



Lindenmeyer

8. Auflage

Lieber schlau als blau

BELTZ

Lindenmeyer

Lieber schlau als blau

Inhalte der CD-ROM sind alle online erhältlich

Johannes Lindenmeyer

Lieber schlau als blau

Entstehung und Behandlung von Alkohol-
und Medikamentenabhängigkeit

Mit CD-ROM

8., überarbeitete Auflage

BELTZ

Anschrift des Autors:

Dr. Johannes Lindenmeyer
salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
D-16835 Lindow
E-Mail: lindenmeyer@salus-lindow.de

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

8., überarbeitete Auflage 2010

1. Auflage 1990 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 2., überarbeitete Auflage 1993 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 3., überarbeitete Auflage 1994 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 4., überarbeitete Auflage 1996 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 5., überarbeitete und erweiterte Auflage 1998 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 6., vollständig überarbeitete Auflage 2001 Beltz PVU, Weinheim
- 7., überarbeitete und erweiterte Auflage 2005 Beltz PVU, Weinheim

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2010
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Karin Ohms
Herstellung: Grit Möller
Umschlaggestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: plainpicture, Hamburg
Cartoons: Hans Biedermann, Eberbach/Neckar; Eisenbahn-Illustrationen: Michael Schild, Gelsenkirchen
CD-ROM: René Herrmann, Köln (Konzeption und Design); Bodo Hartwig, Berlin (Toningenieur)
Satz und Bindung: Druckhaus „Thomas Müntzer“, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-27995-6

Inhalt

Vorwort zur 8. Auflage	IX
Einleitung: Der Radwechsel	1
1 Der Untergang der Titanic: Normales Trinken	11
1.1 Drei verschiedene Trinkkulturen	13
1.2 Die fünf ungeschriebenen Gesetze im Umgang mit Alkohol	15
1.3 Der Sucht-Eisberg	20
2 Der Stein der Weisen: Die Geschichte des Alkoholismus	23
2.1 Alkohol in der Antike (3500 v. Chr.–Christi Geburt)	24
2.2 Alkohol in Christentum und Mittelalter (Christi Geburt–1400 n. Chr.)	25
2.3 Erste Alkoholkrise (16. und 17. Jahrhundert)	27
2.4 Alkohol und Industrialisierung	31
2.5 Erster bis Zweiter Weltkrieg (1914–1945)	34
2.6 Zeit der Prohibition in Amerika (1919–1933)	35
2.7 Alkohol und Wirtschaftswunder (1945–heute)	36
3 Der trinkfeste General: Alkohol und seine Wirkung im Körper	40
3.1 Aufnahme von Alkohol im Körper	41
3.2 Abbau von Alkohol im Körper	43
3.3 Zweiphasenwirkung von Alkohol	47
3.4 Toleranzsteigerung	50
3.5 Probleme bei gleichzeitigem Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	52
3.6 Die Wirkung von Anticraving-Substanzen	53
4 Der Cognac-Pilz: Körperliche Folgeschäden	55
4.1 Gehirn	57
4.2 Mangelernährung	60
4.3 Krebsrisiko	60

4.4	Haut	61
4.5	Lunge	62
4.6	Herz und Kreislauf	62
4.7	Magen	63
4.8	Bauchspeicheldrüse	63
4.9	Leber	64
4.10	Geschlechtsorgane	67
4.11	Knochen und Gelenke	68
4.12	Nerven	69
5	Die wirkungslosen Kanonenkugeln: Abhängigkeitsentwicklung	71
5.1	Was ist Abhängigkeit?	72
5.2	Vorurteile über die Entstehung von Abhängigkeit	76
5.3	Schritte einer Abhängigkeitsentwicklung	78
6	Die Kamikaze-Bomber: Medikamentenabhängigkeit	84
6.1	Medikamentenmissbrauch	89
6.2	Medikamentenabhängigkeit	90
6.3	Medikamente mit Suchtpotential	94
7	Auf den Spuren des Apostels der Enthaltbarkeit: Therapieschritte	99
7.1	Anhalten	101
7.2	Die Weiche suchen	103
7.3	Die erste Fahrt auf dem Alternativgleis	107
7.4	Das Alternativgleis blankfahren	111
8	Vierhundert Kaninchen: Wirkungstrinken	115
8.1	Die dosisabhängige körperliche Wirkung von Alkohol	117
8.2	Die situationsabhängige psychische Wirkung von Alkohol	120
8.3	Die Entstehung persönlicher Trinkmotive	121
8.4	Wie funktioniert das Suchtgedächtnis?	124
9	Die herrliche Schildkrötensuppe: Abwehrmechanismen	127
9.1	Sucht und Familie	129
9.2	Sucht und Arbeit	131

9.3	Sucht und öffentliches Leben	132
9.4	Sucht und Ärzte	132
9.5	Not macht erfinderisch: Das „Pech“ mit dem Führerschein	134
10	Lady Macbeth: Sexualität und Alkohol	139
10.1	Sexuelle Probleme bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen	142
10.2	Die Entstehung von sexuellen Problemen bei Abhängigen	144
10.3	Behandlungsmöglichkeiten von sexuellen Störungen	147
11	Foul oder Schwalbe?: Schmerzempfinden und Schmerzbewältigung	150
11.1	Guter und böser Schmerz	151
11.2	Die drei Rätsel des Schmerzes	152
11.3	Die Entstehung von chronischen Schmerzen	153
11.4	Möglichkeit der Schmerzkontrolle	155
11.5	Gesunder Umgang mit Schmerzen	156
12	Der Elchtest: Rückfallprävention	160
12.1	Was ist ein Rückfall?	162
12.2	Wann ist ein Rückfall am wahrscheinlichsten?	163
12.3	Der typische Verlauf eines Rückfalls	164
12.4	Der Rückfallschock – die 2. Phase des Rückfallverlaufs	167
12.5	Wie kann man einem Rückfall vorbeugen?	169
12.6	Den Rückfall stoppen	172
13	Sir Walther Raleigh: Rauchen	175
13.1	Wer ist süchtig?	176
13.2	Die erste Zigarette	178
13.3	Warum ist Rauchen eine Sucht?	179
13.4	Gefahren des Rauchens	181
13.5	Der erfolgreiche Weg zur letzten Zigarette	183
14	Die wilden Elefanten: Alkohol, Familie und Partnerschaft	188
14.1	Jede Krankheit zieht ihre Kreise	190
14.2	Auch Gesundheit bedeutet Veränderung	191
14.3	Was kann die Einbeziehung von Partnern bzw. Angehörigen in die Behandlung bringen?	194

Anhang: Die Fragebogen	199
Entscheidungsweg	201
Werbesprüche	205
Regierungsprogramm	209
Spritverbrauch	213
Body-TÜV	217
Abhängigkeitsverständnis	221
Medikamente	225
Therapieziele	229
Wirkungsfragen	233
Abwehrmechanismen	237
Sexualität	241
Schmerzbewältigung	245
Rückfallkette	249
Rauchzeichen	253
Der Medaillenspiegel	257
Sachwortverzeichnis	261

CD-ROM

Dem Buch liegt eine CD-ROM bei, auf der alle Fragebogen sowie fünf Kapitel (1, 3, 5, 7 und 12) des Buches als Vorträge des Autors (mit Präsentationen) gespeichert sind.

