



Lindenmeyer

1.1. Auflage

Lieber schlau als blau

Entstehung und Behandlung
von Alkohol- und
Medikamentenabhängigkeit



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Lindenmeyer

Lieber schlau als blau



Mit dem untenstehenden Freischalt-Code erhalten Sie die digitalen Arbeitsmaterialien aus diesem Buch. Hierfür ist eine Registrierung auf psychotherapie.tools notwendig:

1. psychotherapie.tools/online-material öffnen.
2. Freischalt-Code eingeben.
3. Auf »Freischalt-Code einlösen« klicken. Der Code ist einmal gültig.
4. Im Warenkorb auf »Credits einlösen« klicken und Vorgang nach Login abschließen.
5. Arbeitsmaterialien nutzen.

Die Arbeitsmaterialien stehen Ihnen in Ihrem Kundenkonto unter »Mein Material« dauerhaft zur Verfügung. Sie sind für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt. Als Institution mit mehreren Nutzer:innen wenden Sie sich bitte an vertrieb-psychotherapie.tools@beltz.de

JJaRdrpw



Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer, Dipl.-Psych., lehrt an der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Er erhielt 2017 den Diotima-Ehrenpreis der Deutschen Psychotherapeutenchaft für sein Engagement für Suchtkranke.

Johannes Lindenmeyer

Lieber schlau als blau

Entstehung und Behandlung von
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Mit Online-Material

11., neu ausgestattete Auflage

BELTZ

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Sofern in vorliegender Publikation Personen abgebildet sind und ihnen darin fiktive Namen, Berufe, Dialoge u.a. zugeordnet sind oder diese Personen in bestimmte – etwa krankheitsbedingte – Kontexte gesetzt werden, dienen diese Zuordnungen und Darstellungen ausschließlich der Veranschaulichung und dem besseren Verständnis des Inhalts.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29372-3 Print
ISBN 978-3-621-29373-0 E-Book (PDF)

11., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: Getty Images / iStock / YakobchukOlana
Illustrationen: Hans Biedermann
Herstellung: Viktoria Larson
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

| | |
|--|-----|
| Vorwort zur 10. Auflage | 11 |
| Einleitung: Der Radwechsel | 13 |
| 1 Der Untergang der Titanic: Normales Trinken | 22 |
| 2 Der Stein der Weisen: Die Geschichte des Alkoholismus | 33 |
| 3 Der trinkfeste General: Alkohol und seine Wirkung im Körper | 51 |
| 4 Der Cognac-Pilz: Körperliche Folgeschäden | 66 |
| 5 Die wirkungslosen Kanonenkugeln: Abhängigkeitsentwicklung | 80 |
| 6 Die Kamikaze-Bomber: Medikamentenabhängigkeit | 93 |
| 7 Auf den Spuren des Apostels der Enthaltensamkeit: Therapieschritte | 107 |
| 8 Die tragischen Lotto-Könige: Sucht und Arbeit | 120 |
| 9 Murphy's Law: Wenn mehrere Erkrankungen zusammenkommen | 129 |
| 10 Vierhundert Kaninchen: Wirkungstrinken | 145 |
| 11 Die herrliche Schildkrötensuppe: Abwehrmechanismen | 157 |
| 12 Die wilden Elefanten: Alkohol, Familie und Partnerschaft | 168 |
| 13 Lady Macbeth: Sexualität und Alkohol | 178 |
| 14 Foul oder Schwalbe?: Schmerzempfinden und Schmerzbewältigung | 187 |
| 15 Sir Walter Raleigh: Rauchen | 196 |
| 16 Der Elchtest: Rückfallprävention | 208 |
| Anhang | |
| Fragebogen | 224 |
| Hinweise zum Download der Arbeitsmaterialien | 296 |
| Sachwortverzeichnis | 297 |

