kokain sicher.

In den Niederlanden wird die Zahl der Heroinabhängigen auf 28.000 im Jahre 1994 geschätzt.

Gesamtzahl der in Suchtberatungsstellen behandelten Kokainabhängigen:

Jahr	1988	1989	1990	1991	1992
Anzahl der Abhängigen	3290	3326	3864	4416	4850

Die Klienten, die im Boumanhuis bekannt sind:

Jahre	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Heroin	2006	2095	2554	3143	4505	3710	3420
Kokain	170	201	321	398	789	1075	1316

Die Anzahl der Klienten, die sich in meinem Kokainprogramm befinden:

Jahrgang	'86	'87	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95
Anzahl	2	10	11	38	39	37	92	105	101	108

Das Bureau Intraval (BIELEMAN) schätzte in seinen Untersuchungen aus dem Jahre 1992 die Kokainkonsumenten in Rotterdam auf 9.000 bis 12.000.

Das Bureau Intraval (BIELEMAN) untersuchte im Jahre 1994 die Reinheit von Kokain.

Schnupfkokain war nach diesen Untersuchungen mit Mannitol und Inositol und manchmal mit Koffein gestreckt, sehr selten auch mit Lidocain.

Die Reinheit, die man ermittelte, war bei Schnupfkoks in:

sog. illeg. Heroinhäusern und auf der Straße	80 %
Bars und Diskotheken	59 %
sog. illeg. Kokainhäusern	78 %
Hausversand	59 %
Bei "gekochtem Koks" oder Crack lag sie über	92 %.

Als ich vor zehn Jahren begann, Kokainkonsumenten zu behandeln, hatte ich ein Problem. Ich habe mich in Südamerika und den Vereinigten Staaten viel mit Kokain und den Problemen dieser Länder in Zusammenhang mit der Droge beschäftigt. In den Niederlanden wurden zu jener Zeit diese Probleme noch nicht bemerkt. Obwohl die Droge schon verbreitet war, wurden keine Patienten auf ihre Kokainabhängigkeit untersucht.

Vor zwei Jahren änderte sich aber der Markt gravierend. Die Anzahl an Verbrauchern für Crack stieg (vorher wurde hauptsächlich Schnupfkoks gebraucht) und es entstand ein neues Problem. Die 4.000 Heroinabhängigen in Rotterdam begannen, Crack zu konsumieren und für viele von ihnen wurde es zur Droge Nummer 1. Einige von ihnen verloren den Halt und konnten in der Folge nicht mehr aufhören. Bei Heroin genügen 3 g am Tag, um einzuschlafen, was dann einen weiteren Konsum natürlich nicht mehr möglich macht. Bei Crack-Kokain kann man jedoch 10 - 15 g konsumieren, bevor man einen "Crash" bekommt. Kokainabhängige wollen Hilfe, jedoch war klar, daß die notwendigen Hilfeleistungen von ganz anderen Gesichtspunkten auszugehen hatten, als es in der Behandlung von Heroinabhängigen der Fall war. Heroinabhängige sind zu ca. 90 % in den Einrichtungen bekannt, weil sie zwecks Methadonsubstitution zu Tausenden hierherkommen.

Ganz anders die Situation bei den Kokaingebrauchern. Um mehr über die Hintergründe der Kokainabhängigkeit herauszufinden, begann ich, mich mit der Droge selbst zu beschäftigen. Das war mein Zugang zu dieser versteckten Gruppe. Ich versuchte herauszufinden, warum Menschen Kokain konsumieren, und welche Effekte die Droge für ihr Leben hat. Ich kam dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Kokainkonsum bewirkt oftmals ein schönes Gefühl und den Anschein, daß es sich damit ähnlich verhält, wie mit dem guten Wein, den wir (vielleicht mit guten Freunden) genossen haben.
2. Die unterschiedlichen Wirkungen, die Kokain bei Menschen hervorrufen kann, hängen von der Persönlichkeitsstruktur und der Sensibilität der konsumierenden Person ab.
3. Ich erkannte beispielsweise einen Unterschied im Verhalten zwischen Menschen, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und solchen, die eine mehr neurotische Persönlichkeitsstruktur besitzen. Für einen "Borderliner" kann die Droge eine Überwindung der "Leere"

bedeuten, indem sie eine Art Struktur in das Leben des Konsumenten bringt und sonst nicht erlebte Emotionen weckt.