- ▶ Der Untergang der Titanic: Normales Trinken
- ▶ Der trinkfeste General: Alkohol und seine Wirkung im Körper
- ▶ Die wirkungslosen Kanonenkugeln: Abhängigkeitsentwicklung
- ▶ Was ist eine Therapie?
- ▶ Stau auf der A61: Rückfallprävention

Der Printausgabe dieses Buches liegt eine CD-ROM bei. Sie erhalten Zugriff auf diese Materialien, indem Sie auf der Website www.beltz.de auf der Produktseite dieses E-Books den Button „Online-Materialien“ anklicken. Das Passwort lautet: **faP7nvWx**

Vorwort zur 8. Auflage

Die Notwendigkeit einer achten Auflage von „Lieber schlau als blau“ bestätigt das Anliegen dieses Buches, Betroffene, aber auch ihre Angehörigen und ihre Therapeuten bei der Überwindung einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit zu unterstützen. Besonders erfreulich ist hierbei, dass dieses Buch sowohl als Arbeitsmaterial im Rahmen der verschiedensten Formen der Suchtbehandlung als auch von Selbsthilfegruppen und für die Ausbildung von Therapeuten verwendet wird. Mittlerweile existiert eine polnische Ausgabe, eine holländische ist in Vorbereitung. Außerdem konnte eine Version von „Lieber schlau als blau“ für Jugendliche im selben Verlag veröffentlicht werden.

Die achte Auflage von „Lieber schlau als blau“ enthält folgende zwei Erweiterungen:

- (1) Auf der beigelegten CD-ROM sind nunmehr fünf Kapitel des Buches in Form eines jeweils durch den Autor gehaltenen Vortrages enthalten. Dies soll den Einsatz des Buches in Behandlungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen erleichtern. Außerdem lassen sich mit der CD-ROM die Fragebogen, die im Anhang des Buches abgebildet sind, im DIN-A-4-Format ausdrucken.
- (2) Dem Trend der Zeit folgend verfügt „Lieber schlau als blau“ nunmehr über eine eigene Website (www.lieberschlaualsblau.de). Dort befindet sich ein kurzer Selbsttest zur Abhängigkeitsdiagnostik und Arbeitsmaterialien zur Verwendung von „Lieber schlau als blau“. Außerdem finden sich zu jedem Kapitel aktuelle Forschungsergebnisse zur Vertiefung der Lektüre.

Seit dem erstmaligen Erscheinen von „Lieber schlau als blau“ vor nunmehr 19 Jahren erhalte ich immer wieder von Patienten, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, Angehörigen und therapeutischen Kollegen eine Vielzahl von wertvollen Anregungen und hilfreichen Rückmeldungen. Insofern haben viele Personen, ohne es zu wissen, an der ständigen Weiterentwicklung dieses Buches mitgewirkt. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Zu besonderem Dank bin ich Dipl.-Psych. Ralf Schneider, Direktor der salus klinik Friedrichsdorf, verpflichtet. Von ihm stammt das anschauliche „Eisenbahn-Modell“ zur Entstehung und Behandlung von Alkoholabhängigkeit, das ich mit seinem Einverständnis im 5. und 7. Kapitel dieses Buches verwendet habe.

Lindow, August 2009

Johannes Lindenmeyer

Einleitung: Der Radwechsel

Ich sitze am Straßenrand
Der Fahrer wechselt das Rad.
Ich bin nicht gern, wo ich herkomme.
Ich bin nicht gern, wo ich hinfahre.
Warum sehe ich den Radwechsel
Mit Ungeduld?

(Bertolt Brecht)*

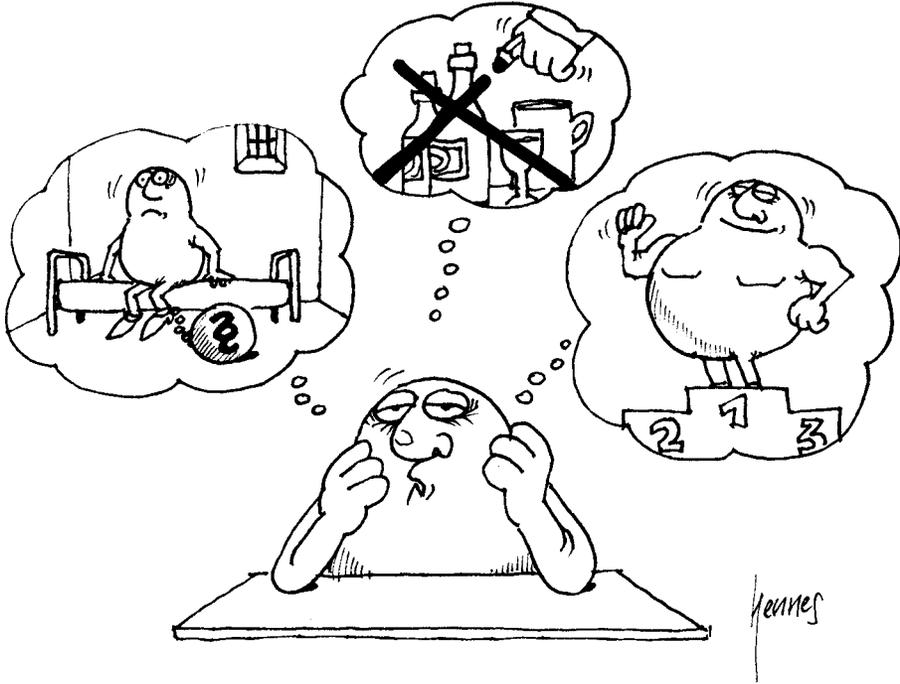
Dieses Buch wurde für Alkohol- und Medikamentenabhängige – aber auch für ihre Angehörigen und Therapeuten – geschrieben, die sich vor einer Behandlung befinden oder gerade damit begonnen haben. Denn so leicht, wie mancher zum Abhängigen geworden ist, so schwer fällt es andererseits in der Regel, dies für sich zu akzeptieren und etwas auf Dauer Wirksames dagegen zu tun. Tatsächlich finden jährlich lediglich etwa drei Prozent aller Alkoholkranken den Weg in eine effektive Suchtbehandlung. Der Rest irrt ziellos in unserem Gesundheitswesen zwischen Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten aufgrund von körperlichen Alkoholfolgeschäden oder Verletzungen unter Alkohol hin und her. Bei Medikamentenabhängigen ist die Dunkelziffer sogar noch höher. Insofern kann allein die Tatsache, dass ein Betroffener dieses Buch zur Hand nimmt, einen ersten Einstieg in den Ausstieg bedeuten.

Reise ins Ungewisse. Viele Betroffene und ihre Angehörigen haben einen langen und demütigenden Weg hinter sich, bis sie sich nach gescheiterten Selbstheilungsversuchen oder durch Außendruck zu einer Abhängigkeitsbehandlung durchringen können. Auch wenn sie hierbei im Rahmen der heute allgemein üblichen Vernetzung von Beratungsstellen, Ärzten, Selbsthilfegruppen, innerbetrieblichen Sozialdiensten oder Ämtern systematisch unterstützt und vorbereitet wurden – die meisten Betroffenen haben dennoch das Gefühl, sich mit ihrem Behandlungsentschluss auf eine Reise ins Ungewisse begeben zu haben. Selbst diejenigen, die „ihre“ Therapie hoch motiviert antreten oder schon früher einmal eine Behandlung mitgemacht haben, werden spätestens auf dem Weg zu ihrer Behandlungseinrichtung zunehmend nervös und misstrauisch. Vielen kommt es so vor, als würden sie ein Stück ihrer Vergangenheit und vor allem Freiheit aufgeben, ohne zu wissen, was sie als Gegenleistung dafür bekommen.