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort zur 10. Auflage | 11 |
| Einleitung: Der Radwechsel | 13 |
| 1 Der Untergang der Titanic: Normales Trinken | 22 |
| 1.1 Drei verschiedene Trinkkulturen | 24 |
| 1.2 Die fünf ungeschriebenen Gesetze im Umgang mit Alkohol | 25 |
| 1.3 Der Sucht-Eisberg | 30 |
| 2 Der Stein der Weisen: Die Geschichte des Alkoholismus | 33 |
| 2.1 Alkohol in der Vorzeit und Antike (ca. 9000 v. Chr.–Christi Geburt) | 34 |
| 2.2 Alkohol in Christentum und Mittelalter (Christi Geburt–1400 n. Chr.) | 35 |
| 2.3 Erste Alkoholkrise (16. und 17. Jahrhundert) | 37 |
| 2.4 Alkohol und Industrialisierung | 40 |
| 2.5 Erster bis Zweiter Weltkrieg (1914–1945) | 44 |
| 2.6 Zeit der Prohibition in Amerika (1919–1933) | 44 |
| 2.7 Alkohol und Wirtschaftswunder (1945–heute) | 46 |
| 3 Der trinkfeste General: Alkohol und seine Wirkung im Körper | 51 |
| 3.1 Aufnahme von Alkohol im Körper | 52 |
| 3.2 Abbau von Alkohol im Körper | 54 |
| 3.3 Zwei-Phasen-Wirkung von Alkohol | 57 |
| 3.4 Toleranzsteigerung | 61 |
| 3.5 Probleme bei gleichzeitigem Alkohol- und Medikamentenmissbrauch | 63 |
| 3.6 Die Wirkung von Anticraving-Substanzen | 63 |
| 4 Der Cognac-Pilz: Körperliche Folgeschäden | 66 |
| 4.1 Gehirn | 68 |
| 4.2 Mangelernährung | 71 |
| 4.3 Krebsrisiko | 71 |
| 4.4 Haut | 72 |
| 4.5 Lunge | 72 |
| 4.6 Herz und Kreislauf | 73 |
| 4.7 Magen | 74 |
| 4.8 Bauchspeicheldrüse | 74 |
| 4.9 Leber | 75 |
| 4.10 Geschlechtsorgane | 78 |
| 4.11 Knochen und Gelenke | 79 |
| 4.12 Nerven | 79 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 5 | Die wirkungslosen Kanonenkugeln: Abhängigkeitsentwicklung | 80 |
| 5.1 | Was ist eine Abhängigkeit? | 81 |
| 5.2 | Vorurteile über die Entstehung von Abhängigkeit | 86 |
| 5.3 | Schritte einer Abhängigkeitsentwicklung | 87 |
| 6 | Die Kamikaze-Bomber: Medikamentenabhängigkeit | 93 |
| 6.1 | Medikamentenmissbrauch | 97 |
| 6.2 | Medikamentenabhängigkeit | 99 |
| 6.3 | Medikamente mit Suchtpotenzial | 102 |
| 7 | Auf den Spuren des Apostels der Enthaltbarkeit: Therapieschritte | 107 |
| 7.1 | Anhalten | 109 |
| 7.2 | Die Weiche suchen | 111 |
| 7.3 | Die Reparatur des Alternativgleises | 115 |
| 7.4 | Das Alternativgleis blankfahren | 117 |
| 8 | Die tragischen Lotto-Könige: Sucht und Arbeit | 120 |
| 8.1 | Die Rückkehr an den Arbeitsplatz | 122 |
| 8.2 | Aktive Arbeitsplatzsuche | 125 |
| 8.3 | Leben ohne bezahlte Arbeit | 127 |
| 9 | Murphy's Law: Wenn mehrere Erkrankungen zusammenkommen | 129 |
| 9.1 | Ein Unglück kommt selten allein | 131 |
| 9.2 | Die Henne oder das Ei? | 139 |
| 9.3 | Integrierte Behandlung | 141 |
| 10 | Vierhundert Kaninchen: Wirkungstrinken | 145 |
| 10.1 | Die dosisabhängige körperliche Wirkung von Alkohol | 147 |
| 10.2 | Alkohol und Aggression | 150 |
| 10.3 | Die situationsabhängige psychische Wirkung von Alkohol | 150 |
| 10.4 | Die Entstehung persönlicher Trinkmotive | 151 |
| 10.5 | Wie funktioniert das Suchtgedächtnis? | 154 |
| 11 | Die herrliche Schildkrötensuppe: Abwehrmechanismen | 157 |
| 11.1 | Sucht und Familie | 159 |
| 11.2 | Sucht am Arbeitsplatz | 160 |
| 11.3 | Sucht und öffentliches Leben | 161 |
| 11.4 | Sucht und Ärzt:innen | 162 |
| 11.5 | Not macht erfinderisch: das »Pech« mit dem Führerschein | 163 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 12 | Die wilden Elefanten: Alkohol, Familie und Partnerschaft | 168 |
| 12.1 | Jede Krankheit zieht ihre Kreise | 169 |
| 12.2 | Auch Gesundung bedeutet Veränderung | 170 |
| 12.3 | Was kann die Einbeziehung von Partner:innen bzw. Angehörigen in die Behandlung bringen? | 174 |
| 13 | Lady Macbeth: Sexualität und Alkohol | 178 |
| 13.1 | Sexuelle Probleme bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit | 181 |
| 13.2 | Die Entstehung von sexuellen Problemen bei Suchtmittelabhängigkeit | 182 |
| 13.3 | Behandlungsmöglichkeiten von sexuellen Störungen | 185 |
| 14 | Foul oder Schwalbe?: Schmerzempfinden und Schmerzbewältigung | 187 |
| 14.1 | Guter und böser Schmerz | 188 |
| 14.2 | Die drei Rätsel des Schmerzes | 189 |
| 14.3 | Die Entstehung von chronischen Schmerzen | 190 |
| 14.4 | Möglichkeit der Schmerzkontrolle | 191 |
| 14.5 | Gesunder Umgang mit Schmerzen | 192 |
| 15 | Sir Walter Raleigh: Rauchen | 196 |
| 15.1 | Wer ist süchtig? | 197 |
| 15.2 | Die erste Zigarette | 198 |
| 15.3 | Warum ist Rauchen eine Sucht? | 200 |
| 15.4 | Gefahren des Rauchens | 202 |
| 15.5 | Der erfolgreiche Weg zur letzten Zigarette | 204 |
| 16 | Der Elchtest: Rückfallprävention | 208 |
| 16.1 | Was ist ein Rückfall? | 210 |
| 16.2 | Wann ist ein Rückfall am wahrscheinlichsten? | 211 |
| 16.3 | Der typische Verlauf eines Rückfalls | 212 |
| 16.4 | Der Rückfallschock – die 2. Phase des Rückfallverlaufs | 215 |
| 16.5 | Wie kann man einem Rückfall vorbeugen? | 216 |
| 16.6 | Den Rückfall stoppen | 220 |

