Mögliche Behandlungsansätze bei Crack-/Kokainabhängigkeit

Thomas Peschel

Es gibt eine zunehmende Crackepidemie, die offenen Drogenszenen sind zurück; es ähnelt der Situation wie in 90er Jahren. Es gab damals auch schon Initiativen der Städte, aber noch kein funktionierendes Modell, wie es damals in der Schweiz – die dortige heroingestützte Behandlung. Ich weiß, dass im Rahmen bspw. der Substitutionsbehandlung inklusive der diamorphin-gestützter Behandlung möglich ist, auch Crack konsumierende Menschen zu behandeln; dass dies aber langwierig ist und viel Geduld braucht. Diese neue Situation triff uns unvorbereitet, mit großer Wucht!

Aus den epidemiologischen Daten aus der Datenbank 2012–2013 schätzen wir rund 36.000 Konsumenten von Stimulantien. Es gibt eine starke Korrelation zwischen negativen Kindheitserfahrungen und Stimulantiengebrauchsstörungen. Die Prävention einerseits und Behandlung der zugrundliegenden Traumatisierungen könnten den Stimulantiengebrauch und die sozialen Konsequenzen beeinflussen. Diese potenziell traumatischen Ereignisse in der Kindheit sind etwa die Vernachlässigung, das Erleben oder Miterleben von Gewalt und der Suizidversuch oder Tod eines Familienmitglieds. Dazu gehören auch Aspekte der Umgebung eines Kindes, die sein Gefühl von Sicherheit, Stabilität und Bindung untergraben können, wie das Aufwachsen in einem Haushalt mit Drogenkonsum, psychischen Problemen oder Instabilität aufgrund der Trennung der Eltern oder der Inhaftierung eines Elternteils, eines Geschwisters oder eines anderen Haushaltsmitglieds.

Welche psychosozialen/psychotherapeutischen Interventionen gibt es?

Evidenzbasiert sind vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen:

- Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie
- Kontingenzmanagement
- Psychoedukation, Beratungsansätze

Diese Ansätze sind schwach bis moderat wirksam, oftmals mit dem Zielkriterium Abstinenz, es gibt kaum Harm Reduction Ansätze:

https://doi.org/10.5771/9783748953739-167 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

– Je schwerer Drogen- und psychosoziale Probleme bei Behandlungsbeginn sind, desto schlechter der Verlauf.
– Bei schwerer Gesamtproblemlast zu Beginn, waren *stationäre* Therapien von mindestens drei Monaten Dauer am effektivsten (DATOS, Simpson et al. 2002).
– Psychotherapeutische Interventionen binden personell und zeitlich viele Ressourcen und sind nur begrenzt zugänglich und verfügbar.

Welche Pharmakologische Ansätze gibt es?

Es gibt noch kein klinisch zugelassenes Medikament zur Behandlung von Crack-/Kokainkonsumstörungen. Es gibt einige Wissenschaftliche Veröffentlichungen:

– Cochrane Review (Castells et al. 2016).
– Systematischer Review und Metaanalyse (Tardelli et al. 2020).
– Perspektiven Paper: „Time to implement Medical Treatment" (Tardelli et al. 2020).
– Clinical Practice Guideline: Management of Stimulant Use Disorder. Draft (American Society of Addiction Medicine [ASAM]/American Academy of Addiction Psychiatry [AAAP] 2023).

Multiple Substanzen wurden untersucht: Bupropion, Topiramat, Modafinil, Ketamin, Mirtazapin, Naltrexon, Disulfiram.

Es gibt klinische Erfahrungen und zunehmend auch wissenschaftliche Hinweise für mögliche Wirksamkeit von Stimulantien, die zur Behandlung von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) eingesetzt werden:

– Lisdexamphetamin, Dex(tro)amphetamin, Amphetamin-Salze.
– Insbesondere retardierte Präparate haben positive Effekte im Vergleich zu Placebo.

Meine Erfahrungen bei ADHS sind eindeutig gut, v.a. zur Distanzierung und um den Suchtdruck zu vermindern; zumindest ist oft ein verminderter Konsum möglich [aber: CAVE Psychose, lieber Elvanse wegen i.v. Problematik Medikinet (Endokarditis, Abszesse)].

https://doi.org/10.5771/9783748953739-167 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Was ist mit Mavoglurant?