* Bertolt Brecht: Buckower Elegien (1953), Gesammelte Werke in 20 Bdn. Frankfurt: Suhrkamp. 1967.

Dreifacher Veränderungsschock

Die ersten Eindrücke von einer Behandlungseinrichtung sind nicht immer dazu angetan, den Neuankömmling zu beruhigen, selbst wenn alle freundlich und hilfsbereit zu ihm sind. Ganz im Gegenteil, viele erleben zu Beginn ihrer Therapie einen dreifachen Veränderungsschock:



Der dreifache Veränderungsschock zu Beginn einer Abhängigkeitstherapie. Die ungewohnte Patientenrolle, die Aussicht auf lebenslange Abstinenz und der Mangel an Selbstüberzeugung machen den meisten Betroffenen zu schaffen

Patientenrolle. Eine Therapie bedeutet für jeden „Neuling“ eine fremde, in vieler Hinsicht unverständliche Welt mit eigenen, meist ungewohnt strengen Regeln, vielen neuen, manchmal allein schon schwer auszusprechenden Wörtern und verwirrenden Gepflogenheiten. Während dies alles den Therapeuten und schon länger in Behandlung befindlichen Mitpatienten vollkommen natürlich und selbstverständlich vorkommt, bedeutet es für den Neuankömmling eine gewaltige Umstellung und einen schmerzhaften Verzicht auf individuelle Lebensgewohnheiten. Denn egal, um wen es sich handelt und woher jemand kommt, egal welchen Beruf, welches Alter und welches Umfeld er hat, in einer Abhängigkeitsbehandlung wird ihm von Beginn an freundlich, aber unmissverständlich klargemacht, dass es für ihn hier nur eine Rolle gibt: die eines Patienten. In den Augen des Betroffenen bedeutet dies aber zunächst viele Pflichten und wenig Rechte.

Lebenslange Abstinenz. Insbesondere soll der Betroffene von nun an wie selbstverständlich akzeptieren, dass er unwiderruflich suchtmittelabhängig ist und damit nie mehr in seinem Leben Alkohol trinken oder Medikamente mit Suchtpotential einnehmen kann. Da gibt es kein „manchmal“, „vielleicht“ oder „vorerst“. Gerade für junge Patienten, aber auch für diejenigen, die zu Hause in einem Umfeld leben, in dem Alkohol „einfach dazugehört“, erscheint ein ganzes Leben ohne Alkohol zunächst unvorstellbar. Sie spüren intuitiv, welche drastischen Auswirkungen konsequente Abstinenz für ihr weiteres Leben haben und welche empfindlichen Einschränkungen und Opfer dies im Alltag bedeuten kann. In ähnlicher Weise befürchten viele Medikamentenabhängige, es ganz ohne „ihr“ Medikament einfach nicht aushalten zu können.

Selbstüberzeugung. Während somit ein Betroffener oftmals gerade zu Behandlungsbeginn viel einstecken und akzeptieren muss, soll er gleichzeitig neues Selbstvertrauen und Hoffnung in die Wirksamkeit der Therapie entwickeln. Auch dies bedeutet einen schwierigen Veränderungsschritt: sich einerseits das wiederholte Scheitern in der Vergangenheit einzugestehen, andererseits aber alle Zweifel zu überwinden und wie ein Stehaufmännchen die feste Überzeugung zu gewinnen, es diesmal für immer schaffen zu können. Verständlicherweise fällt dies insbesondere Betroffenen schwer, die im Anschluss an frühere Behandlungsversuche wieder rückfällig geworden sind. Hier ist es keinesfalls mit Lippenbekenntnissen oder markigen Sprüchen getan. Sehr bald merkt der Betroffene, welche hohen Einsatz an aktiver Mitarbeit und an Veränderungsbereitschaft, aber vor allem welchen Mut zum Risiko seine Mitpatienten und Therapeuten von ihm erwarten. Sein Zögern, mögliche Zweifel, jedes „Ja, aber ...“ werden schnell als mangelnde Therapiebereitschaft oder gar als sog. Hintertürchen für einen Rückfall kritisiert.

Typische Konflikte

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass viele Betroffene gerade zu Behandlungsbeginn Abbruchgedanken haben, störrisches Abwehrverhalten zeigen oder Widerstand gegen einzelne Aspekte der Behandlung leisten. Auch Angehörige sind manchmal verwundert über das, was ihnen der Betroffene an Erlebnissen in den ersten Behandlungstagen – ein bisschen Übertreibung ist vielleicht auch dabei – erzählt. Zwar werden sie ihm in der Regel gut zureden, oft beschleichen sie aber selbst Zweifel, ob „so eine“ Behandlung denn wirklich notwendig oder zumutbar ist. Diese Zweifel bei Betroffenen und Angehörigen können sich in einer Reihe typischer Konflikte mit den Mitarbeitern einer therapeutischen Einrichtung niederschlagen.

Die ewigen Fragen. Jeder Patient kann ein Lied davon singen: Die Lieblingsbeschäftigung von Ärzten und Therapeuten in einer Abhängigkeits Einrichtung

scheint zu sein, immer neue Fragen zu stellen. Alles Mögliche wollen sie haar- klein erzählt bekommen. Antworten wie „Das weiß ich nicht mehr“ oder „Da- rüber will ich nicht reden“ werden, wenn überhaupt, nur vorübergehend akzep- tiert. Und es kommt durchaus vor, dass sie dasselbe mehrmals hören möchten. Natürlich werden all diese Fragen freundlich, einfühlsam und anteilnehmend gestellt. Als Betroffener fühlt man sich manchmal trotzdem durch diese einsei- tige Gesprächsform bedrängt oder hat, ähnlich wie bei einem Verhör, Angst, irgendwann doch mehr zu sagen, als man eigentlich wollte. Die meisten Thera- peutenfragen sind nämlich eher unangenehm oder zumindest recht intim. Sie beziehen sich fast immer auf die problematische Vergangenheit, z. B. auf das Ausmaß des Trinkens, auf die negativen Folgen von Alkohol oder Medikamen- ten, auf Konflikte und Schwierigkeiten mit den Lebenspartnern, kurzum auf Dinge, auf die man nicht gerade stolz ist.

Mit der größten Selbstverständlichkeit scheinen nun viele Therapeuten zu erwarten, dass man ihnen als relativ fremden Personen hierüber vollkommen offen berichtet und dabei nicht einmal seine geheimsten Wünsche oder Gedan- ken ausspart, von denen häufig selbst die Lebenspartner nichts wissen. „Das geht



Typische Konfliktfelder in einer Abhängigkeitstherapie. Der Betroffene fühlt sich durch die vielen Fragen der Therapeuten bedrängt, empfindet sie als Besserwisser und versucht krampfhaft, vor Therapeuten und Mitpatienten sein Gesicht zu wahren

niemanden etwas an“ oder „Immer Alkohol und nochmals Alkohol, gibt es denn kein anderes Thema für Sie?“ sind häufig die verärgerten Reaktionen von Betroffenen. Natürlich gibt es viele Möglichkeiten, sich gegen Therapeutenfragen zu wehren: verstocktes Schweigen, ausweichende oder nichtssagende Antworten, Beschönigen oder Verharmlosen der Vergangenheit, vom Thema ablenken, Ausreden oder aggressives Aufbrausen. Der Therapieprozess kann dadurch erheblich gestört werden. Aber egal, welche Form des Widerstands ein Betroffener wählt, er kann sicher sein, die nächste Frage kommt bestimmt. In diesem Punkt lassen Therapeuten einfach nicht locker.

