



Bea Schild (Hrsg.) & Gerhard A. Wiesbeck

Partnerschaft und Alkohol

Für M. L. und ihre Familie

Bea Schild (Hrsg.) & Gerhard A. Wiesbeck

Partnerschaft und Alkohol



PABST SCIENCE PUBLISHERS • Lengerich

Kontaktadresse:

Bea Schild

Berner Seminare für Transaktionsanalyse

Psychologische Beratung, MSc in Counselling

Randweg 9

CH-3013 Bern

E-Mail: psychologischeberatung@hush.com

www.PsychologischeBeratungBern.ch

www.TA-seminare.ch

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über [<http://dnb.ddb.de>](http://dnb.ddb.de) abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bild auf der Titelseite: © [focus finder](http://focusfinder.com) - Fotolia.com

© 2012 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Konvertierung: Armin Vahrenhorst

Druck: KM-Druck, D-64823 Groß Umstadt

ISBN 978-3-89967-804-8

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

<i>Richard R. Reith</i>	11
-------------------------------	----

Vorwort

<i>Bea Schild</i>	13
-------------------------	----

1. Einleitung	13
---------------------	----

Alkohol und seine Folgen

<i>Gerhard A. Wiesbeck</i>	17
----------------------------------	----

2. Alkohol.....	17
2.1 Konsum	18
2.2 Akute Wirkung	19
2.3 Alkoholabhängigkeit	20
2.4 Krankheit	20
2.5 Verlorene Lebensjahre	21
2.6 Unfälle	21
2.7 Alkoholbedingte Todesfälle	22

Angehörige: Ihre Belastungen und ihre Verhaltensweisen

<i>Bea Schild</i>	23
-------------------------	----

3. Angehörige im Fokus	23
3.1 Belastungen Angehöriger.....	24
3.2 Exkurs: Sind die Belastungen Angehöriger psychisch Kranker und Abhängigkeitserkrankter verschieden?.....	26
3.3 Wie reagieren Nahestehende auf die Abhängigkeitserkrankten?	28

3.4	Gibt es typische Verhaltensweisen Angehöriger?	28
3.4.1	Rollenwechsel.....	32
3.5	Gibt es Co-Abhängigkeit?	32
3.6	Soziale und finanzielle Aspekte	36
3.7	Wie kann das Verhalten Nahestehender verstanden werden?....	42

Partnerschaft und Alkohol

<i>Bea Schild</i>	45
-------------------------	----

4.	Paare und Alkoholabhängigkeit	45
4.1	Bindungsstile und -verhalten in Bezug auf Alkoholabhängigkeit	46
4.1.2	Verhaltenssysteme von Bowlby, erweitert um das Machtsystem nach Mikulincer & Shaver im Vergleich mit dem Motivationssystem von Bauer	47
4.2	Reaktionsbildung auf traumatische Ereignisse und Stress in der Partnerschaft.....	51
4.2.1	Genderunterschiede in Bezug auf traumatische Ereignisse und Stress	59
4.3	Exkurs: Autobiografisches Gedächtnis: Gemeinsames und Unterschiedliches in Bezug auf Gender und Alter.....	60
4.4	Wohlbefinden in der Partnerschaft	61
4.5	Kommunikation in der Partnerschaft.....	68
4.5.1	Kommunikation in der Partnerschaft mit Alkohol.....	69
4.6	Ärger, Aggression und Gewalt in der Partnerschaft	71
4.6.1	Exkurs: Bindungsstile und Aggression	76
4.6.2	Sozialisation, Paare, Aggression und Alkohol	79
4.6.3	Exkurs: Zahlen und Fakten zu Alkohol, Gewalt und Übergriffen von und zwischen Männern und Frauen	83
4.7	Empathie, Körperkontakt und Sexualität in der Partnerschaft	90
4.7.1	Exkurs: Gender und Sexualität	93
4.7.2	Sexualität in der Partnerschaft und Alkohol	96
4.8	Hilf- und Hoffnungslosigkeit.....	98
4.9	Einsamkeit	100

4.10	Der Einfluss der inneren Bilder und die Scham	104
4.11	Themen des Paares und des Elternseins	108
4.11.1	Transgenerationale Aspekte des Paares und des Elternseins.....	113
4.11.2	Exkurs: Transgenerationale Weitergabe	115
4.11.3	Alkoholauswirkung während der Schwangerschaft	118
4.12	Verlust der gemeinsamen und individuellen Lebensplanung.....	121

