



Adresse: Schönaugürtel 53
A-8010 Graz
Tel.: 0316/82 11 99
Fax: 0316/821199-10
Email: office@bas.at
Internet: <http://www.bas.at>

Alkoholmissbrauch und Sucht

in der sozialen Arbeit

Alkoholismus

Erscheinungs- und Verlaufsformen
Verbreitung
Behandlung
Grundlagen der Gesprächsführung
Co-abhängige Haltungen
Interventionsmöglichkeiten

Oktober 1998

Inhalt

1. Alkoholismus als Krankheit	
1.1 Erscheinungs- und Verlaufsformen.....	4
1.2 Epidemiologie - Verbreitung.....	6
1.3 (Be-) Handlungsmöglichkeiten.....	7
2 Besonderheiten des Alkoholismus	
2.1 Alkoholkonsum als sozial akzeptiertes Verhalten.....	10
2.2 Krankheits - Lasterkonzept	10
3 Aspekte des Umgangs mit Alkoholproblemen	
3.1. Früherkennung.....	12
3.2 Psychologische Grundlagen des Umgangs mit Alkoholgefährdeten	14
3.3 Co-abhängige Haltung.....	16
3.4 Problemorientierte Interventionen.....	18
4. Literatur (Auswahl).....	20

1 Alkoholismus als Krankheit

Die WHO definiert Alkoholismus als Störung deren wesentliches Charakteristikum darin besteht, dass ein oft starker, gelegentlich übermächtiger Wunsch vorhanden ist, Alkohol zu konsumieren. Der innere Zwang Alkohol zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

Nach dem neuen Diagnoseschlüssel der WHO ICD-10 handelt es sich bei Abhängigkeit um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden.

Abhängigkeit kann dann diagnostiziert werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums.
3. Alkoholgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol wie z. B. die Tendenz Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkens außer acht zu lassen.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (Somatisch, psychisch, sozial)

1.1 **Erscheinungs- und Verlaufsformen**

Alkoholismus kann sehr unterschiedlich verlaufen. Wesentliche Merkmale sind die lange Entstehungszeit, die über Phasen der Gewohnheit, der Ersatzhandlung zur Phase der Sucht führt. Das bedeutet einerseits, dass nicht jede Form von Alkoholkonsum automatisch Sucht bedeutet, andererseits, dass die Übergänge von einem nicht - süchtigen Alkoholkonsum zum Alkoholismus sehr fließend sind.

Wenn auch Alkoholismus heute nicht mehr gesehen werden kann als ein zwingend linear verlaufender destruktiver Prozess, so zeigen viele Verläufe doch einen zunehmenden Grad von Chronifizierung. Nach herkömmlichen Modellen (JELLINEK) teilt man diese Entwicklung in eine präalkoholische Phase, die Prodromalphase, die kritische Phase und die chronische Phase ein.

In der präalkoholischen Phase geht zwangloser Alkoholkonsum in Missbrauch über. Vor allem sogenanntes Entlastungstrinken wird Ersatz für andere Problemlösungsmöglichkeiten. In der Prodromalphase wird dieses Entlastungstrinken zunehmend zur Gewohnheit. Diese Phasen bilden noch keine Grundlage für eine spätere Prognose einer Abhängigkeit.

Zunehmende Erinnerungslücken, der Kontrollverlust und deutliche Veränderungen in der Persönlichkeit, im Denken und Wahrnehmen, in den Beziehungen zu anderen Menschen, soziale Schwierigkeiten und Erklärungssysteme für das Trinken kennzeichnen die kritische Phase. Hier wird oft Abstinenz versucht und versprochen, allerdings nicht dauerhaft aufrechterhalten. Wesentlich für uns ist der zunehmende Realitätsverlust des Betroffenen. Die Verleugnung der eigenen Machtlosigkeit dem Alkohol gegenüber und den daraus entstehenden Konsequenzen dient als Abwehrmechanismus gegen die daraus resultierende Bedrohung. Der Alkoholiker in dieser Phase lebt den Selbstbetrug und erleidet dadurch auch einen Kontaktverlust mit der Umgebung.

