

Sucht und Drogenabhängigkeit – der Versuch, unkontrollierbare Gefühle in den Griff zu bekommen¹

Skriptum zur Vorlesung

Prof. Dr. Franz Ruppert, Katholische Stiftungsfachhochschule München

1	Grundbegriffe	2
1.1	Arten der Sucht.....	2
1.2	Dimensionen von Drogenabhängigkeit und Sucht	2
1.3	Konsum, Missbrauch, Abhängigkeit	3
2	Ich rauche gern!?!?	4
2.1	Geschichte des Tabaks	4
2.2	Gesundheitliche Relevanz	5
2.3	Kosten.....	6
2.4	Epidemiologie	6
2.5	Das Suchtpotential von Nikotin	7
2.6	Nikotinabhängigkeit	10
2.7	Zigarettenwerbung.....	12
2.8	Maßnahmen gegen das Rauchen	14
2.9	Nichtraucher werden	15
3	Alkoholabhängigkeit. Erklärungs-, Therapie- und Präventionsansätze	16
3.1	Alkohol und was er bewirkt	16
3.1.1	Chemische, physiologische und medizinische Eigenschaften von Alkohol.....	16
3.1.2	Psychophysiologische Wirkungen.....	18
3.2	Das gesellschaftliche Drogenumfeld.....	18
3.2.1	Statistische Hintergründe	18
3.2.2	Facetten einer gestörten Trinkkultur	19
3.3	Abhängigkeit	22
3.3.1	Entstehung der körperlichen Abhängigkeit	22
3.3.2	Psychische Abhängigkeit.....	23
3.3.3	Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit.....	25
3.4	Alkoholabhängigkeit aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie.....	27
3.4.1	Der Ansatz der „systemischen Psychotraumatologie“	27
3.4.2	Alkoholismus als Versuch der Traumabewältigung.....	27
3.4.3	Alkoholsucht als Bindungsstörung.....	29
3.4.4	Alkoholsucht als Familiensystemstörung.....	29
3.4.5	Risikogruppen für Alkoholabhängigkeit	33
3.4.6	Anamnese und Therapie durch Familienaufstellungen	33
3.5	Entzug, Therapie, Nachbehandlung	34
3.6	Alkoholprävention am Beispiel betrieblicher Programme	36
3.6.1	Alkoholismus in der Arbeits- und Berufswelt.....	36
3.6.2	Alkoholismus als ein Tabuthema	37
3.6.3	Innerbetriebliche Überzeugungsarbeit.....	37
3.6.4	Alkoholprävention als Organisationsentwicklung	38
4	Medikamentenabhängigkeit	41
5	Heroinabhängigkeit	41

¹ Ich bitte das Skriptum wie folgt zu zitieren: Ruppert, F. (2003). Sucht und Drogenabhängigkeit. Der Versuch, unkontrollierbare Gefühle in den Griff zu bekommen. Katholische Stiftungsfachhochschule München. Aktueller Stand 25.11.2003

6	Kokainabhängigkeit.....	41
7	Haschisch und Marihuana	41
8	Arbeitssucht.....	41
9	Kaufsucht.....	42
10	Spielsucht	42
11	Sexsucht	42

1 Grundbegriffe

1.1 Arten der Sucht

Sucht hat viele Gesichter: Nikotinsucht, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, Heroinabhängigkeit, Kokainsucht, Abhängigkeit von Haschisch, Designerdrogen, LSD oder Schnüffelstoffen. Diesen Formen von sog. stoffgebundenen Suchtformen stehen Süchte gegenüber, die auf bestimmten Verhaltensweisen und der Stimulation „körpereigener Drogen“ (Zehentbauer, 1993) beruhen: Arbeitssucht, Beziehungssucht, Esssüchte, Fernseh- und Computersucht, Kaufsucht, Sexsucht, Spielsucht und andere Suchtformen mehr.

Schätzungen gehen davon aus, dass es etwa 12 bis 15 Millionen süchtige Raucher in Deutschland gibt, etwa 1,5 bis 2 Millionen Alkoholabhängige, 800.000 Medikamentenabhängige und etwa 200 – 300.000 Abhängige von illegalen Drogen wie Heroin und Kokain und ebenso viele Abhängige von Cannabis (aktuelles Zahlenmaterial findet sich in dem jährlich erscheinenden „Jahrbuch Sucht“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Neuland Verlag, Geesthacht).

In Bezug auf die sog. Verhaltenssüchte gibt es kaum verlässliche Daten: die Arbeitssucht scheint am weitesten verbreitet zu sein, mehrere 10.000 Menschen in Deutschland scheinen auch unter Kauf- oder Spielsucht zu leiden. In den Bereich Sex- und Beziehungssucht ist die Dunkelziffer verständlicherweise sehr hoch.

1.2 Dimensionen von Drogenabhängigkeit und Sucht

Drogenabhängigkeit und süchtiges Verhalten erfordern Untersuchungen auf mehreren Ebenen. Verschiedene Dimensionen sind von Bedeutung, die von unterschiedlichen Wissenschaften wie Chemie, Biologie, Medizin, Psychologie, Soziologie oder Politologie thematisch bearbeitet werden:

a) die physikalisch-chemische Ebene mit

- den chemischen Strukturen von Drogen (z.B. Ethylalkohol, Tetrahydrocannabinol, Diacetylmorphin, Kokainhydrochlorid, 3,4-Methylen-dioxy-Methamphetamin)
- der Drogendosis (z.B. 100 gr reiner Alkohol, 10 gr Opium, 1 gr Heroin, 1 mgr Carfantanyl)

b) die physiologische Ebene mit

- den Strukturähnlichkeiten von Drogen und körpereigenen Neurotransmittern und Hormonen (z.B. Opiate und Endorphine, Heroin und Dopamin, Amphetamine und Adrenalin, Barbiturate und Serotonin, Nikotin und Acetylcholin)

- den Wirkrichtungen von Drogen und körpereigenen Transmittern (erregend, dämpfend, halluzinogen)
- den Möglichkeiten zur Stimulation körpereigener Drogen durch Verhaltensweisen (z.B. Adrenalinstöße durch Wettkampfspiele, erhöhte Endorphinproduktion durch Joggen)

c) die psychologische Ebene mit Kategorien wie

- Einstiegsalter (z.B. beim Rauchen oder Alkoholkonsum)
- Drogenkarriere
- Persönlichkeitsstruktur (z.B. introvertiert vs. extrovertiert)
- Ursprungs- und Gegenwartsfamilie
- Bewusste Motive des Drogenkonsums (z.B. Stressbewältigung, Bekämpfung von Langeweile)
- Unbewusste Motive des Drogenkonsums (z.B. Unterdrückung depressiver Stimmungen)
- Ausstiegsmotivationen
- Therapierbarkeit und Therapieresistenz

d) die gesellschaftlich-soziale Ebene mit Kategorien wie

- Verfügbarkeit von Drogen
- Rechtliche Wertungen (legale, illegale Drogen)
- Moralische Wertungen (Toleranz und Ablehnung)
- Wirtschaftlicher Nutzen und Schaden (z.B. Gewinne von Privatunternehmen durch Produktion, Handel und Verkauf von Drogen; Leistungssteigerungen und –abfälle bei Arbeitnehmern; Verkehrsunfälle)

e) die politisch-staatliche Ebene mit

- Ordnungspolitik (z.B. Abgabeverbote, Werbeverbote, Drogenfahndung, Prohibition, Kriege gegen die Drogenmafia)
- Gesundheitspolitik (z.B. Drogenscreenings, Schaffung von Therapieangeboten, Präventionsmaßnahmen)
- Wirtschaftspolitik (z.B. Schaffung oder Abbau von Subventionen, Steuerpolitik)
- Korruption und Verflechtung (z.B. Verflechtungen von Drogenmafia, Polizei, Militär, Politik und Waffenhandel)

So gesehen ist der Umgang mit Drogen für jede Gemeinschaft vom kleinen familiären Kreis bis hin zur staatlichen Gesellschaft ein zentrales Thema. Drogen haben in der Menschheitsgeschichte wiederholt zu Kriegen, wirtschaftlichem Aufschwüngen und Krisen, zu Revolten, Staatstreichen oder sozialer Verelendung beigetragen (Schmidbauer, vom Scheidt, 1999).

1.3 Konsum, Missbrauch, Abhängigkeit

Nicht jeder, der raucht ist nikotinsüchtig, nicht jeder der Bier, Wein oder Schnaps trinkt, ein Alkoholiker. Auch vom Haschischrauchen wird man nicht sofort abhängig. Daher muss man unterscheiden zwischen dem Konsum, dem Missbrauch und der Abhängigkeit von Drogen.

Zieht man das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM IV) zu Rate (Saß, Wittchen und Zaudig, 1998, S. 221 ff.), so sind dort folgende Kriterien für die Abhängigkeit von Drogen genannt:

- Toleranzentwicklung (Verlangen nach Dosissteigerung; verminderte Wirkung bei derselben Dosis),
- Entzugssymptome (spezifisch je nach Substanz; Drogenkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen),
- Häufiger Konsum in größeren Mengen und länger als beabsichtigt,
- Anhaltender Wunsch und erfolglose Versuche, den Drogenkonsum zu verringern oder zu kontrollieren,
- Viel Zeit aufwenden für Beschaffung, Konsum und Erholung von den Wirkungen des Drogenkonsums,
- Einschränkung bis Aufgabe wichtiger sozialer, beruflicher und Freizeitaktivitäten,
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis der körperlichen und psychischen Probleme des Drogenkonsums.

Mindestens drei der genannten Kriterien müssen für die Diagnose Drogenabhängigkeit erfüllt sein.

Ebenso im DSM IV finden sich Kriterien für den Missbrauch von Drogen:

- wiederholter Substanzgebrauch führt zu Versagen bei wichtigen Verpflichtungen
- wiederholter Substanzgebrauch in Gefährdungssituationen
- wiederkehrende Gesetzesprobleme im Zusammenhang mit Drogen
- fortgesetzter Konsum trotz ständiger sozialer und zwischenmenschlicher Probleme.

Für die Diagnose Drogenmissbrauch muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein.

Körperliche oder seelische Abhängigkeit?- In der Literatur findet man noch häufig die Unterscheidung zwischen einer körperlichen und einer seelischen bzw. psychischen Abhängigkeit. Manche Drogen würden „nur psychisch, nicht körperlich abhängig“ machen. Ich finde diese Unterscheidung problematisch, da die Trennung zwischen Körper, Seele, Geist praktisch gar nicht zu machen ist. Gerade Drogen greifen so tief in die „Hardware“ der menschlichen Psyche ein, dass die körperlichen immer auch psychische Prozesse verändern und die Veränderung psychischer Prozesse durch autonom ablaufende körperliche Prozesse Schranken erfährt.

Konkret: Jede Droge verändert das Gleichgewicht der körpereigenen Drogen und es kommt beim Absetzen des Drogenkonsums zu Gegenregulationen, die als Entzugserscheinungen mehr oder weniger spürbar sind. Durch einen länger dauernden Drogenkonsum werden nicht nur die Gehirnstoffwechselforgänge verändert, es kommt auch zu einer Veränderung der Gehirnstruktur (z.B. vermehrte Ausbildung von Synapsen für die Dopaminaufnahme).

2 Ich rauche gern!?

2.1 Geschichte des Tabaks

- Schon die alten Mayapriester haben geraucht.
- Die weltweite Verbreitung des Rauchens begann 12.10.1492 - mit der Landung von Christopher Columbus auf der kleinen Insel San Salvador. Als Geschenk bekommt er von den Bewohnern dieser Inseln auch getrocknete Tabakblätter ("tabacco" = Rauchrohr).
- 1560 führt der französische Arzt Jean Nicot die Tabakpflanze in Westeuropa ein. Es kommt zum Tabakschnupfen am französischen Hof.
- 16. und 17. Jahrhundert weltweite Bekämpfung des Tabakkonsums.

- 1913 Beginn der industriellen Fertigung von Zigaretten in den USA.

2.2 Gesundheitliche Relevanz

- Nikotin ist ein Alkaloid pflanzlicher Herkunft mit der chemischen Formel $C_{10}H_{14}N_2$. Es ist ein Pflanzengift und wirkt in höheren Dosen tödlich (z.B. wenn man 2-3 Zigaretten isst).
- Das Nikotin gelangt über Teerpartikel in die Lunge. Auch die Geschmacksstoffe brauchen die Teerpartikel als Transportvehikel. Die von Rauchern erwünschte Nikotin- und Geschmackswirkung führt zur Akzeptanz zahlreicher in den Körper aufgenommener Schadstoffe. Ohne Teer würde eine Zigarette nach nichts schmecken.
- Im Tabakrauch sind zahlreiche gesundheitsschädigende (kanzerogene, giftige und reizende) Stoffe enthalten (z.B. Dioxine, Benzol, Nitrosamine, Vinylchlorid, Teer, Blei, Cadmium, Polonium); bei Produktion von Rauch- und Schnupftabak werden zusätzlich gesundheitsschädigende Stoffe beigemischt (z.B. Weichmacher, Konservierungsstoffe, Ammoniak) und Stoffe, welche z. B: die Wirkung des Rauchens erhöhen (z.B. Kakao, Menthol).
- Tabakrauch ist noch gefährlicher als die Luftverschmutzung in den Industrierevieren.
- Rauchen führt zu Durchblutungsstörungen mit den Folgen Atemnot bis Raucherbein.
- Rauchen ist kreislaufanregend und gefäßverengend (Herz- und Gehirnfarkt).
- Rauchen bewirkt Zellmutationen mit der Folge von Lippen-, Zungen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Lungen-, Magen/Darm-, Blasen-, Bauchspeicheldrüsenkrebs. Rauchen ist die wesentlichste Einzelursache für Krebs.
- Rauchen schwächt das Immunsystem; Wunden heilen deshalb weniger gut.
- Rauchen wirkt sich auf die Sexualität aus: Impotenz, früheres Einsetzen der Menopause.
- Rauchen beeinträchtigt die Schönheit, z.B. durch vorzeitige Alterung der Haut.
- WHO 1993: Durch keine andere Einzelmaßnahme könnten mehr Krankheiten verhütet und mehr Menschenleben gerettet werden als durch eine deutliche Senkung des Zigarettenkonsums. Studie des Worldwatch-Instituts schätzt die Zahl der Tabakopfer weltweit auf 3 Mill. Menschen pro Jahr.
- In Deutschland 1996 geschätzte Tabakopfer: 137.000 (Andreas Meyer, Universitätskrankenhaus Eppendorf); entspricht 15,6% aller Todesfälle.
- 85% aller Todesfälle durch Lungenkrebs gehen auf die durch das Rauchen inhalierten Schadstoffe zurück; weitere Krankheitsrisiken sind Bluthochdruck, Arteriosklerose der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt

- Für Zigarettenraucher verkürzt sich die durchschnittliche Lebenserwartung um 3-8 Jahre. Wer mehr als 20 Zigaretten/Tag raucht stirbt im Schnitt 8,3 Jahre früher als ein Nichtraucher.
- Das Lungenkrebsrisiko bei nichtrauchenden Frauen, die mit einem rauchenden Partner zusammenleben ist um 30 – 40% höher als von Frauen mit einem nichtrauchenden Partner (Studie über 16 Jahren mit 90.000 Ehepaaren); 400 Lungenkrebstote durch Passivrauchen/Jahr.
- Die negativen gesundheitlichen Folgen des Rauchens reichen von A (Adenokarzinom) bis Z (Zahnausfall).
- Raucher haben im Vergleich 50% mehr Unfälle als Nichtraucher (Knochenbrüche, Verstauchungen, andere körperliche Verletzungen; Studie bei 2.000 Angehörigen der US-Armee).
- Bei Rauchern von „Light“-Zigaretten erhöht sich das Risiko für Adenokarzinome (Tumorart, die sich auf den Lungenbläschen bildet), weil sie tiefer inhalieren und oft zwei leichte, statt einer starken Zigarette rauchen; in „Light“-Zigaretten werden stärkere Tabake mit einem höheren Nikotingehalt verwendet.
- Kinder von Raucherinnen haben ein vermindertes Geburtsgewicht (bis zu 500 gr) und eine reduzierte Geburtskörperlänge (minus 3 cm); mehr Atembeschwerden auch bei Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft passive Raucherinnen sind. Das Krebsrisiko bei mitrauchenden Ehepartnern ist 2-3mal so hoch wie in der Normalbevölkerung. Risiko für Ungeborene ist sehr hoch, wenn der Vater oder die Mutter rauchen (geringes Geburtsgewicht, Entwicklungsverzögerungen, Totgeburt).
- Raucherinnen haben 2-3mal mehr Fehlgeburten. Beim rauchenden Vater können die Samenfäden defekt sein. Aber nur wenige Frauen geben das Rauchen während der Schwangerschaft auf.
- Wer vor dem 35. Lebensjahr Nichtraucher wird, reduziert sein Lungenkrebsrisiko um 90%, auch im hohen Alter lohnt sich das Aufhören

2.3 Kosten

Die ökonomische Bilanz des Rauchens gestaltet sich wie folgt:

- 41 Milliarden DM haben die Raucher in Deutschland 1998 verqualmt.
- 23 Milliarden DM zahlen Deutschlands Raucher an Tabaksteuer/Jahr; nach der Mineralölsteuer ist die Tabaksteuer die ertragreichste Verbrauchersteuer für den Staat (75% Anteil).
- 33 Milliarden DM Kosten/Jahr, die Deutschlands Raucher verursachen (Pflegekosten, Produktionsausfall, Frührente) für chronische Bronchitis (10,8 Milliarden), Herzleiden (9,8 Milliarden), Lungenkrebs (5,1 Milliarden).
- Raucher entlasten die Rentenkassen, weil sie früher sterben.