Gender und Partnerschaft mit Alkoholabhängigen

<i>Bea Schild</i>	129
-------------------------	-----

5.	Genderaspekte	129
5.1	Exkurs: Männer	132
5.2	Exkurs: Frauen	133
5.3	Soziale Aspekte von Genderunterschieden in Westeuropa	134
5.3.1	Exkurs: Einige Besonderheiten in der Schweiz	138
5.3.2	Exkurs: Einige Besonderheiten in Deutschland.....	139
5.3.3	Exkurs: Einige Besonderheiten in Österreich.....	140
5.3.4	Vergleich im Überblick.....	141
5.4	Wohlbefinden und Gender	145
5.5	Weibliche Partner/männliche Partner und ihre Rollen	149
5.6	Genderaspekte der Partner/-innen von Alkoholikern/-innen	151

Generationenaspekte und Partnerschaft mit Alkoholabhängigen

<i>Bea Schild</i>	155
-------------------------	-----

6.	Exkurs: Generationenaspekte	155
6.1	Exkurs: Der mögliche Einfluss von Generationenaspekten	156
6.1.2	Exkurs: Der mögliche Einfluss von Generationenaspekten auf das Bindungsverhalten.....	158
6.1.3	Der mögliche Einfluss von Generationenaspekten auf das subjektive Wohlbefinden und Glück	160
6.1.4	Der mögliche Einfluss von Generationenaspekten auf Geben und Nehmen	164
6.2	Exkurs: Lebensphase, Ziele und Sehnsucht	166

Unterstützungsquellen

<i>Bea Schild</i>	168
-------------------------	-----

7. Ressourcen	168
7.1 Zugang zu Hilfs- und Unterstützungssystemen	170

Selbsthilfe

<i>Bea Schild</i>	174
-------------------------	-----

8. Selbsthilfe für Angehörige von Alkoholikern/-innen	174
8.1 AA und Al-Anon	178
8.1.2 Vor- und Nachteile von Al-Anon	179
8.2 Geleitete Gruppen	182
8.3 Exkurs: Gendergemischte oder -nicht-gemischte Gruppen: Vor- und Nachteile	182

Narration

<i>Bea Schild</i>	184
-------------------------	-----

9. Narration: Eine Möglichkeit	184
9.1 Identität und Sinnbildung in der Narration	187
9.2 Exkurs: Bedeutsamkeit von Mythen, Märchen und Geschichten und der Bezug zur Lebensplanung	188

Erläuterung und Diskussion von Unterstützungsmöglichkeiten

<i>Bea Schild</i>	191
-------------------------	-----

10. Exkurs: Hilfe für Partner/-innen (mit und ohne die Erkrankten)	191
10.1 Haltung im Umgang mit den Partnern/-innen	194
10.1.1 Respekt	195
10.2 Systemisches Phasenmodell der Behandlung nach Brown und Lewis	197

10.2.1	Modell 1: Individuation, Differenzierung, Üben, Wiederannäherung.....	198
10.3	Modell 2: STAR.....	199
10.4	Modell 3: Lindenmeyer	200
10.5	Modell 4: Zwei Ärgermanagement-Programme für Partner/-innen	201
10.6	Modell 5: Copello et al.	204
10.7	Exkurs: Modell 6: Soziale Arbeit nach Hartmann	205
10.8	Diskussion der Vor- und Nachteile.....	208
11.	Ausblick	211

Anhang

12.	Verzeichnis der Tabellen	214
13.	Literatur.....	215
	Danksagung	228

Vorwort

Richard R. Reith

Bea Schild ist ein eindrucksvolles, enorm inhaltsreiches, breit angelegtes und dennoch in die Tiefe gehendes Buch gelungen. Dessen erstes Kapitel über Alkohol, Alkoholabhängigkeit und deren Folgen hat Prof. Dr. Gerhard A. Wiesbeck, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, beige-steuert.

Angeregt durch einen Vortrag des Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. med. Hans Kurt, Solothurn, über die Leiden der Angehörigen psychisch Kranker widmet sich die Verfasserin der besonderen Situation der Partner/-innen von alkoholabhängigen Menschen. Ausgangspunkt und Vorstudie des Buches waren narrative Interviews mit Partnern sowie ein Angehörigenprojekt in einer universitären Psychiatrischen Klinik. Zitate daraus sind in den Text eingestreut und machen dessen Aussagen greifbar. Um der Komplexität des Themas gerecht zu werden, entschied sich Bea Schild, nicht nur psychologische, neurobiologische und medizinische, sondern auch soziologische, wirtschaftliche, ja sogar rechtliche Aspekte einzubeziehen.

Es gelingt ihr so, einen umfassenden Einblick in das für die Betroffenen existentielle und für die Gesellschaft – auch wirtschaftlich – bedeutsame Thema zu geben. Hierbei wertet Bea Schild mit wissenschaftlicher Gründlichkeit und Blick für das Wesentliche die sorgfältig ausgewählte und geschickt referierte Literatur aus, so dass sie nicht nur einen Überblick bietet. Vielmehr ermöglicht die Lektüre es beruflich mit dem Thema Konfrontierten, sich umfassendes Wissen anzueignen und sich zu interessierenden Aspekten des Themas eine fundierte Meinung zu bilden.

