

Lindenmeyer

9. Auflage

Lieber schlau als blau



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Lindenmeyer

Lieber schlau als blau

Johannes Lindenmeyer

Lieber schlau als blau

Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

9., überarbeitete und erweiterte Auflage

BELTZ

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

Dieses Buch ist auch als Printausgabe erhältlich:
ISBN 978-3-621-28388-5

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.

9., überarbeitete Auflage 2016

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 1993 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 6., vollständig überarbeitete Auflage 2001 Beltz PVU, Weinheim
- 7., überarbeitete und erweiterte Auflage 2005 Beltz PVU, Weinheim
- 8., überarbeitete Auflage 2010 Beltz PVU, Weinheim, Basel

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2016
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Karin Ohms
Herstellung: Uta Euler
Umschlagbild: Getty Images/Pamplemousse
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28367-0

Inhalt

Vorwort zur 9. Auflage	9
Einleitung: Der Radwechsel	10
1 Der Untergang der Titanic: Normales Trinken	19
1.1 Drei verschiedene Trinkkulturen	21
1.2 Die fünf ungeschriebenen Gesetze im Umgang mit Alkohol	22
1.3 Der Sucht-Eisberg	28
2 Der Stein der Weisen: Die Geschichte des Alkoholismus	30
2.1 Alkohol in der Antike (ca. 7000 v. Chr.–Christi Geburt)	31
2.2 Alkohol in Christentum und Mittelalter (Christi Geburt–1400 n. Chr.)	32
2.3 Erste Alkoholkrise (16. und 17. Jahrhundert)	34
2.4 Alkohol und Industrialisierung	37
2.5 Erster bis Zweiter Weltkrieg (1914–1945)	40
2.6 Zeit der Prohibition in Amerika (1919–1933)	41
2.7 Alkohol und Wirtschaftswunder (1945–heute)	43
3 Der trinkfeste General: Alkohol und seine Wirkung im Körper	47
3.1 Aufnahme von Alkohol im Körper	48
3.2 Abbau von Alkohol im Körper	50
3.3 Zwei-Phasen-Wirkung von Alkohol	53
3.4 Toleranzsteigerung	57
3.5 Probleme bei gleichzeitigem Alkohol- und Medikamenten- missbrauch	59
3.6 Die Wirkung von Anticraving-Substanzen	59
4 Der Cognac-Pilz: Körperliche Folgeschäden	62
4.1 Gehirn	64
4.2 Mangelernährung	67
4.3 Krebsrisiko	67
4.4 Haut	68
4.5 Lunge	68
4.6 Herz und Kreislauf	69
4.7 Magen	69
4.8 Bauchspeicheldrüse	69
4.9 Leber	71
4.10 Geschlechtsorgane	73
4.11 Knochen und Gelenke	74
4.12 Nerven	74

5	Die wirkungslosen Kanonenkugeln: Abhängigkeitsentwicklung	76
5.1	Was ist Abhängigkeit?	77
5.2	Vorurteile über die Entstehung von Abhängigkeit	82
5.3	Schritte einer Abhängigkeitsentwicklung	83
6	Die Kamikaze-Bomber: Medikamentenabhängigkeit	89
6.1	Medikamentenmissbrauch	93
6.2	Medikamentenabhängigkeit	95
6.3	Medikamente mit Suchtpotenzial	98
7	Auf den Spuren des Apostels der Enthaltensamkeit: Therapieschritte	103
7.1	Anhalten	105
7.2	Die Weiche suchen	107
7.3	Die Reparatur des Alternativgleises	111
7.4	Das Alternativgleis blankfahren	113
8	Die tragischen Lotto-Könige: Sucht und Arbeit	116
8.1	Die Rückkehr an den Arbeitsplatz	118
8.2	Aktive Arbeitsplatzsuche	121
8.3	Leben ohne bezahlte Arbeit	123
9	Vierhundert Kaninchen: Wirkungstrinken	125
9.1	Die dosisabhängige körperliche Wirkung von Alkohol	127
9.2	Die situationsabhängige psychische Wirkung von Alkohol	129
9.3	Die Entstehung persönlicher Trinkmotive	131
9.4	Wie funktioniert das Suchtgedächtnis?	133
10	Die herrliche Schildkrötensuppe: Abwehrmechanismen	136
10.1	Sucht und Familie	138
10.2	Sucht am Arbeitsplatz	139
10.3	Sucht und öffentliches Leben	140
10.4	Sucht und Ärzte	141
10.5	Not macht erfinderisch: Das »Pech« mit dem Führerschein	142
11	Die wilden Elefanten: Alkohol, Familie und Partnerschaft	147
11.1	Jede Krankheit zieht ihre Kreise	148
11.2	Auch Gesundung bedeutet Veränderung	149
11.3	Was kann die Einbeziehung von Partnern bzw. Angehörigen in die Behandlung bringen?	153
12	Lady Macbeth: Sexualität und Alkohol	157
12.1	Sexuelle Probleme bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen	160
12.2	Die Entstehung von sexuellen Problemen bei Abhängigen	162
12.3	Behandlungsmöglichkeiten von sexuellen Störungen	165