Anhang

| | |
|--|-----|
| Fragebogen | 224 |
| Entscheidungsweg | 227 |
| Werbesprüche | 231 |
| Regierungsprogramm | 235 |
| Spritverbrauch | 239 |
| Body-TÜV | 243 |
| Abhängigkeitsverständnis | 247 |
| Medikamente | 251 |
| Therapieziele | 255 |
| Jobwärts | 259 |
| Eine Sucht kommt manchmal nicht allein | 263 |
| Wirkungsfragen | 267 |
| Abwehrmechanismen | 271 |
| Medaillenspiegel | 275 |
| Sexualität | 279 |
| Schmerzbewältigung | 283 |
| Rauchzeichen | 287 |
| Rückfallkette | 292 |
| Hinweise zum Download der Arbeitsmaterialien | 296 |
| Sachwortverzeichnis | 297 |

Vorwort zur 10. Auflage

Dass ausgerechnet ein Buch über das immer noch stark tabuisierte Thema der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit eine 10. Auflage erreicht, erfüllt mich mit Stolz und Dankbarkeit. Es bestätigt mein Anliegen, Betroffene, aber auch ihre Angehörigen und ihre Therapeut:innen bei der Überwindung einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit zu unterstützen. Seit 1990 wird *Lieber schlau als blau* sowohl als Arbeitsmaterial im Rahmen der verschiedensten Formen der Suchtbehandlung als auch von Selbsthilfegruppen und in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung verwendet. 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. Insofern danke ich an dieser Stelle dem Verlag, insbesondere in Person meiner Lektorin Karin Ohms für die engagierte Zusammenarbeit über viele Jahre. Mit beigetragen zum Erfolg von *Lieber schlau als blau* haben die Cartoons von Hennes Biedermann. Seine Kartoffelmännchen verkörpern in kongenialer Weise mein Ziel, ein für alle Beteiligten schwieriges Thema mit liebevollem Humor zu vermitteln.

Immer wieder wird über Konsumreduktion als gleichwertiger Alternative zur Abstinenzorientierung in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit diskutiert. Ich habe größtes Verständnis für die Beweggründe, trotzdem wird diese Auffassung von mir ausdrücklich *nicht* geteilt. In Übereinstimmung mit den aktuellen Behandlungsleitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wirbt *Lieber schlau als blau* vielmehr eindeutig für Alkoholabstinenz als ein besonders sinnvolles und attraktives Veränderungsziel für Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit.

Die wichtigste Neuerung der 10. Auflage von *Lieber schlau als blau* ist die konsequente Berücksichtigung der gesellschaftlich gewachsenen Sensibilität gegenüber sprachlicher Diskriminierung und Geschlechterfragen. Mir ist bewusst, dass die Verwendung des Gender-Doppelpunktes als störend empfunden werden kann. Aber gerade weil es das Grundanliegen dieses Buches ist, Betroffenen und ihren Angehörigen die Auseinandersetzung und schließlich persönlich Annahme einer gesellschaftlich besonders stark abgewerteten Suchterkrankung zu erleichtern, habe ich mich dazu entschlossen, auch sprachlich aktiv dafür zu sorgen, dass sich niemand ausgeschlossen oder abgewertet fühlt. Entsprechend verwende ich auch die Begriffe Alkoholiker oder Alkoholabhängige im Unterschied zu früheren Auflagen jetzt nur noch dort, wo ich bewusst verdeutlichen will, mit welchen Vorurteilen sich Betroffene in der Vergangenheit und leider manchmal auch bis heute immer noch konfrontiert sehen. Natürlich weiß ich um den Wert, wenn Betroffene sich selbstbewusst »Alkoholiker« oder »Alkis« nennen, um vor sich und anderen zu verdeutlichen, wie zentral diese Erkrankung lebenslang für ihre Identität ist und bleibt. Aber es ist ein großer Unterschied, ob sich Betroffene freiwillig selbst als Süchtige bezeichnen oder ob sie von Außenstehenden so genannt werden.

Sehr oft ist die Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit nicht die einzige Baustelle der Betroffenen. Viele leiden zusätzlich unter weiteren psychischen Störungen. Sie quält dann häufig die Frage, was kommt von was und wie soll das alles in einer Behandlung Berücksichtigung finden. Entsprechend wurde die Neuauflage von *Lieber schlau als blau* um ein Kapitel zur sogenannten Komorbidität ergänzt: Murphy's Law – Wenn mehrere Erkrankungen zusammenkommen.

Die sogenannten Behandlungsleitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollen sicherstellen, dass kranke Menschen jeweils die beste Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erhalten. Bei der Entwicklung dieser Behandlungsempfehlungen wird besonders auf die Unabhängigkeit der Expert:innen von persönlichen oder wirtschaftlichen Interessen geachtet. Andererseits sind Leitlinien für Laien nicht immer leicht verständlich. Immer da, wo es in *Lieber schlau als blau* um die konkreten Behandlungsmöglichkeiten im Falle einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit geht, habe ich die Einschätzung der aktuellen Behandlungsleitlinie ausgeführt.

Und schließlich wurden für die Neuauflage alle erwähnten wissenschaftlichen Erkenntnisse, statistischen Angaben, Adressen und Literaturangaben auf den aktuellen Stand gebracht.