2.4 Epidemiologie

Über die Verbreitung des Rauchens geben folgende Zahlen Auskunft:

- Die Deutschen haben 2000 145 Milliarden Zigaretten geraucht. Das hinterlässt 1900 Tonnen Teer in Lungen, Luftröhren, Herzkranzgefäßen, Blutbahnen
- Der jährliche Pro-Kopfkonsum liegt in Deutschland bei 1900 Stück Zigaretten. Im Vergleich zu 1960 rauchen heute weniger Leute mehr Zigaretten.
- In Deutschland rauchten 1998 von den Menschen zwischen 18 und 80 Jahren: 28% der Frauen und 37 % der Männer. Der Trend: mehr Frauen und weniger Männer rauchen im Vergleich 10 Jahre zuvor; bei den 18 – 25jährigen rauchen 49% der Männer und 44% der Frauen.
- Davon sind "starke Raucher" (mehr als 20 Zigaretten pro Tag): bei den Frauen etwa 31%, bei den Männern etwa 46%. Tendenz weniger Menschen rauchen immer mehr.
- Der Tabakkonsum ist nicht nur geschlechts-, sondern auch wohnort- (in der Großstadt wird mehr geraucht als auf dem Land) und altersabhängig. Die Raucherquoten sinken mit dem Alter bei Männern wie Frauen, am stärksten rauchen bei beiden Geschlechtern die 25- 40jährigen. Ebenso ist Rauchen schichtabhängig, in den unteren sozialen Schichten wird bei dem Männern mehr geraucht bei den Frauen weniger. Das Klischee "rauchende Frau" ist also eher mit "emanzipierter Frau" assoziiert.
- Dass die Gesamtzahl der Raucher in Deutschland nicht zurückgegangen ist, liegt v.a. an den Frauen. Rauchen ist kein männliches Privileg mehr. Ältere Frauen rauchen noch sog. leichte Zigaretten (Milde Sorte, R6, Lord, Krone), jüngere ledige und berufstätige Zigaretten mit überwiegend männlichem Image (Camel, Marlboro). Als Frauenmarken konzipierte Zigaretten wie Kim und Eve kommen bei Mädchen unter 20 überhaupt nicht an.
- V.a. bei den Männern der gesellschaftlichen Oberschicht schlägt das negative soziale Klima gegenüber dem Rauchen eher an: Es ist kein Zeichen von Männlichkeit, sondern von Schwäche.
- Das Einstiegsalter liegt bei 15% bereits vor dem 15.Lebensjahr (ab diesem Zeitpunkt gehört man zur rauchfähigen Bevölkerung).
- Die Quote der Passivraucher liegt mit 36% bei den Männern und 39% bei den Frauen in der Altersgruppe der 15-20 jährigen am höchsten.
- Die am stärksten rauchende Altersgruppe der 25-40jährigen wird auch am seltensten (ca. 33%) von einem Arzt auf das Rauchen und seine Gesundheitsgefahren angesprochen.
- In den medizinischen Berufen wird genauso viel geraucht wie in der übrigen Bevölkerung: Von den Medizinstudenten rauchen mehr als 44%, von den Medizinstudentinnen 37%, von den Ärzten in Unikliniken rauchen selbst 35%, von niedergelassenen Ärzten 22%, von den Apothekern mehr als 24%, von den Schwestern in einer Uniklinik 51%.
- Am häufigsten rauchen Berufskraftfahrer, Bauarbeiter, Bergleute (50%), am wenigsten Lehrer, Ärzte, Apotheker (18%).
- 36% der Verheirateten rauchen, 46% der Geschiedenen.
- 36% der Erwerbstätigen, 47% der Arbeitslosen rauchen.

2.5 Das Suchtpotential von Nikotin

Nikotin als Suchtstoff.- Nikotinfreie Zigaretten sind praktisch unverkäuflich. Aber es kommt darauf an, diesen Stoff schnell zuzuführen. Nikotinkaugummi und -pflaster machen daher nicht süchtig. Zigaretten sind Nikotinverabreichungsmittel.

Schnelle Effekte.- Der Durchschnittsraucher inhaliert 10 Züge pro Zigarette, bei einer Packung pro Tag sind das ca. 200 Nikotinschübe täglich. Jeder Nikotinschub erreicht über die stark durchblutete Lunge innerhalb von 7 Sekunden das Gehirn.

Durch seine Ähnlichkeit mit dem körpereigenen Acetylcholin (ACh) kann Nikotin dort dessen Rezeptoren besetzen - sog. nikotinsche Rezeptoren an vegetativen Ganglien, motorischen Endplatten, im Nebennierenmark, z.T. auch im Zentralnervensystem. Nikotin kann also eine acetylcholin-ähnliche Reaktion an sympathischen und parasympathischen Nerven auslösen.

Dort hat das Nikotin in geringen Dosen eine anregende, in hohen Dosen aber eine hemmende Wirkung, weil es die weitere Erregung durch den natürlichen Überträgerstoff ACh dann blockiert. Seine Ähnlichkeit mit ACh bewirkt bei Nikotin außerdem, dass Noradrenalin aus den sympathischen Nervenenden, sowie Adrenalin und Noradrenalin aus dem Nebennierenmark ausgeschüttet wird, was unmittelbar zu einer erhöhten Herzschlagfrequenz und zu Gefäßkontraktionen führt (z.B. sofort meßbar als Senkung der Hauttemperatur um 5-10 Grad C).

Durch Einwirkung von Nikotin auf das Rückenmark kommt es zur Verringerung der Muskelanspannung und der reflektorischen Erregbarkeit und somit zu einem meist als angenehm empfundenen Entspannungsgefühl. Für den Raucher hat der Nikotinkonsum folgende unmittelbar positiven Wirkungen:

Rauchen ist lustvoll.- Die Wirkung des Nikotins auf den Hypothalamus-Bereich im Gehirn wird unmittelbar als lustvoll empfunden und wirkt daher als selbständiger Verstärker. Durch Nikotin wird im Gehirn Dopamin freigesetzt, je mehr Dopamin vorhanden ist, umso mehr verlangt der Körper danach; Dopamin bleibt 45 Minuten wirksam; bei der nächsten Zigarette wird dann noch mehr Dopamin ausgeschüttet

Rauchen als Stimmungsregulator.- Nikotin reguliert den Wachheitszustand durch Einflußnahme auf die Formatio reticularis. Schnelle, kurze Züge an der Zigarette führen zu einer geringen Nikotinaufnahme und regen die Wachheit an. Tiefe Züge verursachen einen hohen Nikotinspiegel und haben dann einen leicht beruhigenden Einfluß. Unbewußt stellen Raucher ihr Rauchverhalten auf die Aufnahme einer für sie gerade optimalen Nikotindosis ein, je nachdem ob sie einen anregenden oder entspannenden Effekt wünschen.

Rauchen zur Verbesserung der Aufmerksamkeit.- Durch Einflußnahme auf die Adrenalin- und Dopaminproduktion im limbischen System kann der Raucher seine Aufmerksamkeit und Konzentration erhöhen bzw. durch die Art seines Rauchens auf das von ihm gewünschte Optimum einstellen.

Rauchen, um monotone Arbeiten zu ertragen.- In einem Test wurden Versuchspersonen (Vpn) gebeten, Pausen beim Lauf eines Uhrzeigers zu beobachten. Sie wurden für jede bemerkte Pause bezahlt. Die Leistungen der Raucher, die auch während des Tests rauchen durften, blieben während des einstündigen Tests gleichbleibend hoch. Raucher, die nicht rauchen durften und Nichtraucher fielen im Verlauf des Tests in ihren Leistungen ab.

Rauchen, um Angst und Ärger zu kontrollieren.- Von den Versuchspersonen, die beim Spielen an einem Automaten absichtlich durch Manipulationen frustriert wurden, konnten die Raucher ihre emotionale Reaktion am besten kontrollieren und sich im Vergleich zu Nicht-

rauchern und Rauchern, die während des Tests nicht rauchen durften, am stärksten weiterhin auf die gestellte Aufgabe konzentrieren.

Rauchen und das Gefühl der Selbstkontrolle.- Durch die Variation der Nikotinschübe und die jeweils inhalierte Nikotinmenge hat der Raucher das Gefühl, eine relativ große Kontrolle über sein eigenes Nervensystem und damit über seine Stimmungen und Gefühlslagen zu besitzen.

Rauchen und Körpersprache.- Das Rauchen bietet zahlreiche Möglichkeiten sich anderen Menschen gegenüber selbst darzustellen: Öffnen der Packung, Herausnehmen der Zigarette, Selbstdrehen, Balancieren der Zigarette zwischen Fingern und Lippen, Ritual des Anzündens, Spiel mit der Flamme, genüssliches Einziehen und Ausblasen des Rauchs, Abklopfen der Asche, Ablegen und Wiederaufnehmen, Art des Ausdrückens Die Demonstration von Unbefangenheit und Lässigkeit kann durch die Art des Rauchens ebenso signalisiert werden wie Hilfsbedürftigkeit.

Rauchen um soziale Situationen zu strukturieren.- „Eine“ anbieten ist eine freundliche Geste, gemeinsames Rauchen überwindet Gesprächsbarrieren. Die Zigarette kann aber auch als Schutzschirm gegen den Blick anderer verwendet werden beim Versuch, die eigene Unsicherheit und Erregung zu überdecken. Eine Zigarettenpause einlegen, eine letzte Zigarette zusammen rauchen, gemeinsam Langeweile reduzieren – die Zigarette hilft, wo es nicht mehr viel zu sagen gibt oder wo nicht viel gesagt werden kann. Besonders in den Einrichtungen und Institutionen, in denen psychisch kranke Menschen zusammen leben oder zeitweise den Tag zusammen verbringen, ist der Zigarettenkonsum enorm hoch.

Rauchen, um Zugehörigkeit zu demonstrieren.- Das Argument „Streben nach Zugehörigkeit“ gilt für Jugendliche in zweifacher Hinsicht:

- der Welt der Erwachsenen zugehören und nicht mehr nur Kind sein,
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe Gleichaltriger erlangen.

Da Kinder nicht rauchen dürfen, ist die Zigarette ein Privileg des Erwachsenseins und daher für Kinder per se erstrebenswert, um endlich auch zur Welt der Erwachsenen zu gehören. Für Jugendliche ist das Rauchen ein möglicher Versuch, die Welt der Kindheit zu verlassen und in die Erwachsenenwelt einzutreten. Rauchen ist ein Konsumritual, das mit weniger Aufwand (Griffnähe der Zigarette) und Risiko imitiert werden kann als andere Erwachsenenrituale (Geschlechtsverkehr, Autofahren ...). Auffällige Verhaltensstörungen wie beim Alkoholkonsum sind nicht zu befürchten. Überwindung des Hustenreizes und der Giftwirkung des Nikotins sind eher eine Mutprobe, deren Bestehen zusätzliche Befriedigung bringt. Die den Erwachsenen abgeschauten Gestik, die soziale Bedeutung lassen den Jugendlichen wieder zur Zigarette greifen.

Rauchen ist also Rebellion gegen das Verbotene, um sich konform zu machen. Verbote wirken daher eher noch bestärkend. Wichtiger ist die Vorbildwirkung relevanter Erwachsener. Während die Eltern die Nachahmung ihres Rauchverhaltens eher ungern sehen, geht von der Gleichaltrigengruppe eher ein Konformitätszwang zum Rauchen aus. Rauchende Jugendliche haben überwiegend Freunde, die ebenfalls rauchen. Rauchen kann gegenüber Gleichaltrigen Statusdefizite ausgleichen, schlechte Schüler rauchen eher und mehr als gute.

Die Gleichaltrigengruppen („peer groups“) sind dabei nicht nur auf etwas Gemeinsames und Verbindendes ausgerichtet sondern auch auf die Unterscheidung von anderen Grup-

pen. Durch Zigaretten lassen sich gewisse Images von Gruppen hervorheben: der Marlboro-, der Gauloise-, filterlose Rothhändle-, Selbstdreherraucher.

Auch für Erwachsene stellen Tabakprodukte Möglichkeiten dar, sich einer sozialen Gruppe oder Schicht zugehörig zu zeigen. Durch Zigarren, Zigarillos, Pfeifenrauchen rückt man sich in die Nähe des erfolgreichen Geschäftsmannes oder des Snobs oder des abgeklärten Denkers.

Nikotin und Alkohol.- Weil Nikotin einen trockenen Hals verursacht, wird dazu gerne (meist Alkohol) getrunken; Alkohol verstärkt die euphorisierende Wirkung, hilft entspannter zu werden und ergänzt sich dadurch mit Nikotin.

Rauchen und klassische Konditionierung.- Bei 20 Zigaretten am Tag, 7000 im Jahr hat das Rauchverhalten eine gute Chance, mit allen möglichen anderen Vorgängen assoziiert zu werden: Erhöht man mit einer Zigarette z.B. den Genuss der Tasse Kaffee, so tritt schnell eine Konditionierung ein - bereits der Geruch oder Geschmack des Getränks, das Betreten eines Cafes werden zum Auslöser für den Reflex, sich eine anzuzünden. Solche Konditionierungen gibt es beim Raucher in großer Zahl, in bestimmten Situationen kann es zum Stoßrauchen und kurzfristigen Kettenrauchen kommen (Diskussionen, Parties). Die negativen Folgen (Kater nach Überkonsum, finanzielle Kosten, soziale Mißbilligung ...) können kurzfristige positive Verstärkung kaum aufwiegen.

Rauchen und operantes Konditionieren.- Bleibt die erhoffte positive Wirkung einmal aus, so kommt es nicht zu einer endgültigen Enttäuschung, wird das Verhalten nicht aufgegeben, sondern vermehrt gezeigt (Prinzip der intermittierenden Verstärkung).

Rauchen und Stress.- Das Dilemma des Rauchers liegt also darin, die kurzfristigen psychischen Vorteile gegenüber den langfristigen physischen Risiken (Teer, Kohlenmonoxide, Formaldehyd, Ammonium, Hydrogensulfid, radioaktives Polonium 210 ... im Tabakrauch) abwägen zu müssen. Zudem stellen sich bei Rauchern auch körperliche und psychische Entzugerscheinungen ein, wenn sie ohne ihre Zigaretten auskommen müssen. Sie werden nervös und gereizt, zuweilen auch aggressiv, wenn sie nicht rauchen können. Müller-Limmroth (1990) vertritt daher die Ansicht, dass mit zunehmender Nikotingewöhnung *"eindeutig die Stressähnlichen und Stressverstärkenden Sympathicuswirkungen mit Pulserhöhung, Erhöhung des Blutdrucks und des Blutzuckers, Hemmung des Appetits usw. "* (S. 59) überwiegen, Nikotin somit kein Mittel zur Stressbewältigung darstellt. Ehemalige Raucher fühlen sich weniger gestresst als jene, die immer noch rauchen. Die Droge löst irgendwann nur noch die Probleme, die sie selbst auslöst

2.6 Nikotinabhängigkeit

Rauchen erfüllt die klassischen Suchtkriterien: Es kommt zur

- Toleranzentwicklung (Körper gewöhnt sich an das Nikotin, lernt die Substanz schneller zu verarbeiten, zu deaktivieren und auszuschcheiden, lernt unangenehme Effekt, wie z.B. Reizhusten zu beherrschen),
- Dosissteigerung (Dosis spielt sich auf individuell bestimmtem Niveau ein, gewohnheitsmäßiger Raucher hält den Nikotingehalt im Blut auf einem gleichbleibenden Pegel, viele rauchen alle 20 Minuten eine Zigarette),

- Entzugserscheinungen bei Abstinenz (EEG-Veränderung, Schlafstörungen, Schwitzen, Sinken des Blutdrucks, Verstopfung, Depression, angst, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsarmut, Reizbarkeit, v.a. intensives Verlangen nach einer Zigarette),
- Kontrollverlust (Rauchen um Entzugserscheinungen zu vermeiden)
- Verlust der inneren Werte, sozialen Verhaltenskontrolle bei Mangelsituation (z.B. Kippensammeln, Prostitution für Zigaretten nach dem Krieg)

Risikoitems für die Nikotinsucht sind:

- Rauchen kurz nach dem Aufstehen am Morgen,
- Vielrauchen am Morgen; Schwierigkeiten, Rauchverbote einzuhalten,
- hoher Zigarettenkonsum,
- krank im Bett liegen und rauchen.

Je früher man vor dem 20. Lebensjahr zu rauchen beginnt, desto unwahrscheinlicher kommt man wieder davon los. 90% schaffen es nicht. Risikofaktoren für Jugendliche sind: schlechte schulische Leistungen, Raucher im Freundeskreis, regelmäßiger Alkoholgenuss.

Rund ein Drittel aller Raucher hat 1998 mindestens einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Gelegentliche Abstinenzperioden sind kein Zeichen von Nicht-Abhängigkeit. Die Abhängigkeit ist beim Rauchen meist verdeckt. Die Droge ist stets verfügbar, ihr Konsum erzeugt keine unmittelbaren Verhaltensstörungen. Die Raucher wollen sich nicht als abhängige sehen und marginalisieren lassen wie die "wirklichen Drogensüchtigen". Drogenabhängigen fällt es leichter, ihren Opiatkonsum zu lassen als den Zigarettenkonsum.

Rauchen und kognitive Dissonanz.- Wenn zwischen dem Verhalten und den gedanklichen Einstellungen und Werthaltung eine erhebliche Differenz besteht, so nennt man dies „kognitive Dissonanz“. Dieser Begriff ist besonders verbunden mit den Theorien und Forschungsergebnissen von Leon Festinger: „Kognitive Dissonanz ist der Begriff und die allgemeine Theorie, entwickelt von Leon Festinger (1957/1978), um den konflikthaften Zustand zu erklären, den jemand erlebt, nachdem er eine Entscheidung getroffen, eine Handlung begangen hat oder einer Information ausgesetzt worden ist, die zu vorherigen Meinungen, Gefühlen oder Werten im Widerspruch steht. Es wird angenommen, dass, wenn Diskrepanzen zwischen den Kognitionen über das eigene Verhalten und relevanten Einstellungen bestehen, eine Erfahrung des Unbehagens und dann die Motivation, dieses abzubauen, entsteht. Dissonanzreduzierende Aktivitäten modifizieren diesen unbehaglichen Zustand und führen zur Konsonanz der eigenen Kognitionen.“ (Zimbardo, 1992, S. 580)

Für Raucher gilt es in der Regel zwei Dissonanzen zu bewältigen:

- Ich rauche, obwohl ich weiß, dass dies meine Gesundheit schädigt.
- Ich rauche und kann nicht so leicht mit dem Rauchen aufhören, möchte aber nicht als süchtig dastehen.

Die Dissonanz in Bezug auf das hohe Gesundheitsrisiko wird von Rauchern meist mit folgenden Argumenten reduziert:

- Ich bin eigentlich kein richtiger Raucher. Ich rauche nicht so viel, dass es gefährlich wäre. (Herunterspielen des Risikoverhaltens)
- Ich rauche nur leichte Zigaretten. Ich inhaliere nicht. (Herunterspielen des objektiven Risikos)
- Ich höre rechtzeitig mit dem Rauchen wieder auf. Mich wird es schon nicht treffen! (magische Vorstellung in Bezug auf die eigene Immunität, Egozentrismus)
- Das Gesundheitsrisiko ist nur statistisch. Ich kenne jemand, der hat bis ins hohe Alter geraucht. (Pseudowissenschaftliche Argumentationen)

- Bei dem Stress den ich habe, möchte ich mir zumindest diesen kleinen Genuss gönnen. (Opferhaltung)
- Ich sterbe sowieso. (scheinbare Abgeklärtheit)

Die Dissonanz in Bezug auf die eigene Süchtigkeit wird mit folgenden Argumentationen klein zu halten versucht:

- Ich rauche gern und weil es mir schmeckt. (Verstecken der Sucht hinter dem Konsumargument)
- Ich rauche zwar regelmäßig, aber nur wenig. (Alleiniges Festmachen von Sucht an der Quantität des Konsums)
- Ich kann jederzeit aufhören. Ich habe schon einmal vier Wochen nicht geraucht. (Selbstüberschätzung)

Weil die Dissonanzreduktion auf diesen Wegen so gut gelingt, sind sogar die Entwöhnungsraten bei Infarkt- und Krebspatienten eher niedrig, obwohl diese den Tod vor Augen haben und durch ihr Verhalten etwas zu ihrer Gesundheit beitragen könnten.