Die Besserwisser. Ob man es nun wahrhaben will oder nicht: Sich in Therapie zu begeben heißt immer auch, dass man „mit seinem eigenen Latein am Ende ist“ und daher bei Fachleuten Rat und Hilfe sucht. Diese können allerdings nur dann helfen, wenn man ihre Vorschläge akzeptiert und befolgt. Das ist jedoch leichter gesagt als getan. In einer Abhängigkeitsbehandlung kann man sich seinen Therapeuten nämlich oft nicht aussuchen, und dessen Vorgehensweise schon gar nicht. Vielleicht erwartet nicht jeder als Therapeuten unbedingt einen älteren Professor mit grauen Haaren, Brille und Arztkittel, dessen wohlgesetzte Worte große Würde und Lebenserfahrung ausstrahlen. Aber ein Therapeut in Jeans oder Sandalen, der noch so jung wirkt, dass er sein Wissen doch nur aus Büchern haben kann – dass ausgerechnet so ein Mensch ihnen wirksam helfen soll, können sich viele Patienten zunächst nicht vorstellen. Aus seinem Mund haben für sie selbst Lob und Anerkennung den unangenehmen Beigeschmack, dass sich „so einer“ anmaßt, sie zu bewerten.

Erschwerend kommt hinzu, dass in einer Abhängigkeitsbehandlung ein Therapeut nicht ausschließlich Vertrauensperson für seine Patienten sein kann, sondern immer auch Repräsentant der Therapieeinrichtung mit all ihren oftmals harten und starren Regeln ist, die er zu vertreten und durchzusetzen hat. Und dass einem Patienten die meisten therapeutischen Hinweise und Ratschläge zunächst realitätsfremd, unsinnig oder lächerlich erscheinen, liegt in der Natur der Sache. Sonst wäre er ja schon längst von selbst auf sie gekommen und würde keine Therapie benötigen.

Viele Patienten führen erbitterte Diskussionen über den „richtigen Weg“ und haben zu jedem Therapieschritt unzählige Fragen: „Was soll das nützen?“ „Wozu ist das nötig?“ „Aber draußen ist doch alles anders!“ Die Antworten ihres Therapeuten können sie in der Regel nicht überzeugen, und Therapeutenfloskeln wie „aus therapeutischen Gründen“ oder „Das müssen Sie für sich selbst herausfinden“ erhöhen ihren inneren Widerstand noch. Gelingt es aber doch einmal, einen Therapeuten argumentativ in die Ecke zu treiben, so dass er momentan nicht weiter weiß, dann hat er meist noch ein Mitarbeiterteam hinter sich. „Wir haben das noch einmal im Team diskutiert und sind zu dem Schluss ge-

kommen ...“, wird er am nächsten Tag verkünden, und damit erübrigt sich dann eine weitere Diskussion.

Das Gesicht wahren. Viele Betroffene fühlen sich zu Behandlungsbeginn in ihrem Selbstwertgefühl erheblich verunsichert. Sie können es einfach nicht verwinden, dass sie ihre Alkohol- oder Medikamentenprobleme nicht allein lösen konnten und jetzt „so eine“ Behandlung benötigen. Die Therapie erscheint ihnen als großer Makel, entsprechend fühlen sie sich als Verlierer oder Versager. Manch einer fühlt sich von seinen Angehörigen verraten oder zur Behandlung gezwungen. Andere fürchten vor allem Ablehnung oder Verachtung durch ihre Nachbarn oder Arbeitskollegen. Erschwerend kommt für viele Patienten hinzu, dass sie zu Behandlungsbeginn auch körperlich geschwächt sind und sich daher im wahrsten Sinne des Wortes auf wackligen Beinen befinden.

Die Art und Weise, wie die Betroffenen in dieser Situation versuchen, ihr Gesicht zu wahren und ihre Würde wiederherzustellen, kann sehr unterschiedlich sein. Einige stürzen sich geradezu mit Feuereifer in ihre Therapie, um wenigstens von Mitpatienten und Therapeuten Anerkennung und Lob zu bekommen. Sie sind besonders verwirrt und hilflos, wenn dies dann von Therapeuten als „lediglich vordergründige Anpassung“ bezeichnet oder von Mitpatienten als „Schleimen“ kritisiert wird. Andere Patienten sind während ihrer Therapie vor allem damit beschäftigt, einzelne Therapiemaßnahmen kritisch zu hinterfragen. Wieder andere versuchen, sich vor allem gegenüber ihren Mitpatienten abzugrenzen und ihre Überlegenheit denjenigen gegenüber zu beweisen, die schlimmer dran sind als sie selbst. Hierdurch entsteht leicht eine Art Hackordnung von scheinbar „besseren“ bis hinunter zu scheinbar „hoffnungslosen“ Fällen, die das Klima in einer Therapie erheblich vergiften und zu heftigen Auseinandersetzungen innerhalb der Patientenschaft führen kann. Ingeheim quälen sich aber die meisten Betroffenen mit der Frage herum: „Warum gerade ich?“ oder „Wie konnte mir das passieren?“ Und viele sind enttäuscht und frustriert darüber, dass ihnen ihre Therapeuten hierauf keine einfache und vor allem keine entlastende Antwort geben können.

Mag sein, dass die Schwierigkeiten zu Beginn einer Abhängigkeitsbehandlung hier etwas überspitzt dargestellt worden sind. Vielleicht wurden sie von Ihnen, sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser, viel weniger deutlich und dramatisch erlebt. Bedenken Sie aber, dass psychische Konflikte manchmal hinter einer glatten und freundlichen Fassade stattfinden und sich überspielen oder verdrängen lassen. Es ging hier nur darum, verständlich zu machen, welche hohen Anforderungen eine Abhängigkeitstherapie an den Betroffenen stellen kann, so dass Konflikte und Widerstand zu Behandlungsbeginn nicht immer Ausdruck mangelnder Änderungsbereitschaft sein müssen, sondern einfach Teil des normalen Anpassungsprozesses sein können, den jeder Betroffene zunächst durchmachen muss.

Die Ziele dieses Buches

Selbstverständlich kann auch dieses Buch keine einfache und schnelle Lösung für die beschriebenen Konflikte anbieten. Aber es hat das Anliegen, Alkohol- und Medikamentenabhängigen, ihren Angehörigen und Therapeuten den Beginn einer Abhängigkeitsbehandlung zumindest in dreierlei Hinsicht zu erleichtern:

- ▶ **Wissensvermittlung.** In 14 aufeinander aufbauenden Kapiteln wird versucht, das nötige medizinische und psychologische Wissen zu vermitteln, um die Entwicklung einer Abhängigkeit und das therapeutische Vorgehen bei ihrer Behandlung verstehen und nachvollziehen zu können. Denn nur wer über diese Dinge Bescheid weiß, kann seine eigene Therapie aktiv und möglichst selbstbestimmt gestalten bzw. die Behandlung von anderen wirkungsvoll unterstützen.
- ▶ **Gezieltes Nachdenken.** Im Anhang dieses Buches befindet sich zu jedem Kapitel ein kurzer Fragebogen, der Betroffenen Gelegenheit gibt, über ihre Abhängigkeit jeweils unter einem ganz speziellen Aspekt nachzudenken und dabei das neu erworbene Wissen auf sich selbst anzuwenden. Es empfiehlt sich, den Fragebogen anschließend mit einem Therapeuten durchzusprechen, der auf diese Weise auch gleich wertvolle Hinweise für die weitere Gestaltung der Therapie erhält.
- ▶ **Strukturierung.** Das gesamte Buch stellt einen inhaltlichen Strukturierungsvorschlag für die ersten Therapiestunden dar. Es zeigt, wie man sich in einer günstigen Reihenfolge von Lernschritten mit der eigenen Abhängigkeit auseinander setzen und sinnvolle Therapieziele entwickeln kann. Das Buch eignet sich hierbei sowohl als Begleitmaterial zu Beginn einer Einzel- oder Familientherapie im Rahmen einer ambulanten Behandlung als auch als Arbeitsmaterial für Gruppensitzungen mit oder ohne Therapeuten im Rahmen einer stationären Behandlung.



Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen, sei an dieser Stelle ausdrücklich festgestellt: Dieses Buch kann keine Therapie und keinen Therapeuten ersetzen!

Wissen ist lediglich eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Wissen kann zwar helfen, neuen Glauben an die eigene Zukunft zu gewinnen. Es kann auch gezielte Aktivitäten zur Problembewältigung anregen. Dauerhafte Abstinenz von Suchtmitteln können Wissen und Einsicht aber niemals allein bewirken. Dazu sind vielmehr konkrete Veränderungen im eigenen Erleben und Verhalten notwendig, die sich nur durch gezieltes Ausprobieren und wiederholtes Üben, am besten mit therapeuti-

scher Unterstützung, erreichen lassen. (Aber damit greifen wir bereits weit voraus auf Dinge, die erst in späteren Kapiteln dieses Buches erläutert werden sollen.)

Wie man dieses Buch nutzen kann

Es empfiehlt sich, zunächst zu entscheiden, welchen Stellenwert dieses Buch innerhalb einer Behandlung bekommen soll:

- ▶ Man kann dieses Buch als Vorbereitung auf eine Therapie durcharbeiten.
- ▶ Es kann als Begleitung bzw. Ergänzung der Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeit im Rahmen einer ambulanten Beratung oder medikamentösen Suchtbehandlung dienen.
- ▶ Die Durcharbeitung einzelner Kapitel dieses Buches kann einen ersten inhaltlichen Schwerpunkt der stationären Therapie in einer Suchtklinik bilden.
- ▶ Die auf der beigefügten CD-ROM enthaltenen Vorträge können in Therapieeinrichtungen oder Selbsthilfegruppen mit Hilfe eines Beamers für die Gruppenarbeit genutzt werden.
- ▶ Angehörigen ermöglicht die Durcharbeitung des Buches, die Entstehung, aber auch die Behandlungsmöglichkeiten einer Suchtmittelabhängigkeit besser zu verstehen.

Es wird ganz vom Einzelfall und den jeweiligen Umständen abhängen, welcher Vorgehensweise der Vorzug zu geben ist.

Kritik ist erwünscht. Jeder Mensch ist einzigartig. Entsprechend können sich auch Abhängigkeitsprobleme im Einzelfall stark voneinander unterscheiden. Deshalb werden Sie in einigen Beispielen dieses Buches möglicherweise deutliche Ähnlichkeiten mit Ihrer eigenen Situation finden, während Sie anderen Ausführungen in diesem Buch vielleicht kaum zustimmen können. Erlauben Sie sich auf jeden Fall Kritik, und besprechen Sie diese mit Ihrem Therapeuten, damit „Ihre“ Therapie auf Ihre ganz persönliche Situation abgestimmt werden kann.

Die Geschlechter sind verschieden. Die Abhängigkeitsprobleme von Frauen und Männern unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht ganz wesentlich. Zwar versucht dieses Buch, den Unterschieden gerecht zu werden; dies kann aber aus Platzgründen nur unzureichend geschehen. Auch zu diesem Thema empfiehlt sich daher unter Umständen ein Gespräch mit Ihrem Therapeuten, um die Besonderheit Ihrer eigenen Abhängigkeitsentwicklung besser verstehen zu können. Leserinnen seien an dieser Stelle um Verständnis gebeten, dass zur Vereinfachung des Textes bei Patienten und Therapeuten meistens nur die männliche Form gewählt wurde.

Medikamentenabhängigkeit beachten. Zur besseren Lesbarkeit dieses Buches wurden die meisten Informationen zur Entstehung und Behandlung einer Abhängigkeit am Beispiel von Alkoholismus dargestellt. Sie werden aber bald er-

kennen, dass sich sehr viel davon auf die Abhängigkeit von Medikamenten übertragen lässt. Auf wichtige Unterschiede zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit wird jeweils im Text ausdrücklich hingewiesen. Außerdem handelt Kapitel 6 (Die Kamikaze-Bomber) ausschließlich von den Besonderheiten einer Medikamentenabhängigkeit.

Jeder Rückfall bringt auch weiter. Etwa die Hälfte aller Patienten in einer Suchttherapie und damit voraussichtlich auch viele Leser dieses Buches haben bereits einen gescheiterten Behandlungsversuch hinter sich. Natürlich stellen Rückfälle meistens eine große Belastung und Enttäuschung für die Betroffenen, aber auch für ihre Angehörigen und Therapeuten dar. Andererseits sollte man Rückfälle auch nicht übermäßig dramatisieren. Beispielsweise werden etwa 40 Prozent aller Rückfälle von den Betroffenen nach zwei bis drei Tagen ganz von selbst beendet. Entsprechend müssen Rückfällige mit ihren Abstinenzbemühungen nicht unbedingt wieder ganz von vorn beginnen. Sehr oft können sie auf ihren bisherigen Abstinenz Erfahrungen aufbauen, die es lediglich gezielt zu ergänzen oder weiterzuentwickeln gilt. Rückfällige können sich besonders auf das Kapitel 12 (Der Elchtest) dieses Buches konzentrieren, das Informationen zur Entstehung und Bewältigung von Rückfällen enthält. Möglicherweise lassen sich aber auch aus den Teilen des Buches, die sich in erster Linie auf die Erstbehandlung von Abhängigen beziehen, einzelne Stellen herauspicken, die auch für Rückfällige nützlich sind.

Veränderungsphase beachten. Die Therapieforschung unterscheidet vier Phasen, die ein Betroffener bei der Bewältigung von Alkoholproblemen durchläuft. Je nachdem, wie sehr er sich bereits mit seinem Suchtproblem beschäftigt hat, stehen für ihn ganz unterschiedliche Themen im Vordergrund.

- (1) „Was ich?“: Den Betroffenen beschäftigt, ob er überhaupt ein Suchtproblem hat.
- (2) „Ja, aber ...“: Der Betroffene setzt sich mit der Schwere seines Suchtproblems und den sich daraus ergebenden Konsequenzen auseinander.
- (3) „Und nun?“: Der Betroffene überlegt, was er konkret gegen sein Suchtproblem unternehmen kann.
- (4) „Wie sicher?“: Der Betroffene sucht nach Wegen, um seine Veränderungen dauerhaft zu stabilisieren.

Besprechen Sie bitte mit Ihrem Therapeuten, unter welcher Fragestellung Sie mit Hilfe dieses Buches vorrangig arbeiten wollen.

Den Partner mitnehmen. Für Angehörige und Partner ist vieles bei einer Suchtentwicklung unverständlich und befremdlich. Geben Sie Ihren Bezugspersonen dieses Buch (insbes. Kap. 14 „Die wilden Elefanten“) zu lesen, und sprechen Sie mit ihnen, inwieweit sie den Ausführungen zustimmen können oder nicht. Denn je mehr die Angehörigen eines Betroffenen in die Suchtbehandlung einbezogen

werden können und je mehr alle Beteiligten bei der Überwindung der Sucht an einem Strang ziehen, desto höher sind die Erfolgschancen.