Bea Schild schreibt mit wissenschaftlichem Abstand, aber aus einer eindeutig respektvollen Haltung heraus. Besonders zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang ihre Ausführungen zum Thema „Co-Abhängigkeit“. Hier wird deutlich, dass es nicht darum gehen kann, die Partner/-innen zu pathologisieren, sondern dass ihre Reaktionen vor dem Hintergrund ihrer oft traumatischen Situation verstehbar und einfühlbar sind.

Dank der klaren Sprache und Struktur der Darstellung erlaubt das Buch auch Betroffenen – Erkrankten und Angehörigen und Partnern –, die eigene Situation aus dem Blickwinkel verschiedener Fachrichtungen und damit quasi von außen zu betrachten und sich so ohne Beschämung mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Besonders anregend wirkt bei der Lektüre, dass Bea Schild sowohl in die verschiedenen Wissensgebiete als auch in die vielfältigen Einzelthemen immer wieder zunächst – fachlich anspruchsvoll, aber vorzüglich verständlich – einführt und so allgemeine Informationen vermittelt, bevor sie dann die spezifische Situation der Partner/-innen von Alkoholabhängigen reflektiert.

Insofern bietet sich natürlich die systematische Lektüre des gesamten Buches an; das differenzierte Inhaltsverzeichnis erlaubt es aber auch, sich gezielt genau zu dem Themenaspekt zu informieren, welcher gerade im Focus des Interesses des Lesers/der Leserin steht. Hierbei kommt ihnen Bea Schilds besondere Fähigkeit, die Quintessenz der von ihr herangezogenen Literatur gut verständlich und prägnant darzustellen, ebenso zugeute wie die Tatsache, dass sie neben Bewährtem auch die Resultate neuester Forschung etwa aus der Neurobiologie angemessen berücksichtigt.

Im letzten Teil ihres Buches diskutiert Bea Schild verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten für die Angehörigen. Diese werden – anders als in der ganz überwiegenden Zahl der früheren Untersuchungen und durchgängig – im vorliegenden Buch nicht im Wesentlichen als Einflussfaktoren auf den Alkoholabhängigen und seine Heilung gesehen, sondern die Partner/-innen stehen mit ihren eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Lebenszielen im Mittelpunkt des Interesses und der Untersuchung.

Ich wünsche der Leserin, dem Leser vielfältige Anregungen durch dieses wirklich inhaltsreiche, aus einer klaren Haltung des Respekts heraus geschriebene Buch.

Waldkirch u. Lugano im Jan. 2012

Richard R. Reith

Rechtsanwalt

Transaktionsanalytiker im Anwendungsfeld Beratung (DGTA, EATA)

Lehrtrainer und Lehrsupervisor unter Supervision der Europäischen Gesellschaft für Transaktionsanalyse (EATA)

Vorwort

Bea Schild

1. Einleitung

„War der Mann nicht in der Lage, die Familie zu ernähren, oder die Wirtschaft zu erhalten, klagte die Frau wegen der offensichtlichen Liederlichkeit des Mannes. Liederlich waren verschiedene Dinge, denen aber gemein war, dass sie die finanzielle Basis der Ehe beeinträchtigten: Trunk¹- und Spielsucht, Faulheit, Verschwendung, Vernachlässigung der Pflichten. Mit ihren Klagen forderten die Ehefrauen die Einhaltung der hausväterlichen Pflichten. Ein Hauptmotiv der Frauen war das unmäßige Trinken im Zusammenhang mit Verschwendung und Misshandlungen. ... Der Mann vertrank ein etliches der Einkünfte und forderte nicht selten weiteres Geld von der Frau“ (Haack, 2008). Die Pflicht der Hausmutter war es, den Haushalt zu führen, das Geld zu verwalten, falls vorhanden die Bediensteten anzuweisen. Ohne dass der Mann seinen Teil dazu tat, konnte sie dies nicht ordentlich tun. Man hätte sie dann einklagen können, dass sie den Haushalt liederlich führe. In dieser Studie von Haack (ibidem) zur Streitkultur im 18. Jahrhundert wird als Beispiel auch eine Ehefrau angeführt, deren Mann auf Scheidung klagte: „... die sich nicht nur nach Aussage ihres Mannes, sondern gleichfalls nach der ihrer Schwester täglich bis zum Erbrechen voll soff, wurde Anfang 1730 befohlen, von ihrem verderblichen Leben zu lassen, nicht zu trinken und gut zu hausen.“ Nicht nur das Verschwenden oder mangelnde Erbringen der materiellen Mittel zur Haushaltsführung, auch die gegenseitige Pflege und Sorge im Krankheitsfall wurden von den Eheparteien vor Gericht verhandelt. Die Gewaltanwendungen der Männer ließen sich meist mit pädagogisch notwendiger Züchtigung der Frauen verteidigen, den Frauen

¹ Alkohol war im 18. Jahrhundert „wegen der schlechten Qualität des Wassers“ ein fester Bestandteil der Nahrung in Deutschland.

und Männern wurde die ehrverletzende Rede gegeneinander jedoch genauso angelastet.