Für neurotische Persönlichkeiten kann die Droge eher Freiheit, Raum und die Möglichkeit, in symbiotischen Beziehungen "Nein" zu sagen, und seinen eigenen Weg zu gehen, bedeuten.

Es kann zum Überleben dienen, den Kopf über Wasser zu halten, wenn die innere oder äußere Lebenssituation mit großem Streß verbunden ist.

4. Kokainkonsum kann ein soziales Gruppenerlebnis sein, das "Atmosphäre" schafft, wie der Wein beim Abendbrot.
5. Es kann ein Weg sein, in einer Gruppe akzeptiert zu werden oder auch sich selbst besser zu akzeptieren.
6. Kokain kann ein Statussymbol sein, je mehr man hat oder verkauft, desto höher ist das Ansehen. Die großen Kokaindealer, die mir bekannt sind, werden manchmal selbst in hohen sozialen Schichten anerkannt und genießen dort großen Respekt.
7. Drogen können scheinbar die Möglichkeit eröffnen, aus einer "No-Future"-Situation herauszukommen. In den Gruppierungen, die kaum eine Chance haben über den Beruf eine aussichtsreiche Zukunft zu erlangen, kann der Verkauf von Drogen eine Möglichkeit sein, aus dem Elend herauszukommen.
8. Kokainkonsum erweckt Aufmerksamkeit bei vielen Menschen und selbst negative Aufmerksamkeit, beispielsweise von der Familie, kann, aus Protest gegen die Eltern, gerade das sein, was einen fasziniert.
9. Es gibt 'Kicks' und Aufregung, nach denen viele sich sehnen.

Alle diese Punkte können Ursache dafür sein, daß jemand zu dieser Droge greift. Natürlich beginnt niemand wegen der negativen Nebeneffekte. Kauft man in einer Apotheke Medizin, wird auf dem Beipackzettel immer vor den negativen Nebenwirkungen gewarnt. Wenn man beim Dealer seine Droge kauft, bekommt man kein Info-Papier beigelegt, auf dem die negativen Effekte erwähnt werden. Der Käufer bekommt also, wenn er aus den o.g. Gründen zur Droge greift, alle unerwünschten Nebenef-

ekte der Droge mitgeliefert, ohne daß er hiervon überhaupt weiß. Zusätzlich wird er auch noch mit vielen negativen Konsequenzen konfrontiert, weil der Erwerb der Droge mit hohen Kosten verbunden und eine illegale Aktivität ist, die in der Gesellschaft nicht akzeptiert wird.

Bei der Therapie von Drogenabhängigen habe ich mich früher mehr dem Menschen als der Droge gewidmet. Wichtig war, die Konsumenten in ihrer psychischen und physischen Bedingtheit wahrzunehmen und zu erfassen, um über ein Krankheitsmodell einen Ansatzpunkt dafür zu finden, weshalb trotz aller Nebenwirkungen die Droge konsumiert wurde.

Diese Sicht funktionierte bei Kokainkonsumenten erstaunlicherweise nicht. Ich erkannte, daß ich meine Anschauungen ändern und dem Konsumenten anpassen mußte. Ich mußte einen Zugang zu seiner Lebenswelt finden. Ich hatte nur eine Chance. Er kam nämlich in erster Linie wegen der starken Nebeneffekte zu mir und nicht, um über seine anderen Probleme zu sprechen. Der Kokainkonsument fühlte, daß er nicht in das Behandlungsprogramm für Heroinabhängige paßte.