13	Foul oder Schwalbe?: Schmerzempfinden und Schmerzbewältigung	167
13.1	Guter und böser Schmerz	168
13.2	Die drei Rätsel des Schmerzes	169
13.3	Die Entstehung von chronischen Schmerzen	170
13.4	Möglichkeit der Schmerzkontrolle	171
13.5	Gesunder Umgang mit Schmerzen	172
14	Sir Walter Raleigh: Rauchen	176
14.1	Wer ist süchtig?	177
14.2	Die erste Zigarette	178
14.3	Warum ist Rauchen eine Sucht?	180
14.4	Gefahren des Rauchens	182
14.5	Der erfolgreiche Weg zur letzten Zigarette	184
15	Der Elchtest: Rückfallprävention	188
15.1	Was ist ein Rückfall?	190
15.2	Wann ist ein Rückfall am wahrscheinlichsten?	191
15.3	Der typische Verlauf eines Rückfalls	192
15.4	Der Rückfallschock – die 2. Phase des Rückfallverlaufs	195
15.5	Wie kann man einem Rückfall vorbeugen?	196
15.6	Den Rückfall stoppen	200
Anhang: Die Fragebogen		203
	Entscheidungsweg	205
	Werbesprüche	209
	Regierungsprogramm	213
	Spritverbrauch	217
	Body-TÜV	221
	Abhängigkeitsverständnis	225
	Medikamente	229
	Therapieziele	233
	Jobwärts	237
	Wirkungsfragen	241
	Abwehrmechanismen	245
	Medaillenspiegel	249
	Sexualität	253
	Schmerzbewältigung	257
	Rauchzeichen	261
	Rückfallkette	265
	Hinweise zum Download der Arbeitsmaterialien	269
	Sachwortverzeichnis	270

Vorwort zur 9. Auflage

Die Notwendigkeit einer 9. 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. Außerdem konnten ein Präventionsprogramm *Lieber schlau als blau für Jugendliche* sowie ein Elternratgeber *Auch trinken will gelernt sein* im Beltz-Verlag veröffentlicht werden.

In letzter Zeit wird erneut heftig über Konsumreduktion als gleichwertiger Alternative zur derzeitigen Abstinenzorientierung in der Behandlung von Alkoholabhängigen diskutiert. Diese Auffassung wird von mir ausdrücklich *nicht* geteilt. Vielmehr betonen die aktuellen Behandlungsleitlinien unverändert Alkoholabstinenz als primär anzustrebendes Therapieziel. Entsprechend wirbt auch *Lieber schlau als blau* eindeutig für Alkoholabstinenz als ein ebenso sinnvolles wie auch attraktives Veränderungsziel für Alkohol- und Medikamentenabhängige.

Neu eingefügt wurde das Kapitel *Die Tragik der Lottokönige* zum Thema Arbeit und Sucht, weil das Nachgehen einer regelmäßigen Beschäftigung (egal ob bezahlt oder unbezahlt) sich neben dem Besuch einer Selbsthilfegruppe als zentral für das Erreichen stabiler Abstinenz erwiesen hat.

Lieber schlau als blau verfügt über eine eigene Website (www.lieberschlaualsblau.de). Auf ihr kann man fünf Kapitel des Buches in Form eines jeweils durch mich gehaltenen Vortrages anhören. Außerdem lassen sich dort die Fragebogen aus dem Anhang des Buches herunterladen. Schließlich finden sich auf dieser Website zu jedem Kapitel aktuelle Forschungsergebnisse zur Vertiefung der Lektüre und Anregungen für die Einbeziehung von *Lieber schlau als blau* in die ersten Gruppentherapiesitzungen im Rahmen einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung.

