

«Eine suchtfreie Gesellschaft ist unrealistisch»



Synapse: Wie definieren Sie «Sucht»? Ist der Begriff im klinischen Alltag – aber auch in Lehre und Forschung – überhaupt noch aktuell und im Gebrauch?

Prof. Dr. G. Wiesbeck: Der Begriff «Sucht» kann einmal im Sinne von körperlicher Erkrankung benutzt werden (z.B.

Schwindsucht, Gelbsucht, Fallsucht), andererseits im Sinne einer psychischen Abhängigkeit von psychotropen Substanzen mit oder ohne körperliche Konsequenzen (z.B. Alkoholabhängigkeit). Der Suchtbegriff hat aktuell in den amerikanischen Diagnosekriterien (DSM-5) ein «Revival» erfahren. Dort taucht er als «addictive disorder» offiziell wieder auf. Was aber einer kleinen Sensation gleichkommt: Die amerikanischen Kollegen definieren seit 2013 das «pathologische Glücksspiel» als eine Abhängigkeit analog zur Abhängigkeit von psychotropen

Substanzen. Damit wird zum ersten Mal eine sog. Verhaltenssucht offiziell anerkannt. Weitere nicht-stoffgebundene Süchte – wie z.B. die Internetabhängigkeit – werden vermutlich folgen.

Wie unterscheiden sich «Süchte», die auf psychotropen Substanzen basieren, von denjenigen, die sich in Verhaltensstörungen äussern (z.B. Glücksspiel-, Kauf-, Internetsucht)?

Dem Wesen nach gar nicht! Hier wie dort handelt es sich um ein repetitives, schädliches Verhalten, das mit Kontroll-

verlust, Abnahme der freien Willensentscheidung, negativen sozialen, psychischen, körperlichen Konsequenzen und sogar mit Entzugserscheinungen einhergehen kann. Beide Formen, die stoffgebundenen wie auch die nicht-stoffgebundenen Süchte, sprechen die gleichen «Belohnungszentren» im Mittelhirn an. Beide wirken selbstzerstörerisch. Allerdings kommt bei den stoffgebundenen Abhängigkeiten die spezifische positive/negative Eigenwirkung der jeweiligen Substanz noch hinzu (z.B. Euphorie/Herzinfarkt beim Kokain; Stressreduktion/COPD beim Nikotin; Rausch/Leberzirrhose beim Alkohol usw.).

Ist das politische Ziel einer suchtfreien Gesellschaft aus Ihrer medizinischen Sicht realistisch und machbar?

Eine suchtfreie Gesellschaft ist aus meiner Sicht so unrealistisch wie eine Gesellschaft ohne Verkehrsunfälle, Straftaten oder Krankheiten. Es kommt darauf an, die Quote so niedrig und die Folgen so gering wie möglich zu halten. Beides ist möglich!

Welches ist die beste Präventions-Strategie, um ein Suchtverhalten zu verhindern, bzw. zu minimieren?

Die Entstehung eines Suchtverhaltens zu verhindern gehört in den Bereich der Primärprävention. Dazu gibt es mehrere Möglichkeiten, wie z.B. die Verfügbarkeit des Suchtmittels stark einschränken (nicht illegalisieren!), die Werbung dafür verbieten, den Preis durch Besteuerung hochhalten und ein strikter Jugendschutz. Auf der persönlichen Ebene kann jeder das Verhalten vorleben, das er sich bei anderen wünscht. Das glaubwürdig gelebte Vorbild im Umgang mit Suchtmitteln ist für mich noch immer eine der besten Präventionsstrategien auf familiärer Ebene.

Was kann die Psychiatrie zur Bekämpfung, bzw. zur Minimierung von Suchtverhalten beitragen?

Sie sprechen den wichtigen Aspekt der «Sekundärprävention» an, d.h. die Behandlung und Schadensminimierung bei bereits vorhandenem Suchtverhalten. Wir – das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der UPK Basel – bieten dafür eine breite Palette an Möglichkeiten an. Das ist z.B. die sog. «geschlossene Therapiekette» (Beratung, Diagnose, ambulante, stationäre, teilstationäre, tagesklinische Behandlung, Nachsorge – dies alles wohnortnah und aus einer Hand).

Wir legen grossen Wert auf den Einbezug der Angehörigen, wir bieten eine suchtspezifische Psychotherapie an, wir kümmern uns um die sozialen Belange (Wohnungsprobleme, Schuldenberatung, Arbeits-Reintegration) und unterrichten die Patienten über ihre Erkrankung (Psychoedukation). Wir bieten Einzel- und Gruppentherapien an, wir schulen unsere Patienten im Rückfallmanagement und wir behandeln medikamentös mit modernen Rückfallverhütungsmitteln.

Welche Rolle spielt das Lebensalter beim Thema Sucht?

Das Lebensalter ist ein gut untersuchtes Prognosekriterium. Suchterkrankungen, die sich vor dem 25. Lebensjahr manifestieren («early-onset»), haben eine deutlich schlechtere Prognose als diejenigen, die später auftreten («late-onset»). Mit grosser Wahrscheinlichkeit gilt dies auch für die Verhaltenssüchte wie z.B. das pathologische Glücksspiel.

Darüber hinaus hat das Alter Einfluss auf die Qualität («Güte») der Diagnose. Unsere Diagnosekriterien orientieren sich nämlich überwiegend an den Konsequenzen einer Sucht im mittleren Lebensalter (Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz). Bei Patienten im höheren Alter sind sie daher weniger valide. Und schliesslich hat das Lebensalter einen wichtigen Einfluss auf die Art der Behandlung. Ältere Menschen mit einer Suchterkrankung bedürfen einer anderen Therapie als jüngere.