In der chronischen Phase treten zunehmend organische Störungen auf, es kommt zu einer ausgeprägten körperlichen Abhängigkeit und zum sozialen Abstieg.

Diese Phasen sind allerdings nicht zwingend. Ihr Durchlaufen ist wesentlich von den Reaktionen der Umgebung abhängig. Theoretisch ist in jeder Phase auch die Chance zur Rehabilitation gegeben. Allerdings ist diese Chance desto größer, je geringer die bereits aufgetretenen somatischen, psychischen und sozialen Schäden sind.

Für die Erscheinungsformen wird auch heute noch oft das ebenfalls von JELLINEK stammende Schema verwendet. Er beschreibt fünf Typen (durch griechische Buchstaben bezeichnet), die sich durch den Schweregrad einerseits, andererseits durch die Art des Alkoholkonsums unterscheiden lassen.

In der voralkoholischen Phase sind dies der Alpha- oder Problemtrinker und der Beta- oder Geselligkeitstrinker.

Der Alphatrinker nutzt bereits den Alkohol als Droge, er trinkt um innere Spannungen und Konflikte zu bekämpfen, um sich zu entspannen und sich wohl zu fühlen. Die Trinkmenge ist abhängig von der jeweiligen Stresssituation. Hier besteht die Gefahr psychisch abhängig zu werden, da Alkohol als Spannungslöser verwendet wird.

Der Betatrinker trinkt in sozialen Zusammenhängen, mit Kollegen, Freunden und Bekannten im Rahmen seiner Lebenswelt. Er ist sozial und psychisch unauffällig. Vielleicht sogar ein begehrter Trinkpartner weil er so lustig ist. Durch den häufigen Alkoholkonsum besteht vor allem eine Gefährdung durch körperliche Schäden und auch einer körperlichen Abhängigkeit.

Tritt durch langanhaltenden häufigen Konsum (und auf Grund einer ganzen Reihe von Faktoren) eine Abhängigkeit auf, so entwickelt sich der Alphetyp zum Gammatyp. Er ist nicht mehr fähig zu jeder Zeit bzw. in jeder Lage mit dem Trinken aufhören zu können. Das heißt Abstinenz ist sogar über Wochen möglich. Trinkt er jedoch so ist der Konsum nicht mehr kontrollierbar und wird zum Exzess. Hier handelt es sich um den Rauschtrinker, der psychosozial sehr auffällig ist. Eine körperliche Abhängigkeit liegt nicht vor (sonst wären abstinente Phasen nicht möglich).

Der Betatrinker entwickelt sich zum Deltatypus. Das ist der Spiegeltrinker mit zunehmend ausgeprägter körperlicher Abhängigkeit. Er ist lange Zeit sozial unauffällig, oft nie erkennbar alkoholisiert. Er braucht ständig einen bestimmten Alkoholspiegel um körperliche Entzugserscheinungen hintan zuhalten. Dieser Typus ist vor allem körperlich sehr gefährdet. Durch den dauernden Konsum entstehen eine Reihe von Folgeschäden.

Der fünfte Typ ist der Epsilon- oder Periodentrinker, der auch als Quartalstrinker bezeichnet wird. Er hat abstinente Phasen, die sich mit tagelangen Rauschphasen verbunden mit völligem Kontrollverlust, abwechseln.

Wie bei jeder Typenlehre handelt es sich hier um Idealtypen, die selten in reiner Form erscheinen. Es gibt verschiedene Mischtypen, die sich kaum klar abgrenzen lassen.

Wesentlich ist, dass nicht jeder Alkoholiker täglich trinken muss.