Seit dem erstmaligen Erscheinen von *Lieber schlau als blau* vor nunmehr 26 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 ursprünglich das anschauliche Eisenbahn-Modell zur Entstehung und Behandlung von Alkoholabhängigkeit, das ich mit seinem Einverständnis in Kapitel 5 und 7 dieses Buches verwendet habe.

Lindow, Januar 2016

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**

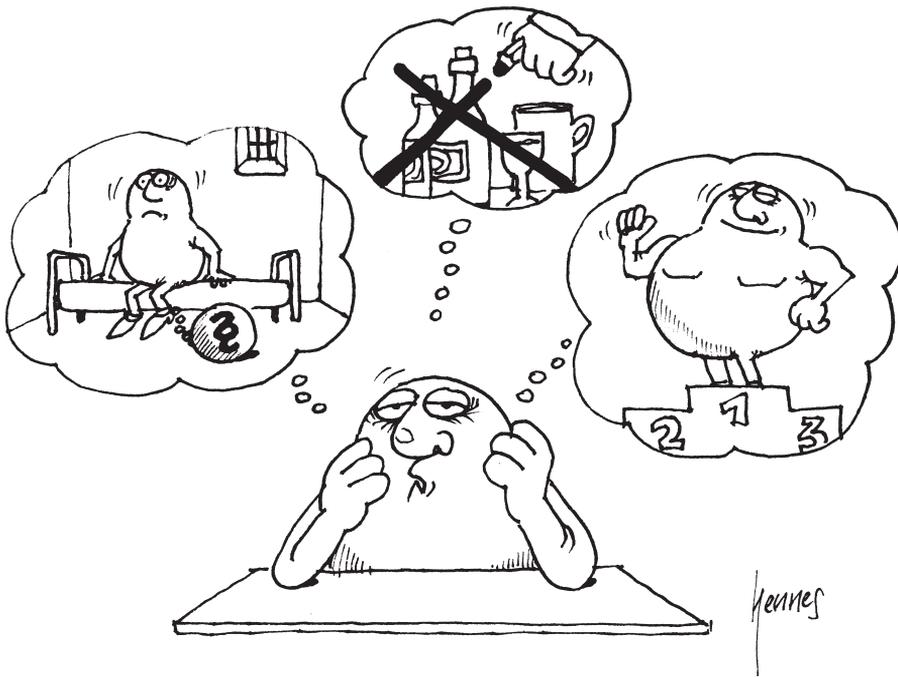
Dieses Buch wurde für Alkohol- und Medikamentenabhängige – aber auch für ihre Angehörigen und Therapeuten – geschrieben, die sich vor einer Behandlung befinden oder gerade damit begonnen haben. Denn so leicht, wie mancher zum Abhängigen geworden ist, so schwer fällt es andererseits in der Regel, dies für sich zu akzeptieren und etwas auf Dauer Wirksames dagegen zu tun. Tatsächlich finden jährlich lediglich etwa 13 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 zu begeben. 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.

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:

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



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 Suchtpotenzial 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 drastische 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, welch 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 sogenannte Hintertürchen für einen Rückfall kritisiert.