Aus Untersuchungen von Prof. ENZO GORI aus Italien und Dr. MATRIEN KOOYMAN aus Holland wissen wir erstens, daß, je länger ein Patient in Therapie bleibt, unabhängig davon, was die Therapie beinhaltet, um so bessere Ergebnisse erzielt werden, wenn Familie, Partner, Freunde und Arbeitgeber des Patienten mit einbezogen werden; zweitens: je länger sie mitarbeiten, um so bessere Resultate können erreicht werden.

Meine Schlußfolgerung daraus ist, den Kokainkonsumenten in eine längerfristige Behandlung zu nehmen und ihn auch dort zu behalten. Mein Ziel ist es deshalb, den Kokainkonsumenten für eine Behandlung zu gewinnen und ihn längerfristig dort zu halten. Dazu habe ich ein Programm mit folgenden Schritten entwickelt:

1. Ich muß mit dem Klienten die Ursachen und die Art der Abhängigkeit erörtern, warum er/sie zur Droge greift, welche Glücksgefühle man hat, sowie über die Effekte nach dem ersten "Schuß" und über die Effekte, wenn man sozusagen "Kette" schießt, sprechen. Darüber hinaus muß ich um die negativen Nebeneffekte wissen und die Unterschiede zwischen "Schnupfkokain" und "gekochtem Koks" oder "Crack-Kokain" kennen. Viele Kokainkonsumenten nehmen irrtümlich an, daß Crack reiner

und "gesünder" sei, weil es nicht mit Mannitol, Inositol, Koffein oder Lidocain gestreckt ist.

Ich muß die verschiedenen Stadien beim Entzug (wie man sich nach einer Stunde, einem Tag, drei Tagen, einer Woche, drei Wochen und sieben Wochen fühlt) kennen, sowie die Veränderungen der Effekte, wenn man die Droge über Jahre einnimmt. Ich spreche mit meinen Klienten darüber, wie sich der Kokainkonsum auf ihr Sexleben und auf Phantasien auswirkt, wie der Sex extremer wird und mehr Risiken eingegangen werden, und daß man dazu neigt, nicht mehr zu verhüten. Es gilt zu beachten, welche Einflüsse langzeitiger Genuß von Kokain auf die Psyche des Menschen haben kann, vom obsessiven und kompulsiven sowie paranoiden Verhalten und Denken bis hin zu Sulzidgedanken. Manchmal reagieren die Menschen psychotisch oder aggressiv. Deshalb ist es sehr wichtig zu untersuchen, wie Kokain auf die Psyche wirkt und welche negativen Folgen es für die Gesundheit haben kann. Kokain hat viele Eigenschaften und indem ich meine Patienten über die Eigenschaften aufkläre, gewinne ich ihr Interesse an einer Behandlung.

2. Danach gehe ich langsam auf die anderen Umstände ihres Lebens ein und versuche mehr über den Hintergrund, den Grad der Abhängigkeit (wie und wann sie mit der Droge zum ersten Mal konfrontiert wurden und ob sie noch andere Drogen konsumieren) herauszufinden, wie Sie alle hier es in der Behandlung Drogenabhängiger tun.
3. Ich entwerfe ein grobes Bild der Persönlichkeit, wobei ich vor allem zwischen Borderline-Persönlichkeiten, die ihre Emotionen vernachlässigen und verdrängen und neurotischen Persönlichkeiten mit symbiotischen Beziehungen unterscheide. Diese Einordnung ist für spätere Interventionen von großer Bedeutung.
4. Danach widme ich mich ihrer Umgebung, Familie, Freunden, Beziehungen, ihrer Arbeit und anderen wichtigen Menschen in ihrem Leben. Sie können für die Behandlung sehr hilfreich sein.
5. Ich schaue nach Lebensereignissen, die im Zusammenhang mit der Einnahme von Drogen stehen.
6. Ich biete ihnen die Programme an, die wir heute in Holland mit all ihren positiven und negati-

ven Aspekten haben und gebe ihnen Zeit, sich damit auseinanderzusetzen.

Wenn ich einen Kokainkonsumenten nicht für eine Behandlung gewinnen kann, dann ist das mein Problem, denn es hat nichts mit seiner Motivation zu tun, sondern damit, daß ich ihm keine andere Alternative bieten kann.