Es gibt noch eine ganze Reihe moderner Typologien und Einteilungen. Dazu gehören etwa die Kategorien des Österreicherers LESCH. Er spricht von Prognosetypen aufgrund neurologischer Merkmale. Der Typ I hat die beste Prognose. Er ist - nach diesem Modell - körperlich so ausgestattet, dass er nach häufigem und lang andauerndem Alkoholkonsum, körperlich abhängig wird. Therapieziel ist hier die Abstinenz im Sinne einer Diät. Der Typ II trinkt um seine seelischen Spannungen zu dämpfen, die meist eine neurotische Grundlage haben. Der Alkohol ist quasi ein Medikament. Hier ist mit Rückfällen zu rechnen, wenn diese Spannungen unerträglich werden. Die Typen III und IV sind Personen mit zunehmend schwereren z.T. hirnorganischen Schäden. Eine bleibende Lebens- und Verhaltensänderung ist kaum zu erwarten.

Abschließend soll noch auf zwei wesentliche Begriffe eingegangen werden: physische oder körperliche und psychische oder seelische Abhängigkeit.

Während früher aufgrund einer naturwissenschaftlich - medizinischen Sichtweise die körperliche Abhängigkeit besonderes Interesse fand, so sprach man aufgrund der geringen Erfolge rein medizinischer Behandlungen später auch von der seelischen Abhängigkeit und es entsteht der Eindruck als würden hiermit zwei bestimmte klar von einander abgegrenzte Aspekte von Sucht beschrieben.

Tatsächlich ist Abhängigkeit eine psychosoziale Erkrankung mit somatischen (körperlichen) Begleiterscheinungen. Das heißt, dass ein kompliziertes System von innerseelischen Prozessen, der Einfluss der

Umgebung und körperliche Reaktionen zusammenwirken. Die Art dieses Zusammenwirkens ist individuell sehr verschieden.

Unter seelischer Abhängigkeit versteht man die Auswirkung dieser psychosozialen Prozesse. Körperliche Abhängigkeit entsteht nur dann, wenn täglich über einen langen Zeitraum eine bestimmte Mindestmenge konsumiert wird. Wir finden dieses Phänomen auch bei Opiaten und bestimmten Medikamenten. Die Substanz wird in das biochemische Gleichgewicht eingebaut. Es wird zunehmend mehr von dieser Substanz benötigt um die gleiche Wirkung zu erzielen. Wird der Konsum eingeschränkt gerät dieses biochemische Gleichgewicht in Unordnung (ähnlich beim Auftreten von Hunger oder Durst), Entzugssymptome treten auf und werden von unangenehmen seelischen Phänomenen begleitet. Dazu gehören Zittern, Schweißausbrüche, Unruhe, Angst ,bis hin zu Halluzinationen (Delir). Im Extremfall können diese Entzugserscheinungen tödlich sein.

Diese körperliche Abhängigkeit bedarf in den meisten Fällen einer medizinischen (stationären) Behandlung. Hier werden die Entzugserscheinungen durch Medikamente gemildert. Diese Behandlung ist nach etwa 10 Tagen abgeschlossen. Dann ist der Organismus entgiftet und das körperliche Gleichgewicht wieder hergestellt. Diese Entzugsbehandlung ist nur ein Teil der (Be-) Handlung, die allein nur äußerst selten zu bleibender Stabilität führt.

1.2 Epidemiologie - Verbreitung

Alkohol in der Form von alkoholischen Getränken ist nicht nur ein Genussmittel, sondern das bei uns mit Abstand am weitesten verbreitete Rausch- und Suchtmittel.

Nur ca. ein Sechstel der erwachsenen Österreicher sind abstinent, ein Viertel trinkt täglich und 40 % mindestens einmal in der Woche. 37 % der Männer trinken täglich, hingegen nur 12 % der Frauen. 13 % der erwachsenen Österreicher trinken täglich mehr als 60 Gramm Alkohol (etwa vier Flaschen Bier oder ein Liter Wein) und gehören damit zu einer Gruppe die zumindest gefährdet ist alkoholkrank zu werden bzw. körperliche Folgeschäden davon zu tragen. Umgerechnet auf die Steiermark ergibt das über 100.000 Personen. Nahezu die Hälfte von ihnen ist bereits alkoholkrank im Sinne einer Abhängigkeit.