2.7 Zigarettenwerbung

Wesentlich zur Dissonanzreduktion bei Rauchern trägt die Zigarettenwerbung bei. Zigaretten gehören zu den werbeintensivsten Konsumgütern (vgl. Waschmittel, Pharmazeutika). Für die Direktwerbung werden Millionen von Euro ausgegeben, für indirekte Werbung (Sponsoring, Preisausschreiben, Erlebnis-Expeditionen, Ralleys ...) etwa noch einmal dieser Betrag. Eine neue Marke einzuführen kostet mindestens 100 Mill. Euro. Das HB-Männchen, den Marlboro-Cowboy, das Camel-Kamel kennt im Grunde jedes Kind.

Die Zigarette ist ein relativ homogenes Produkt. Ob kräftig-würzig, mittelkräftig, nikotinarm im Rauch, mit oder ohne Filter, im Nikotin- und Teergehalt sind die führenden Marken praktisch gleichwertig; selbst erfahrene Raucher können ihre Stammmarke im Blindversuch kaum bestimmen. Auch der Preis ist relativ einheitlich ("Kartellbewusstsein der Oligopolisten" vgl. Hess, 1987, S. 114). Daher muss die Heterogenität des Produkts künstlich durch Imagezuschreibungen suggeriert werden.

Zigarettenwerbung vermittelt keine objektiven Informationen über das Produkt, sondern verknüpft die Marke

- mit Personen mit Leitbildfunktionen und
- mit erstrebenswerten Lebensstilen.

Wie jede Art von moderner Werbung transportiert sie die Gefühle, die sich viele Menschen wünschen, in Bildern und Worten.

Meist sind es junge, sportliche, gesunde, sexy Menschen, die erfolgreich beim anderen Geschlecht sind: „Genuss im Stil der Zeit“, „Gut gelaunt genießen“, „die weite Welt von Freiheit und Abenteuer finden“ und „Freude an der Natur (Himmel, Meer, Wüste) haben“. Die Zigarette wird durch Werbung zum Symbol für die dargestellten Wunschwelten.

Werbung zielt stets in zwei Richtungen: Das eigene Produkt gegenüber Konkurrenzprodukten hervorzuheben. Neue Käuferschichten zu gewinnen. Für die Zigarettenindustrie sind hier vor allem die jugendlichen Nichtraucher von besonderem Interesse. Die Tabakkonzerne kontern dem Vorwurf, sie würde nicht nur Konkurrenzwerbung betreiben, sondern auf die Werbung neuer Konsumenten aus sein, mit den Argumenten: Rauchen wird in der Peer-Group gelernt, auch dort, wo Werbung verboten ist, steige der Zigarettenkonsum. Dagegen

steht das Argument: Die Normen der Peer-Group sind die der Erwachsenenwelt und damit gerade jene, die in der Werbung betont werden.

Lange Zeit geheim gehaltene Studien der Tabakindustrie zeigen aber, dass die Jugendlichen als Zielgruppe der Werbung sehr genau unter die Lupe genommen werden: "Für die jungen Leute ist die Zigarette noch kein Bestandteil des täglichen Lebens, auch wenn sie gerne den lässig-erfahrenen Gewohnheitsraucher markieren. Die Zigarette und der ganze Vorgang des Rauchens gehören für sie zur Kategorie der unerlaubten Lebensfreuden ... zur gleichen Kategorie wie Wein, Bier, sich rasieren, einen BH (oder bewusst keinen) tragen, nach Unabhängigkeit und eigener Identität streben. Der jugendliche Anfänger assoziiert die Zigarette mit der Einführung ins Sexualleben, flirten, Marihuana rauchen und nachts lang aufbleiben ... Der Versuch, Jugendliche anzusprechen, sollte deshalb u.a. von folgenden Grundsätzen ausgehen: 1. Stellen Sie die Zigarette als eines der wenigen Einstiegsvehikel in die Welt der Erwachsenen dar. 2. Präsentieren Sie die Zigarette als Teil der Kategorie der unerlaubten Lebensfreuden. 3. Verbinden Sie die Zigarette, soweit Sie nur können (unter Berücksichtigung einiger gesetzlicher Einschränkungen) mit Marihuana, Wein, Bier, Sex usw. 4. Sprechen Sie niemals gesundheitsbezogene Fragen an. ...

Die Raucher stehen der Tatsache gegenüber, dass sie unlogisch, irrational und blöd sind. Die Leute haben es schwer, mit einem so negativen Selbstbild durchs Leben zu gehen ... Das Marketing muss mit solchen Einstellungen der Konsumenten zum Rauchen und zur Gesundheit fertig werden, indem es entweder gute Gründe für das Rauchen liefert oder indem es hilft, die Beunruhigung über das Rauchen zu verdrängen." (Auszug einer beschlagnahmten Marketing-Studie für BAT, zitiert nach Hess 1987, a.a.O., S. 123f.).

Dass überhaupt Werbung für ein so schädliches Produkt betrieben werden darf, widerspricht jeglicher gesundheitlicher Aufklärung. Die Werbung für Zigaretten scheint also schon per se ein Argument für die Harmlosigkeit des Rauchens zu sein - "dürfte sonst dafür geworben werden, wenn das so schädlich ist?!" Die Firma Reemtsma dazu ganz offensiv: "Ich rauche gern!"

Die Werbung für Leichtzigaretten ist irreführend, sie suggeriert dem angstvollen Raucher Gefährlosigkeit. Das Lungenkrebsrisiko ist zwar etwas geringer als bei normalen Zigaretten, aber nur wenn der Raucher den niedrigeren Nikotingehalt nicht durch mehr rauchen, tiefer inhalieren kompensiert - was er in der Regel tut. Viele schädliche Bestandteile der Gasphase treten bei Leichtzigaretten in stärkerem Maße auf, vermehrte Geschmackszusätze stehen in Verdacht, karzinogen zu wirken.

Werbeverbot und das Recht auf freie Meinungsäußerungen - Zeitschriften wurde schon damit gedroht, dass keine Anzeigen mehr geordert werden, wenn sie kritische Beiträge über das Rauchen publizieren. Wegen der Intensität, mit der Zigarettenwerbung betrieben wird, ist das für die Verlage ein wirksames Erpressungsmittel.

In Schweden wurde 1977 die Werbung auf reine Produktwerbung beschränkt (Abbildung von Zigarettenpäckchen vor einfarbigem Hintergrund). Die Zahlen der Raucher sanken im Vergleich 1977 zu 1980 wie folgt: 13jährige Jungen von 9 auf 5%, 13jährige Mädchen von 11 auf 6%, 16jährige Jungen von 25 auf 21%, 16jährige Mädchen von 40 auf 33%.

In Finnland wurde 1978 jede Zigarettenreklame und Methoden des Imagetransfers (Übertragung des Markennamens auf Sportkleidung, Spiele ...) untersagt. während noch 1973 19% der 14jährigen täglich rauchten, waren es Ende 1979 nur noch 8%. Der gleichzeitige Einfluss von Faktoren wie Preiserhöhung und Aufklärungskampagnen ist im Vergleich zum Werbeverbot allerdings schwer abzuschätzen.

Ein generelles Werbeverbot für Tabakprodukte gibt es in Italien, Portugal und Frankreich. Hingegen ist die Deutsche Haltung zum Werbeverbot relativ liberal: Es gibt Beschrän-

kungen und freiwillige Vereinbarungen, zu denen die Tabakindustrie sich bereit erklärt hat. Selbst die derzeitige Rot-Grüne-Regierungskoalition lehnt ein generelles Werbeverbot für Tabakprodukte ab: „Tatsächlich verärgerte Berlin nicht nur die Tabakgegner, sondern auch die Mitglieder der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die sich derzeit in Genf treffen, um eine weltweite Anti-Tabak-Konvention auf den Weg zu bringen. Erneut lehnte die rot-grüne Bundesregierung als einziges EU-Mitglied das Verbot der Werbung mit dem Verweis auf freie Meinungsäußerung ab.“ (Christina Berndt in der Süddeutschen Zeitung vom 23.10.2002)

Bestehende Werbeverbote werden oft durch das Sponsoring von Sport- und Kulturereignissen umgangen. Auch so wird das Image gepflegt: Zigaretten werden mit Erfolg, Glamour, Lebensfreude und hohen Werten assoziiert, die Sponsoren erscheinen als Wohltäter der Menschheit.

Ein weiteres Ausweg für die Tabakfirmen, ihre Marken bekannt zu halten, ist der Verkauf von Konsumgütern wie Jacken oder Schuhe. Bei einer eingeführten Marke ist der Wiedererkennungswert garantiert. „Ich gehe meilenweit für eine Camel“ – in meinen neuen Camelschuhen.

Warnende Aufdrucke auf Zigarettenpackungen müssen in einigen Länder im Text variieren, um stets erneute Aufmerksamkeit zu finden. Der Text "Rauchen macht süchtig" konnte in den USA von der Industrie abgewendet werden. Vorteil dieser Maßnahme für die Zigarettenproduzenten: Klagen auf Schadensersatz von Geschädigten konnten mit Hinweis darauf abgewiesen werden.

In den USA wurde der Tabakindustrie nachgewiesen, das Nikotin in Tabakpflanzen zusätzlich erhöht zu haben und gezielt Werbung für Jugendliche gemacht zu haben. Die Tabakindustrie verpflichtete sich außergerichtlich zu einer Zahlung von 300 Milliarden Euro und zur Unterstützung von Nichtraucher-Kampagnen.

2.8 Maßnahmen gegen das Rauchen

Folgende Maßnahmen wurden und werden ergriffen, um einer Nikotinabhängigkeit vorzubeugen:

- Konsumverbote für die Droge (am Arbeitsplatz, an öffentlichen Plätzen),
- Einschränkung des Zugriffs (z.B. besondere Verkaufsstellen, keine Automaten),
- Werbeverbote für die Droge (z.B. im Fernsehen),
- Gesundheitliche Aufklärung von Rauchern (EU-Gesundheitsminister warnen: Rauchen gefährdet ihre Gesundheit.),
- Gesundheitliche Aufklärung des noch nicht Rauchenden (v.a. bei Jugendlichen Image des Nichtrauchens verbessern),
- Gesundheitsberatung für rauchende Patienten,
- Unterstützung von entwöhnungswilligen Rauchern,
- Nikotinsubstitution (Nikotin-Pflaster, -Kaugummi) zur Vermeidung von Entzugerscheinungen.

Die wirtschaftliche Macht der Tabakindustrie (mit 11 Milliarden Euro sind die Einnahmen durch die Tabaksteuer der viertgrößte Posten im Bundesetat; Arbeitsplätze in der Zigarettenindustrie) lässt selbst überzeugten Zigarettengegnern ein Verbot von Herstellung und Handel als illusionär erscheinen. "Dabei stellen Politiker ... jede Steuer als gute Tat hin, weil sie der Volksgesundheit dienlich sei, zugleich hoffend, der Raucher möge es mit der Gesundheit nicht so ernst nehmen, dass darunter das Steueraufkommen leidet, und wohl auch wissend, dass der Druck auf diese Steuerquelle sich praktisch wegen des suchterzeugenden Charakters der besteuerten Ware praktisch risikolos verstärken lässt." (Hess, 1987, S. 116).

Die negative Einstellung zum Rauchen hat sich in den letzten Jahren verstärkt, auch bei den Gesundheitsberufen, entsprechend hoch ist mit 73% die Zustimmungskquote für ein Verbot der Tabakwerbung. Nichtraucherinitiativen verteidigen zunehmend aggressiv ihre Interessen.

Wer seinen Arbeitgeber auf einen rauchfreien Arbeitsplatz verklagt, hat gute Chancen recht zu bekommen. Dies gilt allerdings dann nur für ihn individuell.

Die tolerante Haltung des Staats gegenüber dieser Droge lässt sich die Zigarettenindustrie auch einiges kosten: Bestechungsgelder für Politiker, Wissenschaftler, eigene Institute, um nachzuweisen, dass Rauchen nicht gesundheitsschädlich ist, Gründung von gesteuerten Bürgerinitiativen, die die "Freiheit gegenüber staatlicher Bevormundung" propagieren, v.a. im Zusammenhang mit geplanten gesetzlichen Maßnahmen zum Schutz von Passivrauchern. Gefordert werden daher meist nur eine bessere gesundheitliche Aufklärung, Präventivmaßnahmen zum Schutz der noch nicht rauchenden Jugend, eine Einschränkung der Werbung und das Recht des Nichtrauchers auf eine saubere Umwelt.

Noch einmal Christina Berndt im oben bereits zitierten Beitrag in der Süddeutschen Zeitung vom 23.10.2002: „Schon im April hatten US-Forscher Deutschland nach der Durchsicht internationaler Firmenunterlagen als ‚zuverlässigsten Partner der Zigarettenindustrie in Europa‘ enttarnt. Den Papieren zufolge, unter denen sich auch Dankeschreiben an Ex-Bundeskanzler Helmut Kohl fanden, betreiben die Konzerne eine knallharte und sehr erfolgreiche Lobbyarbeit. Die jetzige Bundesregierung lässt sich von der Zigarettenindustrie sogar mit 11,8 Millionen Euro eine Kampagne finanzieren, die Jugendliche vom Rauchen abhalten soll. Dabei haben Studien längst belegt, dass solche Aktionen Tabak für Kinder noch attraktiver machen. Ein weiterer Coup der Industrie: Berlin verpflichtete sich sogar, die Konzerne und ihre Produkte nicht schlecht zu machen.“

2.9 Nichtraucher werden

Es gibt viele Gründe, das Rauchen aufzugeben. Etwa 30% der Raucher haben eigentlich den Wunsch aufzuhören. V.a.

- aus gesundheitlichen Gründen, v.a. bei Registrierung bereits eingetretener Schäden,
- wegen der hohen finanziellen Kosten,
- wegen der sozialen Missbilligung,
- weil Vorbilder das auch getan haben,
- wegen der verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit,
- aus Furcht vor ungesunder Hautfarbe,
- wegen des Mundgeruchs,
- aus Angst vor vorzeitigem Altern,
- aus Scham vor der eigenen Willensschwäche.

Schätzungsweise 15% der Raucher schaffen es pro Jahr, das Rauchen aufzugeben. Die Abstinenz ist umso dauerhafter, je älter der Ex-Raucher ist, je abrupter gestoppt wird, je weniger therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird.

Die Schlusspunktmethode ist erfolgreicher (70-80% Erfolg) als Versuche der allmählichen Reduktion, die auf dem Prinzip der Löschung von Konditionierungsvorgängen (Nicht zum Bier, Kaffee ...) und dem Setzen negativer Verstärker (Schachtel nach jeder Zigarette verschnüren ...) und dem Versuch der kognitiven Kontrolle (Anlässe notieren ...) basieren. Bei solchen Selbstüberlistungsversuchen verursachen bereits kleinste Stresssituationen einen Rückfall.

Am Ende einer Therapie sind nach einem Jahr nur ca. 20% Nichtraucher geblieben. Die Rückfallkurven von Tabak, Heroin und Alkohol ähneln sich sehr stark.

Literatur:

- Carr, A. (2000). Endlich Nichtraucher. München: Goldmann.
- Dahlke, R. & Dahlke, M. (1989). Die Psychologie des blauen Dunstes. München: Knaur.
- Ferguson, T. (1989). Das Gesundheitsbuch für Raucher. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hess, H. (1987). Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren. Frankfurt/M.: Campus.
- Schoberberger, R. & Kunze, M. (1999). Nikotinabhängigkeit, Diagnostik und Therapie. Wien: Springer Verlag.
- Seul, S. (2001). Das Frauen-Nichtraucher Buch. Schön, stark und unabhängig ohne Zigaretten. München: Ariston Verlag.
- v. Troschke, J. (1991). Tabak. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 92 (S. 71-81). Gestacht: Neuland.
- v. Troschke, J. (1992). Nikotin. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 92 (S. 110-122). Gestacht: Neuland.
- Zimbardo, P. G. (1992). Psychologie. Berlin: Springer.

3 Alkoholabhängigkeit. Erklärungs-, Therapie- und Präventionsansätze

3.1 Alkohol und was er bewirkt

Vergleich Rauchen und Trinken.- Vom Standpunkt der Ernährung ist das Trinken alkoholischer Getränke ebenso überflüssig wie das Rauchen von Tabak. Jeder Mensch kann seinen Durst auch mit etwas Nichtalkoholischem löschen. Wie das Rauchen hat auch das Trinken gesundheitsgefährdende und süchtig machende Aspekte. Von mit Glykol verpanschem Wein oder mit Fuselalkoholen vergiftetem Schnaps einmal abgesehen, besteht die Gesundheitsgefährdung bei alkoholischen Getränken darin, dass Alkohol bzw. dessen Abbauprodukt, das Acetaldehyd, ein starkes Zellgift ist. In manchen Getränken beträgt der Anteil von Alkohol an der Gesamtflüssigkeit 50% und mehr. Sie heißen daher auch „Spirituosen“ (Weingeistflüssigkeiten).

Während beim Rauchen die Gesundheitsgefährdung in erster Linie von den verbrannten Stoffen ausgeht und weniger vom Suchtstoff Nikotin, stellt sich dies beim Alkoholtrinken umgekehrt dar: die Flüssigkeit, in der Alkohol verdünnt ist, ist gesundheitlich gesehen harmlos, z.B. ein nach dem Reinheitsgebot gebrautes Bier. Der Alkohol selbst ist das Gift, das dem Körper zu schaffen macht.

Und es scheint sich auch mit Bezug auf die Suchtstoffe spiegelverkehrt zu verhalten. Während niemand Zigarettenrauch toleriert, ohne zugleich mit Nikotin belohnt zu werden – weswegen es für nikotinfreie Zigaretten keinen Markt gibt –, wird die Drogenwirkung des Alkohols bei Bier, Wein, Sekt oder auch Schnaps wegen des Geschmacks der Getränke zunächst in Kauf genommen. Dass viele Menschen zugleich auch wegen der psychologisch relevanten Wirkungen des Alkohols Bier, Wein und v.a. hochprozentige Schnäpse trinken (Enthemmung, Rausch, Betäubung) soll damit nicht in Abrede gestellt werden.

3.1.1 Chemische, physiologische und medizinische Eigenschaften von Alkohol

Alkoholgramm.- Das Wort Alkohol stammt aus dem Arabischen (al-kuhl) und bedeutet „das Feinste, feines Pulver“. Äthylalkohol/Ethanol/"Weingeist" (C_2H_5OH) ist eine leicht entzündbare, farblose und brennend schmeckende Flüssigkeit mit einem spezifischen Gewicht von 0,79. Der Alkoholanteil von Flüssigkeiten wird meist in Vol.% angegeben. Zur Umrechnung in die Gewichtseinheit "Gramm Alkohol" muss daher der Volumenanteil mit dem spezifischen Gewicht multipliziert werden. Ein Liter 25% Likörs enthält daher $25 \text{ gr} \times 0,79 = 197,5 \text{ gr}$ reinen Alkohol ($1 \text{ l} = 1000 \text{ gr}$). Eine halbe Bier enthält ca. 15-20 gr reinen Alkohols (RA), ein Viertel Wein ca. 20-30 gr RA., 0,02 l Branntwein ca. 6-9 gr. RA..