Lieber schlau als blau verfügt über eine eigene Website (www.lieberschlaualsblau.de). Auf ihr kann man einige Kapitel des Buches anhören. Außerdem lassen sich dort die Fragebogen aus dem Anhang des Buches herunterladen. Schließlich finden sich auf dieser Website zu jedem Kapitel Anregungen für die Einbeziehung von *Lieber schlau als blau* in die Gruppentherapie im Rahmen einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung.

Seit dem erstmaligen Erscheinen von *Lieber schlau als blau* vor nunmehr 32 Jahren erhalte ich immer wieder von Betroffenen, Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, Angehörigen und therapeutischen Kolleg:innen wertvolle Anregungen und hilfreiche 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, dem ehemaligen Direktor der salus klinik Friedrichsdorf, verpflichtet. Von ihm stammt ursprünglich das anschauliche Eisenbahn-Modell zur Entstehung und Behandlung der Alkoholabhängigkeit, das ich mit seinem Einverständnis in Kapitel 5 und 7 dieses Buches verwendet habe.

Lindow, im Frühjahr 2022

Johannes Lindenmeyer

Einleitung: Der Radwechsel

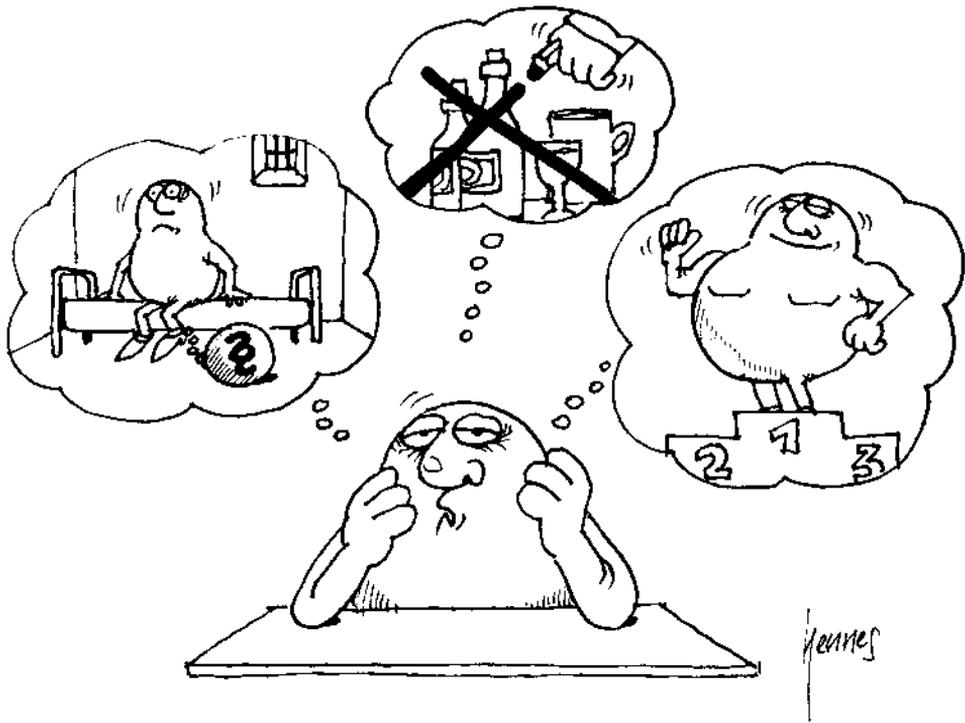
Ich sitze am Straßenrand
Der Fahrer wechselt das Rad.
Ich bin nicht gern, wo ich herkomme.
Ich bin nicht gern, wo ich hinfahre.
Warum sehe ich den Radwechsel
Mit Ungeduld?
Bertolt Brecht (1953)

Dieses Buch wurde für Menschen mit einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit – aber auch für ihre Angehörigen und Therapeut:innen – geschrieben, die sich vor einer Behandlung befinden oder gerade damit begonnen haben. Denn so leicht, wie sich manchmal eine Suchtmittelabhängigkeit eingeschlichen hat, 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 Menschen mit Alkoholabhängigkeit den Weg in eine effektive Suchtbehandlung. Der Rest irrt ziellos in unserem Gesundheitswesen zwischen Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten aufgrund von körperlichen Alkoholfolgeschäden oder Verletzungen unter Alkoholeinfluss hin und her. Bei Menschen mit Medikamentenabhängigkeit ist die Dunkelziffer sogar noch um ein Vielfaches höher. Insofern kann es einen ersten Einstieg in den Ausstieg bedeuten, wenn Betroffene dieses Buch in die Hand nehmen.

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, Ärzt:innen, 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 bereits 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 werden.

Dreifacher Veränderungschock

Die ersten Eindrücke von einer Behandlungseinrichtung sind nicht immer dazu angehtan, Neuankömmlinge zu beruhigen, selbst wenn alle freundlich und hilfsbereit zu ihnen sind. Ganz im Gegenteil, viele erleben zu Beginn ihrer Therapie einen dreifachen Veränderungschock:



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

Patient:innenrolle. Eine Therapie bedeutet für »Neulinge« oft 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 Therapeut:innen und schon länger in Behandlung befindlichen Mitpatient:innen vollkommen natürlich und selbstverständlich vorkommt, bedeutet es für Neuankömmlinge 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 sie haben, in einer Abhängigkeitsbehandlung wird allen von Beginn an freundlich, aber unmissverständlich klargemacht, dass es für sie hier nur eine Rolle gibt: die einer bzw. eines Patient:in. In den Augen der Betroffenen bedeutet dies aber zunächst viele Pflichten und wenig Rechte.