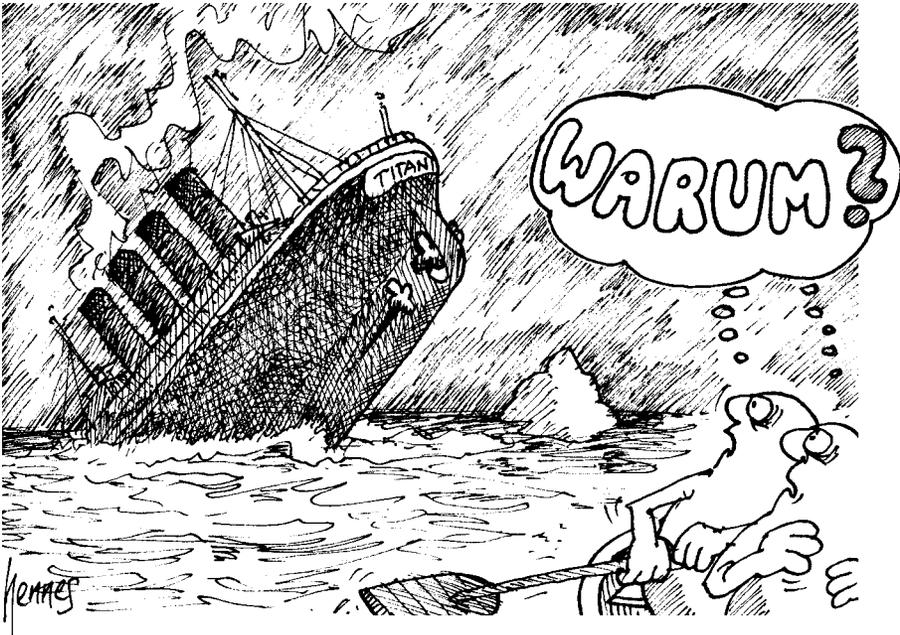


Hinweis

Als Betroffener vergessen Sie bitte nicht, im Anschluss an die Lektüre dieses Einleitungskapitels den Fragebogen *Entscheidungsweg* (s. Anhang des Buches) auszufüllen und mit Ihrem Therapeuten zu besprechen.

Literaturtipp

Böttcher, P. (2009). *Trockenzeit* (2. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.



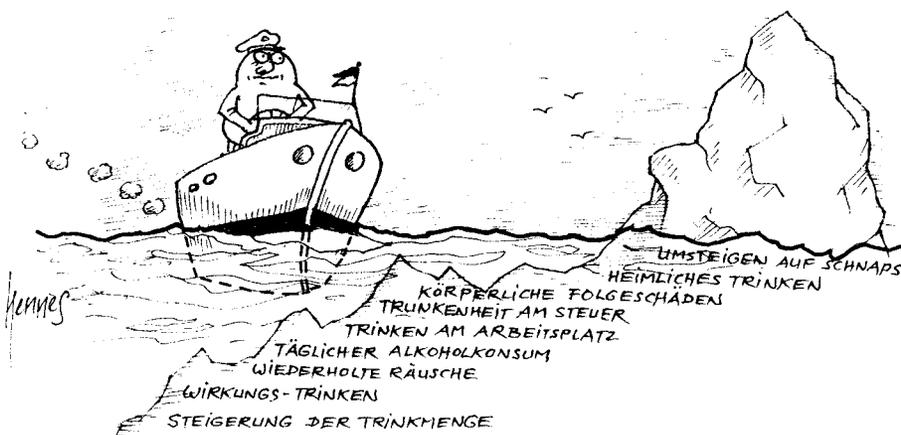
Im Jahre 1912 erlebte die Menschheit die erste Großkatastrophe des technischen Zeitalters: Die Titanic, das größte und modernste Schiff ihrer Zeit, stieß am 14. 4. 1912 auf ihrer ersten Atlantiküberquerung von England nach New York in der Nähe von Neufundland mit einem Eisberg zusammen. Der Ozeanriese mit 2.235 Menschen an Bord wurde unter Wasser in einer Länge von 100 Metern aufgerissen und sank innerhalb von drei Stunden. Da das Schiff viel zu wenig Rettungsboote besaß, starben 1.522 Menschen im eisigen Meerwasser. Schockiert und beunruhigt fragte damals die Öffentlichkeit nach den Ursachen des Unglücks, da die Titanic als unsinkbares Schiff gegolten hatte. Die Untersuchung des amerikanischen Senatsausschusses ergab, dass Kapitän E. J. Smith bei dem Versuch, durch einen neuen Geschwindigkeitsrekord bei der Atlantiküberquerung das so genannte „Blaue Band“ zu gewinnen, die kürzere nördliche Fahrtroute gewählt und hierbei die Gefahr von Eisbergen erheblich unterschätzt hatte. Er glaubte nämlich, auch nachts mögliche Eisberge wegen des reflektierenden Lichts an ihren hellen Kanten rechtzeitig erkennen zu können.

Nun ist bei einem Eisberg jeweils der größte Teil unter der Wasseroberfläche verborgen, lediglich ungefähr ein Neuntel ragt aus dem Wasser heraus. Die Gefahr eines Zusammenstoßes unter Wasser ist bei Schiffen mit großem Tiefgang somit schon längst gegeben, wenn ein Eisberg über Wasser noch weit entfernt zu sein scheint. Genau dieser Umstand wurde der Titanic zum Verhängnis. In dem seeamtlichen Untersuchungsbericht hieß es dazu abschließend:

„Die Titanic ist untergegangen, weil sie unklug geführt und trotz reichlicher Warnungen mit voller Geschwindigkeit in eine Gefahr gebracht wurde, der man leicht hätte ausweichen können.“

Der Alkohol-Eisberg. Vieles vom Untergang der Titanic ähnelt der Entwicklung einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Auch diese verläuft zunächst sozusagen „unter der Oberfläche“ so langsam und unauffällig, dass sie lange Zeit vom Betroffenen und seiner Umwelt nicht bemerkt wird. Obwohl in dieser Zeit bereits häufig die entscheidenden Weichen in Richtung einer Suchtmittelabhängigkeit gestellt werden und der Alkoholkonsum des Betroffenen stetig steigt, wird er von seiner Umwelt in seinem Trinkverhalten bestärkt: „Ein richtiger Mann ...“, „Der verträgt etwas“ oder „Das gehört halt dazu“ sind beispielsweise häufige Reaktionen von Freunden und Bekannten, wenn sich jemand wiederholt einen kräftigen Rausch angetrunken hat oder öfter unter einem heftigen „Kater“ leidet.

Lange Zeit überwiegen somit die positiven Erfahrungen mit Alkohol. Erst in einem relativ späten Stadium der Abhängigkeitsentwicklung, wenn sich drastische negative Folgen (z. B. Leberschaden oder Arbeitsplatzverlust) einstellen,



Der Alkohol-Eisberg. Eine Abhängigkeitsentwicklung verläuft lange Zeit unter der Oberfläche und bleibt dem Betroffenen und seiner Umwelt verborgen. Erst in einem späten Stadium fällt der Betroffene wegen seines Trinkens auf und wird von seiner Umwelt kritisiert

kippt die Reaktion der Umwelt plötzlich, und der Betroffene wird als Alkoholiker oder gar Säufer beschimpft und verachtet. Er und seine Angehörigen fragen sich nun entsetzt und beschämt, wie alles „nur so weit kommen konnte“. Meist ist es in diesem Stadium nicht mehr möglich, sich aus eigener Kraft von einer Abhängigkeit zu befreien.