Welchen Trend bezüglich Zahl und Art des Suchtverhaltens stellen Sie fest?

Die Anzahl der Nikotinabhängigen nahm in den letzten Jahren leicht ab, ebenso der durchschnittliche Alkohol-pro-Kopf-Verbrauch. Heroin hat mittlerweile das Image einer «Verliererdroge», hier gibt es erfreulicherweise kaum noch Neueinsteiger. Aufputschende Mittel wie z.B. Kokain oder Amphetamine werden hingegen immer populärer.

Eine Zunahme stellen wir auch bei den sog. Verhaltenssüchten fest, z.B. bei der Kaufsucht. Die nahezu unbegrenzten Möglichkeiten des Internet-Shoppings üben auf anfällige Personen eine unwiderstehliche Anziehungskraft aus. Der kurze Klick zum Kaufglück kann à la longue jedoch genauso zerstörerisch wirken wie eine Drogenabhängigkeit.

Zugenommen hat auch die Zahl der Personen mit einem pathologischen Internet-

gebrauch. Online-Spielen, Online-Pornographie, Online-Chatten, Online-Surfen, -Sammeln, -Archivieren usw. – der technische Fortschritt kreiert ständig neue, potentiell gefährliche Erscheinungsformen. Und immer mehr Menschen ziehen ein Leben im Internet einer tristen Alltagswirklichkeit vor.

Gemäss einer aktuellen Studie der Eidgenössischen Spielbankenkommission vom November 2014 ist die Spielsucht in der Schweiz zwischen 2007 und 2012 deutlich zurückgegangen. Deckt sich dieser Befund mit Ihren Erfahrungen?

Es handelt sich hier tatsächlich um einen Rückgang, der aber statistisch nicht signifikant ist. Die Studienautoren selbst schreiben dazu: «Der Rückgang [...] an Personen mit problematischem oder pathologischem Spielverhalten kann auch zufällig entstanden oder durch die unterschiedliche Art der Stichprobenziehung [...] begründet sein.»

Das eigentliche Problem für uns ist aber nicht die mehr oder weniger grosse Zahl an Spielsüchtigen, sondern dass wir zu wenig Betroffene in eine Therapie bekommen. Im Kanton Basel-Stadt gibt es bei konservativer Schätzung etwa 1700 Menschen mit einer manifesten Spielsucht. Nicht einmal 1% davon begibt sich in Behandlung! Dabei sind die strukturellen Voraussetzungen in unserem Kanton hervorragend. Wir haben in Basel-Stadt ein integriertes Beratungs- und Behandlungskonzept für Spielsüchtige etabliert, das wegweisend für die gesamte Schweiz sein könnte.

Wie funktioniert aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit zwischen Ihrem Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen und den frei praktizierenden Ärzten (Zuweisung? Nachbehandlung? Etc.). Was müsste man allenfalls verbessern?

Die meisten Suchtpatienten werden nicht von uns Fachspezialisten, sondern von den frei praktizierenden Ärzten gesehen. Deshalb versuche ich, aktiv auf die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zuzugehen. Letztes Jahr war ich beispielsweise bei den Hausärzten in Basel-Stadt und Liestal, dieses Jahr hatte ich eine Einladung von den Hausarztzirkeln in Gelterkinden und Muttenz. Das sind sehr nützliche, aber leider nur sporadische Begegnungen. Ich würde mir wünschen, dass ein solcher Austausch häufiger stattfände.

Ein weiteres Anliegen von mir wäre die Etablierung eines sog. «Sucht-Checks» in allen Praxen. Ein einfacher Test, analog zum Brain-Check der Memory Clinic, mit dessen Hilfe die niedergelassenen Kollegen rasch herausfinden könnten, ob eine Gefährdung vorliegt und ob weitere Schritte notwendig sind. Meine Vision wäre es, unsere suchtmedizinischen Möglichkeiten den frei praktizierenden Ärzten in aufbereiteter, nützlicher und leicht handhabbarer Form zur Verfügung zu stellen.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

Prof. Dr. Gerhard Wiesbeck ist seit 2003 der ärztliche Leiter des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel. Auf seine Initiative hin wurde 2010 das erste universitäre Zentrum für Verhaltenssuchte der Schweiz gegründet.

Das Angebot der UPK

Das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen hat sich auf die Beratung, Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten spezialisiert, die unter Störungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Tabak, Medikamente, Cannabis, Kokain, Amphetamine, Opioide u.a.) oder einer Verhaltenssucht leiden. Die Behandlung kann ambulant, stationär, teilstationär oder tagesklinisch erfolgen. Sie umfasst das gesamte Spektrum der medizinischen, medikamentösen, psychologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Suchttherapie.

Das Angebot der PBL

Die Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen (Leitender Arzt Dr. med. Klauspeter Stark) stehen Menschen jeden Alters mit Abhängigkeitsproblemen zur Verfügung und bieten ein umfassendes Spektrum an modernen Behandlungsmethoden für alle Fragen und Probleme im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen. Die fachspezifischen Behandlungsangebote reichen u.a. vom Opiat- und Alkoholbereich über Kokainabhängigkeit und Glücksspielsucht bis hin zur Unterstützung bei der Wiedererlangung der Fahrerlaubnis. Jugendspezifische Angebote, speziell auch im Zusammenhang mit THC-Konsum sowie auch ADHS-Abklärung und -Behandlung bei Erwachsenen, gehören zum interdisziplinären Betreuungskonzept.

Im stationären Bereich der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie werden spezifische Behandlungen der Abhängigkeiten von legalen und illegalen Drogen durchgeführt. Hervorzuheben ist die spezifische, 4 Wochen dauernde Motivationstherapie nach dem Alkoholentzug.

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.pbl.ch