Auch damals gab es Ehepartner/-innen, die unter der Last der Umstände vehement Klage erhoben, diese dann aber vor einer endgültigen Verurteilung durch das Gericht zurückzogen. Die gerichtlichen Verurteilungen reichten im deutschsprachigen Raum von Ermahnungen, Verboten, Trennungen, Scheidungen (nur in protestantischen Gebieten) bis zu „Incarcerationen“ und Einsperrungen im Turm, wobei auch hier zwischen den Geschlechtern nicht unterschieden wurde.

Paarkonflikte und Schwierigkeiten in der Bewältigung des Alltags und des ehelichen Lebens sowie Misshandlungen im Zusammenspiel mit Alkohol sind seit langem bekannt. Mein eigener Bezug dazu ergab sich aus den Erzählungen meiner Großmutter und ihrer jüngsten Schwester. An langen Abenden während Winterferien in den Bergen stimulierten sich die beiden jeweils zu stundenlangem Erzählen über die Familiengeschichten, welchen wir Kinder zwar müde, aber sehr neugierig lauschten. Erst heute begriff ich allerdings, dass mein Urgroßvater ein Alkoholiker war. 1919, im Generalstreik verlor mein Urgroßvater wegen seiner Teilnahme seine gutbezahlte und angesehene Stelle. Meine Großmutter, geboren 1909, litt mit 10 Jahren an Chorea Minor². Sie wurde später jeweils am Zahltag von ihrer Mutter in die Kneipe geschickt, um den restlichen Lohn vor der Umsetzung in Alkohol abzuholen.³ Bereits meine Ururgroßmutter, eine Bauersfrau, nach unfallbedingter Verwitwung in zweiter Ehe mit dem schönen Knecht, dem Vater meiner Urgroßmutter verheiratet, litt unter der „Trunk- und Verschwendungssucht“ ihres neuen Ehemannes so, dass sie sich lieber scheiden ließ, als ihren Hof zu verlieren und, wie von der damaligen Wohngemeinde in Aussicht gestellt, von der ‘Armenfürsorge’ unterstützt zu werden.

² Eine neurologische Autoimmunkrankheit

³ In der Schweiz wurde 1911 ein erstes Krankenversicherungsgesetz erlassen. Man musste sich von Beginn weg privat versichern. Je jünger man war, desto günstiger die Prämie. In Deutschland trat auf Antrag des Kaisers an den Reichstag, unter Anregung von Bismarck, 1889 ein erstes Krankenversicherungsgesetz für Arbeiter in Kraft. Die Arbeiter mussten 2/3 der Prämie zahlen, die Arbeitgeber 1/3. In Österreich wurde 1920/21 ein erstes Krankenversicherungsgesetz für Industriearbeiter, Beamtete und Arbeitende in Bergwerken, bei Eisenbahn- und Binnenschiffahrtsunternehmen und für Arbeitende in Unternehmungen, welche der Gewerbeordnung unterlagen, eingeführt. Nach deutschem Vorbild wurde dies zu 2/3 von den Arbeitnehmenden und zu 1/3 von den Arbeitgebenden finanziert. Je nach Quelle waren in Deutschland und Österreich die Angehörigen damals nicht mitversichert.

Die Begriffe Alkohol und Alkoholabhängigkeit waren bei den Erzählungen nicht gefallen. Mich interessierte daher, wie es meiner Urgroßmutter erging, was sie in ihrer Familie gelernt hatte, weshalb sie ihre kleine Tochter vorschickte, um den Zahntag zu retten, weshalb die Schwestern sich davor schützten, die Dinge beim Namen zu nennen, weshalb man nicht darüber sprechen durfte, dass der älteste Sohn die Mutter vor den Schlägen des Vaters beschützte...