Alkoholpromille.- Zur Bestimmung der Menge aufgenommenen Alkohols wird folgende Formel verwendet:

$$\text{Blutalkoholkonzentration (BAK)} = \frac{\text{aufgenommener Alkohol in Gramm}}{\text{---} \times \text{Körpergewicht in gr} \times 0,7 \text{ (Männer) bzw. } 0,6 \text{ (Frauen)}} \text{---}$$

Theoretisch würde es also genügen, wenn ein 80 kg schwerer Mann 3-4 Halbe Bier oder 2-3 Viertel Wein trinkt, um die 0,8 Promille Grenze zu erreichen. Nach experimentelle Untersuchungen zeigen, handelt es sich bei diesen Angaben jedoch um theoretische Maximalwerte. Die aufgenommenen Alkoholpromille sind auch abhängig von körperlicher Konstitution, Trinkgeschwindigkeit und -dauer. Es gibt vermutlich auch erhebliche individuelle Unterschiede in der Fähigkeit, Alkohol körperlich zu verkraften. Wer wiederholt mit einem Blutalkoholspiegel von 0,8 Promille und mehr bei einer Verkehrskontrolle angetroffen wird, hat meist erheblich mehr getrunken, als es die oben genannte Formel voraussagt.

Alkoholabbau.- 90-95% des aufgenommenen Alkohols werden über die Leber abgebaut. Eine intakte Leber kann pro Stunde 0,15 Promille abbauen, also am Tag ca. 3,6 Promille. Bei 1,3 Promille ist man also frühestens nach 8 Stunden wieder nüchtern. Die Fähigkeit zum Abbau von Alkohol im Körper ist individuell verschieden. Sie ist bei Männern im Durchschnitt höher als bei Frauen. Bei Frauen ist die Funktion der alkoholabbauenden Enzyme in der Magenschleimhaut fast 100% geringer als bei Männern.

Alkohol als Körpergift.- Die Grenze der täglich konsumierten, noch nicht schädigenden Alkoholmenge ist umstritten. Schon 20-30 Gramm Reinalkohol (RA) führen statistisch bei Männern zu einer Erhöhung des (systolischen) Blutdrucks. Ab 60 Gramm pro Tag ist die Bluthochdruck-Prävalenz verdoppelt. Regelmäßiger Alkoholkonsum ab 30-40 Gramm RA pro Tag wirkt krebsfördernd und steigert das Risiko für Krebs der Speiseröhre, des Mund- und Rachenraumes, der Leber- und des Dickdarms (Küfner und Kraus, 2002). Nach einer WHO-Studie ist ab einer durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsummenge von mindestens 40 Gramm RA bei Männern und 20 Gramm RA bei Frauen mit dem Risiko alkoholbezogener Schädigungen zu rechnen (entspricht 1 bzw. 0,5 l Bier). Das statistisch ermittelte "Unbedenklichkeitsniveau" liegt bei 7 Gramm RA pro Tag für einen gesunden Erwachsenen.

Insbesondere das Alkoholabbauprodukt Acetaldehyd wirkt im Körper als Gift. Da es über die Blutbahn in den gesamten Organismus gelangt, treten alkoholbedingte Erkrankungen vom Kopf bis zum Fuß auf: Zerstörung von Nervenzellen, Bauchspeicheldrüsen-Entzündung, Magenreizungen und -geschwüre, Leberverfettung und -zirrhose, Brüchigkeit der Knochen, Nierenleiden, Gicht; Schädigungen und vorzeitiges Altern von Lunge, Knochen, Gelenken,

Blutgefäßen, Nervenbahnen, Geschlechtsorganen, Haut ... (vgl. insgesamt zu diesen medizinischen Zusammenhängen Köhler, 2000, S. 33-43).

3.1.2 Psychophysiologische Wirkungen

Die Wirkungen von Alkohol auf die psychischen Leistungsfunktionen sind von der Trinkmenge abhängig:

- Ab 0,2 Promille kommt es mit zunehmenden BAK-Werten zu einer wachsenden Beeinträchtigung der Großhirnfunktionen: Einschränkung der Sehleistung und Verengung des Blickfelds bis hin zum "Tunnelblick"; Verlangsamung der Hell-Dunkel-Anpassung der Augen bis hin zum Nachlassen der Nachtsehfähigkeit; Rotlichtschwäche; herabgesetztes Hörvermögen; Nachlassen von Aufmerksamkeit und Konzentration, von Urteils- und Kritikfähigkeit hin zu größerer Risikobereitschaft und Selbstüberschätzung; Verlängerung der Reaktionszeiten um bis zu 50%.
- Ab 1,0 Promille werden Kleinhirnfunktionen und damit v.a. Gleichgewicht und Bewegungskoordination gestört; Sprechstörungen treten auf; das Denken wird zunehmend "eingleisig", das Handeln immer unflexibler.
- Ab 2,0 Promille dämpft Alkohol Funktionen des Zwischenhirns, das als Zentrum der Entstehung von Gefühlen anzusehen ist (schleichende Ermüdung, Kummer "ersäufen"); Gedächtnislücken setzen ein; das Reaktionsvermögen ist kaum noch vorhanden.
- Ab ca. 3 Promille werden auch Stammhirnfunktionen und damit Herzrhythmus, Kreislauf und Atmung beeinträchtigt, es kann zu Gedächtnisverlust ("Filmriß"), zur Bewußtlosigkeit, evtl. auch zum Tod als Folge der Alkoholvergiftung kommen (Köhler, a.a.O., S. 44ff).

3.2 Das gesellschaftliche Drogenumfeld

3.2.1 Statistische Hintergründe

Spitzenverbrauch.- Der Alkoholverbrauch betrug in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1999 10,6 Litern reinen Alkohols pro Kopf (Durchschnittswert, der auch Kinder und alte Menschen enthält). In einer weltweiten Vergleichsstatistik liegt Deutschland damit an der 5. Stelle hinter Luxemburg, Irland, Portugal und Frankreich (Küfner und Kraus, 2002, S. A 942). Seit 1950 (3,1 l) hat sich der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol damit mehr als vervierfacht (Hüllinghorst, 2001).

Für private Unternehmen ist der Verkauf von Alkoholika daher ein sehr gutes Geschäft: Etwa 20 Milliarden Euro haben die Bundesbürger 1999 für Alkoholika ausgegeben. Die staatlichen Steuereinnahmen durch Steuern auf Alkoholika betrugen 1999 etwa 3,5 Milliarden Euro. Für die Werbung für alkoholische Produkte wurden 1999 ca. 500 Mill. Euro ausgegeben. Der durch Alkohol verursachte volkswirtschaftliche Schaden wird dagegen auf 20 Milliarden Euro geschätzt (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2001).

Riskanter Konsum.- Etwa 9,3 Millionen (19 %) der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren trinken Alkohol, am häufigsten als Bier, in einem Ausmaß, dass die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren von einem „riskanten Konsum“ spricht. Schon 5% der 12-13 Jährigen trinken regelmäßig Alkohol.

Missbräuchlicher Konsum und Alkoholabhängigkeit.- Etwa 2,7 Millionen (5-6%) aller Deutschen zwischen 18 und 69 Jahren missbrauchen Alkohol als Droge, in der Hoffnung, ihre Probleme im Leben damit besser bewältigen zu können. Etwa 1,6 Millionen aller Deutschen in der genannten Altersgruppe sind alkoholabhängig.

Dabei gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede, die sich schon im Jugendalter herausstellen: „In der Münchner Studie ‚Early Development Stages of Psychopathology‘ wiesen 9,7 Prozent der befragten 14-24-Jährigen die Diagnose eines Alkoholmissbrauchs nach DSM-IV auf, weitere 6,2 Prozent die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV. Wesentlich mehr Jungen als Mädchen erfüllen die Kriterien für Missbrauch (15,1 Prozent versus 4,5 Prozent) und für Abhängigkeit (10 Prozent versus 2,5 Prozent).“ (Küfner und Kraus, a.a.O., S. A 940).

Mortalität, Suizidalität.- Etwa 42.000 Menschen sterben jährlich direkt oder indirekt (z.B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) an den Folgen von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Die Suizidrate bei Alkoholabhängigen ist überdurchschnittlich. Etwa 14% aller Alkoholabhängigen begehen Suizid. Manche Menschen trinken sich einfach langsam, aber kontinuierlich zu Tode („Suizid auf Raten“).

Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit stehen auch in engem Zusammenhang mit Beziehungs- und Partnerschaftskonflikten. Die Scheidungsrate ist bei Alkoholabhängigen etwa doppelt so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Trennungen fördern den Alkoholkonsum und sind häufig auch der Auslöser für Suizide.

3.2.2 Facetten einer gestörten Trinkkultur

Alkoholkulturen.- Lindenmeyer (1990) unterscheidet Gesellschaften bzw. "Kulturen" nach ihrem Umgang mit der Droge Alkohol:

- *Abstinenzkulturen:* in ihnen ist jeglicher Alkoholkonsum tabu und verboten.
- *Ambivalenzkulturen:* in ihnen bestehen Konflikte zwischen Alkoholkonsum und moralischen, religiösen und ethischen Geboten.
- *Permissivkulturen:* in diesen ist das Alkoholtrinken grundsätzlich erlaubt, Trunkenheit und Alkoholabhängigkeit wird jedoch abgelehnt.
- *Gestörte Trinkkulturen:* Alkoholexzesse und pathologische Erscheinungen werden als normal toleriert. In einer Permissivkultur gibt es oft gestörte Trinksubkulturen (z.B. Saufcliquen, Besuchergruppen von Bier- oder Weinfesten).

Kasten 1: Alkohol in der Geschichte der Menschheit

Alkohol gilt als älteste Droge der Menschheit, weil er quasi automatisch beim Vergären von Nahrungsmitteln entsteht:

- Ägypter und Babylonier hatten bereits 70 verschiedene Biersorten.
- Germanen tranken Alkoholisches aus den Hirnschalen erschlagener Feinde.
- Im Mittelalter waren alkoholhaltige Getränke beim Volk hoch im Kurs: Wer trank, trank viel, meist bis zum Rausch.
- Klöster waren Zentren der Alkoholherstellung: Wein hat als "Blut Jesu" im Christentum eine besondere Bedeutung.

- Die Herstellung und der Verkauf von alkoholischen Getränken wird allmählich auch zu einem wirtschaftlichen Faktor: es gibt Wirtshäuser ("Besenwirtschaften"), Knechte/Gesinde werden mit "Biergeld" bezahlt (heute: Trinkgeld).
- Erste große Alkoholkrise (16./17.Jhr.): Erfindung des Branntweines durch Destillation; Wein und Bier werden durch Zugabe von Hopfen und Branntwein haltbarer; Handel mit Alkoholika über weite Distanzen hinweg; Dreißigjähriger Krieg als erster Werbefeldzug für Alkohol.
- Zweite Alkoholkrise (19.Jhr.): Landflucht, Alkoholindustrie, Fabrikarbeit.
- Dritte Alkoholkrise: Heute 2-3 Millionen alkoholabhängige Menschen in Deutschland, statistischer pro Kopf Konsum mit ca. 11 Litern am Rande des medizinisch Verträglichen.

In Permissivkulturen wird meist auch für das Trinken geworben. "Ich trinke Jägermeister, weil wir die Gleichberechtigung praktizieren müssen, meine Damen!" (O-Ton JägermeisterIn). Der Übergang von der Permissiv- zur gestörten Trinkkultur kann durch unausgesprochene Regeln wie diese gekennzeichnet sein: "Regelmäßiger Alkoholkonsum ist normal.", "Alkohol gehört dazu.", "Alkohol tut gut.", "Trinke soviel wie dein Nachbar.", "Alkoholtrinken ist Privatsache."

Als Alkoholiker wird in solch einer Gesellschaft jemand erst auffällig, wenn er aufgrund seines ungezügelter Konsums seine Funktionen und sozialen Rollen nicht mehr erfüllen kann. Das auch in einer solchen Gesellschaft abschreckende Bild ist der „Penner mit der Rotweinflasche unter der Brücke“.

Alkohol ist in unserer Gesellschaft leicht verfügbar, seine „Griffnähe“ ist universell. Er ist nicht nur in sehr vielen Läden oder Ausschankstuben erhältlich, fast jeder private Haushalt verfügt über einen umfangreichen Alkoholvorrat. Einschränkungen des Verkaufs in Abhängigkeit vom Alter können nicht verhindern, dass auch Kinder und Jugendliche jederzeit an alkoholische Getränke herankommen, wenn sie es wollen (Stein, 1985).

Trinkmotive und Ausreden.- So gut wie alle sozialen Kontakte fördern die Gelegenheit zum Trinken ("geselliger Zwang" zum Alkoholkonsum auf Feten, Feiern, Parties). Alkoholtrinken gilt als akzeptiertes Mittel für den Kontaktschluss mit anderen. Viele trinken Alkoholika aber auch einfach so für sich alleine bei ihrer Arbeit oder in der Freizeit. Gerade die gesellschaftlich Erfolgreichen betrachten den Konsum alkoholischer Getränke als ein Stück Lebensqualität (Champagner, teure Weine, Drinks, der gut sortierte Weinkeller...). Für die weniger Erfolgreichen hat Alkohol den Ruf als allzeit verfügbarer Trostspender.

Erwachsene sind für Kinder und Jugendliche alkoholtrinkende Vorbilder in fast jeder Lebenslage. Um Motive und Anlässe für den Konsum alkoholischer Getränke zu finden, muss sich in unserer Gesellschaft niemand sorgen. Eher ist es umgekehrt. Wer nicht regelmäßig trinkt, von dem wird eine besondere Rechtfertigung erwartet. Nicht selten wird gerade das Abstinenzverhalten als sozial abweichendes Verhalten wahrgenommen. Wer nicht trinkt, gilt schnell als Spielverderber, verbohrter Gesundheitsapostel oder steht in Verdacht ein Ex-Alkoholiker zu sein.

Alkoholkonsum genießt in Deutschland insgesamt eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Der Konsum alkoholhaltiger Getränke wird emotional positiv bewertet: "kühles Pils", "gutes Glas Wein", "edler Tropfen". Argumente, die Alkoholwirkungen verharmlosen, sind daher beliebt und weit verbreitet. In der Presse immer wieder auftauchende Berichte über eine gesundmachende und lebensverlängernde Wirkung des Bier- oder Weintrinkens werden inte-

ressiert aufgenommen. Es besteht offenbar bei vielen Menschen ein Bedürfnis, Bedenken gegenüber einem sorglosen Alkoholkonsum zu zerstreuen. Im Folgenden dazu einige beliebte Ausreden:

- *"Alkohol gibt Kraft und Wärme"*: Der physiologische Brennwert von Alkohol beträgt 29kJ. Mit einem Liter Bier oder einer 0,75l Flasche Wein kann rechnerisch bereits 1/5 des täglichen Energiebedarfs des menschlichen Körpers gedeckt werden. Regelmäßiger Alkoholkonsum kann daher leicht zu einer übermäßigen Energieaufnahme führen. Der Körper speichert den Überfluss in Form von Fett. Langfristig übermäßiger Alkoholkonsum führt jedoch meist zu einer einseitigen Nahrungsaufnahme und zu Mangelernährung, da die aufgenommenen Speisen nur noch ungenügend im Magen- und Darmtrakt verarbeitet werden können (häufig Vitamin B-Mangel). Alkohol steigert die Muskelkraft nicht, ist also auch kein Nahrungsmittel für Schwerarbeiter. Ebenso wenig ist Alkohol als Mittel gegen Kälte und Frieren geeignet. Das Wärmegefühl beim Alkoholtrinken entsteht durch die alkoholbedingte Erweiterung der Hautgefäße, was zu einer noch rascheren Wärmeabgabe des Körpers und der Gefahr des Erfrierens führt.
- *"Alkoholverträglichkeit ist Gewohnheitssache"*: Es bestehen vermutlich zwar genetisch bedingte individuelle Unterschiede in Bezug auf die Funktion der alkoholabbauenden Enzyme, eine Alkoholresistenz kann sich jedoch niemand durch regelmäßigen Alkoholkonsum "antrainieren". Im Gegenteil: Der spezielle Alkohol-Enzymstoffwechsel wird durch die Zufuhr hoher Dosen umso rascher erschöpft. Eine Notfunktion des Leberstoffwechsels (Mikrosomales Ethanol Oxidationssystem - MEOS) hilft bei regelmäßigem Konsum, das Körpergift schneller abzubauen. Ansonsten hängt es von der sonstigen körperlichen Konstitution und vom Immunsystem des Einzelnen ab, wie lange der Körper die regelmäßige Vergiftung mitmacht.
- *"Alkohol schwitze ich bei meiner Arbeit sofort aus"*: Alkohol wird auch durch harte körperliche Arbeit nicht einfach "rausgeschwitzt", nur ca. 5% der aufgenommenen Menge werden über Haut und Lunge wieder ausgeschieden ("Fahne"), ca. 2% über Nieren und Harn. Die restlichen 93% müssen von der Leber abgebaut werden. Durch Enzyme wird dem Alkohol Wasser entzogen ("Alkoholdehydrogenase"), es entsteht als Zwischenprodukt Acetaldehyd, das in Wasser, Fett und Kohlendioxid zerlegt wird.
- *"Ich habe meine promillesenkenden Methoden"*: Reichhaltiges Essen, Konsum von Kaffee oder Fruchtsäften, Einnahme von Medikamenten können zwar teilweise verhindern, dass niedrigprozentige Alkoholika z.T. nicht sofort über den Darm resorbiert werden und subjektiv die Illusion erzeugen, mehr Alkohol zu vertragen. Ein üppiges Essen kann aber nur die Geschwindigkeit der Alkoholaufnahme ins Blut verringern, nicht die Menge. Der Blutalkoholspiegel ist im wesentlichen abhängig von der aufgenommenen Menge Alkohol.
- *„Trinken macht männlich“*: In unserer Gesellschaft muss nahezu jeder Junge eine Mutprobe bestehen: zum erstenmal richtig Alkohol trinken. Junge Männer prahlen auch gerne damit, sich ab und zu richtig „voll laufen“ zu lassen. Wer etwas verträgt – „Wieviel Whiskey-Cola hast du gestern auf der Party getrunken?“ – gilt etwas, weil er etwas verträgt und kein Weichei, Softie oder Ökofreak ist. Die Rücksichtslosigkeit im Umgang mit der Vergiftung des eigenen Körpers verbessert den Rangplatz in einer Gruppenhierarchie. In besonderen Cliquen – Militär, Fanclub, Saufbrüderschaften – wird das Trinken mitunter zum Selbstzweck. Das Trinken fördert vielleicht den Mut, sich dem anderen Geschlecht hemmungsloser anzunähern. Es trübt aber eher die Sinne und macht unkritisch in der Auswahl von Geschlechtspartnern. Die Potenz wird da-

durch nicht gesteigert, weil im Gegenteil Alkohol eine dämpfende und betäubende Wirkung hat. Auch langfristig fördert hoher Alkoholkonsum eher Impotenz und führt zu einer Feminisierung des männlichen Körpers (Brustbildung).