Lebenslange Abstinenz. Insbesondere sollen die Betroffenen von nun an wie selbstverständlich akzeptieren, dass sie unwiderruflich suchtmittelabhängig sind und damit nie mehr in ihrem Leben Alkohol trinken oder Medikamente mit Suchtpotenzial einnehmen können. Da gibt es kein »manchmal«, »vielleicht« oder »vorerst«. Gerade für junge Menschen, aber auch für diejenigen, die zu Hause in einem Umfeld leben, in dem Alko-

hol »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 Menschen mit Medikamentenabhängigkeit, es ganz ohne »ihr« Medikament einfach nicht aushalten zu können.

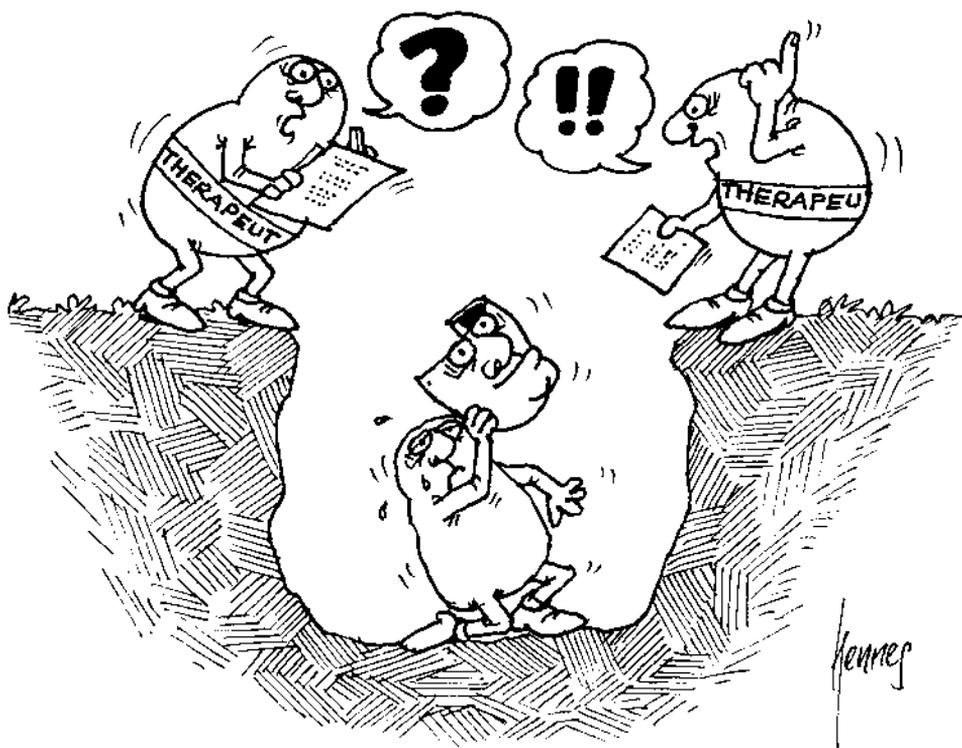
Selbstüberzeugung. Während Betroffene somit oftmals gerade zu Behandlungsbeginn viel einstecken und akzeptieren müssen, sollen sie gleichzeitig neues Selbstvertrauen und Hoffnung in die Wirksamkeit der Therapie entwickeln. Auch dies bedeutet einen schwierigen Veränderungsschritt: sich einerseits das 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 merken sie, welche hohen Einsatz an aktiver Mitarbeit und an Veränderungsbereitschaft, aber vor allem welchen Mut zum Risiko Mitpatient:innen und Therapeut:innen von ihnen erwarten. Ein 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 von den ersten Behandlungstagen – ein bisschen Übertreibung ist vielleicht auch dabei – berichtet wird. Zwar werden sie den Betroffenen 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 Mitarbeiter:innen einer therapeutischen Einrichtung niederschlagen.

Die ewigen Fragen. Patient:innen können ein Lied davon singen: Die Lieblingsbeschäftigung von den Behandelnden 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. Betroffene fühlen sich manchmal trotzdem durch diese einseitige Gesprächsform bedrängt oder haben, ähnlich wie bei einem Verhör, Angst, irgendwann doch mehr zu sagen, als sie eigentlich wollten. Die meisten Fragen der Behandelnden 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 Bezugspersonen, kurzum auf Dinge, auf die man nicht gerade stolz ist.

Mit der größten Selbstverständlichkeit scheinen nun viele Therapeut:innen zu erwarten, dass man ihnen als relativ fremden Personen hierüber vollkommen offen berichtet und dabei nicht einmal die geheimsten Wünsche oder Gedanken ausspart, von denen häufig selbst die engsten Bezugspersonen 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 die Fragen der Therapeut:innen 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 Betroffene auch wählen, sie können sicher sein, die nächste Frage kommt bestimmt. In diesem Punkt lassen Therapeut:innen einfach nicht locker.