Köppe & Kindt (2009) beschreiben nach Iris Murdoch, dass das Leben immer zufällig und unvollständig sei und dass dies durch das Erzählen unserer eigenen Geschichte mit Mustern eingeschränkt werde, weil es möglicherweise sonst unerträglich zufällig und unvollständig sein könnte. So liegt nach Murdoch wenn doch allfällig nichts anderes, so doch ein Trost im erzählenden Einschränken. Dieses strukturierende Einschränken in der Narration fällt sinngemäß auch mit dem zusammen, was Eric Berne den Lebensplan (das Skript) nannte. Von Geburt an wird Eigenes im Konflikt mit dem/der Anderen und der Situation so organisiert, dass daraus ein vorbewusster Lebensplan entsteht, nach welchem alles Geschehen, insbesondere das Beziehungsgeschehen, bis zum Tod organisiert wird. Als Vorlagen dafür dienen dem Kind in seinem noch magischen Denken oft Erzählungen, Märchen, Geschichten, Mythen. Oft finden sich im Erwachsenenalter Partner/-innen zusammen, deren Skripts sich so ergänzen, dass sie sich gegenseitig bestärken. Solange dies keine negativen Auswirkungen für eine/-n Partner/-in hat, ist daran auch nichts auszusetzen. Wenn dies jedoch zu Leiden führt, kommt der trostpendende Aspekt der strukturierenden Einschränkung des Skripts nicht mehr zum Tragen. Die Frage, welcher das Buch „Partnerschaft und Alkohol“ nachgeht, lautet also: Wie können wir als Einzelne, Professionelle und als Gesellschaft mit den heutigen Mitteln wirksam mit dem Leiden an oft stressreichen und traumatischen Belastungen und Folgen von missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum zum Wohle der Partner/-innen und damit auch ihrer allfälligen Elternschaft umgehen?

Künzler (2000) hat festgestellt, dass den Partnern/-innen als Individuen und ihren Schwierigkeiten aufgrund der Erkrankung ihrer Partner/-innen, trotz der Vielfalt der Psychotherapie-Forschung rund um Alkoholabhängigkeit, kaum Aufmerksamkeit zuteil wurde. Partner/-innen wurden mit ihren Leiden bisher nicht als eigenständig Betroffene erforscht, sondern zur Mithilfe bei der Behandlung der Alkoholabhängigen beigezogen oder als Partner/-innen der Alkoholabhängigen in der

Paartherapie betrachtet. Künzler (ibidem, zit. nach Shoham, Rohrbaugh, Stickle & Jacob, 1998) bezieht sich auf eine Studie an Paaren mittels kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung, bei welcher Interaktionsmuster als beziehungsmaßige Variablen für die Überprüfung des Resultats angenommen wurden. Sie fanden eine erhöhte Beibehaltung des Erarbeiteten bei Paaren mit einem Interaktionsmuster von Forderung und Rückzug. Auch in dieser Studie wurden die Resultate jedoch an den Alkoholikern/-innen oder dem Paar gemessen und nicht an den Partnern/-innen an sich. Künzler (ibidem) weist auch darauf hin, dass die Studie von Stumm & Rauchfleisch (1990) ergab, dass Partner/-innen ihre Vielfalt der Umgangsstrategien im Verlauf der Zeit einschränken. Die befragten Alkoholiker/-innen selber hatten nicht wahrgenommen, zu welchem Grad ihre Partner/-innen Umgangsstrategien mit ihnen angewandt hatten. Mitglieder von AA zeigten demgegenüber mehr Gewahrsein über die Bewältigungsversuche von Partnern/-innen gegenüber Alkoholikern/-innen. Golden (1990, zit. in Künzler, 2000) hat bei seiner Befragung Angehöriger herausgefunden, dass die Partner/-innen durch die Therapie der Erkrankten Veränderungen bei sich selber und in ihrer Beziehung wahrnahmen. Sie erlebten sich selber als verständnisvoller, toleranter, inniger mit ihren Partnern/-innen, nachdem diese eine Therapie gemacht hatten, und sie erlebten in der Beziehung mehr Nähe, mehr Konfliktlösung und mehr Zufriedenheit. Die männlichen Partner erlebten, dass ihre erkrankten Ehefrauen sich in der Therapie intrapsychisch am meisten veränderten, während die weiblichen Partner die größte Veränderung im interpersonalen Bereich wahrnahmen. Zusätzlich und ohne Wertung nahmen die Ehemänner wahr, dass ihre Frauen in der Therapie an Unabhängigkeit gewannen, während die Ehefrauen wahrnahmen, dass ihre Ehemänner den Grad der Verlässlichkeit erhöhten.

Vielfältige Aspekte von Paarbeziehungen und Genderunterschieden sowie Hilfsmöglichkeiten werden nachfolgend beleuchtet. Der Fokus wird dabei auf das subjektive Wohlbefinden der Partner/-innen, als ihrem eigenen Anspruch, gelegt.

Alkohol und seine Folgen

Gerhard A. Wiesbeck

2. Alkohol

Das Wort „Alkohol“ stammt aus dem Arabischen (لوحكّل, *al-kuḥūl*) und bedeutet so viel wie „das Feinste“ bzw. „die Essenz“. Als Nahrungs- und Genuss-, aber auch als Heil- und Rauschmittel wird Alkohol seit Jahrtausenden geschätzt und erfreut sich größter Beliebtheit. Seine gezielte Herstellung begann vermutlich mit der Sesshaftwerdung der Menschheit und dem damit verbundenen Anbau von Obst und Getreide in größeren Mengen.

Chemisch handelt es sich bei dem von Menschen konsumierten Alkohol um Ethylalkohol (Ethanol, C_2H_5OH), eine aromatisch riechende, leicht brennbare, wasserklare Flüssigkeit. Sie entsteht durch die Vergärung zuckerhaltiger Früchte bzw. von kohlehydrathaltigem Getreide oder Kartoffeln. Der so entstandene „Gärungsalkohol“ verfügt über maximal 18 Vol% Ethanol. Durch weitere Destillation kann diese Konzentration erheblich gesteigert werden (Destillationsalkohol).

Nach dem Konsum wird Alkohol über die Schleimhäute des Mund-Magen-Darmtrakts rasch resorbiert und über das Blut in alle wasserhaltigen Gewebe verteilt. Die höchste Konzentration im Blut findet sich ca. 30 – 60 Minuten nach dem Konsum. Dabei entspricht der Alkoholspiegel im Gehirn in etwa dem des Blutes. Der Abbau erfolgt größtenteils durch Oxidation in der Leber, die dafür spezifische Enzyme zur Verfügung stellt. Geringe Mengen des konsumierten Alkohols werden über Nieren, Lunge und Haut ausgeschieden. Die Abbaugeschwindigkeit liegt mit individueller Unterschiedlichkeit zwischen 0,1 und 0,15 Promille/Stunde.

2.1 Konsum

Wie viel Alkohol in einem Land getrunken wird, unterliegt zahlreichen Einflussfaktoren. Neben den Trinksitten und religiösen Gebräuchen einer Bevölkerung (z. B. westliche Permissiv- oder islamische Abstinenzkulturen) sind die Verfügbarkeit des Alkohols sowie dessen Preis mit entscheidend. In der Schweiz ist der Pro-Kopf-Konsum seit Jahren leicht gesunken und liegt bei derzeit unter neun Litern Reinalkohol pro Jahr. Damit platziert sich die Schweiz im vorderen Mittelfeld der alkoholkonsumierenden Länder. Besorgniserregender als dieser Durchschnittswert ist jedoch die Tatsache, dass hierzulande ca. 50% des Alkohols von nur ca. 12% der Bevölkerung konsumiert werden. Besondere Risikogruppen sind dabei die jugendlichen Rauschtrinker und alleinstehende Männer jenseits des 65. Lebensjahres. In allen Altersgruppen konsumieren Männer mehr und häufiger Alkohol als Frauen. Am deutlichsten ist dieser Geschlechterunterschied im Alter. Etwa 17% der schweizerischen Bevölkerung leben alkoholabstinent, davon doppelt so viele Frauen wie Männer.

Man unterscheidet zwischen moderatem, riskantem und gefährlichem Alkoholkonsum. Diese Einteilung bezieht sich auf die Trinkmenge und deren nachweisbare Folgen für die Gesundheit. Unter „moderatem Konsum“ versteht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine maximale Trinkmenge von 40g Reinalkohol/Tag bei Männern bzw. 20g/Tag bei Frauen. Bis zu dieser Grenze, so haben wissenschaftliche Untersuchungen ergeben, überwiegen die gesundheitlichen Vorteile des Alkoholkonsums (Senkung der Gesamtmortalität durch Reduktion des Herzinfarktrisikos). Darüber hinaus empfiehlt die WHO auch bei moderatem Konsum mehrere alkoholfreie Tage pro Woche. Von „riskantem Alkoholkonsum“ spricht die WHO bei einer Trinkmenge von 40-60g Alkohol/Tag (Männer) bzw. 20-40g Alkohol/Tag (Frauen). Bei diesen Trinkmengen überwiegen bereits die gesundheitlichen Nachteile. Wird noch mehr getrunken (> 60g/Tag bei Männern bzw. > 40g/Tag bei Frauen), spricht man von „gefährlichem Alkoholkonsum“. Ab dieser Grenze steigt das Risiko für gesundheitliche Folgeschäden exponentiell an (Rehm, Roerecke & Patra, 2006).

2.2 Akute Wirkung

Alkohol wird durch die Schleimhäute rasch resorbiert und über den Blutstrom im ganzen Körper verteilt. Er kann daher seine Wirkung innerhalb weniger Minuten entfalten. In der Regel stellt sich heiteres Wohlbefinden ein. Die Betroffenen fühlen sich fröhlich, zwanglos und redselig, ein angenehmes Wärmegefühl durchströmt den Körper. Eine positive Selbsteinschätzung und ein gesteigertes Selbstwertgefühl kommen hinzu.

Die akute Wirkung des Alkohols ist dosisabhängig. Allerdings modifizieren die Art der Umgebung („Setting“) und persönliche Stimmung („Set“) den Rauschverlauf. Mit steigender Alkoholmenge treten bei Erwachsenen folgende Veränderungen auf:

Bereits unter 0.5‰ treten erste leichte Konzentrationsstörungen auf, Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen beginnen nachzulassen. Die Risikobereitschaft steigt, Urteils- und Kritikfähigkeit nehmen ab. Zwischen ca. 0.5 und 1‰ kommt es zu einer allgemeinen Enthemmung und Stimulation. Ein gesteigerter Rede- und Aktivitätsdrang verbindet sich mit einer erhöhten sozialen Kontaktfreudigkeit. Die kritische Selbstkontrolle lässt nach, das subjektive Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit nimmt zu. Die angenehmen Alkoholwirkungen stehen im Vordergrund. Objektiv kommt es zu einer deutlichen Verlängerung der Reaktionszeit, zu einer Verringerung der Konzentrationsfähigkeit, zu Störungen des Gleichgewichts und zur Einengung des Blickfelds („Tunnelblick“). Durch Enthemmung und Selbstüberschätzung steigt die Wahrscheinlichkeit für riskantes Verhalten (z. B. im Straßenverkehr) oder impulsives Verhalten.

Zwischen 1‰ und 2‰ (Rauschstadium) verstärken sich die o.g. Veränderungen. Hinzu kommen Sprechstörungen und Orientierungsstörungen. Kritikfähigkeit und Hemmungen nehmen weiterhin ab. Die neurologischen Störungen, die jetzt auftreten (z. B. schwere Gangstörungen, verwaschene Sprache) rühren her von der Wirkung des Alkohols auf Kleinhirn und Gleichgewichtsorgan.

Zwischen 2‰ und 3 (Betäubungsstadium) kommt es zusätzlich zu Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen. Der reale Situationsbezug geht verloren. Es kann zur Bewusstlosigkeit kommen, die Abwehrreflexe sind jedoch noch erhalten.

Ab 3‰ (Lähmungsstadium) besteht Lebensgefahr. Mit steigendem Promillewert treten zunehmende Bewusstlosigkeit, Reflexlosigkeit, Kreislaufversagen, Atemstillstand und Tod auf.

2.3 Alkoholabhängigkeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat klare Kriterien für die Definition einer Alkoholabhängigkeit vorgegeben. Demnach müssen mindestens drei der nachfolgenden sechs Kriterien innerhalb der letzten sechs Monate erfüllt gewesen sein, damit man eine Alkoholabhängigkeit diagnostizieren darf (nach Kuendig, 2010).

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- Ein körperliches Entzugssyndrom
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung
- Andere Aktivitäten und Verpflichtungen werden zugunsten des Alkoholkonsums zunehmend vernachlässigt.
- Weiterer Alkoholkonsum trotz bereits eingetretener körperlicher, psychischer oder sozialer Folgeschäden

Nur in der klinischen Praxis kann die Krankheit „Alkoholabhängigkeit“ klar diagnostiziert werden.

Geht man von einer Krankheitshäufigkeit von ca. 3 – 5% aus, dann leben in der Schweiz zwischen 200.000 und 300.000 alkoholabhängige Menschen. Gerade bei Männern im mittleren Alter handelt es sich dabei um eine der häufigsten Diagnosen (Bundesamt für Statistik, 2010).

2.4 Krankheit

Die häufigsten körperlichen Folgeerkrankungen nach chronischem Alkoholkonsum sind Krankheiten der Leber (Fettleber, Alkoholhepatitis, Zirrhose), der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis) und diverse Krebserkrankungen. Nachgewiesenermaßen spielt Alkohol eine ursächliche Rolle bei der Entstehung von Krebs im Rachen-, Schlund- und Mundraum, in der Speiseröhre, bei Krebserkrankungen der Leber, des Enddarms und der weiblichen Brust.

Nahezu alle anderen menschlichen Organe werden durch Alkohol dosisabhängig geschädigt. So ist Alkohol ein häufiger Grund für Bluthochdruck, Magenschleimhautentzündungen, kardiovaskuläre Krankheiten, Störungen des blutbildenden und Immunsystems, Fettstoffwechselstörungen und Störungen des Hormonsystems. Alkohol kann die Gesundheit der Muskeln schwer beeinträchtigen (Alkoholmyopathien) und zu Erkrankungen des Gehirns, des Kleinhirns und der peripheren Nerven führen.