3.3 Abhängigkeit

3.3.1 Entstehung der körperlichen Abhängigkeit

Die Entstehung der körperlichen Abhängigkeit erklärt man sich derzeit v.a. durch die 2-Phasenwirkung des Alkohols. Alkohol bewirkt zunächst relativ rasch den gewünschten körperlich-seelischen Zustand, z.B. Entspannung nach einem stressigen Arbeitstag. Eine unmittelbar (motorisch) leicht erregende - weil Alkohol erst bevorzugt auf hemmend wirkende Schaltkreise im Nervensystem wirkt, d.h. "Hemmung der Hemmung" -, dann aber immer stärker dämpfende und beruhigende Wirkung hält für einige Stunden an.

Nach gehirphysiologischen Erkenntnissen sind an diesem Vorgang insbesondere zwei Botenstoff-(Transmitter)Systeme beteiligt: das aktivierend wirkende Glutamat und die erregungsdämpfende Gamma-Aminobuttersäure (GABA). Alkohol hemmt zunächst die Wirkung von Glutamat und steigert die Wirkung von GABA.

Da Alkohol auch im sog. Belohnungssystems des menschlichen Gehirns die "Belohnungstransmitter" aktiviert (v.a. Dopamin) (Herz, 1987), kommt der Trinkende in eine euphorisiert entspannte Stimmung (Köhler, 2000, S. 21 ff.).

Danach aber kommt es zu einer Gegenreaktion im Gehirnstoffwechsel. Der Körper produziert vermehrt erregende Neurotransmitter bzw. erhöht die Anzahl der Rezeptoren für Glutamat und reduziert die GABA-Produktion bzw. vermindert die Zahl der GABA-Rezeptoren an den Membranen der Nervenzellen. Deshalb besteht nach dem Abbau der alkoholbedingten Synapsenblockaden ein Überschuss an Erregung. Daraus folgt eine zunehmende Erregbarkeit des gesamten Nervensystems, die sich langsam steigert und erst nach Stunden abklingt bis sich das Gleichgewicht zwischen erregenden und hemmenden Substanzen wieder eingependelt hat.

Diese Übererregungsphase dauert meist länger als die Entspannungsphase (Verhältnis 5:1). Die mit ihr verbundenen Übererregungszustände werden z.B. in Form von Gereiztheit, schlechtem Schlaf, Kater nach Alkoholkonsum, erhöhter Blendempfindlichkeit (deshalb der Griff zur Sonnenbrille) registriert. Sie werden im ungünstigen Falle durch eine weitere und schließlich vermehrte Zufuhr von Alkohol bekämpft. Es gilt als Volks"weisheit", dass man den Kater am besten durch das Weitertrinken losbekommt (das in Bayern berühmte Weißbier schon zum Frühstück). Ein Teufelskreis beginnt: Alkohol zur Kompensation der unangenehmen Folgen des Alkoholgenusses. Das Gift wird als Medizin eingesetzt und damit kommt ein physiologischer Prozess in Gang, der sich hochschaukelt. Der Trinkende braucht immer mehr Alkohol und hat subjektiv den trügerischen Eindruck, dass ihm der Alkohol hilft und er auch immer mehr "verträgt".

Zur Bekämpfung der unangenehm erlebten Folgen des Alkoholkonsums werden im fortgeschrittenen Stadium auch zunehmend erregungsdämpfende Medikamente eingesetzt (Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerzmittel). Abhängige sind deshalb meist "politoxikoman".

Im Endstadium, begleitet von physiologisch erklärbarer Toleranzentwicklung und Dosissteigerung wird Alkohol nur noch deswegen getrunken, um die bei ausbleibender Alkoholfuhr auftretenden Entzugssymptome (Zittern, kalter Schweiß, Krämpfe, im Extrem sogar epileptische Anfälle) zu unterbinden. Die Entzugssymptome weisen alle auf die Übererregung des vegetativen Nervensystems hin (Schwarzkopf, 1991).

Gehirnforscher gehen davon aus, dass die physiologischen Veränderungen, die chronischer Alkoholkonsum bewirkt, auch nach dem körperlichen Entzug noch als Erinnerungsspuren lange fortbestehen. Geringe Mengen Alkohol genügen bereits, um einen physiologisch begründbaren "Saufdruck" ("craving") wiederaufleben zu lassen (Böning, 1992).

3.3.2 Psychische Abhängigkeit

Auch wer nur wenig über die physiologischen Abläufen in seinem Körper Bescheid weiß, macht immerhin die Erfahrung: nach exzessivem Trinken geht es mir schlecht. Warum aber wiederholt jemand immer wieder diese Erfahrung: eine kurze Zeit der Erleichterung und ein langer Zeitraum von körperlichem und seelischem Unwohlsein? Warum sagt er sich nicht: Die Kosten sind höher als der Gewinn? Warum nimmt ein Alkoholiker nicht einfach die überschaubaren Qualen von 10 Tagen Entgiftung und Entzug auf sich und bringt seinen Körper und sein Nervensystem wieder in ein Gleichgewicht? Was begründet also die *psychische* Abhängigkeit von Alkohol?

Populäre, aber kaum zutreffende Erklärungen.- Alkoholabhängigkeit ist keine Charakterfrage. Eine typische Alkoholikerpersönlichkeit konnte durch psychologische Testverfahren bislang nicht gefunden werden.

Eine genetischen Veranlagung zum Alkoholismus, wie sie bei nahezu jedem psychischen Problem von Medizinern vermutet wird, konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden. In Zwillings- und Adoptionsstudien wurde zwar ein bis zu neunfach erhöhtes Risiko für Kinder von Alkoholikereltern gefunden, ebenfalls alkoholabhängig zu werden (Sander, Rolf, Rommelspacher und Schmidt, 1992). Da noch niemand irgendwelche Gene, die zur Alkoholabhängigkeit führen, nachweisen konnte, können solche familiären Muster auch für die Wirkungen von sozialem Stress, für Nachahmungseffekte im Sinne des sozialen Lernens und für die generationsübergreifende Weitergabe seelischer Konflikte in Familien sprechen.

Auch die immer wieder zitierten Berichte, wonach sich das Gehirn von Alkoholikern z.B. durch mehr Dopaminrezeptoren im mesolimbischen System, dem sog. dopaminergen "Reward"(Belohnungs)-System (Sander, Rolf, Rommelspacher & Schmidt, 1992) von dem anderer Menschen unterscheiden soll, können meines Erachtens die Entstehungsursache für Alkoholsucht nicht erklären. Man weiß ja nicht, was zuerst da war: die vermehrten Dopaminrezeptoren oder das Alkoholtrinken.

Trinkertypen.- Mehr ein beschreibendes als ein erklärendes Modell stellt die Klassifikation der Trinkertypen nach Jellinek (1960) dar. Jellinek teilt die von ihm untersuchten Alkoholabhängigen in vier verschiedene Typen ein:

- **Gewohnheitstrinker:** diese finden sich vermehrt in einem trinkfreundlichen Alltagsmilieu (z.B. Weinanbaugegend). Ein Kontrollverlust durch übermäßiges Trinken ist kaum beobachtbar.
- **Konflikttrinker:** Diese trinken regelmäßig, um sich wohl zu fühlen, um Stress, Depressionen oder Angstgefühle zu übertönen. Sie können in der Regel aber die Trinkmenge einigermaßen kontrollieren. Zu einem „Absturz“ kommt es selten.
- **Spiegel/Pegeltrinker:** diese finden sich ebenfalls gehäuft in einem sehr alkoholfreundlichen Umfeld (z.B. in einer Brauerei). Ein Unterschreiten der Alkoholkonzentration im Blut führt bei ihnen rasch zu heftigen Entzugserscheinungen.
- **Rauschtrinker/"Quartalssäufer":** bei diesen Personen kommt es immer wieder zu Alkoholexzessen und Rauschen. Zwischen diesen „Abstürzen“ können längeren Phasen

der Abstinenz liegen (z.B. nur am Wochenende kommt es zu dem Besäufnis, während der Woche wird hart gearbeitet).

Bei Frauen hat man zwei verschiedene Typen von Alkoholtrinkerinnen ermittelt:

- Typ 1: Diese Frauen beginnen schon in jungen Jahren zu trinken. Ihr Alkoholkonsum steht in enger Beziehung zum Erleben familiärer Vernachlässigung, (sexuellen) Gewalterfahrungen in der Kindheit, fehlender Anerkennung als Mädchen und später dann zur Aufnahme sexueller Kontakte (v.a. in Zusammenhang mit Prostitution). Er wird zumindest anfangs auch als Statussymbol in der Lebensführung empfunden. Die privaten Verhältnisse sind ungeordnet. Beruflich haben diese Frauen meist wenig Erfolg. Sie haben keine Schuldgefühle wegen ihres Trinkens. Sie weisen die Schuld für ihre desolate Lage den äußeren Umständen oder anderen Personen zu. Es kommt leicht zu frühen Schwangerschaften, schnellen Eheschließungen mit ebenfalls stark trinkenden Partnern. Die Partnerschaften verlaufen meist sehr konfliktreich und es kommt oft zu Trennungen und Ehescheidungen.
- Typ 2: Diese Frauen beginnen erst relativ spät in ihrem Leben im Alter zwischen 40 und 50 Jahren damit, höhere Dosen alkoholischer Getränke zu konsumieren. Hoher Alkoholkonsum steht dabei in Zusammenhang mit nicht bewältigten Lebenskrisen. Die privaten Verhältnisse sind nach außen hin geordnet. Diese Frauen schreiben sich die Schuld für Ehe- und Partnerschaftskrisen zu. Sie haben auch Schuldgefühle wegen ihres Alkoholkonsums.

Etwa 30% der behandlungsbedürftigen Alkoholikerinnen in Deutschland sind weiblich. Nach Schmidt (1988) ist Alkoholismus bei Frauen im Vergleich zum Alkoholismus bei Männern durch folgende Besonderheiten gekennzeichnet:

- Beginn des Alkoholkonsums mit hochprozentigen Getränken,
- vermehrt heimlicher Konsum gefördert durch häufigeres Alleintrinken der Frauen,
- schnellere Entwicklung von Folgeschäden durch geringere Alkoholverträglichkeit,
- häufig gleichzeitiger Medikamentenmissbrauch.

Alkoholabhängige Frauen entwickeln schneller Leberzirrhosen als Männer und haben ein erhöhtes Krebsrisiko.

Signifikante Verhaltensweisen.- Auf die Arbeiten von Feuerlein und Mitarbeitern (1989) gehen solche Testbögen zurück, die man in mancherlei Abwandlungen in Broschüren oder Zeitschriftenbeiträgen zum Thema Alkoholabhängigkeit finden kann. Als besonders signifikant für das Erreichen des Abhängigkeitsstadiums von Alkohol gelten u.a. folgende Verhaltensweisen:

- morgendliches Trinken,
- wiederholte und vergebliche Versuche, mit dem Trinken aufzuhören,
- Trinken von hochprozentigen Alkoholika,
- Heimliches Trinken.

Phasentheorien.- Wiederum auf die Arbeiten von Jellinek (1960) in den USA und in Deutschland gehen Versuche zurück, Stadien einer Abhängigkeitskarriere abzugrenzen. Jellinek unterscheidet vier Phasen der Entwicklung hin zur Alkoholabhängigkeit:

- präalkoholische Phase,
- Prodromalphase (Phase der "Ankündigung"),
- kritische Phase und
- chronische Phase.

Diese Phasen können unterschiedlich schnell durchlaufen werden. Zwischen 2 und 20 Jahre kann es dauern, bis sich das Vollbild einer Alkoholabhängigkeit ausgebildet hat (Jüttemann-Lembke und Kern, 1987).

Daher muss man annehmen, dass es neben den mehr oder weniger stark suchtfördernden Ursachen auch suchthemmende Ursachen bzw. Bedingungen gibt, die den allmählichen Fortschritt von einer Phase in die andere beschleunigen oder bremsen. Bei Jugendlichen und Frauen ist die Zeitspanne zwischen dem Anfang zu trinken und dem Vollbild einer Alkoholabhängigkeit meist geringer als bei Männern.

3.3.3 Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit

Es erscheint mir für das Verständnis von süchtigem Verhalten generell sinnvoll, die Begriffe Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit zu unterscheiden. Dadurch wird einerseits vermieden, den Konsum von Drogen generell unter den Verdacht zu stellen, es handele sich dabei immer um süchtiges Verhalten. Andererseits kann auch die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit nützlich sein, die unterschiedlichen seelischen Ursachen für beide Prozesse deutlicher herauszuarbeiten.

Alkoholkonsum.- Als Alkoholkonsum bezeichne ich ein Verhaltensmuster, bei dem geringe Mengen Alkohol unregelmäßig und eher ungeplant getrunken werden. Es gibt keine speziellen Konsummuster und wenig auslösende Schlüsselreize oder Situationen. Es gibt keinen zwingenden Zusammenhang mit bestimmten Aktivitäten (z.B. Kontaktsuche). Der Alkoholkonsum kann für bestimmte Lebenssituationen geplant werden. Insgesamt herrscht eher der Versuch vor, eine bereits als angenehm erlebte Situation durch den Alkoholkonsum noch zu verstärken.

Es findet so bei jedem Alkoholkonsum eine gewollte oder billigend in Kauf genommene, mehr oder minder starke Manipulation des eigenen Wahrnehmens, Fühlens und Denkens statt. Der Alkoholkonsument erwartet sich durch das Trinken eine gute Stimmung, mehr Lockerheit oder intensiveren Kontakt mit anderen. Ein Verzicht auf Alkohol und eine Alkoholabstinenz bedarf keiner größeren Willensanstrengungen.

Alkoholmissbrauch.- Bei Alkoholmissbrauch liegt im Vergleich zum bloßen Konsum eine deutliche Steigerung der getrunkenen Menge vor. Es kommt häufiger zum Konsum hochprozentiger Getränke. Es werden bestimmte Trinkmuster entwickelt. Alkohol dient als vermeintlicher Problemlöser und Seelentröster, "um sich einfach besser zu fühlen". Der Alkoholkonsum stellt einen Wert an sich dar - "einen Heben gehen" -, der mit anderen wichtigen Dingen in Konkurrenz tritt (z.B. Alltagsaufgaben erledigen; Geldausgaben für andere Dinge). Unter Stressbedingungen kommt es fast immer zum Alkoholtrinken. Es kommt auch zu einem fortgesetzten Konsum trotz negativer gesundheitlicher Erfahrungen. Das mit dem Alkoholmissbrauch verbundene erhöhte Gesundheitsrisiko wird akzeptiert.

Probleme im Beruf, in der Ehe, in Liebesbeziehungen und im Verhältnis zu Freunden werden „external attribuiert“ ("die anderen oder irgendwelche Umstände sind schuld"), um das eigene von Unsicherheiten geprägte Selbstbild aufrecht erhalten zu können. Bemerkbare Symptome des Trinkens (körperliche Krankheiten, zunehmende Gedächtnisprobleme) werden geleugnet und alkoholbedingtes Fehlverhalten wird heruntergespielt. Dagegen wird der Glaube gepflegt, jederzeit aufhören zu können. Daher kommen auch periodische Versuche, das Trinken völlig einzustellen.

Beim Alkoholmissbrauch steht das Motiv im Vordergrund, eine als unangenehm erlebte Realität durch das Betäuben der eigenen Wahrnehmung, der eigenen Ängste und Unzu-

länglichkeitsgefühle zu verschleiern. Nicht erreichte private, schulische oder berufliche Ziele und Misserfolge im Leben werden durch rauschhafte Zustände überdeckt. Längere Phasen der Alkoholabstinenz sind jedoch durchaus möglich, v.a. dann, wenn die äußeren Lebensumstände sich verbessern und sich gewisse Erfolge im Leben einstellen.

Alkoholabhängigkeit.- Beim Alkoholtrinken kann es einen schleichenden Übergang vom Missbrauch in die Abhängigkeit geben. Die mit dem zunehmenden Alkoholkonsum verbundenen und immer deutlicher auftretenden negativen Folgen (Zerbrechen von Beziehungen, Verlust von sozialem Ansehen, Arbeitsplatzverlust...) verstärken den Wunsch nach dem völligen Vergessen der eigenen Lebenssituation. Die Wahrnehmung der Realität wird als quälend empfunden, weil damit nur noch Probleme wahrgenommen werden. Es entsteht der Wunsch, "sich zuzuschütten".

Der Trinker verliert zunehmend seinen sozialen Rückhalt. "Saufen" wird zum zwanghaften Verhalten, das auf auslösende „Reize“ hin quasi wie von selbst abläuft. Es kommt dann wiederholt zum völligen Kontrollverlust, zur Steigerung der getrunkenen Mengen bis zur körperlichen Erschöpfung und zu fortgesetztem Trinken ungeachtet massiv negativer Konsequenzen. Die körperlichen Entzugserscheinungen bei ausbleibender Alkoholfuhr verstärken diesen Prozess und untergraben zusätzlich die Willensanstrengungen, mit dem Trinken aufzuhören.

Diese zuletzt beschriebenen Prozesse hin zum Vollbild einer Alkoholabhängigkeit können Jahrzehnte dauern, sie können auch sehr schnell gehen. In letzterem Falle ist es dann nicht der Familienvater, der Mitte 40 durch Ehe- oder Berufskrisen zermürbt seinen Alkoholkonsum nicht mehr in den Griff bekommt, sondern es sind vor allem junge Menschen, die im Leben nicht Fuß fassen können und Alkohol bewusst als Droge einsetzen, um sich „dicht“ zu machen. Diese jungen Leute benutzen daher in der Regel auch andere Drogen, um sich „zuzuknallen“.

Ursachen oder Bedingungen?- Es ist nicht einfach zu verstehen, warum manche Menschen in den Teufelskreis der Sucht geraten und sich daraus nicht mehr befreien können. Warum sich manche sogar bewusst „totsaufen“. Es gibt dazu eine Reihe populärer Vorurteile („willens- und charakterschwach“, „arbeitsscheu“) und auch einige populäre wissenschaftliche Argumentationen, die jedoch keine ursächlichen Erklärungen liefern. Es handelt sich eher um das Aufzählen von Bedingungen, die das Abgleiten in eine Suchtkarriere begünstigen:

- *Vorbild der Eltern, Lernen am Modell:* Das elterliche Vorbild (Vater oder Mutter sind Alkoholiker) reicht alleine nicht aus, dass auch ein Kind zum Alkoholiker wird. Viele Kinder von alkoholabhängigen Eltern vermeiden gerade aus dem Grund, dass sie ihre Eltern als so schwach erlebt haben, jeglichen Alkoholkonsum.
- *Jugendclique:* Mehr als 50% aller Jugendlichen machen in ihren sog. peer groups Erfahrungen mit Drogen. Aber nur etwa 5% werden später drogenabhängig.
- *Überbehütung:* Kinder, die von ihren Müttern gleichsam zu gut versorgt und verwöhnt werden, entwickeln zwar schwerer ihre Selbständigkeit. Sie müssen deswegen aber nicht süchtig werden.
- *Frustrationen und Enttäuschungen:* Nicht erreichte Lebensziele oder körperliche Handicaps sind sicher ein Anlass für Enttäuschungen oder ein negatives Selbstbild und damit für das Motiv, den eigenen Kummer mit Alkohol zu betäuben. Dennoch besteht kein direkter oder gar notwendig ursächlicher Zusammenhang zwischen Frustrationen und dem maßlosen Trinken von Alkohol.
- *Alkohol als positiver Verstärker:* Auch die These, dass Alkohol positiv verstärkend wirkt (macht gute Laune, schafft Kontakte) oder Unlust vermeiden hilft (Probleme

vergessen), wie es die Lerntheorie (Conger, 1956) und die Psychoanalyse (Rado, 1926) schon seit langem behaupten, reicht meines Erachtens für eine ursächliche Erklärung von Alkoholabhängigkeit nicht aus.