- In klinischer Studie von Vogel et al., com UPK Basel (vorgestellt beim interdisziplinären Suchtkongress Ende Juni 2023).
- mGluR5-Antagonist (orphan drug, Novartis).
- Bereits in klinischen Studien eingesetzt (Dyskinesien bei Parkinson, fragiles X-Syndrom u.a.).
- Hypothese, dass mGluR5-Antagonisten das gestörte Gleichgewicht im glutamatergen Kreislauf wiederherstellen (Glutamat-Homöstase-Hypothese).

Es gibt eine relativ gute Verträglichkeit. Mavoglurant reduziert den Kokaingebrauch bei Kokainkonsumstörung und verbessert den fremdbeurteilten klinischen Eindruck. Es zeigen sich vielversprechende Ergebnisse bzgl. Alkoholkonsum und Depressivität. Diese Ergebnisse zählen nur für nasal konsumierende Kokaingebraucher. Weitere Studien sind notwendig, um Wirksamkeit besser einschätzen zu können.

Zusammenfassung

- Es gibt verschiedene pharmakologische Optionen, mit zunehmender Evidenz, v.a. Amphetamine.
- Die Kombination von Amphetaminen mit anderen Medikamenten ist denkbar, ggf. auch mit Opioidsubstitution (Tardelli et al. 2023).
- Es sollte die Kombination aus pharmakologischen und psychosozialen Behandlungsansätzen noch untersucht werden, um die Haltequote zu verbessern.
- In Deutschland sind nur Lisdexamphetamin (Elvanse) und Methylphenidat (Medikinet, Ritalin) zugelassen (bei ADHS im Erwachsenenalter). Schlussfolgerungen
- Multimorbidität erfordert multidisziplinäres Vorgehen
  - Obdachlosigkeit („ohne Dach über dem Kopf kein Therapiefortschritt"), fehlender Versicherungsschutz
  - somatisch, multiple Substanzabhängigkeiten, psychiatrisch, sozial, (berufliche) Tätigkeit, rechtliche Situation.
- Akteure sind nicht vernetzt, Niedrigschwelligkeit im medizinischen Bereich in der Regel nicht gegeben.
- Ambulanter und stationärer Bereich nicht vernetzt.

https://doi.org/10.5771/9783748953739-167 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Die Opioid-Substitution ist nicht niedrigschwellig genug (nur 50% erreicht).

- Es braucht eine alternative Aufenthaltsmöglichkeit außerhalb der Szene mit einem „attraktivem" Angebot, das Patienten täglich wahrnehmen wollen (niedrigschwellig mit Behandlung!).
- Crackabhängige Patienten haben erschwerten Zugang zum eigentlichen psychiatrischen System (Spaltung Sucht und Psychiatrie überwinden).
- Modell: diamorphingestützte Behandlung ist nur für sog. „Schwerstabhängige" konzipiert.

Voraussetzungen für erfolgreiche Unterstützung ist: ein multidisziplinäres Team, kurzfristig psychiatrische Expertise, 12 h Öffnungszeit, PSB (Psychosoziale Beratung) vor Ort, eingebunden in lokales Suchthilfesystem.

Was bräuchte es in einer idealen Welt, um die multiplen Probleme anzugehen?

In angloamerikanischen Ländern sind einige Ansätze etabliert, wie

- Housing first
- Konsumräume – Harm Reduction
- Behandlung komorbider Störungen (ADHS, Trauma, Heroin, Psychose, Alkohol, Somatik, etc.)
- Niedrigschwellige *integrierte* psychiatrische und somatische Versorgung ambulant und stationär
- inklusive niedrigschwellige Opiodsubstitution!

Literatur

American Society of Addiction Medicine (ASAM)/American Academy of Addiction Psychiatry (AAAP) (2023): Clinical Practice Guideline to Address Rising Stimulant Use Disorders. https://eguideline.guidelinecentral.com/i/1519511-stimulant-use-disorder/0, 08.05.2025

Simpson, Dwayne D./Joe, George W./Broome, Kirk M. (2002): A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. In: Archives of general psychiatry 59, H. 6, S. 538–544. DOI:10.1001/archpsyc.59.6.538

https://doi.org/10.5771/9783748953739-167 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Tardelli, Vitor S./Bisaga, Adam/Arcadepani, Felipe B. et al. (2020): Prescription psychostimulants for the treatment of stimulant use disorder: a systematic review and meta-analysis. In: Psychopharmacology 237, 2233–2255. DOI:10.1007/s00213-020-05563-3

https://doi.org/10.5771/9783748953739-167 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -