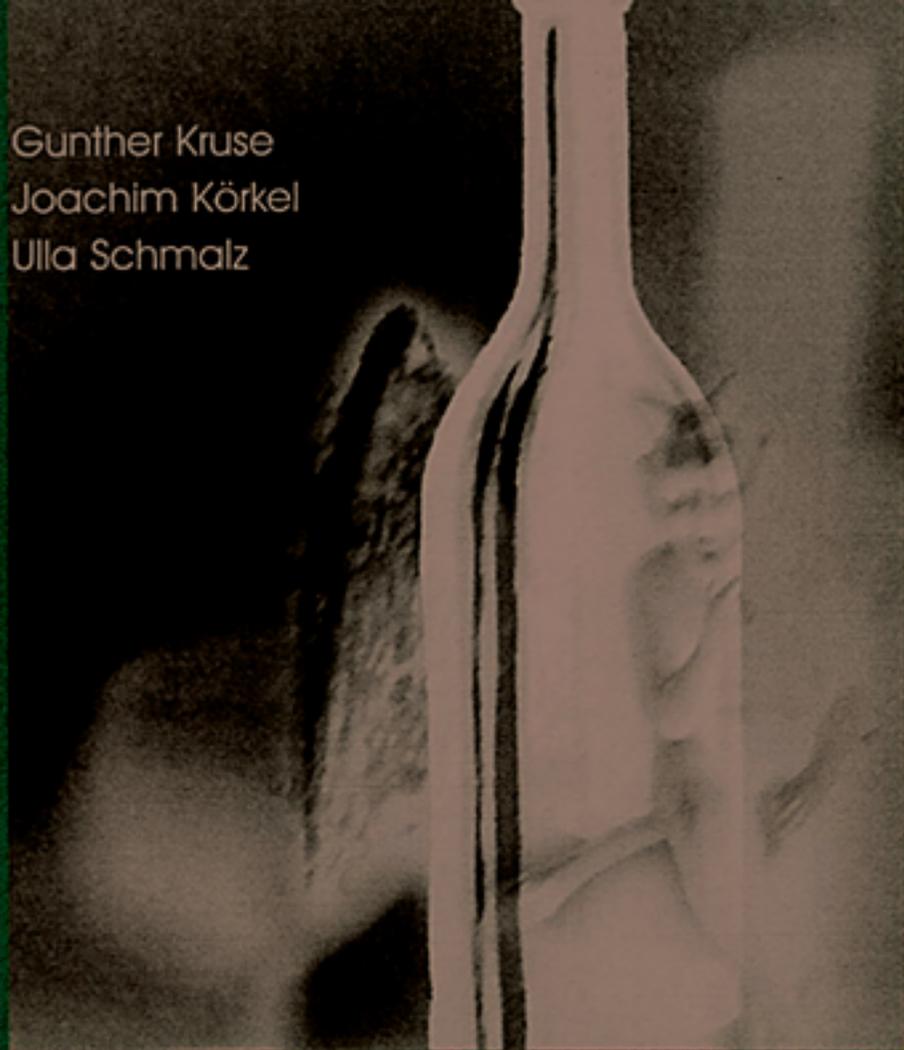


Gunther Kruse
Joachim Körkel
Ulla Schmalz



Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln

Mit literarischen Beispielen

Psychiatrie-Verlag

Gunther Kruse, Joachim Körkel, Ulla Schmalz

Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln Mit literarischen Beispielen



Gunther Kruse, Joachim Körkel, Ulla Schmalz

Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln Mit literarischen Beispielen

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Kruse, Gunther:

Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln / Mit literarischen Beispielen –

2. Aufl., Bonn : Psychiatrie-Verl., 2001

ISBN 3-88414-244-5

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2000

Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlages vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlag: Dorothea Posdiena, bild-werk, Dortmund

Typografie und Illustrationen: Iga Bielejec, Nierstein

Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen 10

Vorwort 12

EINFÜHRUNG: TRINKSITTEN UND KONSUMMUSTER

Ein Alkoholnebel liegt über der Weltliteratur 16

Alkoholdarstellungen in der Bibel 19

Zeitgenössische Konsummuster 24

Kulturelle Prägung der Konsummuster 26

Konsummuster und Trinksitten im Spiegel der Geschichte 27

1 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT MEDIZINISCH BETRACHTET

1.1 Diagnose und Diagnosehindernisse 34

1.1.2 Ärzte und Abhängigkeit 34

1.1.3 Definition der Alkoholabhängigkeit 35

1.1.4 Diagnostik 35

1.1.4.1 Intoxikation 37 1.1.4.2 Diagnostik der Alkoholabhängigkeit 41

1.1.4.3 Diagnostik des »schädlichen Alkoholgebrauchs« bzw. »Alkoholmissbrauchs« 45

1.1.4.4 Gesprächsführung in der Alkoholismusediagnostik 48 1.1.4.5 Labordiagnostik 51

1.1.4.6 Fragebogendiagnostik 52 1.1.4.7 Diagnostik psychiatrisch-neurologischer

Begleiterscheinungen 57

1.2 Somatische Folgeerkrankungen 62

1.2.1 Äußere Anzeichen übermäßigen Alkoholkonsums 63

1.2.2 Innere Medizin 63

1.2.3 Geburtshilfe 66

1.2.4 Neurologie 66

1.2.5 Fazit 68

1.3 Typologien und Phasen der Alkoholabhängigkeit 69

1.3.1 Alkoholismus-Typologien 69

1.3.1.1 Jellinek 69 1.3.1.2 Cloninger 71 1.3.1.3 Weitere Personen-Typologien 73

1.3.2 Phasen der Alkoholabhängigkeit 73

1.3.2.1 Anfangsphase (Prodromalphase) 73 1.3.2.2 Kritische Phase 75

1.3.2.3 Chronische Phase 79

1.3.3 Fazit 84

2 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT SOZIOLOGISCH UND PSYCHOLOGISCH BETRACHTET

2.1 Epidemiologie 86

2.1.1 Prävalenz 86

- 2.1.1.1 Abstinenz 86
- 2.1.1.2 Riskanter und schädlicher Konsum 87
- 2.1.1.3 Behandelte Prävalenz 90

2.1.2 Wirtschaftsfaktor Alkohol 91

2.1.3 Alkoholverbrauch in Deutschland im historischen und internationalen Vergleich 91

2.1.4 Geschlechtsspezifische Einstellung gegenüber Alkohol 95

2.1.5 Fazit 95

2.2 Alkoholpolitik 96

2.2.1 Public Health 96

- 2.2.1.1 Europäische Charta Alkohol 98
- 2.2.1.2 Aktionsplan Alkohol der Bundesländer und der DHS 99
- 2.2.1.3 Maßnahmen zur Angebots- und Nachfragereduzierung 100

2.2.2 Fazit 102

2.3 Soziale Faktoren 106

2.3.1 Soziale Aspekte der Alkoholismusdefinition 106

2.3.2 Soziale Epidemiologie 108

2.3.3 Soziale Faktoren der Ätiologie 110

2.3.4 Sozialer Bias der Behandlungsbedingungen 112

2.3.5 Soziale Einflüsse auf Behandlungseffekte 113

2.3.6 Soziale Auswirkungen des Alkoholkonsums 115

2.3.7 Fazit 115

2.4 Alkohol und Familie 116

2.4.1 Die Sichtweise der Angehörigen 116

- 2.4.1.1 Vorurteile und Stigmatisierungen 116
- 2.4.1.2 Die Verstrickung der Partner 120
- 2.4.1.3 Die Phasen der Co-Abhängigkeit 123
- 2.4.1.4 Unausgesprochene Regeln 127
- 2.4.1.5 Hilfebedarf der Partner 130

2.4.2 Die Belastung der Kinder 133

- 2.4.2.1 Rollenmuster der Kinder 134
- 2.4.2.2 Hilfebedarf der Kinder 137

2.4.3 Forschung und Forschungslücken *Michael Klein* 139

- 2.4.3.1 Partner von Alkoholkranken 141
- 2.4.3.2 Kinder von Alkoholkranken 151

2.4.4 Fazit 158

2.5	Modelle und Theorien der Alkoholismusedwicklung	159
2.5.1	Individuum	160
2.5.1.1	Der psychoanalytische Ansatz	161
2.5.1.2	Der verhaltenstheoretische Ansatz	164
2.5.1.3	Der systemisch-familiientherapeutische Ansatz	165
2.5.1.4	Der lösungsorientierte Ansatz	167
2.5.1.5	Neurobiologische und genetische Erklärungsansätze	168
2.5.2	Soziales Umfeld	170
2.5.3	Substanz	171
2.5.4	Und nun?	171
2.6	Motivation und Motivationsförderung	175
2.6.1	Motivation – ein alltagssprachlicher Phantombegriff	175
2.6.2	Motivation – wissenschaftlich betrachtet	176
2.6.3	Motivation als interaktioneller Prozess	179
2.6.4	Motivierende Beratung	182
2.6.4.1	MI, Phase 1: Aufbau von Veränderungsmotivation	182
2.6.4.2	MI, Phase 2: Festlegung von Veränderungszielen	186
2.6.4.3	MI, Phase 3: Festlegung des allgemeinen Veränderungsweges	187
2.6.4.4	MI, Phase 4: Konkretisierung des ausgewählten Weges	188
2.6.5	Motivationsförderung während der Alkoholismusbehandlung	189
2.6.5.1	Motivationsförderung während der Entgiftungsbehandlung	189
2.6.5.2	Motivationsförderung bei chronisch mehrfach geschädigten Alkoholabhängigen (CMA)	192
2.6.5.3	Motivationsförderung in Beratung, Therapie und Nachsorge	193
2.6.6	Acht generelle Empfehlungen zur Motivationsförderung	194

3 BEHANDLUNGSANGEBOTE UND BEHANDLUNGSFRAGEN

3.1	Ziele in der Suchtbehandlung	198
3.1.1	Abstinenz – Das Ziel der Ziele	198
3.1.2	Was ist »falsch« an der Abstinenz?	201
3.1.2.1	Wünschbarkeit und Erreichbarkeit des Abstinenzziels	201
3.1.3	Fazit	209
3.2	Behandlungsformen und Behandlungsinhalte	210
3.2.1	Der »Königsweg«	210
3.2.2	Ambulante Behandlungsangebote und -einrichtungen	212
3.2.2.1	Suchtberatungsstellen	212
3.2.2.2	Institutsambulanzen	216
3.2.2.3	Hausärzte und Nervenärzte	216
3.2.2.4	Früh- und Kurzinterventionen	219
3.2.2.5	Medikamente zur Aufrechterhaltung der Abstinenz	220
3.2.2.6	Selbsthilfegruppen	222
3.2.2.7	Betriebliche Suchtkrankenhilfe	226
3.2.3	Stationäre Behandlungsangebote	228

- 3.2.3.1 Entgiftungsstationen 228
- 3.2.3.2 Suchtfachkliniken und vollstationäre Entwöhnungsstationen 230
- 3.2.3.3 Exkurs: Entwöhnungstourismus kontra gemeindenaher Behandlung 232
- 3.2.3.4 Soziotherapeutische Einrichtungen 235
- 3.2.3.5 Teilstationäre Einrichtungen 236
- 3.2.3.6 Flankierende Einrichtungen 238
- 3.2.4 Behandlungsbedarf versus Behandlungsrealität 239**
- 3.3 Kontrolliertes Trinken 245**
- 3.3.1 Kontrolliertes, normales, moderates und soziales Trinken 245**
 - 3.3.1.1 Kontrolliertes Trinken 246
 - 3.3.1.2 Normales Trinken 248
 - 3.3.1.3 Moderates Trinken 248
 - 3.3.1.4 Soziales Trinken 250
- 3.3.2 Zugangswege zum kontrollierten Trinken 251**
- 3.3.3 Bestandteile von Programmen zum kontrollierten Trinken 252**
 - 3.3.3.1 Zielentscheidung: Abstinenz oder kontrolliertes Trinken 253
 - 3.3.3.2 Selbstbeobachtung des Trinkverhaltens 253
 - 3.3.3.3 Erwerb von Grundinformationen über Alkohol 254
 - 3.3.3.4 Einschalten einer Abstinenzphase 254
 - 3.3.3.5 Festlegung der persönlichen Trinkobergrenze 254
 - 3.3.3.6 Festlegung von Strategien zur Konsumbegrenzung 254
 - 3.3.3.7 Aufbau und Einsatz eines Verstärkersystems 255
 - 3.3.3.8 Entwicklung von Alternativen zum Trinken 255
- 3.3.4 Zentrale Forschungsergebnisse zum kontrollierten Trinken 255**
 - 3.3.4.1 Der Ausgangspunkt: Die Studie von Sobell & Sobell 255
 - 3.3.4.2 Neuere Forschungsbefunde 256
 - 3.3.4.3 Forschungsfazit 261
- 3.3.5 Zielgruppen für kontrolliertes Trinken 261**
 - 3.3.5.1 Problemtrinker 261
 - 3.3.5.2 Schwer Alkoholabhängige 263
 - 3.3.5.3 Mehrfach geschädigte chronisch Alkoholabhängige 265
- 3.3.6 Abschließende Überlegungen 266**
- 3.4 Sucht und Psychiatrie 269**
- 3.4.1 Der Weg in die Klinik 269**
 - 3.4.1.1 Die ungeliebten Patienten und ihre Behandler 270
 - 3.4.1.2 Das Aufnahmegespräch 271
 - 3.4.1.3 Einsatz ehrenamtlicher Helfer und Stärkung der Selbsthilfe 272
 - 3.4.1.4 Stationäres Setting: Durchmischung versus Spezialisierung 273
 - 3.4.1.5 Der Weg aus der Klinik 274
 - 3.4.1.6 Multiprofessionelles Team 274
- 3.4.2 Teamarbeit jenseits der Verklärung 275**
 - 3.4.2.1 Strapazen 275
 - 3.4.2.2 Therapeutische Gemeinschaft 278
 - 3.4.2.3 Aktuelle Praxis 278
 - 3.4.2.4 Stationsalltag 279
- 3.4.3 Was bleibt? 281**
 - 3.4.3.1 Supervision 281
 - 3.4.3.2 Verantwortung übernehmen 282
 - 3.4.3.3 Heimliche Leitung 282
- 3.5 Behandlungsevaluation und Rückfall 284**
- 3.5.1 Ergebnisse von Alkoholismusbehandlung: Überblick 284**
 - 3.5.1.1 Konsumreduktion und Abstinenz 284
 - 3.5.1.2 Arbeitsfähigkeit 285
 - 3.5.1.3 Lebensverhältnisse 286

3.5.2	Rückfall	287
3.5.2.1	Rückfalldefinitionen und -varianten	288
3.5.2.2	Rückfallmodelle und -theorien	289
3.5.2.3	Rückfallhäufigkeiten	292
3.5.2.4	Rückfallzeitpunkt	295
3.5.2.5	Rückfallverläufe	296
3.5.2.6	Rückfallvorfälle und Rückfallursachen	298
3.5.2.7	Psychosoziale Rückfallprävention	301
3.5.2.8	Rückfälle als Belastung für Behandler	302
3.5.3	Empfehlungen für den Umgang mit Alkoholrückfällen	303
3.5.3.1	Stationärer Bereich	303
3.5.3.2	Allgemeine Überlegungen für die ambulante und stationäre Arbeit	315
3.6	Rechtliche Aspekte	<i>Mitarbeit: Jürgen Fleck</i> 322
3.6.1	Strafrecht	322
3.6.1.1	§ 20: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen	322
3.6.1.2	§ 21: Verminderte Schuldfähigkeit	322
3.6.2	Maßregeln der Sicherung und Besserung	323
3.6.2.1	§ 64: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt	324
3.6.3	Verkehrsrecht	325
3.6.4	Zivilrecht	326
3.6.4.1	Betreuungsrecht	326
3.6.4.2	Unterbringung nach dem Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)	327
3.6.4.3	Geschäftsfähigkeit	328
3.6.4.4	Eherecht und Unterhalt	328
3.6.5	Sozialrecht (Rente, Kuren, Arbeitsrecht)	329
3.6.5.1	Gesetzliche Krankenversicherung	329
3.6.5.2	Gesetzliche Rentenversicherung	330
3.6.5.3	Arbeitsrecht	330
3.6.5.4	Sozialhilferecht	332
3.6.6	Fazit	332
3.7	Weitere Problemfelder	333
3.7.1	Komorbidität (Doppeldiagnosen)	333
3.7.1.1	Epidemiologie	333
3.7.1.2	Psychose und Alkohol	334
3.7.1.3	Obdachlosigkeit und Alkohol	336
3.7.1.4	Depression und Alkohol	338
3.7.1.5	Persönlichkeitsstörungen und Alkohol	338
3.7.2	Altersalkoholismus	339
3.7.3	Frauenalkoholismus	341
3.7.4	Jugendalkoholismus	342
3.7.5	Fazit	343
ANHANG		
	Belletristische Literatur	346
	Fachliteratur	349
	Register	376
	Autorenangaben	380

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1	Übersicht der Alkoholdarstellungen in der Bibel	20
Tabelle 2	Störungen durch Alkohol – Diagnosekategorien des ICD-10	36
Tabelle 3	Hauptformen der psychophysischen Leistungsminderungen durch Alkohol	37
Tabelle 4	Wichtige biologische Marker für übermäßigen Alkoholkonsum	52
Tabelle 5	Jährliche volkswirtschaftliche Kosten übermäßigen Alkoholkonsums	62
Tabelle 6	Jellineks Alkoholikertypologie	70
Tabelle 7	Cloningers Typisierung von Alkoholabhängigen	72
Tabelle 8	Rangfolge ausgewählter Länder bzgl. Pro-Kopf-Konsum an Alkohol 1997 und dessen Änderung 1980–1997 sowie 1991–1997	93
Tabelle 9	Übersicht über die Motivierungssitzungen und -inhalte im Programm von Petry	190
Tabelle 10	Motivationsprogramm einer stationären Entwöhnungsbehandlung	194
Tabelle 11	Suchtmittelbezogene Zielformulierungen exponierter Kostenträger(vertreter) von Rehabilitationsmaßnahmen	198
Tabelle 12	Beispiele einer Abstinenzbegründung mit empirischer und normativer Komponente	202
Tabelle 13	Ein/Ausschlusskriterien für die Durchführung einer ambulanten Entgiftung	218
Tabelle 14	Häufigkeit normalen Trinkens bei Alkoholabhängigen	260
Tabelle 15	Die Bedeutung unterschiedlicher Einflussfaktoren auf die Rückfallentstehung	298
Tabelle 16	Late- and Early-Onset-Alkoholismus	339
Abbildung 1	Plakate des DAAB um 1910	30
Abbildung 2	Alkoholabhängigkeit (F 10.2) – Diagnosekriterien des ICD-10	42
Abbildung 3	Alkoholmissbrauch (305.00) – Diagnosekriterien des DSM-IV	45
Abbildung 4	Ausprägung von vier Indikatoren des Alkoholkonsums bzw. der Konsumfolgen in Relation zur Anzahl der DSM-IV-Kriterien für Alkoholabhängigkeit	46
Abbildung 5	Alkoholbedingte Probleme und Möglichkeiten der Intervention	48
Abbildung 6	CAGE	53
Abbildung 7	LAST	53
Abbildung 8	AUDIT	54
Abbildung 9	MALT	55
Abbildung 10	Körperschema der Alkoholfolgekrankheiten	64
Abbildung 11	Zusammenbruchs- und Rehabilitationsmodell	82
Abbildung 12	Verbreitung von riskantem, schädlichem, missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsum in Deutschland	87
Abbildung 13	Täglicher Konsum reinen Alkohols in schädlicher Menge	88
Abbildung 14	Schädlicher Alkoholkonsum in verschiedenen Altersgruppen	88
Abbildung 15	Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol seit 1900	92
Abbildung 16	Nationale Konsummengen und Präferenzen für Alkoholika	92
Abbildung 17	Charakteristische Rollen, Persönlichkeitsmerkmale, Gefühle und Verhaltensweisen von Kindern in dysfunktionalen Familien	136
Abbildung 18	Bedingungsfaktoren einer Abhängigkeitsentwicklung	159
Abbildung 19	Das hypothetische »neurochemische Mobile«	169
Abbildung 20	»Sprungschnecke«	173
Abbildung 21	Waage-Modell: Abwägen zwischen Nutzen und Kosten einer Veränderung	177

Abbildung 22	Beispiel einer Vier-Felder-Matrix zu den Vor- und Nachteilen einer Veränderung des Alkoholkonsums	180
Abbildung 23	Ethische Maximen zur Zielbeurteilung und -begründung in der Suchthilfe	203
Abbildung 24	Suchtmittelbezogenes Zielespektrum für die Suchthilfe	205
Abbildung 25	Zielespektrum für die Arbeit mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten Alkoholabhängigen	207
Abbildung 26	Ansatzpunkte einer bio-psycho-sozialen Problem- und Zielorientierung	208
Abbildung 27	Mehrstufige Behandlungskette in der Suchthilfe	210
Abbildung 28	Formblätter eines Sozialberichtes	213
Abbildung 29	Die »12 Schritte« und »12 Traditionen« der Anonymen Alkoholiker	223
Abbildung 30	Mustervereinbarung der IG-Metall	227
Abbildung 31	Behandlungsmaßnahmen bei individualisierter stationärer Abhängigkeitstherapie	231
Abbildung 32	Strukturmodell zur Versorgung Abhängigkeitskranker	241
Abbildung 33	Vernetzte Hilfeangebote der Suchthilfe	243
Abbildung 34	Beispiel eines Trinktagebuches	253
Abbildung 35	Konsumziele Alkoholabhängiger am Ende einer stationären Therapie	264
Abbildung 36	Arbeitsunfähigkeitsfälle vor und nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung	286
Abbildung 37	Anzahl der Krankenhaustage vor und nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung	286
Abbildung 38	Modell der Rückfallentwicklung	290
Abbildung 39	Abstinenz-Verletzungs-Effekt: Kognitive und emotionale Prozesse, die den Übergang vom Ausrutscher zum Rückfall begünstigen	291
Abbildung 40	Abstinenz- und Rückfallraten nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung	292
Abbildung 41	Stufen der Veränderung – Das Modell von Prochaska und DiClemente	294
Abbildung 42	Prozentsatz der in den ersten sechs Jahren nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung abstinent gebliebenen Personen	296
Abbildung 43	Rückfallverläufe	297
Abbildung 44	Gefühle, die Suchtberater und Suchtberaterinnen nach einem Klientenrückfall bei sich feststellen	302
Abbildung 45	Rückfallrate während stationärer Entwöhnungsbehandlungen	303
Abbildung 46	Rückfallrate 18 Monate nach stationärer Therapie	304
Abbildung 47	Zentrale Einflussfaktoren bei der Entstehung stationärer Rückfälle	305
Abbildung 48	Unterschiedliche Interessenlagen bei stationärer Rückfälligkeit	307
Abbildung 49	Das Vier-Stufen-Modell stationärer Rückfallaufarbeitung	309
Abbildung 50	Das »alte« und das »neue« Denken über Rückfälligkeit und die Folgen	316
Abbildung 51	Beispiel eines Ausrutscher-Vertrages	318
Abbildung 52	Niedrigschwellige Angebote für wohnungslose Männer	337

Vorwort

Mit dem vorliegenden Buch möchten wir die Intentionen eines Fachbuches über Alkoholabhängigkeit mit literarischen Widerspiegelungen dessen verknüpfen, was uns durch fleißiges, weltabgewandtes Lesen belletristischer Literatur zufloss. Statt auf Fallbeispiele aus unserer Praxis zu setzen, glauben wir, für nahezu jede Aussage oder uns notwendig erscheinende Illustration passende schöngeistige Literaturbeispiele ausfindig gemacht zu haben und mit deren Abdruck nicht nur der Fachlichkeit, sondern auch der Eindringlichkeit und Lesbarkeit des Stoffes zu dienen. Wir haben uns dabei erlaubt, nicht nur auf Weltliteratur zurückzugreifen, sondern auch auf scheinbar triviale oder auch nur gut verkäufliche Bucherscheinerungen, die aber durchaus – wie es sich bei manchem Autor ereignet hat – später von Nachfahren anders eingeordnet werden könnten.

Wir hoffen, über die Literaturzitate Leser, die sich für die medizinischen, psychologischen und soziologischen Fragen der Abhängigkeit noch nicht interessieren, gewissermaßen hinterrücks dazu verführen, und andererseits Leser, die eine Einführung in Erscheinung und Folgen der Alkoholabhängigkeit suchen, während der Lektüre auch für Literarisches begeistern zu können. Letztlich soll – wie in der Musik die Grenze zwischen E- und U-Musik – der von F-Buch (Fachbuch) und B-Buch (Belletristik-Buch) verwischt oder aufgehoben werden.

Unsere Idee ist also, das Nützliche mit dem Angenehmen zu verbinden und die Leser anzuregen, ihrerseits zu anderen Büchern als nur zu Lehrbüchern zu greifen. Wie man merken wird, gibt es nämlich kaum bessere Beschreibungen der Erscheinungsformen von Alkoholismus als die von schöngeistigen Autoren, die, wie bekannt, durchaus in vielen Fällen auf nicht unerhebliche eigene Erfahrungen zurückgreifen können. Zugleich stellt sich die Frage, was aus manchem Dichter oder Schriftsteller geworden wäre, wenn er nicht im Übermaß den Alkohol als Elixier genutzt hätte. Möglicherweise sind auch hier diejenigen Fälle angesiedelt, deren bloße Trockenlegung und beinhardt Dauerabstinenz zum Erliegen jeder vitalen Regung oder künstlerischen Äußerung geführt hätten.

Eines ist schon jetzt sicher: Wir hätten noch viele weitere Jahre mit dem Aufspüren literarischer Textstellen verbringen können. So mag uns der eine oder andere Leser vorwerfen, dass uns elementare Schriftsätze entgangen sind. Für solche Hinweise wären wir sehr dankbar, und so es zu einer zweiten Auflage kommen sollte, versprechen wir gerne, diese nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Als Zielgruppen unseres Buches haben wir uns alle Berufsgruppen vorgestellt, die mit Suchtproblemen konfrontiert sind. Das mag vom Haus- und Stationsarzt über niedrig- und hochschwellige Suchthilfemitarbeiter bis hin zu Psychatriebeschäftigten in Kliniken und beim Allgemeinen Sozialen Dienst reichen, aber auch Angehörige und Betroffene selbst dürfen sich angesprochen fühlen. Mit anderen Worten hoffen wir, dass es möglich war, ein Buch zu verfassen, das nicht nur für alle Mitglieder eines multipro-

fessionellen Teams ertragreich sein kann, sondern auch für Mediziner im Allgemein-krankenhaus und in Hausarztpraxen, die in vielfältiger Weise mit Abhängigen zu tun haben und oft deren erste und letzte Anlaufstation darstellen. Der weit gespannte Bogen führt dazu, dass natürlich hochspezielle Fragestellungen hier nicht beantwortet werden können, sondern in entsprechenden Fachbüchern, auf die hingewiesen wird, nachgelesen werden müssen.

Die große Zahl potenziell angesprochener Leser findet ihre Entsprechung bei den vielen Formen und Graden der Abhängigkeit, die thematisiert werden. Es geht um Vorstufen der Sucht wie auch um die besonders schweren Verlaufsformen der mehr-fachgeschädigten chronisch Alkoholkranken. Die Autoren und die Autorin entstammen jeweils unterschiedlichen Professionen, was die Erfassung des Gesamtspektrums erleichtert haben könnte. Im Übrigen dürften die Namen der Autoren und der Autorin dafür stehen, dass kein vermeintlicher Königsweg in die Abstinenz beschrieben werden wird, sondern vielfältige und auch niedrigschwellige »Schleichwege«.

Im vorletzten Absatz bedanken wir uns ausnahmsweise einmal nicht bei unseren Familien und Lebensabschnittspartnern für die Geduld, die sie mit uns bei Erstellung des Buches hatten (immerhin haben wir währenddessen den Alkohol meiden können), sondern unser Dank gilt den Mitdenkern und -schreibern (stellenweise), also Pastor Kampermann, Herrn Fleck und Herrn Klein. Ganz besonderer Dank richtet sich an unsere Lektorin Frau Karin Koch, die ihre Persönlichkeitsfestigkeit unter anderm im steten Anmahnen – mit großer Ausgeglichenheit und starkem Durchhaltevermögen – zu fertigender Kapitel bewiesen hat, ohne dabei ihre Zuversicht, koordinierende Übersicht oder die Fassung zu verlieren oder dem Alkoholismus zu verfallen (soweit wir wissen!).

Die Verfasser haben – bei individuell unterschiedlichem Grad der Alkoholzugeneigtheit (auch diese Komponente wurde bei der Zusammenstellung der Autorengruppe bedacht) – den bescheidenen Wunsch, dass sich das Buch zwischen Hamburg und Haiti, Gomera und Bremen und von Bahnhofsbuchhandlung bis Universitätsbibliothek enormer Beliebtheit erfreuen möge.

Gunther Kruse, Joachim Körkel, Ulla Schmalz
Hannover, Nürnberg, Düsseldorf,
Rom, Rawalpindi, Rio de Janeiro
im Februar 2000

**EINFÜHRUNG:
TRINKSITTEN UND KONSUMMUSTER**

Ein Alkoholnebel liegt über der Weltliteratur

»Vom Altertum bis in unsere Zeit – die Literatur steckt voller Hinweise: Rabelais' mit Wein gesäugter Gargantua schlug die Brücke in die Neuzeit, zu den Heerscharen trinkender Schreiber, mit denen man ein eigenes Lexikon füllen könnte. Am Anfang des Jahrhunderts etwa Alfred Jarry, dieser ›Surrealist im Absinth‹ (André Breton), dann der ›Heilige Trinker‹ Joseph Roth oder in der jüngeren deutschsprachigen Literatur neben vielen anderen Uwe Johnson, Ingeborg Bachmann, Friedrich Dürrenmatt oder Werner Schwab, der einen außergewöhnlich schnörkellosen Alkoholtod gestorben ist«, so Michael Pfister im Vorwort der deutschen Übersetzung von GOODWIN'S *Alkohol & Autor*.

Im soeben erwähnten Buch beschäftigt sich dessen Autor, der einer der wenigen Nichtalkoholiker unter den Autoren Amerikas zu sein scheint, mit den amerikanischen Literaturnobelpreisträgern. »Der Alkoholikeranteil beträgt weit über 70 %. Der erste war Sinclair Lewis – ein starker Alkoholiker. Dann kam Eugene O'Neill – ein starker Alkoholiker. Sodann Pearl S. Buck, die kaum trank. Es folgte William Faulkner – ein starker Alkoholiker. Dann Ernest Hemingway – ein Alkoholiker auch er. Der nächste ist John Steinbeck – gewissen Zeugnissen zufolge ein ›beidhändiger Trinker‹, anderen zufolge einfach ein Alkoholiker.« Goodwin erwähnt zwar noch einige weitere Nobelpreisträger amerikanischer Staatsbürgerschaft, die sich teilweise aber in ihren Ursprungssprachen einen Namen gemacht hatten und die er deshalb nicht den amerikanischen Autoren zurechnet. Er berichtet ferner, dass Upton Sinclair, Autor von *Alkohol* und sonderbarerweise selbst kein Alkoholiker, in den fünfziger Jahren eine Liste der fünfzehn schlimmsten Säufer angelegt habe, denen er je begegnet war. Zehn davon waren Schriftsteller, von den anderen fünf hatten alle einmal ein bisschen geschrieben.

Die letzte Bemerkung lässt einerseits selbsterkenntnishafte Befürchtungen für die Autoren dieses Werkes aufkommen; andererseits möchte der Mangel an eigener Spiritualität und urtümlicher Kreativität – es wird ja nur zitiert und Bekanntes wiedergegeben – vor Alkoholismus schützen, es sei denn, diese fehlenden Komponenten wären uns zugeflossen, wenn wir beim Schreiben tiefer ins Glas geguckt hätten. Solcherart inspiriert, lägen jetzt vielleicht drei Lyrikbände statt dieses Buches vor dem geeigneten Leser. Jedenfalls schreibt der bereits zitierte Pfister, dass Alkohol ein bestimmtes Klima schafft, eine Grundstimmung; das Trinken diene der Wettermacherei. Dies war auch der Verdacht des Rausch-Experten Beaudelaire, als er sich mit Edgar Allan Poe beschäftigte: Das Saufen des Dichters sei eine »mnemonische Methode«, bei der er sich berausche, um wieder zu Vision und Inspiration zu gelangen.

Zurück zu Faulkner! Für ihn ist nachzutragen, dass er nach Erhalt der Botschaft, dass ihm der Literaturnobelpreis verliehen werde, sich zielstrebig bis an den Rand der Existenz getrunken hat, und zwar so nachhaltig, dass er gerade noch rechtzeitig wieder ernüchterte, um seine Rede in Stockholm halten zu können, die den denkwürdigen

Satz beinhaltet haben soll: »Vor die Wahl gestellt zwischen dem Leid und dem Nichts, wähle ich das Leid.«

BUCHKA schrieb dazu in der *Süddeutschen Zeitung*: »Genau hier, zwischen einer eingefleischten Unverantwortlichkeit aus Verachtung und Schmerz und jener kaum noch wahrnehmbaren, aber tiefsitzenden Verantwortlichkeit gegenüber dem eigenen Werk, liegt jene äußerst schmale, ungemein schwer zu definierende Grenze, die nicht etwa den gemeinen vom genialischen Säufer trennt (vielleicht auch das), sondern die jenen Abgrund markiert, jenseits dessen die wahre Kreativität erst beginnt. Damit soll nicht behauptet werden, daß der große Künstler unbedingt auch ein großer Säufer, sehr wohl aber, daß er zu extremen Erfahrungen fähig und bereit sein müsse.«

Das vorausahnend soll Horaz im Jahre 14. v. Chr. geschrieben haben: »Gedichte, die von Wassertrinkern geschrieben wurden, können nicht lange Gefallen erregen oder überleben« (nach GOODWIN 1995).

Peter Rühmkorf erklärt im Vorwort der von ihm aus dem Nachlass herausgegebenen Texte Kurt Kusenbergs, in denen es von alkoholhaltigen Geschichten (*Wein auf Lebenszeit*, Eugen u. a.) nur so wimmelt, den Autor zu etwas so kurios Paradoxem wie einem bekennenden Anonymen. Was dabei als posthume Indiskretion erscheinen könnte, steht in der »bacchischen Anthologie« *Der ehrbare Trinker* von 1965 ganz offen zu lesen: »Wenn in den Werken eines Schriftstellers viel getrunken wird, kann man sicher sein, dass er selbst trinkt, denn Literatur ist Selbsterfahrung.«

Peter Rühmkorf beschreibt das Trinken als Kusenbergs persönliche Voraussetzung und Methode der Literaturproduktion: »Den ausgefallenen bis gefährlichen Neigungswinkel seiner immer hart am Abgrund angesiedelten Geschichten hatte der Autor sich methodisch und mit großem persönlichen Einsatz erarbeitet, die nötige Schlagseite für die Rutschbahn ins Grotteske ganz reell und redlich ertrunken. Am Anfang steht der Rausch, der Säusel, die fluidale Beseelung und am Ende das reichgegliederte, hübsch gefaßte und sorgsam versiegelte Kunstprodukt.«

Lassen wir Kurt Kusenberg (*Zwist unter Zauberern*, S. 231) in diesem Zusammenhang einmal selbst zu Wort kommen, so entnehmen wir den nachfolgenden Zeilen einen häufig genannten Belohnungsaspekt als Trinkanlass:

Ich besitze nur zwei Fähigkeiten: ich kann ein wenig schreiben und ich kann mit den Ohren wackeln. Da das Ohrenwackeln nichts einbringt, habe ich mich aufs Schreiben verlegt. Sobald eine Arbeit fertig ist, trinke ich eine Flasche Wein, zur Belohnung. Damit ich schneller an den Wein komme, werden meine Arbeiten immer kürzer. Man nennt das dann: Meister der kleinen Form.

Auch Michael Krüger hat das Thema zu seinem gemacht, mit folgendem Ergebnis: »Wer schreibt, trinkt auch. Was man den kargen Dichtergräbern nicht ansieht, wird deutlich, wenn man die nichtkanonisierten Werke, die Briefe und Tagebücher der Autoren studiert: ein Alkoholnebel liegt über der Weltliteratur. Es ist für manche ein

erhebliches Ärgernis, daß die großen Werke sich auch dem Alkohol verdanken, für andere ist es tröstlich: In dem seltsamen Mann, der da seit dreißig Jahren mit der Bierflasche auf dem Sofa hockt, steckt vielleicht doch ein unsterbliches Genie. Goethes Weinkonsum ist penibel festgehalten, E.T.A. Hoffmanns Fahne bekannt, die Tatsache, daß the Great American Novel von Hemingway bis Faulkner eine schwimmende Grundlage aus Whiskey hat, wird sich herumgesprachen haben, und auch die große deutschsprachige Literatur der Gegenwart – von dem armen Trinker Joseph Roth bis zu Uwe Johnson – wäre ohne Alkohol nicht denkbar. Während der Nobelpreisträger Joseph Brodsky noch behaupten konnte, daß »neunzig Prozent der besten lyrischen Dichtung *post coitum* geschrieben wurde«, wissen wir heute, daß der Alkohol – davor, während und danach – der eigentliche Motor war.

Unser aufklärungssüchtiges Jahrhundert hat sich verschworen, nun auch die dunkle Komplizenschaft zwischen Wein und Literatur wissenschaftlich aufzuhellen, die schwimmenden Übergänge zwischen dem Rausch des Lesens und der Ekstase des Trunkenseins. Es hat sich nicht damit begnügt, einfach hinzunehmen, daß einem, der einen sitzen hat, die Zunge übergeht und er wie gedruckt redet, während der andere, trocken und eingeschränkt, an seinen Worten herumkaut und auf ihnen sitzenbleibt. Daß die dionysischen Dichter trinken, langt nicht mehr zur Erklärung. Sie müssen trinken. Der Griff zur Flasche ist oft häufiger zu beobachten als der Griff zur Feder; und während der Wein fließt, stockt das Schreibgerät.« (Krüger, Aus dem Leben eines Erfolgsschriftstellers, S. 131)

Der Wunsch, die »dunkle Komplizenschaft aus Wein und Alkohol« zu erhellen, hat HORSTMANN (1999) dazu angeregt, verschiedene Kategorien alkoholabhängiger Autorinnen und Autoren aufzustellen:

- ⊙ Autor als verkappter Alkoholiker, z. B. Duras
- ⊙ Autor mit Trinkerimage, z. B. Poe, Beaudelaire, Villon, Thomas, Bukowski
- ⊙ Autor als Kunsttrinker, z. B. London, Roth, Lowry, Jerofejew

Wenn man diese Autoren, ihr Werk und den engen Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit auf sich wirken lässt, wird trotzdem oder gerade deshalb kaum jemand auf die Idee kommen, für sie eine Entziehungskur oder eine langfristige Psychotherapie in Erwägung zu ziehen. Bei ihnen kann man offenbar leichter tolerieren, dass Person und Alkoholismus zusammenhängen, weil der Wegfall des Letzteren möglicherweise unerwünschte Auswirkungen haben würde.

Nicht ganz abwegig und recht spitzzüngig fragt Ulrich HORSTMANN (1999), ob der randständige, deklassierte, sich aus den bürgerlichen Zwängen und Verlogenheiten heraustrinkende Literat unter diesem Blickwinkel Zugang zu Wahrheiten gewönne, die dem »Stocknüchternen« versagt blieben oder ob Außenseitertum sich in buchstäblichem Sinne immer besser auszahle und der Marktwert von ostentativen Trunkenbolden wie Dylan Thomas, Brendan Brehan und Charles Bukowski, von Faulkner und Williams mal nicht zu reden, nicht den Konkurrenten zu denken geben müsste, weil sie an geschäftsschädigender Normalität litten. Seine Ausführungen gipfeln in der Kri-

tik: »Die Trinkerschwemme in fast allen Sektionen der modernen Kunst entpuppt sich damit eher als Produkt einschlägiger Selbstinszenierungen denn als besorgniserregendes Faktum.«

Das widerspricht unseren tagtäglichen Erfahrungen mit schwer Suchtkranken, die durch ihr Trinken keinerlei zusätzlichen kreativen Freiheitsgrad erlangen, sondern im Gegenteil in der Sucht gefangen und letztlich von einem kläglichen Tod bedroht sind. Diese Bemerkung scheint uns vorsichtshalber an dieser Stelle nötig, um nicht den Eindruck zu erwecken, wir würden die Folgen des Alkoholismus für den Normalbetroffenen auf die leichte Schulter nehmen.

Alkoholdarstellungen in der Bibel

Vielleicht war es bei Adam und Eva gar nicht der Apfel, sondern ein Calvados oder ein Apfelmund (was wir nicht hoffen wollen!), der sie auf die schiefe Bahn brachte und uns die ewige Plackerei in Ackerbau und Viehzucht, aber auch an Fließbändern sowie Schreibtischen und Stethoskopen auf Suchtaufnahmestationen bescherte. Aus diesen Folgen haben andere Religionen vielleicht schon ihre Konsequenzen gezogen, man denke nur an Mohammed und seine Nachfahren.

Des einen Autors damals 10-jähriger Sohn kam mit der Frage aus der Schule, ob man wisse, wer der erste Alkoholiker gewesen sei. Angesichts elterlicher Unwissenheit verdanken wir ihm die Antwort, dass es sich um Noah gehandelt hat. Im 1. Mose 9, 20–25 erfahren wir, in welchen Zustand und mit welchen Folgen für seinen Sohn er sich gebracht hat (wir zitieren aus der Canstein'schen Bibel von 1901):

Noah aber fing an, und ward ein Ackersmann, und pflanzte Weinberge. Und da er des Weins trank, ward er trunken, und lag in der Hütte aufgedeckt. Da nun Ham, Canaans Vater, sahe seines Vaters Scham, sagte er es seinen beiden Brüdern draußen. Da nahmen Sem und Japheth ein Kleid, und legten es auf ihre beiden Schultern, und gingen rücklings hinzu, und deckten ihres Vaters Scham zu; und ihr Angesicht war abgewandt, daß sie ihres Vaters Scham nicht sahen. Als nun Noah erwachte von seinem Wein, und erfuhr, was ihm sein kleiner Sohn gethan hatte, sprach er: Verflucht sei Canaan, und sei ein Knecht aller Knechte unter seinen Brüdern.

Vermutlich steckt ein tieferer biblischer Sinn hinter dem vorwurfsvollen Verhalten Noahs. Als nicht bibel-, aber alkoholikerausredenfester Interpret des Geschehens würde man dies als ein typisches Gebaren von Suchtkranken bei Fehlritten im Suff ansehen. Hier dreht einer, und sei es Noah, den Spieß um. Der Alkoholrausch lässt ihn Sitte und Anstand vergessen, büßen muss es sein Sohn, der am wenigsten für den Zustand seines Vaters kann. Der eigentlich fällige Selbstvorwurf und die notwendige Zerknirschung geraten statt zur Depression in eine fremdaggressive Haltung mit Langzeitwirkung für völlig Unbetroffene. Mit Odo MARQUARD (1991, S. 82) kann

schon an dieser Stelle ein auch ansonsten häufig zu findendes Prinzip eingeführt werden, bei dem es zur »Hochkonjunktur von Entschuldigungsarrangements kommt, zu einem exorbitanten Sündenbockbedarf, kurzum: zur Kunst, es nicht gewesen zu sein«. Ganz abgesehen von weiteren einschlägigen Stellen in der Bibel (siehe weiter unten), müssen wir dann Jesus bei der Umwandlung von Wasser in Wein (Hochzeit von Kana, Johannes 2, 7–10) erleben, was uns darauf bringt, dass zuvor die Griechen Wasser nur als Verdünnungsmittel für den ansonsten stetig genossenen Wein kannten – getreu dem 50er-Jahre-Schlager der drei Peheiros: »Wasser ist zum Waschen da (und zum Zähneputzen)« (PAPAJORGIS 1993, S. 26).

Die nachfolgende Auflistung derjenigen Textstellen aus der Bibel, die mit Alkohol zusammenhängen, mag sehr ausführlich und umfassend erscheinen, andererseits muss man erstaunt und anerkennend feststellen, dass die Fülle und Unterschiedlichkeit der dargestellten Hinweise auf Konsumsituationen für die Zwecke dieses Buches eine plastische Illustration unseres Anliegens darstellen. Offenkundig spielte der Umgang mit Alkohol schon in biblischen Zeiten eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Eine wahrscheinlich immer noch nicht komplette Übersicht erhält der Leser aus der nachfolgenden Tabelle, die wir Pastor Kampermann verdanken (fündig wird der der englischen Sprache zugeneigte Leser auch bei GENTRY 1986) :

Tabelle 1 Übersicht der Alkoholdarstellungen in der Bibel

Anweisungen und Aussagen	positiv		
		trunken sein vor Fröhlichkeit	Psalm 36, 9
		festliches Trinken	Nehemia 8, 10
		Wein als gute Gabe	Psalm 104, 15 Prediger 10, 19
		Wein als Segen	1. Mose 27, 28 1. Mose 49, 11 + 12
		Wein als Auszeichnung und Stärkung	Daniel 1, 5
		eigenen Wein trinken als Zeichen des Heils	Jesaja 62, 8 + 9 Amos 9, 14
		»sozialer« Trost des Alkohols	Sprüche 31, 6 + 7
		trinken vom Wein der Weisheit Gottes	Sprüche 9, 5
		Fluch, der im Verzichtenmüssen besteht	5. Mose 28, 39 Amos 5, 11 Micha 6, 15 Zefanja 1, 13 Matthäus 26, 29

Anweisungen und Aussagen	positiv	Entzug des Weins als Strafe	Joel 1, 5
		direkte Erlaubnis des Weingenusses	Prediger 9, 7
			1. Timotheus 5, 23
		indirekte Erlaubnis des Weingenusses	Johannes 2, 1–11 (Hochzeit zu Kana)
	Römer 14, 17		
	Kolosser 2, 16		
	Mäßigung im Weingenuss	1. Timotheus 3, 3	
		1. Timotheus 3, 8	
		Titus 1, 7	
	negativ	Wein und Spott	Sprüche 20, 1
		Strafe der Steinigung für Trunkenbolde	5. Mose 21, 20
		Kritik am allgemeinen Alkoholmissbrauch	Sprüche 23, 20 + 21
			Sprüche 23, 29–35
			Jesaja 5, 11
Jesaja 5, 22			
Jesaja 22, 13			
Hosea 4, 11			
Matthäus 24, 48-51			
Römer 13, 13			
1. Korinther 5, 11			
1. Korinther 6, 10			
Galater 5, 21			
Epheser 5, 18			
1. Thessalonicher 5, 7			
1. Timotheus 3, 3 + 8			
1. Petrus 4, 3			
Kritik am Alkoholmissbrauch bei Propheten und Priestern	Jesaja 28, 7-13		
Kritik an Alkoholmissbrauch und sozialer Ungerechtigkeit	Amos 2, 8		
	Amos 6, 6		
	Habakuk 2, 15 + 16		
Kritik am Alkoholmissbrauch bei Herrschern	Jesaja 28, 1		
	Sprüche 31, 4 + 5		
	Hosea 7, 5		
Kritik an Trunkenheit fremder Könige	Daniel 5, 2–4		

Geschichten	Noahs Trunkenheit und Beschämung	1. Mose 9, 20–27
	Inzest zwischen Lot und seinen Töchtern	1. Mose 19, 30–38
	politisches Ausnutzen der Trunkenheit	2. Samuel 13, 28
		1. Könige 16, 8–10
		Ester 5, 6
Ester 7, 2		
Alkohol als Metapher	Zorneswein	Offenbarung 14, 8
		Offenbarung 14, 10
		Offenbarung 18, 3
		Offenbarung 19, 15
	trunken sein unter Gottes Gericht	Psalm 60, 5
		Psalm 75, 9
		Jesaja 29, 9
		Jesaja 51, 17. 21–23
		Jesaja 63, 6
	Jeremia 25, 27	
trunken sein von Gewalt	Sprüche 4, 17	
trunken sein vom Blut	Jesaja 34, 5 + 7	
	Jesaja 49, 26	
	Offenbarung 17, 6	
Regeln und Gebote	Abstinenz für Priester	3. Mose 10, 9
		Hesekiel 44, 21
	Abstinenz bei Gelübden	4. Mose 6, 3 + 4
		Jeremia 35, 1–19
		Lukas 1, 15
	Lukas 7, 33	
	Abstinenz bei (besonderer) Schwangerschaft	Richter 13, 4–7. 14
Abstinenz um der Gemeinde willen	Römer 14, 21	
	1. Korinther 11, 21	

Vielleicht wird sich der Leser wundern, warum wir der Bibel so viel Platz einräumen. Die Erklärung liegt darin, dass wir schon in diesem »Basisbuch der Europäer« (Sloterdijk) alle Aspekte und Akzente abgebildet sehen, die sich später im tagtäglichen Leben und repräsentativ in den Darstellungen der Schriftsteller wiederfinden. Allgemein lässt sich folgern, dass Wein in der Bibel sowohl mit positiven als auch negativen Wer-

tungen in Verbindung gebracht wird, und zwar in physischer, psychischer, sozialer, religiöser und wirtschaftlicher Hinsicht. Alkohol erscheint ganz grundsätzlich betrachtet als Geschenk Gottes, negative Auswüchse (z. B. Trunkenheit) dagegen als Übel (vgl. dazu auch ROYCE 1986).

Auf den Punkt bringt es Goethe, der Übervater der deutschen Dichter: »Der Mißbrauch schließt den Gebrauch nicht aus.« Sinnigerweise legt er diese Worte einem Weihbischof während einer Fastenpredigt in den Mund:

»Ihr überzeugt euch also hieraus, andächtig, zu Reu' und Buße schon begnadigte Zuhörer, daß derjenige die größte Sünde begehe, welcher die herrlichen Gaben Gottes solcherweise mißbraucht. Der Mißbrauch aber schließt den Gebrauch nicht aus. Stehet doch geschrieben: Der Wein erfreuet des Menschen Herz! Daraus erhellet, daß wir, uns und andere zu erfreuen, des Weines gar wohl genießen können und sollen. Nun ist aber unter meinen männlichen Zuhörern vielleicht einer, der nicht zwei Maß Wein zu sich nähme, ohne deshalb gerade einige Verwirrungen seiner Sinne zu spüren; wer jedoch bei dem dritten und vierten Maß schon so arg in Vergessenheit seiner selbst gerät, daß er Frau und Kinder verkennt, sie mit Schelten, Schlägen und Fußstritten verletzt und seine Geliebtesten als die ärgsten Feinde behandelt, der gehe sogleich in sich und unterlasse ein solches Übermaß, welches ihn mißfällig macht und Gott und Menschen und seinesgleichen verächtlich. Wer aber bei dem Genuß von vier Maß, ja von fünfen oder sechsen noch dergestalt sich selbst gleich bleibt, daß er seinen Nebenchristen liebevoll unter die Arme greifen mag, dem Hauswesen vorstehen kann, ja die Befehle geistlicher und weltlicher Obern auszurichten sich imstande findet: auch der genieße sein bescheiden Teil und nehme es mit Dank dahin! Er hüte sich aber, ohne besondere Prüfung weiter zu gehen, weil hier gewöhnlich dem schwachen Menschen ein Ziel gesetzt ward. Denn der Fall ist äußerst selten, daß der grundgütige Gott jemanden die besondere Gabe verleiht, acht Maß trinken zu dürfen, wie er mich, seinen Knecht, gewürdigt hat. Da mir nun aber nicht nachgesagt werden kann, daß ich in ungerechtem Zorn auf irgend jemand losgefahren sei, daß ich Hausgenossen und Anverwandte mißkannt, aber wohl gar die mir obliegenden geistlichen Pflichten und Geschäfte verabsäumt hätte, vielmehr ihr alle mir das Zeugnis geben werdet, wie ich immer bereit bin, zu Lob und Ehre Gottes, auch zu Nutz und Vorteil meines Nächsten mich thätig finden zu lassen: so darf ich wohl mit gutem Gewissen und mit Dank dieser anvertrauten Gabe mich auch fernerhin erfreuen.«

(Johann Wolfgang von Goethe, *Vom tätigen Leben*, S. 274 f.)

Zeitgenössische Konsummuster

Es gilt deutlich zu machen, dass der trinkende Zeitgenosse der Normalfall ist. Es gibt in unserer Gesellschaft vermutlich mehr manifeste Alkoholiker als Menschen, die ohne jeden Alkoholkonsum leben. Reklame und Verhaltensstandards begünstigen entsprechende Verhaltensmuster. Das westliche Lebensmotto der Optimierung des Wohlbefindens (»Man gönnt sich ja sonst nichts«) nötigt zu entsprechenden Konsummustern, wie Hildesheimer in der Geschichte *Das Atelierfest* sehr eindrücklich zeigt:

»Ich sehe«, fuhr dieser Mensch fort, indem er sich Frau von Hergenrath bei der Besichtigung einiger besonders schwacher Frühwerke anschloss, »die Muse küßt dich unentwegt. Das wollen wir begießen.« Er zog eine Flasche Kognak aus der Rocktasche. In seiner Fähigkeit, sein einziges Ziel im Leben – die sogenannte Hochstimmung – zu verwirklichen, war er wahrhaft beneidenswert. »Ein begabter Hund, was?« fragte er Frau von Hergenrath. Er meinte mich. Ich war damit beschäftigt, Gläser zu holen, sah daher nicht, ob er sie dabei – wie es seine Art war – in die Seite puffte.

Hier stieß meine Frau zu uns. Das Geräusch des Entkorkens weckt sie immer, weckt sie selbst auf einige Entfernung, es wirkt, wo Küchenwecker versagen. Sie wandelte auf uns zu und begrüßte uns verhalten. Ich hatte das Gefühl, daß sie außer mir niemanden so recht erkannte: Es wurde ihr immer ein wenig schwer, sich nach dem Mittagsschlaf im Leben zurechtzufinden, aber nach einigen Glas Schnaps gewann sie ihre – oft eigenwillige – Perspektive wieder. Engelhardt reichte ihr ein großzügiges Maß. Dann wollte er Frau von Hergenrath einschenken; sie aber legte ihre flache Hand auf das Glas und sagte, sie trinke niemals um diese Zeit. Diese Feststellung enthielt natürlich eine Spitze, auf mich gerichtet: Ein Mäzenat, dessen Nutznießer am hellichten Tage außerkünstlerischer Tätigkeit nachgehe, sei zu überprüfen! Aber diese Feinheit nahm Engelhardt nicht wahr. Unter Anwendung seiner spaßigen Überredungskunst gelang es ihm, sie zu einem sogenannten halben Gläschen zu bewegen. Damit war die Basis zur Überschreitung ihrer Vorsätze geschaffen, und hiernach sprach sie, wie man sagt, dem Kognak eifrig zu.

(Hildesheimer, *Lieblose Legenden*, S. 114 ff.)

Als Kontrapunkt verstehen wir das nachfolgende Beispiel aus der neueren russischen Literatur. Der Autor ist übrigens 1990 an den Folgen seiner Erkrankung – ja welcher wohl? – verstorben.

Zunächst aus der Einleitung:

Auf dem Weg zum Kursker Bahnhof in Moskau beginnt dieses Selbstgespräch des Trunkenboldes Wenedikt Jerofejew, das sich zu einer Reisebeschreibung entwickelt, die in ihrem scharfen Witz und in ihrer bodenlosen Albernheit innerhalb der zeitgenössischen sowjetischen Literatur einzigartig ist. Wenedikt, Einwohner von Moskau, der den Kreml noch nie gesehen hat, weil er im Suff immer wieder daran vorbeigefahren ist, besteigt mit einem Köfferchen voll Schnaps den Vorortzug nach

Petuschki. Die Reise wird zu einer einzigen Safttour: Wenedikt trinkt, die Mitreisenden trinken, Oberschaffner Semjonytsch, der von den Schwarzfahrern statt einer Kopeke ein Gramm Wodka pro Kilometer kassiert, trinkt. Von Station zu Station und von Flasche zu Flasche werden Wenedikts Monologe und sein Gedankenaustausch mit den Reisegefährten aberwitziger, der Alkohol durchtränkt jede Seite des Buchs. Das paradiesische Petuschki wird Wenedikt nie erreichen.

Textauszug:

Mit achtzehn ungefähr stellte ich fest, daß ich von der ersten Dosis an bis einschließlich der fünften an Männlichkeit zunahm, und zwar unaufhaltsam, aber angefangen von der sechsten

Kupawna – Kilometer 33

bis einschließlich der neunten wurde ich zusehends weicher in den Knien. Ich wurde so weich, daß mir bei der zehnten Dosis ebenso unaufhaltsam die Augen zufielen.

Und was dachte ich in meiner Naivität? Ich dachte, daß ich mich mit Willenskraft dazu zwingen müßte, den Schlaf zu besiegen und die elfte Dosis zu trinken. Dann, meinte ich, müßte sich eine Rückgewinnung der Männlichkeit einstellen. Aber nein, nichts dergleichen! Keinerlei Rückgewinnung, ich hab's versucht.

Ich schlug mich drei Jahre lang mit diesem Rätsel herum, täglich, und schlief doch täglich nach der neunten Dosis ein.

Des Rätsels Lösung war schließlich ganz einfach, nämlich: ihr müßt, nachdem ihr die fünfte Dosis getrunken habt, die sechste, siebte, achte und neunte in einem Zug trinken, allerdings *ideell*, das heißt, in der Vorstellung. Mit anderen Worten: ihr müßt durch pure Willenskraft und in einem Zug die sechste, siebte, achte und neunte nicht trinken.

Nach einer Pause geht ihr dann unmittelbar zur zehnten Dosis über, und genauso wie die Neunte Sinfonie von Anton Dvorak, die faktisch Neunte, üblicherweise als die Fünfte bezeichnet wird, genauso müßt ihr es machen: ihr müßt die sechste einfach als zehnte bezeichnen, und dann, glaubt mir, von da an werdet ihr ungehindert an Männlichkeit zunehmen und zunehmen, von der sechsten (zehnten) bis hin zur achtundzwanzigsten (zweiunddreißigsten). Das heißt, ihr werdet so lange an Männlichkeit zunehmen, bis ein Stadium erreicht ist, wo Besinnungslosigkeit und Schweinerei ihren Lauf nehmen.

Nein, wirklich, ich verachte die Generation, die nach uns kommt. Sie erfüllt mich mit Angst und Abscheu. Die würde auch ein Maxim Gorkij nicht mehr besingen wollen, nicht dran zu denken. Ich behauptete ja nicht, daß wir in deren Alter alle mit einem Heiligenschein herumgelaufen sind, Gott bewahre! Von Heiligenschein war bei uns nicht viel zu sehen, aber wie viele Dinge gab es dafür, die uns nicht scheißegal waren, aber denen – denen ist einfach alles scheißegal.

(Jerofejew, *Die Reise nach Petuschki*, S. 57 ff.)

In Deutschland scheint es etwas beschaulicher zuzugehen, bekommt man doch in München in der »Augustiner Großgaststätte« eine Rechnung, auf der festgehalten

wird, dass man nicht etwa fünf Bier zu bezahlen habe, sondern fünf Edelstoffe à 0,251 zu 3,20 DM. Diese feinsinnige Umschreibung ausgerechnet in Bayern zu finden, überrascht umso mehr als sich 1903 der damalige bayrische König sehr schwer tat mit der Berufung des berühmten Psychiaters Kraepelin nach München, weil von diesem bekannt war, dass er keinen Alkohol trank. Auf Edelstoff hätte dieser sich vielleicht eingelassen. Im Übrigen wurde er trotz Abstinenz berufen, wie man weiß.

Ganz anders verhält es sich heute mit einer anderen bekannten Münchener Persönlichkeit, die freimütig in einem Interview mit der *Süddeutschen Zeitung* (1999, Nr. 222, S. 20) Süchtigkeit einräumt, ja deren Notwendigkeit akklamiert:

Richtig. Mein Alkoholkonsum ist auch ziemlich hoch. Ich begreife auch, warum.

Ich weiß, woher es kommt. Wenn man Schmerzen hat, trinkt man. Wenn man keine Schmerzen hat, trinkt man vor Freude, dass man keine Schmerzen hat. Und wenn man Stress hat, trinkt man auch. Und wenn man nicht trinkt, dann begreift man langsam, was für Schwierigkeiten man hat, wenn man keine Sucht hat. Ein bisschen eine Sucht, glaub ich, brauchen wir alle. Ich jedenfalls brauche das. Ich brauche Leidenschaften. Wenn man keine Leidenschaften entwickeln kann, ist man ganz arm. Zu Menschen, die keine Leidenschaften haben, könnte ich beispielsweise nie ein Liebesgefühl entwickeln. Man muss irgendwann mal den Wahnsinn in den Augen sehen.

(Dieter Hildebrandt im Interview mit Christine Dössel)

Wo wir gerade in München sind, ist hier der Ort, noch das folgende Mannbarkeitsritual wiederzugeben:

(...) bei diesem gesamtfamiliären Oktoberfestwiesenbesuch aus Anlaß meines sechzehnten Geburtstages (...) machte mein Vater den (...) durch und durch fürsorglich gemeinten Vorschlag, ich, der nunmehr Sechzehnjährige, solle statt mit den Kleinen raufen, mit den Großen saufen, und begeistert von diesem seinen Vorschlag wiederholte er wieder und wieder diese seine Worte, statt mit den Kleinen raufen, mit den Großen saufen, und er bestellte auf der Stelle bei der Oktoberfestwiesenbedienung für sich und mich jeweils eine große Maß Oktoberfestwiesenbier (...)

(Georg M. Oswald, *Das Loch*, S. 110)

Kulturelle Prägung der Konsummuster

In den nachfolgenden Ausführungen beziehen wir uns ausdrücklich auf den sehr empfehlenswerten dreibändigen Katalog »Rausch und Realität« (VÖLGER & VON WELCK 1982).

Seit Jahrzehnten spricht man von vier **Kulturförmern** des Alkoholkonsums:

- ⊙ Abstinenzkulturen: Verbot jeglichen Alkoholgenusses
- ⊙ Ambivalenzkulturen: Konflikt zwischen koexistenten Wertstrukturen gegenüber Alkohol

- ⊗ Permissivkulturen: Billigung von Alkoholgenuss, Ablehnung von Trunkenheit und anderen pathologischen Erscheinungen des Alkoholkonsums
- ⊗ Permissiv-(funktionsgestörte) Kulturen: Billigung nicht nur des »normalen Alkoholtrinkens«, sondern auch des Exzesses

Als Beispiel der Abstinenzkulturen können die islamische, buddhistische und hinduistische Kultur gelten.

Ambivalenzkulturen finden wir in asketisch-puritanischen Gesellschaftsformen, beispielsweise in England, in manchen skandinavischen Ländern und in den USA. Dementsprechend ist der Alkoholvertrieb und -gebrauch verschiedenen zeitlichen und örtlichen Beschränkungen unterworfen. Hier findet man unter den Alkoholikern einen relativ hohen Anteil von Konflikttrinkern und süchtigen Trinkern mit Kontrollverlust. Das gewohnheitsmäßige, kontinuierliche Trinken tritt zurück.

In den Permissivkulturen ist man von der späten Kindheit an begrenzten Alkoholkonsum gewöhnt. Der Alkoholkonsum ist meist auf bestimmte Situationen, besonders während der Mahlzeiten, beschränkt. Als Beispiel können die mediterranen Länder gelten.

Bei der vierten Kulturform wird an osteuropäische und südamerikanische Länder gedacht, bei denen auch Exzesse bis zu einem gewissen Grad toleriert werden. So werden bei bestimmten Festen von bestimmten Bevölkerungsgruppen innerhalb kürzester Zeit große Alkoholmengen konsumiert mit dem akzeptierten Ziel des Rausches.

In diesem Zusammenhang sei erinnert an den so genannten *Armutsalcoholismus*, der zu Beginn des Industriezeitalters auch damit einherging, dass der Lohn teilweise in Alkohol (Deputat) ausgezahlt wurde. Umgekehrt kann man heute vom *Wohlstandsalcoholismus* sprechen, insofern belegt wurde, dass z. B. bei Frauen der Alkoholkonsum linear mit dem Einkommen zunimmt. Eine erfolgreiche Geschäftsfrau, Rechtsanwältin, Unternehmerin scheint also besonderen Gefährdungen unterworfen zu sein. Ein weiterer Hinweis auf diese Entwicklung kann auch die Zeiteinheit sein, die man benötigt, um das Geld zur Verschaffung eines Vollrausches zu verdienen (1 Flasche Schnaps für 8,00 DM).

■ Konsummuster und Trinksitten im Spiegel der Geschichte

Nachdem wir die Bibel schon ausführlich befragt haben, wollen wir wenigstens kurz auf den Alkoholkonsum zwischen Antike und Neuzeit eingehen.

In der Geschichte wiederholt sich (fast) alles. Jedenfalls leisteten die alten Griechen leichter Hand einen Beitrag durch Platon, der in (und nach) einem Symposion stöhnte: »Ich meinesteils erkläre euch, daß ich mich in Wahrheit ziemlich unwohl befinde vom gestrigen Trinken und einiger Erholung bedarf ... Vergebens ...«

Neuzeitlichere Erziehungsmethoden hatten weniger betrübliche Auswirkungen: »In meiner Schulzeit hatte mein Vater mir für jede fehlerfreie Arbeit in den Fächern Grie-

chisch und Mathematik ein Glas Champagner in Aussicht gestellt. Ich bin infolgedessen völlig ohne Champagner aufgewachsen« (LORiot, S. 101)

Wilhelm Hauff, der früh sein Leben lassen musste, ließ seinen Protagonisten während der Zwiesprache mit den Weinfässern im Bremer Ratskeller Folgendes über die guten alten Zeiten schwadronieren:

Ja, ja, Kinder. Sonst war es anders, so vor fünfzig, hundert, zweihundert Jahren. Da brachten sie abends ihre Weiber und Mädchen mit in den Keller, und die schönen Bremer Kinder tranken Rheinwein oder von unserem Nachbar Moseler und waren weit und breit berühmt durch ihre blühenden Wangen, durch ihre purpurroten Lippen, durch ihre herrlichen, blitzenden Augen; jetzt trinken sie allerlei miserables Zeug, als Tee und dergleichen, was weit von hier bei den Chinesen wachsen soll und was zu meiner Zeit die Frauen tranken, wenn sie ein Hüstlein oder sonstige Beschwer hatten. Rheinwein, echten gerechten Rheinwein können sie gar nicht mehr vertragen; denkt euch um Himmels willen, sie gießen spanischen Süßen darunter, daß er ihnen munde, sie sagen, er sei zu sauer. (Wilhelm Hauff, *Phantasien im Bremer Ratskeller*, S. 93f.)

Was bei einer Betrachtung des Alkohols im Mittelalter zuerst ins Auge fällt, ist seine breit gefächerte medizinische Verwendung. Der arabische Arzt Avicenna (980–1037) empfahl sowohl täglichen Weingenuss wie auch ein bis zwei Räusche pro Monat, und Arnau de Villanova (1238–1311) beschreibt in seinen medizinischen Schriften eine Fülle von Indikationen, die von der Bekämpfung von Darmwürmern bis zu Vorbeugung von Augenkrankheiten reichen. Besonders der Branntwein, dessen Destillation etwa seit dem 10. Jahrhundert bekannt ist, gilt als nahezu universelles Therapeutikum. So schildert etwa die Nobelpreisträgerin Deledda in ihrem Buch *Cosima*, wie ihr unter Brandverletzungen leidender Bruder durch zunächst therapeutische Dosen von Branntwein abhängig gemacht wird.

Mißerfolg und Schmerz demütigten ihn: er mußte im Bett liegenbleiben, und zur Linderung seiner Schmerzen und um schlafen zu können, verordnete der Arzt ihm eine Mixtur, die auch Cognac enthielt. Und er schlief ein. Doch als hätte er ihm einen Zaubertrank verabreicht, wachte er benommen davon auf, und wenn dann die Schmerzen an seinen Brandwunden ihn quälten, mischte er sich selbst dieses Getränk und fiel wieder in einen fiebrigen Halbschlaf: sein ganzes Wesen veränderte sich. Er wurde jähzornig und faul, ließ seine Bücher liegen und verließ ohne ein Wort das Haus, um tagelang einfach wegzubleiben.

(Grazia Deledda, *Cosima*, S. 41)

Ist der Rausch im Mittelalter noch selbstverständlicher Bewusstseinszustand, so ändert sich das mit dem 15. und 16. Jahrhundert, da heißt es dann (unter Rückgriff auf LEGNARO 1982, S. 151 ff.): »Trunken gesündigt, nüchtern gebüßt«.

Immerhin gehört zu einem anständigen Mann, dass er Alkohol trinken kann; so heißt es in einem 1794 entstandenen Lied:

Wer niemals einen Rausch gehabt,
 der ist kein braver Mann.
 Wer seinen Durst mit Achteln labt,
 fang lieber gar nicht an.
 Da dreht sich alles um und um,
 in unseren Kapitolum.

Die Strophen werden dann zunehmend moralischer und in der fünften Strophe kommt es dann dazu, dass immerhin auch Motive angesprochen werden:

Ein jeder Trinker lebe hoch,
 der bei dem vollen Glas,
 schon oft der Arbeit Joch,
 des Lebens Müh vergaß.
 Wer dich verschmäht, du edler Wein,
 der ist nicht wert, ein Mensch zu sein.

Originellerweise wurde in einem preußischen Edikt gegen das »Vollsaufen« die Trunkenheit nicht als Strafminderungsgrund sondern als Verschärfungsaspekt angesehen. »Bei Rauschtaten sollte durchweg die Trunkenheit (...) nicht entschuldigen, sondern die Strafe vermehren!« (STOLLEIS 1982, S. 188). Nach dem 30-jährigen Krieg (siehe hierzu auch Grass: *Das Treffen in Telgte*) machte man immer häufiger die Erfahrung, dass das Verbot von Alkoholkonsum nicht sehr effektiv ist. Man »began daher das ›Laster als Steuerquelle‹ zu schätzen. Ob der in Württemberg verlangte ›Saufgulden‹ Strafcharakter hatte oder schon als Vorform einer öffentlich-rechtlichen Steuer angesehen werden kann, müsste noch untersucht werden« (STOLLEIS 1982, S. 189).

Zeitweilig wurde statt Lohn überwiegend Alkohol ausgehändigt. »Diese Methode, einen Teil des Lohnes in Branntwein zu verabreichen, verbreitete sich rasch, bald nahmen sie Transport- und Bauunternehmer und die Besitzer von Kohlen- und Eisenbergwerken sowie von Ziegeleien (...) auch in Deutschland auf. (...) Es ist ein auffälliger Zusammenhang, daß in Deutschland das Branntweintrinken am frühesten sich unter den Bergarbeitern ausbreitete« (VOGT 1982, S. 206f). In vielen Fabriken wurde den Arbeitern während des 12-16-stündigen Arbeitstages kostenlos Schnaps angeboten, damit sie die Arbeitsbelastung überhaupt durchhielten. Entsprechendes wird berichtet über Tagelöhner in der Landwirtschaft. Mit Blick auf die schlechten Lebensbedingungen hat Engels (1845) die Trunksucht der Arbeiter als Folge dieser Notlage interpretiert: »Alle Lockungen, alle möglichen Versuchungen vereinigen sich, um die Arbeiter zur Trunksucht zu bringen. Der Branntwein ist ihnen fast die einzige Freudenquelle« (VOGT 1982, S. 208). Der Deutsche Arbeiter-Abstinenten-Bund (DAAB) sah im Alkohol aber auch die »Waffen der Reaktion«, ein Mittel, den sozialen Status festzuschreiben:

Abbildung 1 Plakate des DAAB um 1910 (Zeichnung Georg Wilke)



Die Waffen der Reaktion



Die Waffen der Arbeiterklasse

Es dauerte bis weit in die Zeit der Hochindustrialisierung, bis der Schnaps in den Fabriken in Verruf geriet. Mit der fortschreitenden Industrialisierung zeigte sich nämlich, dass »die Leistungsfähigkeit des zum Trunke neigenden Arbeiters unter die Norm sinkt.« Und gerade dies lag nicht im Interesse der Unternehmer (siehe auch: VOGT 1982, S. 202 ff.).

In Nordamerika (vgl. LEVINE 1982, S. 241 ff.) verlief die Entwicklung etwas kontroverser, weil es schon im 19. Jahrhundert eine Mäßigkeitsbewegung gab, die Rausch, Trunksucht und gewohnheitsmäßiges Trinken als Krankheit und natürliche Konsequenz auch des maßvollen Alkoholgenusses ansah. Bevor Opium von der Allgemeinheit als Suchtmittel anerkannt wurde, war Alkohol schon als solches betrachtet worden.

Die Ära der Prohibition reichte in den USA von 1919 bis 1933. Vertreter der wirtschaftlichen Elite unterstützten das Alkoholverbot vor allem deshalb, weil sie überzeugt waren, dass sie damit wesentliche wirtschaftliche Vorteile erringen könnten: Nüchterne und enthaltsame Arbeiter würden größere Effizienz und Produktivität zeigen; weniger Unfälle am Arbeitsplatz würden weniger Geld für die Unfallversicherungen und gerichtliche Vergleiche bedeuten; die Arbeiter würden mehr Geld für andere Konsumartikel ausgeben können; es würde weniger Streiks und geringere Lohnforderungen geben, weil die Arbeiter ihren Lohn nicht mehr vertrinken würden; die Kneipen stünden nicht mehr als Versammlungsraum für Gewerkschaften und sozialistische Organisationen zur Verfügung; es würde weniger Kriminalität, Armut, Krankheiten, städtische Unordnung geben und deshalb weniger Steuerausgaben für Gefängnisse, Irrenanstalten, Polizei etc. Wie dieser Versuch einer Problemlösung sich entwickelte und welche Ergebnisse er zeitigte, wissen wir aus einer Vielzahl von Filmen, in denen die Mafia sich durch Schmuggel und Bestechung an der Steuer vorbei prächtig entfal-

tet. Man könnte mit dem früheren russischen Ministerpräsidenten Tschernomyrdin sagen: »Wir wollten das Beste, es kam aber wie immer!«

Von Jack London ist bekannt, dass er für das Frauenwahlrecht war, weil er sich von der Beteiligung der Frauen an den Wahlen versprach, dass diese im Gegensatz zu den Männern in der Mehrzahl für die Prohibition eintreten würden. London hoffte, dass durch ein Alkoholkonsumverbot die Suchtkranken nicht mehr an ihren Suchtstoff herankämen (vgl. Kap. 2. 2).

In Hinblick auf Abstinenz sei psychiatrisch Tätigen erlaubt zu erwähnen, dass Bleuler, Kraepelin und Forel engagierte Gegner des Alkoholkonsums waren, allerdings in ihren Ausdrucksweisen gegenüber den Suchtkranken deutlich erkennen ließen, dass sie diese eher als moralisch schwache (und nicht kranke) Menschen betrachteten.

DIECKHOFF (1982) veranstaltet einen Streifzug durch den Drogenkonsum der »literarischen Avantgarde von der Romantik bis zum Surrealismus« und stellt dabei für den »Alkoholisten« fest (a.o.O., S. 734ff.):

»Die verbreitetste und damit die gefährlichste Droge ist heute jedoch der Alkohol – zugleich ist sie die einzige legale der hier abgehandelten. Die Schriftsteller, die ihr verfallen waren, und das waren nur allzuviele, hatten wohl das traurigste Los aller Süchtigen. Während die Opiumesser des 19. Jahrhunderts in der Regel trotz vier oder fünf Jahrzehnte langer Abhängigkeit ein hohes Alter erreichten, sollte von ihnen kaum einer wesentlich älter als vierzig werden. Nichts ist trostloser als die Welt bodenlosen Grauens und unaufhebbarer Einsamkeit des Trinkers, der seine durch Alkohol hervorgerufenen Depressionen wiederum im Alkohol zu ertränken sucht. ›Gebe Gott uns allen, uns Trinkern, einen so leichten und so schönen Tod‹ (ROTH 1956: III, 178). Mit diesen hoffnungsvollen Worten beendete Joseph Roth (1894 bis 1939) seine ›Legende vom heiligen Trinker‹ (1939), einen Monat bevor er selber qualvoll im Delirium tremens starb, wie so viele vor und nach ihm: Christian Dietrich Grabbe mit 35, Dylan Thomas mit 39, Jack London mit 40, Brendan Behan mit 41 Jahren. Es hilft nichts, man muß es so unumwunden feststellen: Die harten Drogen lassen sich in zwei Gruppen einteilen; an der einen, den synthetischen Stoffen Heroin, Kokain usw. verdient die internationale Mafia, an der anderen, dem Alkohol (der Domäne der amerikanischen Mafia in den zwanziger Jahren) der Staat. Für Alkohol, den legalen ›Stoff‹, ist somit auch öffentliche Werbung erlaubt. Der Umschlag zu dem Roman ›Alkohol‹ von Upton Sinclair mit der grandiosen Fotomontage John Heartfields von 1932 – sie zeigt einen Betrunknen, der sich an einer laternenhohen Whiskyflasche festhält – wurde auf Grund der Klage der betreffenden Whiskyfirma wegen Schädigung ihres Rufes durch eine einstweilige gerichtliche Verfügung verboten.«

Mit dem letzten Beispiel wird eine Thematik eingeleitet, die vielleicht in den Augen des einen oder anderen in unseren bisherigen Ausführungen zu kurz gekommen ist. Es handelt sich um die Dimension des Leidens, des Sterbens, der Vernichtung des Familienzusammenhangs, des Verlustes der Arbeit und der gesellschaftlichen Reputation. Zu nennen sind aber auch die tragischen und häufig scheiternden Versuche, ohne Al-

kohol auszukommen, das teilweise trostlose und krank machende Gelingen dessen und nicht zuletzt die Selbsttötung als letzter Ausweg. Wir werden darauf noch in den Kapiteln »Soziale Faktoren«, »Alkohol und Familie«, »Somatische Folgeerkrankungen« sowie »Alkoholpolitik« und »Epidemiologie« zurückkommen.

Ahnend, wie groß die Überlappungsbereiche von Lebensstil, süchtiger Fehlentwicklung und schwerer Krankheit und deren körperlichen Folgen sind, versuchen wir in den nachfolgenden Kapiteln zu Behandlung, Motivation und Versorgungsstrukturen deutlich zu machen, wie man unter Achtung der individuellen Gegebenheiten Diagnostik und Therapie fördern kann, ohne Heilserwartungen wecken und flächendeckende Generalabstinenz erreichen zu wollen.

**ALKOHOLABHÄNGIGKEIT
MEDIZINISCH BETRACHTET**

1

1.1 Diagnose und Diagnosehindernisse

Wohl kaum ein anderes Krankheitsbild als das des Alkoholismus wird, obwohl die Diagnose sich förmlich aufzwingt, so selten erkannt bzw. beim Namen genannt. Die Alkoholfahne beim morgendlichen Arzttermin oder am Arbeitsplatz, dermatologische und laborchemische Hinweise, Entzugserscheinungen, Klagen aus der Familie und anderes mehr werden häufig ignoriert. Stattdessen werden die Auffälligkeiten gedeckt und pseudoärztliche Handlungen durchgeführt, die von der Vitamintablettenvergabe bis zur Magenresektion reichen und den körperlichen Verfall im Übrigen nur beschleunigen. Zur weiteren Verschlimmerung des Problems trägt die nicht seltene ambulante Verordnung von Entzugserscheinungen lindernden Medikamenten bei:

Tom hatte zwei Tage und Nächte getrunken. Dann konnte er nicht mehr trinken und hatte Tabletten eingeschauft, die Lebersprengware. »Hol den Eimer« sagte Karel. Ich holte den Eimer und fragte mich, wie lange Ärzte Alkoholikern noch Einmachgläser mit Distras und anderen Tabletten verschreiben dürfen, wann das endlich gesetzlich untersagt wird? (Ernst Herhaus, *Kapitulation*, S. 296)

Zwar können dadurch eine Zeit lang die relative soziale Unauffälligkeit erhalten sowie Kündigung, Ehescheidung und der völlige Zusammenbruch hinausgeschoben werden, letztlich induziert aber jede Form von »Übersehen« oder »Decken« einer Suchtsymptomatik – sei es durch die Familie, den Freundeskreis, die Arbeitskollegen oder den Hausarzt – eine Beschleunigung und Chronifizierung von Abhängigkeitsverläufen. Unterstützt der Arzt etwa die zeitweilige Abstinenz durch die Verschreibung von Beruhigungsmitteln, kann er ein zweiseitiges, durch die unterschiedlichen Halbwertszeiten von Alkohol und Benzodiazepinen und Clomethiazol (als häufigst verordneten Mitteln) sehr kompliziert zu behandelndes Entzugssyndrom mitverschulden. Bei der unkontrollierten Verordnung dieser Mittel handelt es sich um einen Kunstfehler. Gleiches gilt für die ärztliche Verabreichung von Alkohol aus vermeintlich therapeutischen Gründen; diese Praxis liegt zum Glück schon etwas länger zurück (vgl. Kapitel »Trinksitten und Gebrauchsmuster«). Nicht so lange ist es her, dass Patienten, die zu Operationen in die Kliniken kamen, von vornherein Alkohol zugeführt wurde, um so das Auftreten deliranter Komplikationen zu vermeiden.

1.1.2 Ärzte und Abhängigkeit

Im medizinischen Behandlungsbereich gehen viele Ärzte Suchtkranken wohl auch deshalb gerne aus dem Wege, weil sie ansonsten in unliebsamer Weise mit einer möglicherweise vorhandenen eigenen Abhängigkeitsgefährdung konfrontiert würden. So ist die flapsige Bemerkung »Alkoholiker ist man erst dann, wenn man mehr trinkt als

der behandelnde Arzt« eine Anspielung darauf, dass einer ganzen Reihe von Ärzten auch nicht gerade der Vorsitz eines Abstinenzverbandes angeboten werden dürfte.

Ärzte entwickeln später und häufiger als andere Personengruppen Abhängigkeiten. Der Häufigkeitssgipfel liegt zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr und scheint verbunden zu sein mit aktiver Berufsausübung, was als solches bereits problematisch ist. Die Leberzirrhose-Quote ist bei Ärzten achtmal höher als in der Durchschnittsbevölkerung, und das Abhängigkeitsrisiko beträgt sogar das 30–100fache. In den USA sind 90 % der bedeutsamen Erkrankungen berufstätiger Ärzte Abhängigkeitserkrankungen.

Als Ursachen beschreibt LEESEMANN (1995) berufsimmanente und berufsassoziierte Faktoren. Der zusätzliche »pharmakologische Optimismus«, leichte (zusätzliche) Verfügbarkeit von Medikamenten und mangelhafte Stressbewältigung sowie unrealistische Erwartungen führen letztlich zum »Titanic-Syndrom«, der Vorstellung der Unbesiegbarkeit.

Mit anderen Worten: Die Chance eines Abhängigen, auf sein Alkoholproblem angesprochen zu werden, hängt auch davon ab, wie der Arzt seinen Eigenkonsum bewertet. Selbst wenn der Arzt das Thema anspricht, fehlt ihm oft die fachliche Kompetenz, die Behandlungsbereitschaft und Mitwirkung des Patienten zu fördern.

Nach den vorausgegangenen Überlegungen zur Verhinderung alkoholbezogener Diagnostik wenden wir uns im folgenden einer definitorischen und diagnostischen Konkretisierung der Begriffe Alkoholintoxikation, Alkoholmissbrauch (alcohol abuse), Alkoholabhängigkeit (alcohol addiction), Alkoholkrankheit (alcohol disease) und Alkoholismus (alcoholism) zu.

1.1.3 Definition der Alkoholabhängigkeit

Nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1952) hat jemand dann als Alkoholiker zu gelten, wenn er infolge exzessiven Trinkens körperliche, geistige, soziale und wirtschaftliche Einschränkungen aufweist oder zu gewärtigen hat. In dieser Weise äußerte sich auch der amerikanische Arzt E. M. JELLINEK, der mit seinen erstmals in den 40er Jahren dieses Jahrhunderts erschienenen Veröffentlichungen und seinem Buchklassiker *Alcoholism as a disease* (1960) maßgeblich das heutige Alkoholismusverständnis geprägt hat: »Unter Alkoholismus versteht man jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der einem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt.«

1.1.4 Diagnostik

Für die aktuell gültige Diagnostik und Klassifikation alkoholbezogener Erkrankungen gilt die 10. Ausgabe der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD-10,

Kapitel V[F]) der WHO (DILLING, MOMBOUR & SCHMIDT 1991) bzw. die 4. Ausgabe des *Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen* (DSM-IV; SASS, WITTCHEN & ZAUDIG 1996) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Von Kosten- und Leistungsträgern wird im Allgemeinen die ICD-Diagnostik gefordert, in Forschungsstudien ist die differenziertere DSM-IV-Diagnostik mindestens genauso verbreitet. Die ICD- und DSM-IV-Diagnostik unterscheiden sich allerdings nicht grundlegend (Ausnahme: Diagnostik von Alkoholmissbrauch bzw. schädlichem Alkoholkonsum; s. Kap. 1. 1. 4. 3).

In der ICD-10 werden unter den Diagnosekategorien F10.0 bis F10.9 (»Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen«, hier: »Störungen durch Alkohol«) insgesamt 10 alkoholbedingte Krankheitseinheiten unterschieden. Sie reichen – wie in Tabelle 2 dargestellt – von der akuten Intoxikation (F10.0) bis zu nicht näher bezeichneten alkoholbedingten psychischen oder Verhaltensstörungen (F10.9). Für jeden Patienten können so viele Krankheitsbilder klassifiziert werden, wie in seinem Fall erforderlich sind.

Tabelle 2 Störungen durch Alkohol – Diagnosekategorien des ICD-10

ICD-10-Schlüssel	Krankheitskategorien
F 10.0	akute Intoxikation (Rauschzustand)
F 10.1	schädlicher Gebrauch
F 10.2	Abhängigkeitssyndrom
F 10.3	Entzugssyndrom (z.B. Tremor, Schweißausbrüche, Angst, Schlaflosigkeit)
F 10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F 10.5	psychotische Störung (z.B. Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtwahn)
F 10.6	alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (z.B. Korsakow-Syndrom)
F 10.7	alkoholbedingter Restzustand auch nach Abstinenz anhaltende Veränderungen von Kognition, Affekt, Verhalten und Persönlichkeit)
F 10.8	andere alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen
F 10.9	nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen

Im Folgenden gehen wir zunächst auf die Wirkung des Alkohols ein, die ab einem gewissen Grad als »Intoxikation« oder »Rausch« bezeichnet wird und damit als psychiatrische Diagnosekategorie (F10.0) ins Spiel kommt. Anschließend greifen wir die beiden zentralen Diagnoseeinheiten im Rahmen von Alkoholismus auf, nämlich die der Alkoholabhängigkeit (F10.2) und des Alkoholmissbrauchs (F10.1). Es folgen Ausführungen zum Entzugssyndrom ohne (F10.3) und mit (F10.4) Delirium tremens, der Alkoholhalluzinose inklusive dem alkoholischen Eifersuchtwahn (F10.5) sowie dem Korsakow-Syndrom inklusive der Wernicke-Encephalopathie (F10.6).

1.1.4.1 Intoxikation

Alkohol entfaltet personenspezifisch die unterschiedlichsten Wirkungen. Überwiegend wirkt er euphorisierend, erheiternd, anregend, assoziationsfördernd, aber auch beruhigend und einschläfernd. Die Wirkungen hängen von Art und Menge des aufgenommenen Alkohols (Prozentgehalt usw.), Charakteristika der Person (Ernährungszustand, physische und psychische Verfassung, Geschlecht, Alter, Alkoholgewöhnung usw.) sowie Merkmalen des Kontextes (Anwesenheit anderer Alkoholkonsumenten usw.) ab. Im Regelfall führt Alkoholkonsum zu diversen, für den Konsumenten oft gar nicht bewusst wahrgenommenen Leistungseinschränkungen, die sich u.a. auf das Führen von Kraftfahrzeugen und Bedienen von Maschinen nachteilig auswirken können:

Tabelle 3 Hauptformen der psychophysischen Leistungsminderungen durch Alkohol

(ab 0,3% möglich, regelhaft ab 0,5–0,8% in individuell unterschiedlicher Ausprägung; nach GILG 1995, S. 68)

Art der Leistungsminderung	psychisch	allgemeine Enthemmung (Verlust ethischer und moralischer Hemmungen)	
		erhöhte Reizbarkeit bis zur Aggressivität, gesteigerter Antrieb	
		Einschränkung des Kritikvermögens, Kritiklosigkeit	
		scheinbar vermehrte Leistungskraft, erhöhte Risikobereitschaft	
		erhöhte Ablenkbarkeit, Sorglosigkeit, Flüchtigkeit, Nachlässigkeit	
		Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen	
		Wachheits-/Vigilanzstörungen	
		eingeschränkte Erfassung, Verarbeitung und Bewältigung komplexer Situationen	
	physisch	Sehvermögen	gestörte muskuläre Balance und Koordination der Augen; Störung der Tiefen- und allgemeinen Sehschärfe, des räumlichen Sehens, der Dämmerungssehschärfe
			erhöhte Blendempfindlichkeit
			Gesichtsfeldeinschränkungen (Peripherie, bewegte Objekte, Warnfunktion)
			Fixationsstörungen (Dreh- und Spontannystagmus)
			fahrig, überschießende, sprunghafte Blickführung
			Fusionsstörungen bis zum Doppelsehen
			geringe Gelb-/Blauschwäche
		Hörvermögen	gestörter Stapediusreflex (Schutzreflex)
			Arbeits- und Sozialmedizin!
			Audiometrie, Reintongehör und Sprachverständnis (Zahlen, Worte) kaum oder gar nicht beeinflusst
Kleinhirn	Störungen des Gleichgewichtssinns		
	Störungen des Lage- und Raumgefühls und der Orientierung		
	Gang- und Standunsicherheiten		
	Störungen der Bewegungskoordination		
	überschießende Bewegungen (Sphallograph)		

Die Blutalkoholkonzentration (BAK) wird üblicherweise nach der Widmark-Formel berechnet: $BAK \text{ (in Promille)} = A / (p \times r)$, wobei A = aufgenommener Alkohol in Gramm, p = Körpergewicht in Kilogramm, r = Reduktionsfaktor – 0,7 beim Mann, 0,6 bei der Frau; vgl. GILG 1995). Beispiel: Ein 70-kg-Mann trinkt auf nüchternen Magen eine Flasche Bier (0,5l) und nimmt auf diese Weise 20g Reinalkohol zu sich. Seine BAK beträgt dann nach kurzer Zeit $20 / (70 \times 0,7) = 0,408$ Promille. Da man weiterhin von einem bei durchschnittlich etwa 15 % liegenden »Resorptionsdefizit« ausgeht, das heißt einem Anteil des zugeführten Alkohols, der nicht in den Blutkreislauf gelangt, beliefe sich seine tatsächliche BAK auf ca. 0,347 Promille. Die direkte Alkoholwirkung nimmt kontinuierlich ab, indem die Leber pro Stunde etwa 8g Reinalkohol und somit 0,15 Promille abbaut, was 0,2l Bier oder einem einfachen Schnaps von 40 % entspricht.

Die Folgen übermäßiger oder zu rascher Alkoholaufnahme werden in der ICD-10 als »akute Alkoholintoxikation« (umgangssprachlich »Rausch«) bezeichnet und unter F10.0 klassifiziert. Acht unterschiedliche Varianten der Intoxikation werden unterschieden, von der »unkomplizierten Intoxikation« (F10.00) bis zum »pathologischen Rausch« (F10.07).

Die Unterschiede sind auch gerichtspsychiatrisch bedeutsam (Schuldfähigkeit, vgl. Kap. 3.6.1.2), wobei hier vereinfacht mit drei Kategorien gearbeitet wird: leichter Rausch (0,5–1,5 Promille), mittelgradige Rauschzustände (1,5–2,5 Promille), schwere Rauschzustände (über 2,5 Promille).

Die klassischen Merkmale der akuten Intoxikation sind u.a. Enthemmung, Streitbarkeit, Aggressivität, Affektlabilität, Aufmerksamkeitsstörung, Gang- und Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Nystagmus und Bewusstseinsstörung.

Im literarischen Bereich finden sich äußerst facettenreiche Darstellungen all dieser genannten Konsumwirkungen. Vielfältigst sind die Schilderungen des Rauscherlebens – oftmals in positiver Form. Van der Heijden kündigt davon:

Auf ihn hatte der Alkohol auch eine viel tiefer gehende Wirkung: Er machte ihn – zumindest bis zu einem gewissen Grad der Betrunkenheit – hellstichtiger, euphorischer, eloquenter und scharfzüngiger, witziger, gebildeter, streitlustiger; letzteres in Diskussionen wie auch gegenüber Frauen. Für ihn bedeutete Alkohol, und zwar in zunehmendem Maße, eine weit stärkere Befreiung, um nicht zu sagen Erlösung, als für die anderen. Der Alkohol verschaffte ihm für die Dauer des Rausches eine höhere Lebensform. Quispel fühlte sich wie ein Fisch im Wasser oder, besser gesagt: wie ein Fisch, den man, nachdem er auf dem Trockenen gezappelt hat, ins Wasser zurückgeworfen hat.

(Van der Heijden, *Der Anwalt der Hähne*, S. 207)

Esoterisch werden die Aspekte bei Hesse dargestellt – ein Autor, der ganz und gar in die Kategorie derjenigen einzureihen ist, die wussten, wovon sie beim Thema »Alkohol« schrieben.