3.4 Alkoholabhängigkeit aus Sicht einer systemischen Psychotraumatologie

3.4.1 Der Ansatz der „systemischen Psychotraumatologie“

Ich verwende den Begriff „systemische Psychotraumatologie“, um die Symptome seelischer Verwirrung aus einer Kombination von Bindungs- und Traumatheorie ursächlich abzuleiten. Es geht im Prinzip um die These, dass sich schwere seelische Erkrankungen in erster Linie aus den Traumatisierungen ergeben, die Menschen erleiden. Traumatisierungen führen zu unkontrollierbaren Gefühlszuständen. Diese wiederum bringen speziellen Symptombildungen hervor, um das Überleben eines Traumas zu gewährleisten nach dem Motto: „Überleben ist wichtiger als glücklich und bei voller Gesundheit zu sein!“ Vieles, was sich an belastenden Symptomen auf psychischer wie körperlicher Ebene bei einem Menschen bemerkbar macht, kann meiner Ansicht nach als Folge traumatischer Erfahrungen und des Versuches, diese so gut es geht zu bewältigen, verstanden werden.

Traumatisierungen und ihre symptomatischen Folgen berühren notwendigerweise auch die emotionalen Bindungen, auf die wir Menschen existentiell angewiesen sind. Daher wirken sich Traumatas auch zwischen und über die Generationen hinweg auf Kinder, Enkel und manchmal sogar Urenkel aus. Der Blickwinkel der von mir vertretenen Psychotraumatologie, die auch in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewinnt (Butollo, Hagl und Krüsmann, 1999; Fischer und Riedesser, 1999; Petry, 1996) ist daher systemisch und generationsübergreifend. Der „Kranke“ oder „seelisch Gestörte“ ist oft nur der Symptomträger in einem durch Traumen schwer erschütterten und deshalb in sich verstrickten Bindungssystem.

Die Traumatisierungen aus früheren Generationen können dann wiederum neue Traumatas in den nachfolgenden Generationen erzeugen. Traumaerfahrungen setzen daher häufig eine Spirale von weiteren Traumatisierungen in Gang. Es wird daher zu einer wesentlichen Aufgabe psychosozialer und medizinischer Berufe, solche Dynamiken zu erkennen und wenn möglich auf vielen Systemebenen (Familie, Schule, Arbeitsorganisationen, Gemeinden ...) zu unterbrechen. Von diesem Theorieansatz aus betrachtet, sind auch alle anderen gesellschaftlichen Kräfte dazu aufgerufen, Traumatisierungen von Menschen nach Möglichkeit zu verhindern.

Da Politik, Macht und Wirtschaftsinteressen aber selbst immer wieder tausendfach Traumatisierungen ursächlich schaffen oder zustimmend fördern (z.B. durch Kriege und Ausbeutungsverhältnisse), wird es wichtig, den Gruppenmechanismus zu verstehen, der Traumaspiralen in Gang setzt. Wie man am Beispiel von Adolf Hitler gut erkennen kann, wirken die individuellen Traumaerfahrungen mit den Traumaerfahrungen großer gesellschaftlicher Gruppen oft in unheilvoller Weise zusammen (Ruppert, 2002, S. ; Beckmann, 2002). Wenn wir in größerem gesellschaftlichen Maßstab besser erkennen und benennen können, warum manche Menschen aufgrund ihrer eigenen Traumaerfahrungen oft grausam und brutal handeln, ohne Mitgefühl zu haben, werden wir wachsamer wahrnehmen können, wenn sich solche Menschen zu Herrschern über uns alle aufschwingen wollen.

3.4.2 Alkoholismus als Versuch der Traumabewältigung

Unter einem Trauma verstehe ich einen Vorgang, bei dem ein Mensch körperlich und/oder seelisch verletzt wird. Dabei unterscheide ich vier verschiedene Arten seelischer Traumata (Ruppert, 2002):

- Existenztrauma: Dies sind Situationen, bei denen es für einen Menschen um Leben und Tod geht (z.B. Verkehrsunfall, Überfall, Kriegssituationen).
- Verlusttrauma: Zerreißen von existentiellen emotionalen Bindungen durch den Verlust naher Personen (z.B. plötzlicher Tod von Eltern oder Kindern; Trennungen, Scheidungen).
- Bindungstrauma: Unmöglichkeit, sich in einem System, zu dem man gehört, sicher zu fühlen (z.B. sexueller Missbrauch, Mobbing, psychisch kranke Eltern).
- Bindungssystemtrauma: Geschehnisse in einem Bindungssystem, die im Prinzip zu seiner Auflösung führen (z.B. Mord, Inzest).

Eine traumatisierende Situation führt je nach ihrer Art zu unkontrollierbaren Gefühlszuständen und auch psychophysiologischen Schädigungen, die dann auf eine spezifische Art und Weise körperlich und seelisch bewältigt werden. Aus schweren Traumatisierungen resultieren schwere seelische Störungen:

- Existenztraumen führen oft zu extrem erhöhten inneren Anspannungen und panikartigen Ängsten.
- Verlusttraumen führen zu tiefen Einsamkeitsgefühlen, chronischer Traurigkeit und schweren Depressionsgefühlen.
- Bindungstraumen erzeugen ein Gefühlschaos aus Angst, Liebe, Wut, Schuld, Scham und innerer Leere und den Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- Bindungssystemtraumen führen zu emotionaler und dann auch geistiger Verwirrung. Ihr Gipfel- und Endpunkt können Psychosen und Schizophrenie sein.

Traumatisierungen überfordern das emotionale Erleben. Sie erzeugen emotionale Verletzungen und Verletzungen von Ich-Grenzen. Sie führen daher zur Auflösung gesunder seelischer Grenzen. Einerseits werden diese seelischen Grenzen starr und rigide, um den betroffenen Menschen vor weiterer Überflutung durch Traumagefühle zu schützen. Andererseits dringen die abgespaltenen Traumagefühle unkontrolliert nach außen und fließen unbewusst in die seelischen Bindungen zu anderen Menschen hinein.

Traumen erzeugen massive Probleme, Nähe und Distanz in zwischenmenschlichen Beziehungen angemessen herzustellen. Traumatisierte Menschen grenzen sich entweder viel zu stark ab oder sie sind ihren eigenen unkontrollierten Gefühlen und den Gefühlen anderer hilflos ausgeliefert.

Alle Formen schwerer seelischer Störungen können vom Versuch begleitet sein, die unkontrollierbaren Traumagefühle durch Alkohol zu dämpfen und sie damit zumindest zeitweise in den Griff zu bekommen. Alkohol kann also

- zur Unterdrückung starker Ängste,
- zur Kompensation von Verlassenheitsgefühlen,
- zum zeitweise Vergessen von Schuld- und Schamgefühlen oder
- zur Unterdrückung von emotionaler, teilweise sogar psychotischer Verwirrtheit getrunken werden.

Da diese unkontrollierbaren Gefühle durch das Alkoholtrinken aber nicht verschwinden, ist der Weg zu süchtigem Trinken gebahnt. Da durch Drogen allgemein die Selbstregulationsfähigkeit des menschlichen Organismus beeinträchtigt wird, werden auf diesem Wege auch die Gefühle immer unkontrollierbarer. Drogen und Medikamente

Gefühle immer unkontrollierbarer. Drogen und Medikamente erscheinen dem Süchtigen dann die einzige Hoffnung, sein Gefühlschaos in den Griff zu bekommen. Die Suchtspirale dreht sich dann immer schneller.

3.4.3 Alkoholsucht als Bindungsstörung

Die seelische Dynamik ist bei jedem Alkoholiker/jeder Alkoholikerin etwas anders gelagert. Deswegen wird nach meiner Erfahrung meist erst durch eine genaue Anamnese verständlicher, woher der seelische Druck kommt, sich in die Sucht zu flüchten. Sofern der Alkoholismus nicht direkt aus dem Versuch entsteht, ein selbsterlebtes Trauma (z.B. Kriegserlebnisse) durch Alkohol zu bewältigen, so sehe ich als wesentliche Ursache von Suchtprozessen massive Bindungsstörungen an, die wiederum aus Traumaerfahrungen der Eltern der Süchtigen resultieren. D.h. Süchtige sind in der Regel Kinder, die keine sichere Bindung zu ihrer Mutter und/oder zu ihrem Vater entwickeln konnten.

Aufgrund eigener Traumaerfahrungen (z.B. weil die eigene Mutter früh starb) sind z.B. manche Mütter selbst noch kindlich bedürftig. Sie können mit einem eigenen Kind emotional nicht viel anfangen. Um nicht selbst in Traumagefühle abzugleiten, können sie das Kind emotional kaum an sich heranlassen. Oder sie sehen das Kind sogar als Konkurrenten ihrer eigenen Liebesbedürfnisse und missbrauchen es daher emotional für ihre eigenen ungestillten Bedürfnisse nach Zuwendung und Liebe. Gleiches gilt für Väter, die ihren eigenen Vater früh verloren haben.

Die Kinder traumatisierter Eltern geraten bei ihrem Versuch, sich an ihre Eltern emotional zu binden, auch in Kontakt mit deren unkontrollierbaren Traumagefühlen. Sie finden bei ihren Eltern keinen emotionalen Halt. Sie suchen ihr Leben lang nach diesem Halt und können sich daher nicht wirklich aus diesem vergeblichen Versuch lösen. Diesbezüglich bleiben sie ihr Leben lang innerlich unsicher und labil.

3.4.4 Alkoholsucht als Familiensystemstörung

Der Theorierahmen der systemischen Psychotraumatologie lässt sich teilweise auch mit dem systemischen Konzept der Suchtfamilie verbinden, wie es etwa von Sharon Wegscheider (1987), Ursula Lambrou (1993) oder Helmut Kolitzus (Kolitzus 1997, 2001) entwickelt wurde. Demnach wird die ganze Familie zu einer „Suchtfamilie“, wenn ein Familienmitglied alkoholabhängig wird. Der Alkoholiker ist durch seine eigenen Familienmitglieder nicht zu retten. Im Gegenteil: Durch ihr eigenes ungesundes Verhalten stützen diese seinen Alkoholismus. In solchen Familien wird nach dem Skript gelebt: Niemand darf gesünder sein oder sich wertvoller fühlen als der Alkoholiker. Je weniger der Alkoholiker in der Lage ist, sein eigenes Leben zu steuern, desto mehr übt er Macht auf seine Umgebung aus. In einer Familie ist oft der am mächtigsten, der am tiefsten gestört ist.

Um die eigentlich unhaltbare Familiensituation zu retten, gibt es in der Suchtfamilie Personen, die dem Abhängigen helfen, seine Sucht weiter auszuleben. Man nennt diese Familienmitglieder „co-abhängig“. Andere Familienmitglieder stabilisieren das System, indem sie entweder die Aufmerksamkeit auf sich ziehen und damit vom Süchtigen ablenken oder sich ruhig und unauffällig verhalten oder durch künstlich erzeugte Heiterkeit vom Ernst der Lage ablenken. Es werden z.B. von Ursula Lambrou (1993) die Beziehungen der Familienmitglieder zueinander beschrieben und mehrere Rollenmuster identifiziert, die die Partner und Kinder von alkoholabhängigen Elternteilen entwickeln.

Coabhängige Paarbeziehung.- Die Paarbeziehung ist schwer gestört, wenn einer der Partner alkoholabhängig ist. Streitigkeiten sind an der Tagesordnung. Der nichtsüchtige Partner ist ständig in der Hoffnung, den anderen bekehren zu können. Er arbeitet mit Zuckerbrot und Peitsche. Er deckt den Süchtigen nach außen gegenüber Arbeitgebern, Verwandten, Bekannten, oft auch gegenüber den eigenen Kindern. Er organisiert für den Süchtigen das Leben, er ist der eindeutige Haushaltsvorstand, ohne ihn würde alles zusammenbrechen: "Wenn ich nicht für alles Sorge, geschieht überhaupt nichts." Er bekommt von anderen Anerkennung in dieser Rolle: "Was Du alles tust!"

Er muss seine eigene Enttäuschung hinunterschlucken, darf sich seine eigene Hilflosigkeit nicht eingestehen. Der Dauerstress in der Sorge um den süchtigen Partner und die Kinder bildet die Grundlage für seine eigenen psychosomatischen Beschwerden und Depressionen.

Der Nichtsüchtige ist co-abhängig, wenn er mit Fortschreiten der Krankheit immer mehr Anstrengungen unternimmt, die Krise und den Schicksalsschlag abzuwehren, dass er und sein Partner sich in ihrem Lebensweg in einer Sackgasse befinden. Er tut alles dafür, sich den emotionalen wie sozialen Bankrott nicht einzugestehen. Seine Wut auf den Süchtigen ist unproduktiv. Sie führt nur zu immer heftigeren Anklagen, aber keinen Lösungen. Beim Süchtigen führt dies immer weiter zum emotionalen Rückzug.

Die verstrickte Eltern-Kind-Beziehung.- Ist ein Elternteil alkoholabhängig, sind die Eltern sehr stark mit sich selbst beschäftigt. Der eine mit der Droge, der andere mit seinen Hilfeversuchen. Das Kind steht oft als Beobachter daneben. Es fühlt sich alleine gelassen, hat Kummer, weil die Personen, die es liebt, ihm keine kontinuierliche Nähe und Geborgenheit bieten.

Die Eltern sind unberechenbar, sie zeigen große, für ein kleines Kind unvorhersehbare Gefühlsschwankungen. Mal überaus freundlich, dann wieder wütend und gewalttätig. Toben und Jammern Das Kind muss deshalb lernen, vor seinen Eltern auf der Hut zu sein.

Das Kind wird in das Familienskript "Wir bewältigen den Alkoholismus selbst, ohne fremde Hilfe" hineingezogen. Es muss mit verleugnen, verschweigen, verdrängen, die Fassade nach außen mit aufbauen helfen. Am besten ist es, wenn es selbst nichts merkt bzw. so tut als ob. Es darf über seine Gefühle nicht reden. Meist will es der nichttrinkende Partner vor der Wahrheit verschonen. Das Kind wird dazu angehalten, seinen eigenen Wahrnehmungen und Gefühle nicht zu trauen.

Oder das Kind wird hin- und hergerissen: Der Süchtige sucht Trost beim Kind, wenn ihn sein Partner verachtet. Er ist zuweilen viel enthemmter und verspielter als der ewig nörgelnde Partner, bietet damit dem Kind u.U. auch Schönes. Andererseits versucht auch der nichtsüchtige Elternteil das Kind auf seine Seite zu ziehen: „Schau dir (Alkoholiker) an, was Du dem Kind damit antust!“ „Schau dir (Kind) Deinen Vater/Deine Mutter an!“ Der nicht-süchtige Ehepartner sucht beim Kind dann ebenfalls Trost, z.B. wenn der Süchtige gewalttätig wird.

Das Kind gerät damit in einen immer tiefer werdenden Loyalitätskonflikt. Es wird vom ihm verlangt, Partei für den einen oder anderen Elternteil zu ergreifen. Es verliert auf diese Weise meist den Halt bei beiden Eltern: "Wenn ich einem recht gab, hatte der andere automatisch unrecht. Dann bin ich nicht mehr das, was ich sein wollte, um von allen auch gemocht zu werden. Diese Situation war bei uns zu Hause die unerträglichste. Weil damit ja die allgemeine Verunsicherung noch größer wurde." (Lambrou, 1993, S. 92)

Die Folge ist für das Kind eine gefühlsmäßige Zerrissenheit und Verwirrung. Es besteht eine Ambivalenz von Liebe und Hass. Das Kind hat Angst, den anderen zu verletzen und ihn zu verlieren, andererseits entwickeln sich bei ihm auch heftige Wutgefühle bis hin zu Mordabsichten.