Alkohol ist mit beteiligt an der Entstehung und dem komplizierten Verlauf zahlreicher psychischer Erkrankungen. Die Alkoholintoxikation ist dafür eines der häufigsten Beispiele. Weniger bekannt ist die depressive Wirkung des Alkohols. Alkoholabhängige haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Schwerste Formen von Depression gehen nicht selten mit Suizidgedanken oder gar Suizidversuchen einher. Als Notfall gilt das Alkoholentzugsdelir, die schwerste Form des Alkoholentzugs. Vor Einführung der modernen Psychopharmaka verlief es in über 10% der Fälle tödlich. Nicht selten wird ein solches Delir von einem epileptischen Anfall (Entzugskrampfanfall) eingeleitet. Zu den Langzeitfolgen chronischen Alkoholkonsums gehört das sog. Korsakow-Syndrom. Dies ist eine alkoholbedingte Schädigung des Gehirns, die mit schwerer Vergesslichkeit einhergeht. All diese Krankheiten bedeuten eine enorme, durch Alkohol verursachte Krankheitslast, sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft.

2.5 Verlorene Lebensjahre

Durch Behinderung und vorzeitigen Tod „verlorene Lebensjahre“ sind ein international gebräuchlicher Indikator zur Quantifizierung des gesellschaftlichen Schadens. Unter den zehn wichtigsten Ursachen für verlorene Lebensjahre in den westlichen Industrienationen steht der Alkohol an dritter Stelle (Platz 1: Tabak, Platz 2: Bluthochdruck). In der Schweiz gehen pro Jahr ca. 30.000 Lebensjahre alkoholbedingt verloren.

2.6 Unfälle

Alkohol erhöht dosisabhängig die Risikobereitschaft, reduziert das Reaktionsvermögen und beeinträchtigt die motorische Koordinationsfähig-

keit. Alkohol ist daher eine häufige Ursache für Unfälle im Haushalt, am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr. Die Dunkelziffer ist jedoch hoch und die offiziellen Zahlen sind eher eine Unterschätzung: Alkohol bedingt ca. 17% aller Verletzungen bei Männern und ca. 12% aller Verletzungen bei Frauen. Dabei gehen die wenigsten dieser Verletzungen auf einen starken Konsum unmittelbar vor dem Unfall zurück. Die Mehrzahl der durch Alkohol bedingten Unfälle gehen einher mit einem eher geringen Alkoholkonsum vor der Verletzung. An erster Stelle der alkoholbedingten Unfälle stehen Stürze und Unfälle im Straßenverkehr (nach Gmel et al., 2007).

2.7 Alkoholbedingte Todesfälle

Übermäßiger Alkoholkonsum ist die Ursache für zahlreiche Todesfälle. In der Schweiz beläuft sich die Zahl der durch Alkohol bedingten Todesfälle auf ca. 2000 pro Jahr, drei Viertel davon sind Männer.

Der Zusammenhang zwischen Trinkmenge und gesundheitlichen Risiken ist durch zahlreiche Untersuchungen belegt. So sind in der Schweiz über 5% aller Todesfälle bei Männern und über 1% aller Todesfälle bei Frauen auf Alkohol zurückzuführen (Rehm et al., 2002). An erster Stelle der alkoholbedingten Todesursachen steht die alkoholische Leberzirrhose, an zweiter Stelle der Suizid.

Der Zusammenhang zwischen Alkohol und Suizid ist vielfältig und hat verschiedene Ursachen: Zum einen ist der Suizid häufig zu verstehen als eine Reaktion auf die vielen Folgeprobleme, die sich nach langjährigem Alkoholkonsum anhäufen (Schulden, Gesetzeskonflikte, Arbeitsplatzverlust, Scheidung usw.), zum anderen erhöht fortwährender Alkoholkonsum das Risiko einer (alkohologischen) Depression. Schließlich sind die Senkung der Hemmschwelle und die erhöhte Risikobereitschaft unter Alkohol zu nennen. All dies führt dazu, dass Menschen mit Alkoholproblemen ein enorm erhöhtes Risiko haben, von eigener Hand zu sterben.

An dritter Stelle der alkoholbedingten Todesursachen stehen bösartige Erkrankungen. Alkohol erhöht dosisabhängig das Krebsrisiko. Davon sind nicht nur jene Organe betroffen, die dem unmittelbaren Kontakt mit Alkohol ausgesetzt sind (Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre), sondern auch zahlreiche Organe, die der Alkohol nur auf dem Blutweg erreicht (Leber, Bauchspeicheldrüse, Dickdarm, Brust).