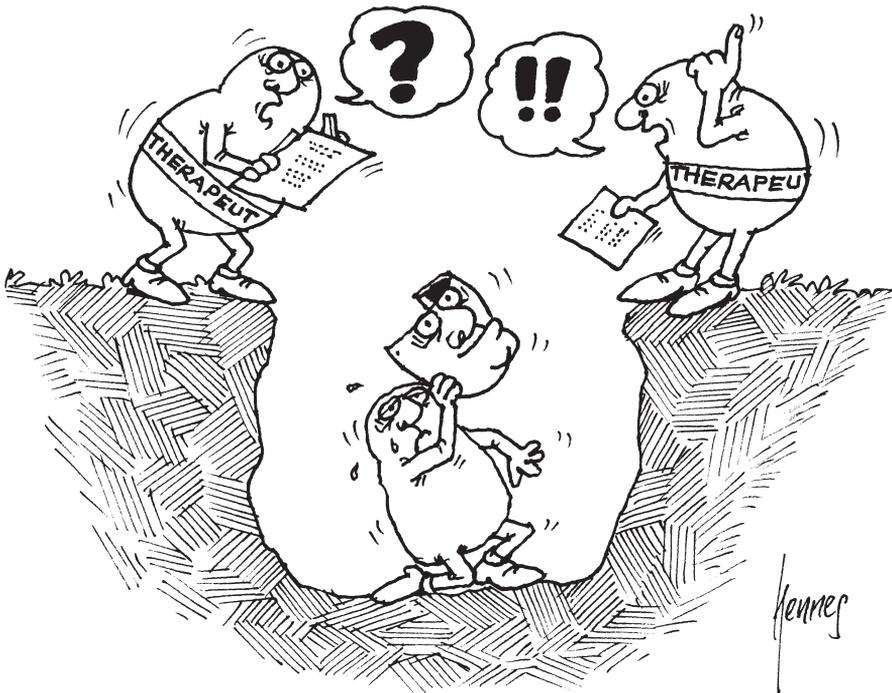
Typische Konflikte

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 Suchteinrichtung scheint zu sein, immer neue Fragen zu stellen. Alles Mögliche wollen sie haarklein erzählt bekommen. Antworten wie »Das weiß ich nicht mehr« oder »Darüber will ich nicht reden« werden, wenn überhaupt, nur vorübergehend akzeptiert. 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 einseitige Gesprächsform bedrängt oder hat, ähnlich wie bei einem Verhör, Angst, irgendwann doch mehr zu sagen, als man eigentlich wollte. Die meisten Therapeutenfragen 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 Medikamenten, 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 Gedanken ausspart, von denen häufig selbst die Lebenspartner nichts wissen. »Das geht 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 Widerstandes ein Betroffener wählt, er kann sicher sein, die nächste Frage kommt bestimmt. In diesem Punkt lassen Therapeuten einfach nicht locker.



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

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, sodass 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 gekommen ...« 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 »hoffnungs-

losen« Fällen, die das Klima in einer Therapie erheblich vergiften und zu heftigen Auseinandersetzungen innerhalb der Patientenschaft führen kann. Insgeheim 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, sodass 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 15 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 auseinandersetzen 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 therapeutischer 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 Website www.lieberschlaualsblau.de enthaltenen Vorträge können in Therapieeinrichtungen oder Selbsthilfegruppen mit Hilfe eines Beamer für die Gruppenarbeit genutzt werden. Auf dieser Website finden sich auch weitere Hinweise dazu, wie *Lieber schlau als blau* in der Gruppentherapie im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung genutzt werden kann.
- ▶ Angehörigen ermöglicht die Durcharbeitung des Buches, die Entstehung, aber auch die Behandlungsmöglichkeiten einer Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit 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 werden die meisten Informationen zur Entstehung und Behandlung einer Abhängigkeit am Beispiel von Alkoholismus dargestellt. Sie werden aber bald erkennen, 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 Abstinenzenerfahrungen aufbauen, die es lediglich gezielt zu ergänzen oder weiterzuentwickeln gilt. Rückfällige können sich besonders auf das Kapitel 15 *Der Elchtest* konzentrieren, das Informationen zur Entstehung und Bewältigung von Rückfällen enthält.

Veränderungsphase beachten. Die Therapieforschung unterscheidet vier Phasen, die ein Betroffener bei der Bewältigung seiner Abhängigkeit durchläuft. Je nachdem 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 mithilfe 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 (insbesondere Kapitel 11 *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.