Das Kind muss mit seinem Gefühlschaos selbst fertig werden, mit seiner Angst, Scham und seiner hilflosen Wut, mit seinen Gefühlen, immer wider körperlich und seelisch verletzt und gedemütigt zu werden. Das Leben in einer Suchtfamilie bedeutet für das Kind ein *fortgesetztes Bindungstrauma*, wie ich diese Situation im Konzeptrahmen der systemischen Psychotraumatologie bezeichne. Dem Kind genügt es daher als Ausweg nicht, nur bestimmte Negativerlebnisse zu verleugnen und zu verdrängen. Es muss ein Überlebenskonzept entwickeln, das seine gesamte Persönlichkeit zunehmend prägt. Es nimmt eine Rolle an, die zu seiner Charaktermaske wird, weil ein freies Ausleben und Ausdrücken von Gefühlen und Gedanken nicht möglich ist. Folgende Rollen nehmen Kinder in Suchtfamilien meist ein:

- **Der Held:** Der „Held“ wird als der Stolz der Familie gehandelt. Oft ist er das älteste Kind. Er bekommt durch Bewunderung oft mehr Aufmerksamkeit als seine Geschwister und er versucht zu vermitteln. Er will positiv sein, keine negativen Gefühle zeigen, sich selbst ganz unter Kontrolle haben, sich nicht so gehen lassen, wie die Eltern. Er hat die Illusion, etwas Besonderes zu sein und bezieht daraus sein Wertgefühl. Er will nach außen demonstrieren, dass die Familie doch in Ordnung ist. Die Gefahr dabei ist: Der Held überfordert sich selbst, glaubt nie gut genug zu sein. Er verbirgt seine Gefühle, verhindert, dass andere z.B. seine Ängste und seine Wut mitbekommen, er sieht solche Gefühle bei sich als unzulässige Schwäche an. Die Überlebensregel von Helden lautet: Vertraue dich niemandem wirklich an, bleib auf Distanz. Die Folgen sind oft Arbeitssucht, chronischer Stress, psychosomatische Erkrankungen. Der Held wird in der Familie zum "Zuhelfer" des nichtabhängigen Partners. Er übernimmt im Berufsleben oft die Helferrolle, ist für andere fürsorglich, oft manipulativ: Sag mir all deine Sorgen, damit ich meine eigenen Gefühle nicht preisgeben muss. Er fühlt sich verpflichtet, das Leiden anderer zu lindern, um selbst nicht zu leiden. Der Held ist anfällig für Partner, die süchtig sind. Er kann in solchen Beziehungen seine Helferrolle weiterspielen, sich als der Überlegene fühlen. Er muss sich nicht mit seinen eigenen Ängsten konfrontieren. Die Heldenrollen nehmen oft auch die erstgeborenen Mädchen in der Familie ein. 60% aller nichttrinkenden Frauen von Alkoholikern hatten einen alkoholabhängigen Vater.
- **Das schwarze Schaf:** Die Rolle des „schwarzen Schafes“ übernimmt oft das zweite Kind in einer Suchtfamilie. Es fühlt einen chronischen Mangel an Anerkennung, denn die bekommt ja schon der Held und mit dem kann es nicht mithalten. Das schwarze Schaf ist das negative Spiegelbild des Helden: böse und verantwortungslos. Es scheint sich keinen Deut um die Familie zu kümmern, dabei bemüht es sich verzweifelt auf diese Art um seine Familie und fühlt sich dabei von ihr in Stich gelassen. Es hasst sich selbst, will sich selbst zerstören und ist stets nahe am Selbstmord. Es zieht sich aus der Familie zurück, sucht sich Freunde außerhalb, treibt sich herum, versagt in der Schule, stiehlt, flüchtet sich in Drogen und will als Problemkind Anerkennung bekommen. Mädchen suchen früh sexuelle Kontakte, in der Hoffnung nach Nähe, die ihnen in der Familie versagt bleibt. Frühe Schwangerschaften sind die Folge. In einer Familienberatungsstelle, die Schwangerschaftsfrüherkennungstests für 14-17jährige Mädchen anbot, nahmen fast ausnahmslos die Mädchen die Tests in Anspruch, die in ihren Familien die Rolle des schwarzen Schafs hatten. Die meisten von ihnen kamen aus Alkoholikerfamilien. Während im Helden die nächste Generation der Co-Abhängigen heranwächst, sind die schwarzen Schafe die nächste Generation der Süchtigen. Ohne Selbstwertgefühl und Verbündeten in der Familie rückt das Kind in der Rolle des schwarzen Schafes von den beiden rechtschaffenen und guten Familienmitgliedern ab

und orientiert sich innerlich immer mehr an dem Süchtigen und verfängt sich in den gleichen Verhaltensmustern wie er. Es entwickelt auf diese Weise immer mehr Verständnis für den süchtigen Elternteil und wird ihm gleich.

- **Das stille Kind:** Vom Helden wird Gutes erwartet, vom schwarzen Schaf Böses, vom stillen Kind Nichts. Man ist froh, dass es nicht auch noch Probleme macht. Das stille Kind versucht nicht, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, es zieht sich zurück, akzeptiert seine Außenseiterposition, wird zum Einzelgänger oder Träumer. Es leidet still und zurückgezogen vor sich hin, klagt nicht andere für sein Schicksal an, sondern fühlt sich selbst schuld, weil wertlos. Es bekommt nichts, nimmt nichts an und kann auch nichts von sich geben. Es kann seine negativen Gefühle nicht zum Ausdruck bringen, was sich oft in körperlichen Krankheiten äußert (Bettnässen, Allergie, Asthma, oft Unfälle). Es kann sich Gleichaltrigen gegenüber nicht behaupten, es ist zu friedlich. Sein Grundgefühl ist Einsamkeit. Sein eigener Schutzraum wird ihm zum Gefängnis. Nähe kann es schlecht ertragen, Partnerschaften, Ehen gehen meist schief. Es leidet zeitlebens vor sich hin. Es greift im Unterschied zum schwarzen Schaf eher zu stillen Suchtformen (Medikamente).
- **Der Clown:** Der „Clown“ ist oft das letzte Kind in der Familie, das Rollenspiel in der Suchtfamilie ist in vollem Gange, die anderen Rollen sind besetzt. Das jüngste Kind wird irreführt, merkt aber, dass etwas nicht stimmt. Es hat Angst, fühlt sich und die Familie in Gefahr, aber seine Angst wird beschwichtigt. Durch sein manipulatives Verhalten beschwichtigt der Clown seinerseits seine eigenen Ängste. So lernt er, wie man die Familie aufheitern kann. Aufgrund der inneren Spannungen ist er wie eine Sprungfeder, oft hyperaktiv. Er ist nicht ruhig wie das stille Kind, sondern holt sich Beachtung durch seine Clownereien. Ausweichen und Ablenken sind sein immer starrer werdender Abwehrmechanismus. Hinter der sorglosen Fassade werden die Ängste immer abgründiger. Der Clown entwickelt stressbedingte Krankheiten; bekommt leicht Angstanfälle und Phobien. Er hat oft einen hohen Psychopharmakakonsum und wird nach Wegscheider (1988) häufiger psychiatrisch auffällig als die anderen Rollen. Flucht in Drogen, Psychopharmaka, Selbstmord sind häufige Lebenswege.

Das Erkrankungsrisiko für Kinder alkoholkranker Eltern ist also insgesamt stark erhöht. Kinder alkoholkranker Eltern werden mit einer größeren Wahrscheinlichkeit als jede andere gesellschaftliche Gruppe selbst auch alkoholabhängig (neunfach erhöhtes Erkrankungsrisiko). Mehr als 50% aller Alkoholiker haben mindestens einen Elternteil, der während ihrer Kindheit alkoholabhängig war.

Offenbar spielt es eine wichtige Rolle, ob die Sucht eines Elternteils innerhalb und außerhalb der Familie gezeugnet oder ob offen damit umgegangen wird. Lambrou (1993) zitiert eine polnische Studie, nach der Kinder weniger vom Alkoholismus in ihrer Familie beeinträchtigt waren, deren nichttrinkende Väter oder Mütter "offen über die Alkoholkrankheit des Partners sprechen konnten, diese auch nicht vor Verwandten und Nachbarn verheimlichen mussten, und wo Trauer und Angst um die Süchtigen miteinander geteilt wurden und die Kinder auch die Liebe zum Trinkenden miterlebten." (S. 92)

Da es sich bei den beschriebenen Anpassungsrollen in einer Suchtfamilie im Sinne der systemischen Psychotraumatologie um eine Traumabewältigungsstrategie handelt, kann sich das Kind auch später, wenn es erwachsen wird, in der Regel nicht aus diesem Rollenmuster befreien. Selbst wenn es nicht mehr in der Suchtfamilie lebt, erlebt es seine soziale Umwelt

emotional noch immer wie die eigene Familie. Es stellt dadurch oft unbewusst die familiäre Situation wieder her, indem es z.B. einen süchtigen Partner heiratet (Norwood, 1992).

3.4.5 Risikogruppen für Alkoholabhängigkeit

Aus der Literatur und meiner psychotherapeutischen Praxis kenne ich mehrere Risikogruppen, die dazu neigen, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln:

- *Soldaten*, die im Krieg als Täter wie Opfer schwere Traumaerfahrungen gemacht haben und sich nach dem Krieg im zivilen Leben nicht mehr zurecht finden. Francine Shapiro beschreibt z.B. über Vietnamveteranen: „Eines der erschütterndsten Symptome von Veteranen, die unter PTBS leiden, ist, dass sie alles zu meiden versuchen, was sie an ihr Trauma erinnert. ... Oft greifen sie zu Alkohol und Drogen, um ihren Schmerz zu lindern und um nicht über Vietnam nachdenken zu müssen.“ (Shapiro & Forrest, 1998, S. 59).
- *Frauen, die vergewaltigt oder als Kinder/Jugendliche missbraucht wurden*: Der Alkoholismus eines Vergewaltigers oder missbrauchenden (Stief)Vaters begünstigt oft solche Taten. Weil Frauen über ihre sexuellen Gewalterfahrungen oft nicht sprechen können (z.B. Frauen als Kriegsbeute) und Mädchen über den Missbrauch in ihrer Familie nicht reden dürfen und keinen sozialen Rückhalt erfahren, verschließen sie sich. Missbrauchte Kinder erleben als Jugendliche oft weitere sexuelle Gewalterfahrungen. Der Alkohol dient dazu, die eigenen Schuld- und Schamgefühle und das gesamte innere Chaos an Gefühlen zu überdecken.
- *Weggegebene und abgelehnte Kinder*: Solche Kinder werden entweder zu den Großeltern, meist Eltern der Mutter, oder in ein Heim oder zu Adoptiv- und Pflegeeltern gegeben. Sie haben das denkbar größte Verlusttrauma erlebt, den frühen Verlust ihrer Eltern. Sie haben keinen seelischen Halt. Sie fühlen sich einsam und werden depressiv.
- *Söhne, denen der Vater fehlt ...*: Dieses familiäre Muster kann mehrere Gründe haben und in unterschiedlichen Varianten auftreten. Der Vater kann selbst Alkoholiker sein und deshalb emotional abwesend sein. Oder es sind Väter, die ihre Kinder nicht anerkannt, sich aus dem Staub gemacht und die Mutter in Stich gelassen haben. Solche Väter werden von den Frauen oft verachtet. Diese Verachtung richtet sich dann auch gegen das Männliche in einem Sohn. Ich habe es auch schon beobachtet, dass die Mütter der alkoholabhängigen Söhne seelisch noch immer am Vater des Kindes „hängen“ und mit diesem in einer Hassliebe verbunden sind.
- *... und die mit ihren Müttern seelisch verstrickt sind* Söhne aus solch verstrickten Paarbeziehungen können sich von ihren Müttern nicht lösen. Sie müssen für ihre Mutter den abwesenden Vater vertreten, sie sind Liebes- und Hassobjekt zugleich. Auch sie lieben ihre Mutter und lehnen sie zugleich ab. Manchmal sind die alkoholabhängigen Söhne auch mit einem Mann seelisch verstrickt, an den die Mutter vor ihrer Beziehung mit dem Vater des Kindes seelisch gebunden war. Söhne, die gewissermaßen seelisch als Geliebter ihrer Mutter aufwachsen, haben später nicht nur Probleme sich von ihrer Mutter zu lösen. Sie geraten auch in Beziehungen zu Frauen in Probleme, weil sie die Gefühlsmuster der Mutter gegenüber auf ihre Partnerinnen übertragen. Nähe und Intimität wird dadurch zum Problem, weil die Treue zur Mutter dadurch gebrochen wird und Sexualität mit Inzest gefühlsmäßig in Zusammenhang gebracht wird. Frauen und Partnerinnen können sie daher entweder nur als „Heilige“ (gute, anständige Mutter) oder „Huren“ (verdorbene Frau) wahrnehmen.

3.4.6 Anamnese und Therapie durch Familienaufstellungen

Ich mache seit nunmehr 8 Jahren intensive Erfahrungen mit der Methode der Familienaufstellungen. Ich erachte sie als äußerst hilfreich, die Ursachen von körperlichen und psychischen Krankheitssymptomen besser zu erkennen. Sucht- und Abhängigkeitsdynamiken können durch Aufstellungen sehr gut erkannt werden. Das süchtige Trinken wird in Aufstellungen auch als Schutzmechanismus vor Traumaerfahrungen sichtbar. Es kann daher nur verschwinden, wenn es für den Patienten eine Alternative zur Bewältigung seiner chaotischen Gefühle und seiner verstrickten seelischen Bindungen gibt. Und wenn er seelischen Halt findet.

Sucht ist insofern auch ein Symptom und nicht die eigentliche Krankheit. Wie jedes Symptom hat die Sucht daher auch eine positive Seite. Sie schützt die betreffende Person vor dem Kontakt mit Traumagefühlen und unterdrückt die chaotischen Traumagefühle zumindest zeitweise. Die andere Seite dieser symptomatischen Reaktion auf das Trauma ist die destruktive Kraft der Sucht. Sie führt zu einer Fixierung und beinhaltet keine Alternative selbst wenn die negativen Folgen der Sucht ihre positiven Seiten längst überwiegen.

Mit Familienaufstellungen wird in manchen psychosomatischen Kliniken bereits gearbeitet. In der Literatur zu Familienaufstellungen wird das Thema jedoch erst in Ansätzen behandelt (Drexler, 2001; Döring-Meijer, 2000).

Ich konnte das von mir entwickelte Konzept der systemischen Psychotraumatologie bisher nur in der Einzeltherapie und in speziellen Workshops in Drogenkliniken erproben (Wunderl, 1999). Eine gezielte Umsetzung dieses Konzeptes in der stationären Drogentherapie steht aus.

3.5 Entzug, Therapie, Nachbehandlung

Alkoholabhängigkeit als Krankheit.- Alkoholabhängig ist definitionsgemäß jeder, der das Trinken von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass für ihn unangenehme Zustände körperlicher oder seelischer Art auftreten. Durch ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.6.1968 wurde Alkoholabhängigkeit auch als Krankheit gesellschaftlich anerkannt: "... Alkoholsüchtigkeit, auch wenn sie keine Geisteskrankheit im engeren Sinne darstellt und noch keine körperlichen Beschwerden hervorruft, jedoch bereits zum Verlust der Selbstkontrolle geführt hat ...". Daraus leitet sich für den Einzelnen ein Anspruch auf Heilbehandlung gegenüber Krankenkassen (v.a. "Entgiftung") und Rentenversicherern (v.a. Rehabilitationsmaßnahmen), u.U. auch ein Anspruch auf Sozialhilfe ab (z.B. Eingliederungshilfe für Behinderte).

Es ist einerseits als Fortschritt anzusehen, dass Alkoholabhängigkeit nicht nur als moralische Verfehlung und Willensschwäche gesehen wird. Andererseits individualisiert das an die Medizin angelehnte Krankheitskonzept der Sucht ein Geschehen, das im sozialen Kontext entsteht und auch im sozialen Kontext behandelt und therapiert werden muss.

Körperlicher Entzug/"Entgiftung".- Zu Beginn einer Therapie muss der Alkoholabhängige eine körperliche Entziehung bewältigen ("Entgiftung"), die zwischen 1 bis 3 Wochen dauert. Sie geschieht in der Regel stationär. Es werden auch Modelle eines ambulanten Entzugs praktiziert. Die Gabe von Medikamenten (BDZ, Benzodiazepine) sollen die Entzugserscheinungen erträglicher machen. Es besteht jedoch dabei die Gefahr, von diesen Medikamenten abhängig zu werden.

Psychotherapie/"Entwöhnung".- Ohne eine anschließende Psychotherapie - ambulant oder stationär - wird die Alkoholabhängigkeit nur in seltenen Ausnahmefällen ohne psychotherapeutische Begleitung des Abhängigen überwunden. Jedoch entscheidet sich nur etwa ein Pro-

zent der 10-15% Alkoholabhängigen, die sich stationär entgiften lassen, auch zu einer Entwöhnungstherapie. Wesentlich für den Ausstieg aus der Sucht ist die Einsicht des Alkoholikers, dass er abhängig ist und er sich in dieser Hinsicht nichts mehr vormacht. Dass er also bereit ist, die Persönlichkeitsfassaden abzubauen, die ihm sein Alkoholkonsum aufzubauen ermöglichte. Mit dem Konzept des Wiederfindens von Identität und Selbstverantwortlichkeit wird insbesondere in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (vgl. Rogers, 1994) gearbeitet.

Verhaltenstherapeutische Ansätze beginnen zunächst mit einer differenzierten Verhaltensanalyse, die dem Klienten aufzeigt, bei welchen Anlässen er Alkohol konsumiert und für welche Probleme Alkohol als Scheinlösung eingesetzt wird. Es muss dann ein Therapieziel vereinbart werden: völlige Abstinenz oder kontrolliertes Trinken. Nach Ferstl & Bühringer (1991) zeigen amerikanische Studien, dass insbesondere bei jüngeren Personen mit einer zeitlich noch kürzeren Alkoholabhängigkeit das Therapieziel "kontrolliertes Trinken" eher akzeptiert wird und zumindest zu gleich guten Therapieergebnissen führt.

Neben dem Trinkverhalten müssen in einer Therapie in der Regel auch das Sozial-, Arbeits- und Freizeitverhalten des Klienten verändert werden. Er muss lernen, in sozialen Situationen wieder adäquat zu kommunizieren und zu handeln, seine Selbstsicherheit und Belastungsfähigkeit muss gestärkt werden. Beim Arbeitsverhalten geht es meist darum, zunächst eine vom Klienten akzeptierte Ausbildungs- oder Arbeitsstelle zu finden und ihn zu regelmäßiger Arbeit zu motivieren. Der Klient soll lernen, seine Freizeit ohne Zuhilfenahme von Alkohol zu strukturieren und zu planen. Als psychotherapeutische Methoden stehen derzeit im Vordergrund:

- Gesprächspsychotherapie, um die Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums für die eigene Persönlichkeitsentwicklung zu erkennen;
- Selbstkontrolltechniken zum Aufbau von selbsterzeugtem gedanklichen Widerstand beim Verlangen nach der Droge;
- Ablehnungstraining zum Aufbau von Verhaltensweisen für Situationen, in denen Alkohol angeboten wird;
- Selbstsicherheitstraining zur Verbesserung der Wahrnehmung und Interpretation sozialer Interaktionen und zum Aufbau sozialer Fertigkeiten;
- Entspannungstraining zur Reduzierung physiologischer Anspannungssymptome in belastenden Situationen.

Die Therapiedauer ist unterschiedlich. Je nach Suchtklinik, therapeutischem Ansatz und Bereitschaft der Kostenträger zur Finanzierung dauert eine Entwöhnungsbehandlung zwischen 2 und 12 Monaten.

Wer nach einem Jahr nicht rückfällig wird, hat eine gute Prognose trocken zu bleiben. Die bei Ferstl & Bühringer (a.a.O.) zitierten Studien weisen Erfolgsquoten zwischen 28 - 53% abstinenten Klienten auf. Um Rückfälle zu erklären wird u.a. auch ein "Suchtgedächtnis" angenommen: Das Gehirn habe in einem langjährigen Konditionierungsprozeß gelernt, auf bestimmte situative Reize hin Entzugserscheinungen auszulösen, auch wenn die Entwöhnung bereits abgelaufen ist (Böning, 1992). Rückfälle werden heute aber nicht mehr als die alles zunichte machende Katastrophe angesehen. Der Klient soll vielmehr in der Therapie auch darauf vorbereitet werden, wie er ohne Panik bei Rückfällen reagieren kann (Körkel & Kruse, 1992).

Nur 15% aller Alkoholiker werden nach einem Klinikaufenthalt völlig abstinent (Kryspin-Exner, 1990, S. 291). Als wichtig hat sich für den Therapieerfolg auch der Rückhalt durch das soziale Umfeld, v.a. die Familie erwiesen. Allerdings müssen die Familienmitglieder in der Zwischenzeit ebenfalls gelernt haben, aus ihren suchterhaltenden Rollenmustern

auszusteigen. Deshalb werden in Fachkliniken meist auch Angehörigengruppen für die Partner und Kinder alkoholabhängiger Patienten angeboten. Die insgesamt eher bescheidenen Erfolgsraten in der Suchttherapie weisen nach meiner Ansicht auf die Notwendigkeit hin, die Ursachen für die Entstehung von Suchtkarrieren noch besser zu verstehen und nach effizienteren Behandlungsmethoden zu suchen.