Ab wann man mit seinem Alkoholkonsum auffällt bzw. ab welchem Stadium einer Abhängigkeitsentwicklung man als Alkoholiker bezeichnet wird, hängt entscheidend davon ab, welche Einstellungen und welche Umgangsformen bezüglich Alkohol in einer Gesellschaft vorherrschen. Hier lassen sich drei Kulturformen unterscheiden.

1.1 Drei verschiedene Trinkkulturen

Abstinenzkulturen

Hier ist jeglicher Alkoholkonsum verboten und wird mit empfindlichen Geld- oder Gefängnisstrafen geahndet. Beispiele hierfür sind Länder der arabischen Welt, in denen der Islam Staatsreligion ist, wie Saudi-Arabien, Libyen oder der Iran. Die Bevölkerungsmehrheit lebt alkoholabstinent, während bereits jeder, der überhaupt Alkohol trinkt, und seien es noch so kleine Mengen, als unnormale und auffällig gilt. Wer gar wiederholt wegen Trinkens von Alkohol bestraft wurde, wird gemeinhin als schwerer Säufer oder Trinker angesehen. Denn wie anders sollte man sich erklären, dass er so „unvernünftig“ oder „willensschwach“ ist, nur wegen eines bisschen Alkohols wiederholt hohe Strafen in Kauf zu nehmen? Es ist unmittelbar einleuchtend, dass unter diesen gesellschaftlichen Bedingungen kaum jemand über Jahre hinweg in einer Weise Alkoholmissbrauch betreiben kann, dass er eine körperliche Abhängigkeit entwickelt.

Trinkkulturen

Hier ist der Konsum von Alkohol allgemein verbreitet und gesellschaftlich anerkannt. Beispiele sind Länder des Mittelmeerraumes wie Italien, Spanien und Griechenland, in denen schon seit jeher das Trinken von Wein fester Bestandteil von Mahlzeiten ist. In diesen Ländern herrscht ein sehr hoher Alkoholverbrauch, selbst Kinder und Jugendliche trinken häufig täglich Alkohol. Lediglich eine kleine Minderheit von Personen trinkt aus persönlichen Gründen selten oder gar keinen Alkohol.

Andererseits gibt es in diesen Ländern relativ klare und verbindliche Regeln im Umgang mit Alkohol. Diese beziehen sich sowohl auf die Trinkmenge und auf die Trinksituation als auch auf die Art des alkoholischen Getränks und grenzen eindeutig einen „normalen“ Alkoholkonsum von übermäßigem und gefähr-

lichem Trinken ab. Selbst eher geringfügige Überschreitungen dieser Trinkregeln (z. B. gelegentliches Betrunkensein, wiederholtes Trinken von Alkohol außerhalb von Mahlzeiten oder Geselligkeit, das Bevorzugen von hochprozentigen Alkoholika) werden bereits nachdrücklich und eindeutig als Ausdruck von Charakterschwäche, Unmännlichkeit oder Unzuverlässigkeit abgelehnt.

Insofern gibt es in diesen Ländern trotz täglichen Alkoholkonsums großer Bevölkerungsteile nur vergleichsweise wenig Alkoholiker. Kinder und Jugendliche lernen über das Vorbild ihrer Eltern frühzeitig, mit Alkohol umzugehen. Persönliche Abweichungen von den sozialen Trinknormen oder Alkoholmissbrauch werden in der Regel durch die Umwelt korrigiert, lange bevor daraus eine dauerhafte Alkoholabhängigkeit entstehen kann.

Gestörte Trinkkulturen

Hier gibt es keine klaren Grenzen zwischen normalem und unnormalem Alkoholkonsum. Vielmehr sind alle Formen des Umgangs mit Alkohol – einschließlich solcher Formen wie Wetttrinken, wiederholte Rausche, schwere „Kater“ oder das ausschließliche Trinken von hochprozentigen Alkoholika – weit verbreitet. Beispiele hierfür sind vor allem Deutschland, aber auch Frankreich, Großbritannien oder Russland. Es ist die Mischung von hohem und weit verbreitetem Alkoholkonsum in einer Gesellschaft einerseits mit völlig unklaren Regeln und Grenzen im Umgang mit Alkohol andererseits, die ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung von einer Alkoholabhängigkeit bedeutet.

Für den Einzelnen gibt es keine klare Richtschnur für einen sinnvollen Umgang mit Alkohol. Selbst wer sich über viele Jahre ein riskantes und gesundheitsschädliches Trinkverhalten angewöhnt, wird in diesen Ländern von seiner Umwelt lange Zeit keine eindeutige Korrektur erfahren, bis sich daraus eine dauerhafte Alkoholabhängigkeit entwickelt hat. Die somit erst viel zu spät, dann aber umso heftiger einsetzende Kritik durch Angehörige, Freunde oder Bekannte gilt dann allerdings häufig nicht mehr nur dem Trinkverhalten, sondern gleich der ganzen Person des Betroffenen als „Säufer“. Eine derartige Kritik ist zu diesem Zeitpunkt aber nicht mehr geeignet, den Betroffenen zu einem „normalen“ Alkoholkonsum zurückzuführen, sondern hat meist nur heimliches Trinken oder andere Vermeidungsstrategien zur Folge.



In gestörten Trinkkulturen gibt es eine große Zahl von Alkoholabhängigen, für die nach einer langjährigen Abhängigkeitskarriere vollständige Alkoholabstinenz die einzig aussichtsreiche Änderungsmöglichkeit darstellt und die hierbei therapeutischer Hilfe bedürfen.

1.2 Die fünf ungeschriebenen Gesetze im Umgang mit Alkohol

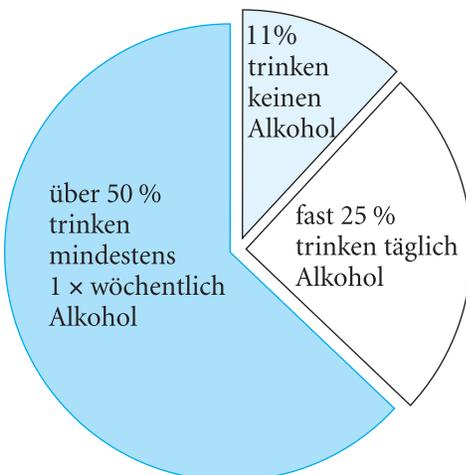
Im Folgenden soll genauer beschrieben werden, welchen Regeln und Normen der Umgang mit Alkohol im deutschen Sprachraum unterliegt und wo hierbei ungefähr die Grenze zwischen sozial unauffälligem, „normalem“ und auffälligem Trinkverhalten verläuft. Meistens sind diese kulturellen Regeln dem Einzelnen nicht bewusst. Ähnlich wie beim Erwerb der Muttersprache, bei dem man ja auch nicht die Grammatikregeln auswendig lernt, bekommt jedes Mitglied der Gesellschaft vielmehr im Verlauf seiner persönlichen Entwicklung mit der Zeit ein unwillkürliches Gefühl dafür, was in seiner Umwelt als „richtig“ und „normal“ bzw. als „falsch“ und „unnormal“ gilt. Entsprechend können schon dreijährige Kinder folgende Regeln im Umgang mit Alkohol benennen:

- ▶ Erwachsene trinken Alkohol, Kinder nicht.
- ▶ Männer trinken mehr als Frauen.
- ▶ Alkohol trinkt man auf Partys und nicht zum Frühstück.