Typische Konfliktfelder in einer Abhängigkeitstherapie. Viele Betroffene fühlen sich durch die vielen therapeutischen Fragen bedrängt, empfinden sie als Besserwisseri und versuchen krampfhaft, ihr Gesicht zu wahren

Die Besserwisser:innen. 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 ge-

tan. In einer Abhängigkeitsbehandlung kann man sich die Behandelnden nämlich oft nicht aussuchen und deren Vorgehensweise schon gar nicht. Vielleicht erwarten nicht alle als Therapeuten unbedingt einen älteren Professor mit grauen Haaren, Brille und Arztkittel, dessen wohlgesetzte Worte große Würde und Lebenserfahrung ausstrahlen. Aber Therapeut:innen in Jeans oder Sandalen, die noch so jung wirken, dass sie ihr Wissen doch nur aus Büchern haben können – dass ausgerechnet so ein Mensch ihnen wirksam helfen soll, können sich viele Patient:innen zunächst nicht vorstellen. Aus ihrem Mund haben für sie selbst Lob und Anerkennung den unangenehmen Beigeschmack, dass sich »so jemand« anmaßt, sie zu bewerten.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Therapeut:innen in einer Abhängigkeitsbehandlung nicht ausschließlich Vertrauenspersonen für ihre Patient:innen sein können, sondern immer die Therapieeinrichtung repräsentieren mit all ihren oftmals harten und starren Regeln, die sie zu vertreten und durchzusetzen haben. Und dass den Betroffenen die meisten therapeutischen Hinweise und Ratschläge zunächst realitätsfremd, unsinnig oder lächerlich erscheinen, liegt in der Natur der Sache. Sonst wären sie ja schon längst von selbst auf sie gekommen und würden keine Therapie benötigen.

Viele Betroffene 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 der Behandelnden können sie in der Regel nicht überzeugen und Floskeln von Therapeut:innen wie »aus therapeutischen Gründen« oder »Das müssen Sie für sich selbst herausfinden« erhöhen ihren inneren Widerstand noch. Gelingt es aber doch einmal, Therapeut:innen argumentativ in die Ecke zu treiben, sodass sie momentan nicht weiter wissen, dann haben sie meist noch ein Behandlungsteam hinter sich. »Wir haben das noch einmal diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen ...« wird dann am nächsten Tag verkündet 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 ihr Alkohol- oder Medikamentenproblem nicht allein lösen konnten und jetzt »so eine« Behandlung benötigen. Die Therapie erscheint ihnen als großer Makel, entsprechend fühlen sie sich als Verlierer:in oder Versager:in. Manche fühlen sich von ihren Angehörigen verraten oder zur Behandlung gezwungen. Andere fürchten vor allem Ablehnung oder Verachtung durch ihre Nachbar:innen oder Arbeitskolleg:innen. Erschwerend kommt für viele Betroffene hinzu, dass sie zu Behandlungsbeginn auch körperlich geschwächt sind und daher im wahrsten Sinne des Wortes auf wackligen Beinen stehen.

Die Art und Weise, wie Betroffene 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 Mitpatient:innen und Therapeut:innen Anerkennung und Lob zu bekommen. Sie sind besonders verwirrt und hilflos, wenn dies dann von therapeutischer Seite als »lediglich vordergründige Anpassung« bezeichnet oder von Mitpatient:innen als »Schleimen« kritisiert wird. Andere Betroffene sind während ihrer Therapie vor allem damit beschäftigt, einzelne Therapiemaßnahmen kritisch zu hinterfragen. Wieder andere versuchen, sich vor allem gegenüber

ihren Mitpatient:innen 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 zwischen Patient:innen führen können. Insgeheim quält aber die meisten Betroffenen die Frage: »Warum gerade ich?« oder »Wie konnte mir das passieren?« Und viele sind enttäuscht und frustriert darüber, dass ihnen ihre Therapeut:innen 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 die 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 alle Betroffene zunächst durchmachen müssen.

Die Ziele dieses Buches

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

- (1) **Wissensvermittlung.** In 15 aufeinander aufbauenden Kapiteln wird das nötige medizinische und psychologische Wissen vermittelt, 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 die eigene Therapie aktiv und möglichst selbstbestimmt gestalten bzw. die Behandlung von anderen wirkungsvoll unterstützen.
- (2) **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 oder einer Therapeut:in durchzusprechen, damit auf diese Weise Hinweise für die weitere Gestaltung der Therapie entstehen.
- (3) **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 Therapeut:in im Rahmen einer stationären Behandlung.

■ Wichtig

Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen, sei an dieser Stelle ausdrücklich festgestellt: Dieses Buch kann keine Therapie 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 ambulanten oder stationären Therapie in einer Suchteinrichtung bilden.
- ▶ Die auf der Website www.lieberschlaualsblau.de enthaltenen Vorträge können in Therapieeinrichtungen oder Selbsthilfegruppen mithilfe eines Beamers 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 Suchtbehandlung 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 den Sie Behandelnden, 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 therapeutisches Gespräch, um die Besonderheit Ihrer eigenen Abhängigkeitsentwicklung besser verstehen zu können.

Medikamentenabhängigkeit beachten. Zur besseren Lesbarkeit dieses Buches werden die meisten Informationen zur Entstehung und Behandlung einer Abhängigkeit am Beispiel der Alkoholabhängigkeit 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 Patient:innen in einer Suchttherapie und damit voraussichtlich auch viele Leser:innen 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 Therapeut:innen 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 16 »Der Elchtest« konzentrieren, das spezifische Informationen zur Entstehung und Bewältigung von Rückfällen enthält.

Veränderungsphase beachten. Die Therapieforchung unterscheidet vier Phasen, die Betroffene bei der Bewältigung ihrer Abhängigkeit durchlaufen. Je nachdem stehen für sie ganz unterschiedliche Themen im Vordergrund.