Sozialtherapie.- Die Behandlung von Süchtigen eröffnet auch für Sozialarbeiter die Möglichkeit, therapeutisch zu arbeiten. Voraussetzung dafür ist eine Qualifikation zum Sozialtherapeuten. Diese kann an verschiedenen Ausbildungsinstituten erworben werden. Diese Ausbildungsinstitute müssen sich jedoch entweder an der Psychoanalyse oder an der Verhaltenstheorie orientieren, um vom Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) anerkannt zu werden. Ausbildungsinstitute sind z.B. die „Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung“ in Münster oder der „Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.“ in Kassel.

Nachsorgebehandlung/Selbsthilfegruppen.- Nach einer stationären Behandlung kann es für den Alkoholabhängigen auch günstig sein, einen Platz in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu finden, um dort durch das Zusammenleben mit anderen Menschen Rückhalt zu finden und das Einhalten "sozialer Spielregeln" einzuüben.

Eine der wichtigsten Selbsthilfegruppen sind die Anonymen Alkoholiker (AA), bei denen sich "trockene" Alkoholiker regelmäßig in regionalen Gruppen treffen und sich gegenseitig unterstützen (Neuendorff & Schiel, 1989). Die AA bieten auch Selbsthilfegruppen für Angehörige von Alkoholkranken an.

3.6 Alkoholprävention am Beispiel betrieblicher Programme

3.6.1 Alkoholismus in der Arbeits- und Berufswelt

In den Unternehmen und Betrieben spiegeln sich beim Thema Alkoholabhängigkeit die gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse wieder. Etwa 5-10% Alkoholranke in der Gesamtbevölkerung bedeuten auch mindestens 5-10% Alkoholranke in einem Industriebetrieb, einem Dienstleistungsunternehmen oder in einer Behörde. Alkoholabhängigkeit ist nicht auf bestimmte Berufsgruppen oder die Schichtzugehörigkeit beschränkt. Für bestimmte Berufsgruppen kann man ein etwas erhöhtes Risiko ermitteln: Polizisten 5 %, Krankenhausärzte 6%, katholische Priester 8%, Berufspiloten 10%. Fließbandarbeiter und leitende Angestellte sind überdurchschnittlich gefährdet, Alkoholprobleme zu bekommen. Allerdings korrelieren spezifische Arbeitsbedingungen nur schwach mit dem Alkoholkonsum.

Alkohol wird von Berufstätigen v.a. aus zwei Motiven als Problemlöser zu nutzen versucht: Erstens wenn Arbeitsanforderungen als bedrohlich erlebt werden und für den Betroffenen die Hoffnung besteht, durch Steigerung der eigenen Leistung die Lage zu meistern. Zweitens wenn der Kontrollverlust bereits eingetreten ist und vom Alkohol eine Besserung der depressiven Stimmung erwartet wird (Puls, 1992). Auch eine Unterforderung der Handlungspotentiale eines Mitarbeiters fördert nach Puls - befragt wurden 1.094 Beschäftigte in verschiedenen Ämtern der öffentlichen Verwaltung - die Motivation zum Alkoholkonsum.

Es ist also nie zu früh, im Betrieb mit der Alkoholprävention zu beginnen. Zwischen 10 - 30% der Mitarbeiter in einem Betrieb müssen als alkoholgefährdet bezeichnet werden. Berufs- und Branchenunterschiede sind hier in Rechnung zu stellen. Besonders gefährdet sind z.B. Arbeitende in der Gastronomie, in Brauereien, Bau- und Hafendarbeiter. Doch betriebli-

cher Alkoholismus ist nicht nur auf Arbeiter beschränkt, auch im Angestelltenbereich oder bei den Führungskräften liegt die Zahl der Alkoholismusfälle nicht unter dem statistisch zu erwartenden Wert.

Unter den gegebenen Bedingungen ist die Droge Alkohol gut in die betriebliche Organisationskultur integriert:

- Feiern am Arbeitsplatz ist normal (Ein-, Ausstand, Geburtstag, Kind ...) und alkoholische Getränke sind dafür meist ein Muss, wenn dem nicht durch besondere betriebliche Vereinbarungen ein Riegel vorgeschoben wird.
- Geschäftsabschlüsse müssen "begossen" werden.
- Durst mit Bier zu löschen, gilt als angebracht, der Schwerarbeiter hat es sich in den Augen der anderen sogar "verdient" usw.

3.6.2 Alkoholismus als ein Tabuthema

Die meisten Unternehmen neigen zunächst dazu, das Thema Alkoholabhängigkeit ihrer Mitarbeiter als Tabuthema zu behandeln. Das ist angeblich deren Privatsache, darüber spricht man nicht, man lernt vielmehr damit zu leben - mit der Unpünktlichkeit und Unzuverlässigkeit der Alkoholabhängigen, ihren nachlassenden Leistungen, ihrem Jähzorn oder ihrer Wehleidigkeit usw. (Kolitzus, 1988).

Alkoholismus ist daher auch im Betrieb nur deshalb möglich, weil es genügend Co-Abhängige gibt. Dies sind alle Menschen, die es mit dem Alkoholiker "gut meinen", ihm helfen wollen und bereit sind, seine „Schwäche“ zu tolerieren, ihn bei Leistungsschwierigkeiten decken oder unterstützen. Das können Kollegen genauso sein wie Vorgesetzte. Keine wirkliche Hilfe für den Alkoholabhängigen ist es auch, wenn Kollegen und Vorgesetzte irgendwann vom Beschützen zum Kontrollieren und schließlich zum Anklagen übergehen.

Vorgesetzte haben meist die Vorstellung, in einem Gespräch mit einem Alkoholiker dessen Widerständen und Ausflüchten hilflos gegenüber zu stehen. In der Regel haben sie damit recht. Ohne besondere Schulung in der Gesprächsführung sind sie bei diesem Thema dem Süchtigen nicht gewachsen. Gespräche enden nicht konstruktiv im Sinne der Einleitung von Hilfs- und Therapiemaßnahmen, sondern diese Gespräche verstricken sich in vermeintlichen Ursachenanalysen oder eskalieren in wechselseitigen Vorwürfen. Auflagen des Vorgesetzten - z.B. 1 Jahr kein Alkohol! - haben keinerlei Wirkung. Die Schulung der Vorgesetzten sowohl in Bezug auf ihr Wissen über die Alkoholabhängigkeit wie in Bezug auf ihre sozialen und kommunikativen Kompetenzen ist daher ein wichtiger Bestandteil betrieblicher Präventionsprogramme.

3.6.3 Innerbetriebliche Überzeugungsarbeit

Heute ist es nicht mehr so schwierig wie vor etwa 20 Jahren, Betriebe von der Notwendigkeit betriebsbezogener Alkoholprogramme zu überzeugen. Vor allem die betriebswirtschaftlichen Aspekte von Suchtkrankheiten der Mitarbeiter haben sich herumgesprochen:

- 10-25% Leistungsminderung bei den Betroffenen,
- 16 mal so viele Fehlzeiten,
- 2,5 mal häufigere Erkrankungen,
- höhere Fluktuation,
- mehr Unfälle, 1,4 mal längere Fehlzeiten nach Unfällen,
- mehr Maschinen- und Anlagenstörungen,

- schlechteres Betriebsklima (Russland, 1989).

Im Betrieb kann man mit entsprechender Überzeugungsarbeit auch relativ leicht eine Reihe von Personen bzw. Abteilungen für solche Programme gewinnen:

- den Betriebsarzt: wegen der gehäuften somatischen Befunde,
- die Sicherheitsingenieure, Fachkräfte für Arbeitsschutz: wegen der vermehrten Unfälle,
- den Betriebsrat: wegen drohender Entlassungen,
- die Personalabteilung: z.B. wegen Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung.

Die Zahl der Verbündeten im Betrieb, die solche Programme mittragen, ist zugleich ein Indikator für die Erfolgsprognose. Alkoholpräventionsprogramme sind in der Anfangsphase fast immer stark vom Engagement einzelner Personen im Betrieb abhängig. Man hat auch herausgefunden, dass sich zunächst solche Personen engagieren, die durch Fälle in ihrem sozialen Umfeld stärker für das Suchtproblem sensibilisiert sind (Fuchs, 1992). Dennoch zeigt sich auch: Betriebliche Aktivitäten sind Strohfeuer, wenn sie nur von Einzelpersonen getragen werden. Ist der Programmpromotor "gefrustet" oder verlässt er die Organisation, flacht alles wieder ab.

3.6.4 Alkoholprävention als Organisationsentwicklung

"Abstinenz für alle" (vgl. islamische Länder) ist in unserer Gesellschaft ein unrealistisches Ziel. Unter Prävention lässt sich in diesem Zusammenhang daher folgendes verstehen:

- Primärprävention: Verhindern, dass Alkoholkonsum zu Alkoholmissbrauch führt.
- Sekundärprävention: Fortschritt vom Alkoholmissbrauch zur -abhängigkeit stoppen.
- Tertiärprävention: Alkoholabhängige heilen und Rückfälle verhindern.

Sinnvolle und langfristig wirkende Suchtprävention im Betrieb muss daher als Organisationsentwicklungsmaßnahme angelegt sein, man spricht heute auch zunehmend von der Entwicklung von Organisationskulturen.

Die Betriebe müssen dabei zunächst lernen, nicht mehr nur auf die rein administrative Bewältigung des Suchtproblems zu vertrauen. Alkoholverbote und sofortige Drohungen mit Kündigungen machen aus der Verheimlichungstendenz von Alkoholikern nur einen perfektionierten Verheimlichungszwang und erschweren damit die Früherkennung und Enttabuisierung des Problems. Eine schnellstmögliche Kündigung alkoholabhängiger Mitarbeiter ist nicht nur unsozial und arbeitsrechtlich kaum möglich (Fürsorgepflicht des Unternehmers gegenüber seinen Mitarbeitern), sie führt auch nur zu einer Verlagerung der Probleme. Die betrieblichen Aktivitäten müssen deshalb sowohl auf Prävention wie auf Rehabilitation von Alkoholkranken ausgerichtet sein. Die Ein- und Durchführung betrieblicher Alkoholpräventionsprogramme läuft "klassischerweise" in 6 Phasen ab:

- Tabuisierung – Duldung,
- Labilisierung und Entscheidung für ein Programm,
- Euphorie,
- Labilisierung und Neuentscheidung,
- Stabilisierung.

Schwerpunktaktionen.- Folgende Maßnahmen sollten im Rahmen einer Organisationsentwicklung mit dem Schwerpunkt Alkoholprävention ergriffen werden:

- Initiieren eines koordinierenden Arbeitskreises im Betrieb,
- Betriebsvereinbarungen treffen (schafft für alle Rechtsklarheit, Muster existieren),
- Schulung der Vorgesetzten (Information, Festlegen ihrer spezifischen Führungsaufgaben auf diesem Gebiet, Förderung ihrer Sozialkompetenz, Kommunikationsfähigkeit und Vorbildfunktion),
- Wiederholte Informationen für die Belegschaft (über Suchtgefahren, Betriebsvereinbarungen),
- Angebote von professionellen Beratungen für Einzelne. Suchtkranke müssen zu einer Therapie motiviert werden, was in der Regel nur gelingt, wenn der erzeugte "Leidensdruck" höher ist als der "Suchtgewinn". Der drohende Arbeitsplatzverlust wird von Alkoholikern meist als sehr gravierend empfunden. Der Ablauf betrieblicher Maßnahmen sollte nach Plan und gemäß festgelegter Betriebsvereinbarungen geschehen (sog. Therapietrichter). Betriebliche Disziplinarmaßnahmen müssen mit Hilfsangeboten gekoppelt sein, Sanktionen sollen sich v.a. auf die Therapieunwilligkeit des Süchtigen beziehen. Nach erfolgter Therapie soll eine betriebliche Nachsorge organisiert werden.
- Einführung einer neuen "Trinkkultur" (Ziel nicht Verteufelung, sondern sinnvoller Umgang mit alkoholhaltigen Getränken).

Einzelmaßnahmen.- Als Beispiele für konkrete Einzelmaßnahmen sind zu nennen:

- Alkoholangebote reduzieren (z.B. Hochprozentiges in Kantinen) oder entfernen (z.B. keine Bierautomaten in Arbeitsplatz- und Griffnähe) und Alkoholika unattraktiv, d.h. teurer als nichtalkoholische Getränke machen; Nichtalkoholika als Alternative anbieten (z.B. kostenloses Mineralwasser in der Kantine).
- Trinkgewohnheiten bei Feiern, Konferenzen, Verhandlungen ändern.
- Kantinen im kühlen Bistrostil gestalten; Anbieten von Speisen, die weniger mit Alkoholkonsum assoziiert sind.
- Förderung des allgemeinen Gesundheitsbewusstseins;
- arbeitsplatzbedingte Ursachen (Monotonie, Stress, Lärm) beseitigen oder mildern, das soziale Arbeitsklima verbessern.

Vieles von dem hier Gesagten hat sich v.a. in größeren Organisationen bewährt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Programme vor allem für die bereits Alkoholabhängigen die größte Hilfefunktion haben. Veränderungen laufen dabei auch immer langfristig ab, mit Aktionismus kann auf diesem Gebiet kein Erfolg erzielt werden. Für größere Betriebe rechnet sich die Einrichtung eines sozialen Dienstes, der auch in Suchtfragen professionelle Beratung und Hilfe anbieten kann (Wassermann, 1983). Eine organisatorische Trennung des Sozial- vom Personalwesen im Betrieb empfiehlt sich, damit die betriebliche Sozialberatung relativ unabhängig arbeiten kann (Lippmann, 1983).

Literatur

Beckmann, T. (2002). Ein Sohn war Adolf Hitler – eine experimentelle Familienaufstellung. Praxis der Systemaufstellung, 2, S. 64 – 68.

- Böning, J. (1992). Zur Neurobiologie und Phänomenologie eines "Suchtgedächtnisses". *Sucht*, 2, 105-106.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Conger, J.J.(1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Alcoholism: Theory, Problem and Change II. Quaterly Journal on Studies of Alcoholism*, 17, 291-324.
- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.)(2001). *Jahrbuch Sucht 92*. Geesthacht: Neuland.
- Döring-Meijer, H. (2000). *Die entdeckte Wirklichkeit*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Drexler, D. (2001). Familienstellen und Suchtverhalten: Gesammelte Erfahrungen. In Gunthard Weber (Hg.), *Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen*. (S. 217 – 225). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Ferstl, R. & Bühringer, G. (1991). Störungen durch psychotrope Substanzen. In Perrez, M. & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie*. (S. 322 - 334). Bern: Hans Huber.
- Feuerlein, W. & Dittmar, F. (1989). *Wenn Alkohol zum Problem wird*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fuchs, R.(1992). Sucht am Arbeitsplatz. Ein nicht zu verleugnendes Thema. *Sucht*, 1, 48-55.
- Herz, A. (1987). Biochemische und pharmakologische Aspekte der Drogensucht. In *Spektrum der Wissenschaft (Hrsg.), Gehirn und Nervensystem*, S. 195-205. Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft.
- Hüllinghorst, R. (2001). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Jahrbuch Sucht 2001* (S. 17 – 30). Gesthacht: Neuland.
- Jellinek, E.M.(1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Jüttemann-Lembke, A. & Kern, J.(1987). *Abhängigkeitskarrieren*. Weinheim. Deutscher Studien Verlag.
- Köhler, T. (2000). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Körkel, J. & Kruse, G. (1993). *Mit dem Rückfall leben*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kolitzus, H. (1988)Alkoholismus - eine peinliche Diagnose? *Zeitschrift Allg. Med.*, 64, 617-623.
- Kolitzus, H. (1997). *Die Liebe und der Suff ... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie*. München: Kösel.
- Kolitzus, H. (2001). *Ich befreie mich von deiner Sucht. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken*. München: Kösel.
- Küffner, H. & Kraus, L. (2002). Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 14, A 936-945.
- Lambrou, U. (1993). *Familienkrankheit Alkoholismus*. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt.
- Lindenmeyer, J.(1990). *Lieber schlau als blau*. München: Psychologie Verlags Union.
- Lippmann, C.(1983). Alkoholprävention im Betrieb. *Prävention*, 3, 67-73.
- Mellody, P. (1991). *Verstrickt in die Probleme anderer*. München: Kösel.
- Neuendorff, S.-L. & Schiel, J. (1989). *Die Anonymen Alkoholiker*. Weinheim: Beltz.
- Norwood, R. (1992). *Wenn Frauen zu sehr lieben. Die heimliche Sucht gebraucht zu werden*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Petry, S. (1996). *Erlebnisgedächtnis und Posttraumatische Störung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

- Puls, W. (1992). Stress am Arbeitsplatz und die Motivation zum Alkoholkonsum. *Sucht*, 6, 371-385.
- Rado, S.(1926). Die psychische Wirkung der Rauschgifte. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, XII, 540-556. (Wiederabdruck: *Psyche* 29, 1975, 360-376).
- Kryspin-Exner, I. (1990). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.) (1990). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. (S. 268-297). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1994). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rußland, R.(1989). *Suchtverhalten und Arbeitswelt. Vorbeugen, aufklären, helfen*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Ruppert, F. (2002). *Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie*. München: Kösel Verlag.
- Sander, T., Rolfs, A., Rommelspecher, H. & Schmidt, L. (1992). Neuere Ergebnisse zur Genetik des Alkoholismus - eine Übersicht. *Sucht*, 4, 270-274.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M: (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe).
- Schmidbauer, W. und vom Scheidt, J. (1999). *Handbuch der Rauschdrogen*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Schmidt, L. (1988). *Alkoholkrankheit - Alkoholmissbrauch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzkopf, M. (1991). *Alkoholabhängigkeit*. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Shapiro, F. & Forrest, M. S. (1998). *EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Stein, O.(1985). *Trinkgewohnheiten*. Stuttgart: Enke.
- Wassermann, M.(1983). Suchtkrankenarbeit durch Sozialarbeiter in der betrieblichen Praxis. *Suchtgefahren*, 29, 29-37.
- Wegscheider, S. (1987). *Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie*. Wildberg: Mona Bögner-Kaufmann.
- Wunderl, C. (1999). *Welchen Einfluss hat das Familiensystem von Drogenabhängigen auf die Entstehung der Drogenabhängigkeit*. Diplomarbeit: Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Zehentbauer, J. (1993). *Körpereigene Drogen*. München: Artemis und Winkler.

4 Medikamentenabhängigkeit

derzeit noch nicht ausgeführt

5 Heroinabhängigkeit

derzeit noch nicht ausgeführt

6 Kokainabhängigkeit

derzeit noch nicht ausgeführt

7 Haschisch und Marihuana

derzeit noch nicht ausgeführt

8 Arbeitssucht

derzeit noch nicht ausgeführt

9 Kaufsucht

derzeit noch nicht ausgeführt

10 Spielsucht

derzeit noch nicht ausgeführt

11 Sexsucht

derzeit noch nicht ausgeführt