Daraus folgt, daß man mehr über die Droge, die positiven und negativen Nebeneffekte wissen muß, um Zugang zu Klienten zu finden und ein Gleichgewicht zu schaffen, zwischen dem, was der Abhängige will und dem, was wir ihm bieten können.

Die folgenden Aufstellungen geben einen Überblick über die Effekte von Kokain.

	Wirkungseintritt nach:	Wirkungsdauer:
Schnupfen	3 Minuten	30 Minuten
Essen	15 - 20 Minuten	30 - 60 Minuten
Rauchen	8 Sekunden	kurz
Injizieren	14 Sekunden	30 - 60 Minuten

Gekochtes Kokain oder Crack:

Mit Ammoniak oder Baking Soda hergestellt.

In einer Zigarette geraucht.

Base Pipe

Trinkglas abgedeckt mit Aluminiumfolie, kleine selbstgemachte Pfeife, von einer Aluminiumfolie ("Chinezen")

Beginn der Wirkung nach 4 Sekunden.

Dauer der Wirkung bis 20 Sekunden.

Unser Behandlungsprogramm in Rotterdam beinhaltet nachfolgende Konsumentengruppen:

Gruppe 1

Jugendliche, die mit XTC, Speed, Kokain, Hasch und Alkohol experimentieren.

Schnupfen kann schnell zu dem Gebrauch von gekochtem Koks umschlagen.

Schon bald treten Probleme auf.

Behandlung: Gruppentherapie über:

Identität, Elternhaus verlassen, Intimität, Adoleszenz.

Manchmal in einer therapeutischen Klinik oder einem Tageszentrum.

Gruppe 2

Ältere Menschen, kennen Kokain viel länger. Meistens schniefen und mit Alkoholkonsum verbunden. Manchmal wechseln sie zu "gekochtem" Koks.

Behandlung:

Verhaltensorientiertes und systemisches Annähern, um das "Craving" zu stoppen, begleitet mit Akupunktur.

Drehpunkt Kokain: Probleme in der Beziehung, Arbeit, traumatische Erfahrungen etc.

Manchmal in eine Drogen- oder Alkoholklinik.

Gruppe 3

Kokain und Heroin.

Oft in einem Methadon Programm.

Kontrollverlust bei hohem Kokaingebrauch.

Behandlung: Höhere Dosis Methadon.

Manchmal ein Anti-Psychotikum.

Oder "Time-Out" in einem Krisenauffang oder einer Drogenklinik.

Gruppe 4

"Gekochtes" Kokain.

Totaler Kontrollverlust, manchmal psychotisch.

Behandlung: "Time-Out" in einem Krisenauffang oder einer Drogenklinik.

Die Phasen bei einem Kokainentzug

Phase 1: Crash, Kollaps: Dauer 9 Stunden bis 4 Tage.

Zuerst: unruhig, depressiv, keinen Appetit und starkes "Craving" (Verlangen) nach Kokain.

Dann: Übermüdung, Depression, kein Craving nach Kokain, Schlaflosigkeit mit einem starken Verlangen nach Schlaf.

Danach: Erschöpfung, Überanstrengung, Schlaflosigkeit, kein Craving nach Kokain.

Phase 2: Abstinenz: Dauer 1 bis 10 Tage.

Zuerst: Schlaf ist normalisiert, gut gelaunt, fast kein Craving nach Kokain, fast keine Angst.

Oder: Verlust an Lustgefühlen, psychische Widerstandsfähigkeit wird geringer, Angst, starkes Verlangen nach Kokain, sensibel für alles, was mit Kokain in Verbindung steht, gefolgt von einem Rückfall.

Phase 3: unbegrenzte Auslöschung / Abstinenz normale Lustgefühle,

gut gelaunt, gefolgt von anhaltender Abstinenz.

Oder: Hier und da ein Verlangen nach Kokain, sensibel für alles, was mit Kokain in Verbindung steht, gefolgt von einem Rückfall.