- (1) »Was ich?«: Die Betroffenen beschäftigt, ob sie überhaupt ein Suchtproblem haben.
- (2) »Ja, aber ...«: Die Betroffenen setzen sich mit der Schwere ihres Suchtproblems und den sich daraus ergebenden Konsequenzen auseinander.
- (3) »Und nun?«: Die Betroffenen überlegen, was sie konkret gegen ihr Suchtproblem unternehmen können.
- (4) »Wie sicher?«: Die Betroffenen suchen nach Wegen, um ihre Veränderungen dauerhaft zu stabilisieren.

Besprechen Sie bitte mit den Sie Behandelnden, unter welcher Fragestellung Sie dieses Buches vorrangig durcharbeiten wollen.

Bezugspersonen mitnehmen. Für Angehörige und Bezugspersonen ist vieles bei einer Suchtentwicklung unverständlich und befremdlich. Geben Sie Ihren Bezugspersonen dieses Buch (insbesondere Kapitel 12 »Die wilden Elefanten«) zu lesen und sprechen Sie mit ihnen, inwieweit sie den Ausführungen zustimmen können oder nicht. Denn je mehr Angehörigen bzw. Bezugspersonen 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.

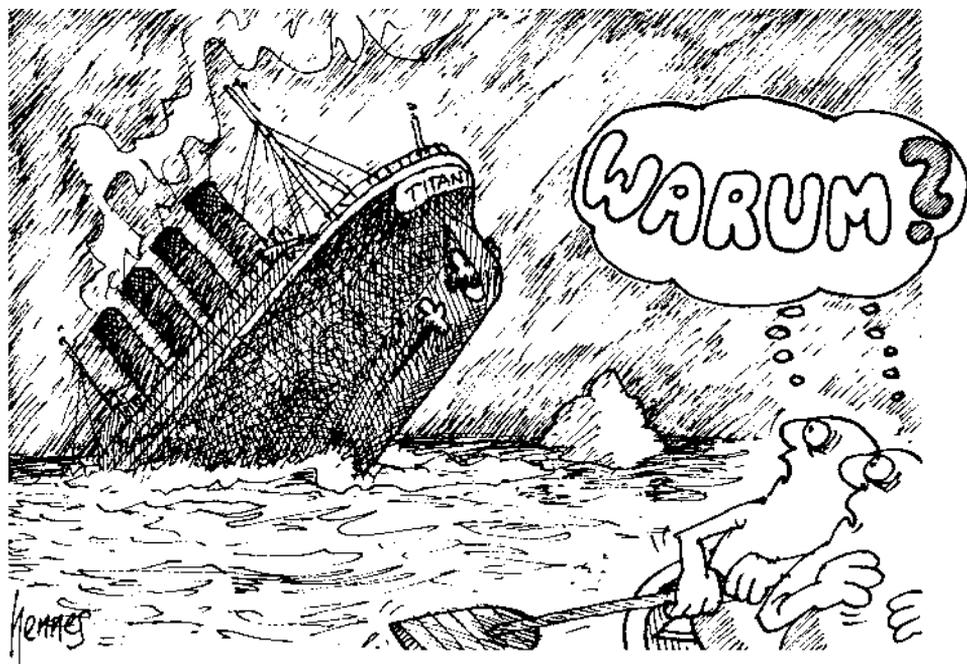
Hinweis

Betroffene vergessen bitte nicht, im Anschluss an die Lektüre dieses Einleitungskapitels den Fragebogen »Entscheidungsweg« (im Anhang des Buches) auszufüllen und mit ihrer/ihrem Therapeut:in 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.

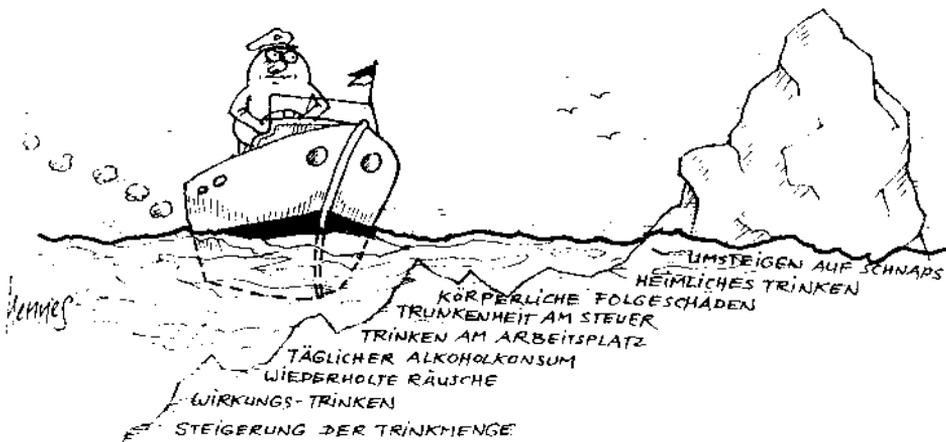
Nun ist bei einem Eisberg jeweils der größte Teil unter der Wasseroberfläche verborgen, lediglich ungefähr ein Neuntel ragt aus dem Wasser heraus. Die Gefahr ei-

nes 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 von den Betroffenen und ihrer Umwelt nicht bemerkt wird. Obwohl in dieser Zeit bereits häufig die entscheidenden Weichen in Richtung einer Suchtmittelabhängigkeit gestellt werden und der Alkoholkonsum der Betroffenen stetig steigt, werden sie von ihrer Umwelt in ihrem Trinkverhalten bestärkt: »Ein richtiger Mann ...«, »Der verträgt etwas« oder »Das gehört halt dazu« sind beispielsweise häufige Reaktionen von Freund:innen 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 die Betroffenen werden als Alkoholiker:in oder gar Säufer:in beschimpft und verachtet. Sie und ihre 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 den Betroffenen und ihrer Umwelt verborgen. Erst in einem späten Stadium fallen Betroffene wegen ihres Trinkens auf und werden von ihrer Umwelt kritisiert