Im deutschen Sprachraum lassen sich fünf ungeschriebene Gesetze feststellen, an denen sich der Umgang mit Alkohol orientiert.

(1) „Regelmäßiger Alkoholkonsum ist normal“

Die Mehrheit der erwachsenen Bundesbürger trinkt mindestens einmal pro Woche Alkohol, fast ein Viertel aller Erwachsenen trinkt sogar täglich Alkohol. Lediglich eine Minderheit von ungefähr 11 Prozent der erwachsenen Bevölkerung lebt vollkommen alkoholabstinent. Eine ähnliche Verteilung findet sich in Österreich und der Schweiz.



Die Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung trinkt regelmäßig Alkohol. Lediglich ca. 11 % leben abstinent

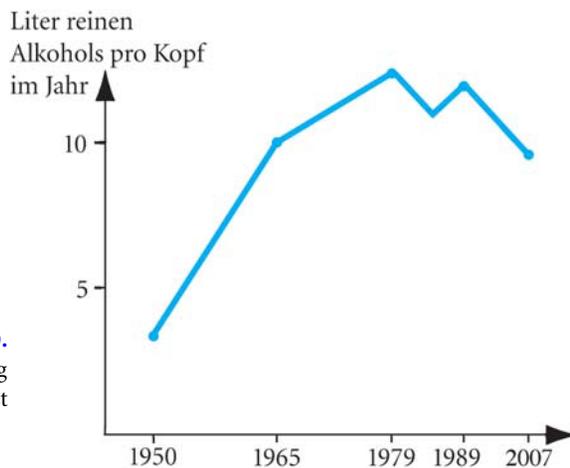
Die Normalität des Alkoholkonsums kommt auch darin zum Ausdruck, dass man bei uns Alkohol in jedem Lebensmittelgeschäft kaufen und in jeder Gaststätte bestellen kann. Das ist nicht selbstverständlich. In vielen Ländern wie zum Beispiel den USA kann man Alkohol nur in speziellen Läden kaufen und auch nur in Gaststätten mit einer besonderen Alkohollizenz bestellen. In Deutschland ist dagegen Alkohol in vielen Betrieben während der Arbeitszeit bzw. an Tankstellen rund um die Uhr erhältlich.

Erstes Suchtmittel bei Jugendlichen. Angesichts dieser enormen Verbreitung und uneingeschränkten Verfügbarkeit von Alkohol ist es nicht verwunderlich, dass Alkohol in der Regel das erste Suchtmittel darstellt, mit dem Jugendliche in Berührung kommen. Das Einstiegsalter beim Alkoholtrinken liegt derzeit zwischen zehn und elf Jahren und ist somit viel niedriger als bei Zigaretten oder anderen Drogen.

Entwicklung des Alkoholkonsums. Seit dem Zweiten Weltkrieg kam es zu einem rasanten Anstieg des Alkoholkonsums in Deutschland, Österreich und der Schweiz, der allerdings seit Ende der 1970er Jahre wieder rückläufig ist. Ursache für diesen Knick dürfte das gestiegene Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und die verschiedenen Fitnesswellen (Jogging, Aerobic, Bodybuilding) sein. Aber noch immer beträgt in Deutschland der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf 9,9 Liter reinen Alkohols pro Jahr, das sind jährlich 111,7 Liter Bier, 24,3 Liter Wein und Sekt sowie 5,6 Liter Schnaps für jeden Bundesbürger (Zahlen von 2007). Damit liegt Deutschland insgesamt auf Platz 8 der Weltrangliste im Alkoholtrinken. In der ehemaligen DDR betrug der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch zuletzt 11 Liter reinen Alkohols, wobei hier ungefähr doppelt so viel Schnaps und nur halb so viel Wein wie in der alten Bundesrepublik getrunken wurde. Nach der Wiedervereinigung war der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch in

Die Entwicklung des Alkoholkonsums in Deutschland seit 1950.

Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg der Alkoholkonsum rasant an; erst seit dem Ende der 1970er Jahre sind die Zahlen wieder rückläufig



den neuen Bundesländern vorübergehend auf 13 Liter reinen Alkohols angestiegen. Mittlerweile ist der Alkoholkonsum in den neuen und alten Bundesländern wieder weitgehend identisch. In Österreich und der Schweiz ist der Alkoholverbrauch dagegen mit 9,3 bzw. 8,8 Litern reinen Alkohols pro Kopf pro Jahr etwas geringer (Zahlen von 2007), wobei in beiden Ländern fast doppelt so viel Wein, aber deutlich weniger Bier getrunken wird als in Deutschland.

(2) „Alkohol gehört dazu“

In einer Vielzahl von Situationen ist es üblich, Alkohol zu trinken. Die häufigsten Trinksituationen sind hierbei:

- ▶ **Geselligkeit.** Beim geselligen Beisammensein wird das Trinken von Alkohol ganz allgemein erwartet. Beispielsweise sind 85 Prozent der Bevölkerung der Meinung, dass es zum guten Ton gehöre, dass man für Gäste immer alkoholische Getränke bereithält. Noch mehr als gemeinsame Mahlzeiten stärkt gemeinsames Trinken die sozialen Bindungen von Menschen, weswegen man Alkohol auch als „soziales Schmiermittel“ bezeichnet. Bei einer Reihe von Festlichkeiten ist Alkohol ein wesentlicher Teil oder zumindest ein unverzichtbares Anhängsel. Beispiele hierfür sind das gemeinsame Erheben des Glases, das sich Zuprosten, Trinksprüche und Anstoßen.
- ▶ **Fernsehen.** Die meist verbreiteten Tätigkeiten beim Fernsehen sind Alkoholtrinken und Rauchen. Entsprechend ist Alkohol auf der Mattscheibe auch allgegenwärtig. In jeder Stunde sieht der Zuschauer im Schnitt neun Szenen mit Alkohol. Sendungen mit besonders hoher Quote wie „Tatort“ oder Sportsendungen werden umrahmt von den Werbespots der Alkoholindustrie.
- ▶ **Kneipen.** Auch in Gaststätten und Kneipen ist Alkoholtrinken die Norm und keinen Alkohol zu trinken die Ausnahme. Entsprechend ist Alkohol hierzulande noch immer eines der billigsten Getränke.
- ▶ **Mahlzeiten.** Beim Abendessen trinken 40 Prozent der Bevölkerung regelmäßig Alkohol, beim Mittagessen sind es 17 Prozent.
- ▶ **Arbeitsplatz.** Solange die Arbeitsleistung nicht beeinträchtigt wird, sind die meisten Menschen gegen ein Alkoholverbot am Arbeitsplatz. Ca. 11 Prozent aller Beschäftigten trinken regelmäßig am Arbeitsplatz Alkohol.

(3) „Alkohol tut gut“

Ganz allgemein herrscht in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine positive Einstellung gegenüber alkoholischen Getränken und ihren Wirkungen. Beispielsweise ist die große Mehrheit der Bevölkerung der Meinung:

- ▶ Alkohol bewirke, dass man sich in Gesellschaft wohler fühlt,
- ▶ Alkohol erleichtere den Kontakt mit Leuten, die man noch nicht kennt,
- ▶ Alkohol sei eine angenehme Möglichkeit, sich zu entspannen,