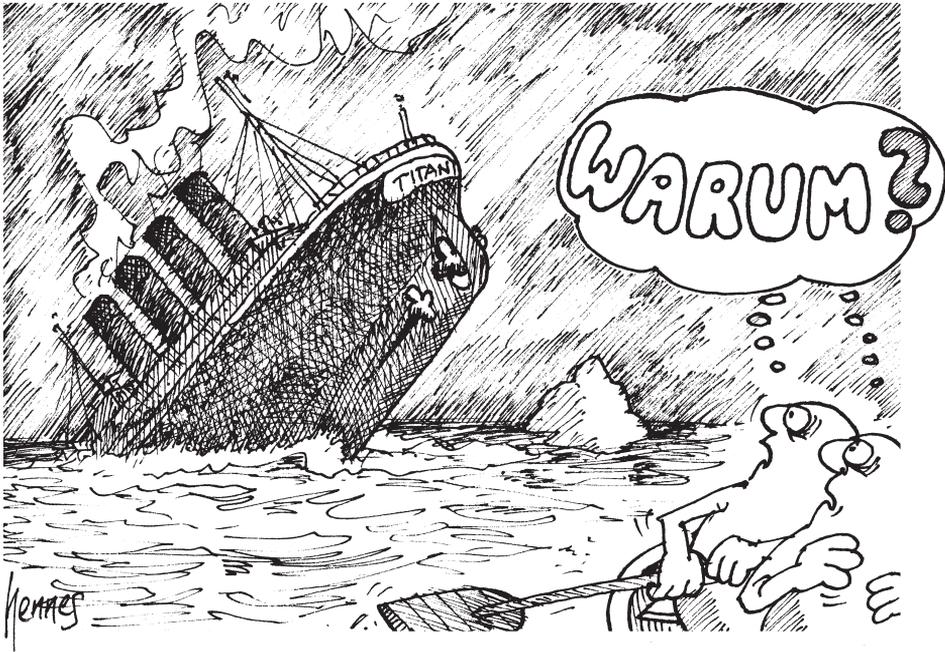
Hinweis

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

Literaturtipp

Böttcher, P. (2014). *Trocken, aber nicht verdurstet*. Borsdorf: Edition Winterwork.

1 Der Untergang der Titanic: Normales Trinken



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 sogenannte »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.

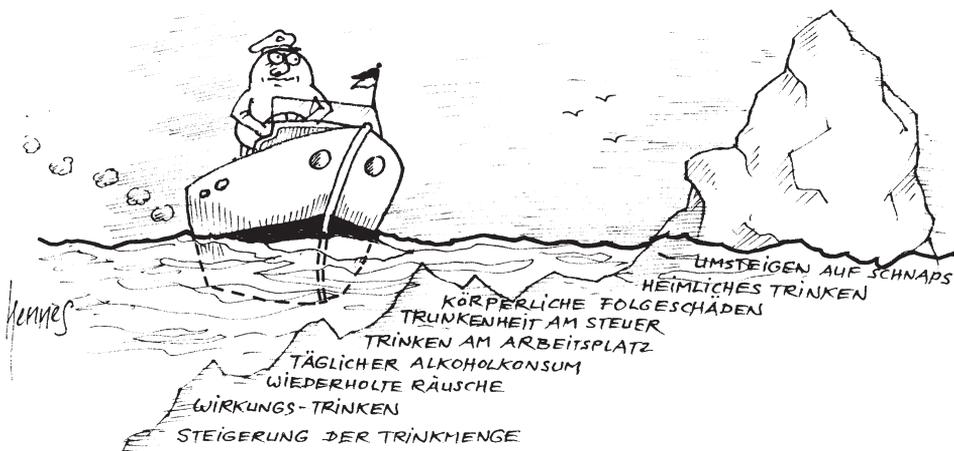
Nun ist bei einem Eisberg jeweils der größte Teil unter der Wasseroberfläche verborgen, lediglich ungefähr ein Neuntel ragt aus dem Wasser heraus. Die Gefahr

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, 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.



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

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, Ägypten oder der Iran. Die Bevölkerungsmehrheit lebt alkoholabstinent, während bereits jeder, der überhaupt Alkohol trinkt, und seien es noch so kleine Mengen, als unnormale und auffällige gilt. Wer gar wiederholt wegen Trinkens von Alkohol bestraft wurde, wird gemeinhin als schwerer Säufer 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 gefährlichem 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 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

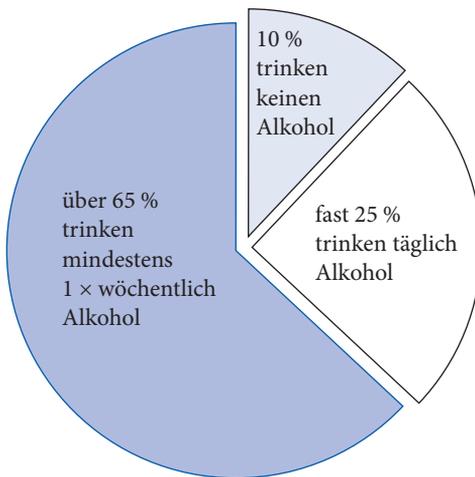
Im Folgenden soll genauer beschrieben werden, welchen Regeln und Normen der Umgang mit Alkohol im deutschen Sprachraum unterliegt und wo hierbei ungefähr die Grenze zwischen sozial unauffälligem, »normalem« und auffälligem Trinkverhalten verläuft. Meistens sind diese kulturellen Regeln dem Einzelnen 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 »unnormale« 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 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung lebt vollkommen alkoholabstinente. Eine ähnliche Verteilung findet sich in Österreich und der Schweiz.