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

1.1 Drei verschiedene Trinkkulturen

Abstinenzkulturen

Hier ist jeglicher Alkoholkonsum zumindest für die einheimische Bevölkerung 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, Jemen, Kuwait, Iran, Pakistan oder Teile von Indien. Die Bevölkerungsmehrheit lebt alkoholabstinent, während bereits jede Person, die überhaupt Alkohol trinkt, und seien es noch so kleine Mengen, als unnormal und auffällig gilt. Wer gar wiederholt wegen Trinkens von Alkohol bestraft wurde, wird gemeinhin als schwere:r Säufer:in angesehen. Denn wie anders sollte man sich erklären, dass ein Mensch 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 sich 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 hochprozentiger 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 Menschen mit Alkoholabhängigkeit. 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 hochprozentiger 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.

Es gibt hier 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 der Betroffenen als »Säufer« bzw. »Trinkerin«. Eine derartige Kritik ist zu diesem Zeitpunkt aber nicht mehr geeignet, die Betroffenen zu einem »normalen« Alkoholkonsum zurückzuführen, sondern hat meist nur heimliches Trinken oder andere Vermeidungsstrategien zur Folge.

Wichtig

In gestörten Trinkkulturen gibt es eine große Zahl von Menschen mit Alkoholabhängigkeit, 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

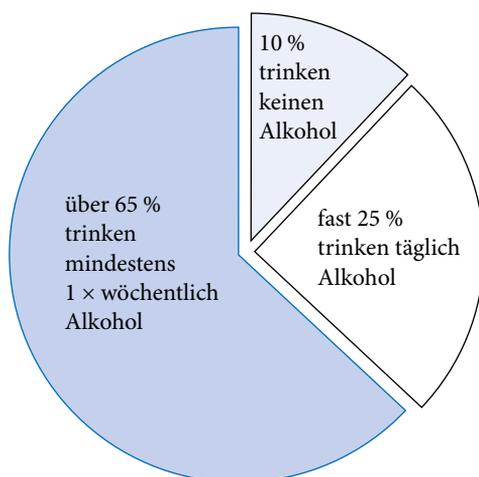
Im Folgenden soll genauer beschrieben werden, welchen Regeln und Normen der Umgang mit Alkohol im deutschen Sprachraum unterliegt und wo hierbei ungefähr die Grenze zwischen sozial unauffälligem, »normalem« und auffälligem Trinkverhalten verläuft. Meistens sind uns diese kulturellen Regeln nicht bewusst. 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 Alkohol 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 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. 10 % leben abstinent

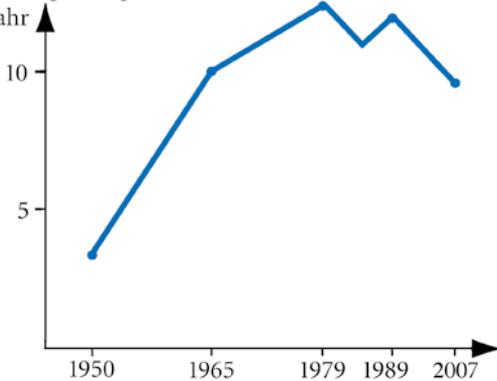
Die Normalität des Alkoholkonsums kommt auch darin zum Ausdruck, dass man bei uns Alkohol in jedem Lebensmittelgeschäft kaufen und in jeder Gaststätte bestellen kann. Das ist nicht selbstverständlich. In vielen Ländern wie zum Beispiel den USA kann man Alkohol nur in speziellen Läden kaufen und auch nur in Gaststätten mit einer besonderen Alkohollizenz bestellen. In Deutschland ist dagegen Alkohol in vielen Betrieben während der Arbeitszeit bzw. 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, Selbstoptimierung) sein. Aber noch immer beträgt in Deutschland der durchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf 9,1 Liter reinen Alkohols pro Jahr, das sind jährlich 100 Liter Bier, 23,5 Liter Wein und Sekt sowie 5,3 Li-

ter Schnaps für jeden Bundesbürger (Zahlen von 2019). Damit liegt Deutschland insgesamt auf Platz 4 der Weltrangliste im Alkoholtrinken. In der Schweiz ist der Alkoholverbrauch mit 7,9 Litern reinen Alkohols pro Kopf pro Jahr etwas geringer, in Österreich dagegen bei 10,5 Litern etwas höher (Zahlen von 2019), wobei in beiden Ländern fast doppelt so viel Wein, aber deutlich weniger Bier getrunken wird als in Deutschland.

Liter reinen
Alkohols pro Kopf
im Jahr



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 Trink-situationen 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 sehen die Zuschauer:innen im Schnitt neun Szenen mit Alkohol. Sport-sendungen 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. Gaststätten machen etwa die Hälfte ihres Gesamtumsatzes mit dem Verkauf von alkoholischen Getränken.
- ▶ **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

■ Wichtig

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 zwischen 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.