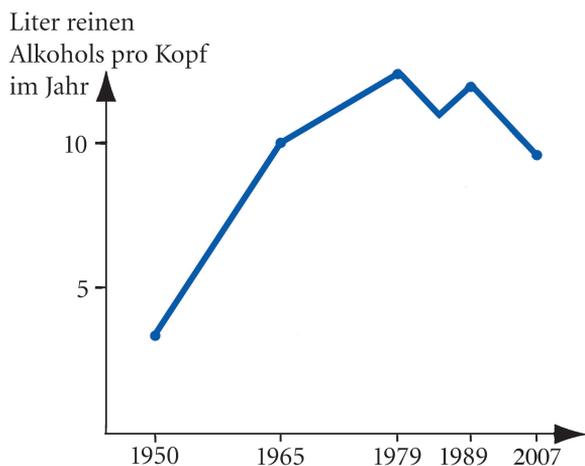
Die Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung trinkt regelmäßig Alkohol. Lediglich ca. 10 % leben abstinente

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. in vielen Bundesländern 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 9,5 Liter reinen Alkohols pro Jahr, das sind jährlich 105,5 Liter Bier, 24,5 Liter Wein und Sekt sowie 5,3 Liter

Schnaps für jeden Bundesbürger (Zahlen von 2014). 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 den neuen Bundesländern vorübergehend auf 13 Liter reinen Alkohols angestiegen. Mittlerweile ist der Alkoholkonsum in den neuen und alten Bundesländern wieder weitgehend identisch. In der Schweiz ist der Alkoholverbrauch mit 8,1 Litern reinen Alkohols pro Kopf pro Jahr etwas geringer, in Österreich liegt er dagegen sogar bei 12,2 Litern (Zahlen von 2012), wobei in beiden Ländern fast doppelt so viel Wein, aber deutlich weniger Bier getrunken wird als in Deutschland.



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

(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, für Gäste immer alkoholische Getränke bereit zu halten. 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. 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. Circa 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
- ▶ Alkohol stärke das Selbstvertrauen
- ▶ durch Alkohol sei man humorvoller und einfallsreicher
- ▶ Alkohol helfe über Niedergeschlagenheit und Depression hinweg
- ▶ mit Alkohol könne man starke Belastungen leichter ertragen
- ▶ Alkohol erleichtere die sexuelle Annäherung
- ▶ mit Alkohol könne man besser abschalten



Alkohol wird üblicherweise nicht allein wegen seines Geschmacks getrunken, sondern für eine Vielzahl von Situationen als Lösungs- oder Hilfsmittel angesehen.

Das Trinken von Alkohol markiert häufig die Grenze von Arbeit und Freizeit nach dem Motto: »Dienst ist Dienst und Schnaps ist Schnaps«. Wer trinkt, nimmt gewissermaßen eine Art Auszeit im Sinne eines zeitlich begrenzten Rückzugs von allen Verpflichtungen.

(4) »Trinke so viel wie dein Nachbar«

Es gibt in Deutschland, Österreich und der Schweiz einfach keine klare Vorstellung darüber, wie viel Alkohol man trinken kann und ab wann man besser aufhören sollte. Stattdessen hängt es von der Trinksituation und dem Alkoholkonsum der Mittrinkenden ab, welche Alkoholmenge als angemessen angesehen wird. Beispielsweise hält die Mehrheit der Bevölkerung ganz allgemein einen Alkoholkonsum von zwei Vierteln Wein oder einem Liter Bier am Tag für »normal«. Bei einem Fest wird aber eine Alkoholmenge von einem Liter Wein oder zwei Litern Bier für normal gehalten, auch wenn viele Menschen bei dieser Trinkmenge sicherlich schon einen deutlichen Schwips und am nächsten Tag einen ziemlichen Kater erleben. Überhaupt besteht

die Neigung, das eigene Trinkverhalten an den Mittrinkenden zu orientieren. Vor allem unter Männern oder Jugendlichen sind folgende Trinkmuster weitverbreitet:

- ▶ **Niveau-Trinken.** Damit ist zum Beispiel das gemeinsame Trinken in einer Kneipe gemeint, bei dem durch gemeinsames Aufgeben der Bestellung unwillkürlich eine Angleichung der von den Beteiligten getrunkenen Alkoholmenge erfolgt.
- ▶ **Runden-Trinken.** Durch das sogenannte »Werfen von Runden« in einer Trinkgemeinschaft entsteht eine Art Verpflichtung, eine bestimmte Alkoholmenge mitzutrinken, weil man erst am Ende einer kompletten Runde, das heißt, wenn jeder eine Runde bezahlt hat, aussteigen kann.
- ▶ **Flatrate-Trinken.** Verschiedene Kneipen und Diskotheken ermöglichen für einen einmaligen Eintrittsbetrag einen unbegrenzten Alkoholkonsum. Indem nicht jeweils für jedes weitere Getränk bezahlt werden muss, entfällt jeder finanzielle Hinweisreiz für einen gemäßigten Konsum. Solche Einrichtungen sprechen gezielt exzessiv trinkende Jugendliche an.

Die gleiche Trinkmenge stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl der Beteiligten und stellt häufig eine Art Statussymbol für Gastfreundschaft, Wohlstand, guten Geschmack oder besondere Kultiviertheit dar.

(5) »Alkoholtrinken ist Privatsache«

Ganz allgemein herrscht in Deutschland, Österreich und der Schweiz die Auffassung, dass man sich bezüglich des Alkoholkonsums von anderen besser nicht einmischen



Alkoholtrinken ist Privatsache. Die meisten Menschen sind der Auffassung, dass man sich bezüglich des Alkoholkonsums von anderen nicht einmischen sollte

soll. »Das muss schließlich jeder selbst wissen« ist diesbezüglich die am häufigsten geäußerte Meinung. Beispielsweise halten es die meisten Menschen für unangebracht, wenn Familienmitglieder jemanden wegen seines zu hohen Alkoholkonsums kritisieren, und äußern Verständnis dafür, dass der Betroffene sich dagegen auf aggressive Weise wehrt. Noch deutlicher ist diese Einstellung daran erkennbar, dass am Arbeitsplatz häufig derjenige als sogenannter »Radfahrer« geschnitten wird, der der Betriebsleitung den gefährlichen Alkoholkonsum eines Kollegen gemeldet hat. Dagegen werden selbst stark auffällige und nicht mehr leistungsfähige Alkoholiker oft lange Zeit von ihren Arbeitskollegen »gedeckt«. Sogar in Suchtkliniken herrscht häufig unter den Patienten die Auffassung, dass man Rückfälle von Mitpatienten am besten für sich behält.

Gezielte Anstrengung der Alkoholindustrie

Etwa die Hälfte der gesamten Alkoholproduktion weltweit liegt in der Hand von ganzen fünf multinationalen Konzernen. Die Alkoholindustrie gibt allein in Deutschland jährlich ca. 540 Millionen Euro aus, um durch Werbung zu vermitteln, dass Alkohol ein integraler und v. a. erstrebenswerter Bestandteil unseres Alltags ist. Angesichts der zunehmenden Einschränkungen hinsichtlich direkter Alkoholwerbung haben sich die Aktivitäten immer mehr auf das sogenannte »Produktplacement« v. a. in Filmen und im Sport sowie auf die Produktion und Verbreitung von Unterhaltungsmusik verlegt. So wird fast in jedem fünften Titel der Unterhaltungsmusik Alkohol erwähnt, in fast jedem zwanzigsten Titel wird sogar eine bestimmte Alkoholmarke genannt.



© dpa



© ROBERT MICHAEL/AFP/Getty Images

Werbung für Alkohol. Die Hersteller von Alkohol versuchen gezielt, in Filmen, in der Politik, im Sport und in der Unterhaltungsmusik die fünf ungeschriebenen Gesetze im Umgang mit Alkohol zu festigen