Der Anteil der Frauen liegt dabei zwischen einem Viertel und einem Drittel.

Die Österreicher trinken meistens Bier, gefolgt von Wein. Dabei ist die Art des Getränkes völlig unerheblich für den Alkoholismus. Es kommt nur auf die Menge des reinen Alkohols (Äthanol) und den Anteil an Methylalkohol und anderer Schadstoffe an.

1.3 (Be-) Handlungsmöglichkeiten

Die (Be-) Handlung von Alkoholikern ist aussichtsreicher als gemeinhin angenommen wird. Wesentlich ist, dass das (Be-) Handlungsprogramm individuell optimal geplant wird und dass die Umgebung (familiär, betrieblich) ihren Beitrag leistet. Sprach man früher von der Behandlungskette, so zeigten die Erfahrungen, dass starre Schemen nichts bringen. Die komplexen Verläufe von Sucht- und Rehabilitationsprozessen, machen flexible Kombinationen von Angeboten notwendig.

Das klassische Modell ist ein Phasenmodell. Es wird unterteilt in

1. Kontaktphase (Beratungsstelle, niedergelassener Arzt)
2. Entgiftungsphase (stationär, ambulant)
3. Entwöhnungsphase (stationär, ambulant)
4. Rehabilitationsphase (Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe)

Ich bevorzuge den Begriff (Be-) Handlungsmodule, um klarzustellen, dass starre Phasen den Problemlagen nicht gerecht werden. Wie auch immer gehören zur Suchtkrankenbehandlung drei wesentliche Einrichtungen: Beratungsstelle, Klinik (Spezialklinik oder entsprechende Abteilung) und Selbsthilfegruppen die durch entsprechende Kooperationsmodelle vernetzt sind.

Die Aufgaben der Beratungsstelle sind unter anderem Information für direkt und indirekt Betroffene, Motivationsarbeit, Erstellung und Koordination eines (Be-) Handlungsplanes. Wenn jemand entschlossen und in der Lage ist eine (Be-) Handlung durchzuführen, ist die Modifikation des Alkoholkonsums erstes Ziel. Ein Modul in dieser Phase ist das Krankenhaus. Vor allem bei Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit wird innerhalb von ca. 10 Tagen eine Entgiftung durchgeführt. Die Entwöhnung umfasst neben den medizinischen Maßnahmen auch psychologische und psychotherapeutische (Be-) Handlung (Einzel-, Familien und Gruppentherapie), Beschäftigungstherapie, Sport und sozialarbeiterische Maßnahmen. In solchen Programmen wird über durchschnittlich acht Wochen eine solide Stabilität hergestellt. Auch Familienangehörige werden bereits miteinbezogen.

In den meisten Fällen wird dadurch jedoch kein langfristiger Erfolg erreicht. Die Patienten fühlen sich nach der Entlassung meist sehr wohl und sind sogar sehr euphorisch, optimistisch und fühlen sich sicher. Dies tritt aufgrund der Abstinenz und der körperlichen Erholung auf. Zurückgekehrt in die vertraute Lebenswelt hat sich dort jedoch wenig verändert. Die Probleme persönlicher, psychischer, sozialer und familiärer Art sind wahrscheinlich sogar deutlicher sichtbar als vorher.

Hier ist es notwendig auf verschiedenen Ebenen Veränderungen in die Wege zu leiten. Das ist die Aufgabe der Beratungsstelle, die versucht dieser mit Angeboten wie Begleitung, Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie, Verweisung an Selbsthilfegruppen, alkoholfreie Clubs, psychologische und medizinische Beratung Psychotherapie etc. gerecht zu werden.

Die immer wieder gestellte Frage nach der notwendigen Dauer der (Be-) Handlung bzw. Begleitung kann nicht pauschal beantwortet werden.

Suchterkrankungen können nicht operativ behandelt werden. Sie sind im Betroffenen in der ganzen Vielschichtigkeit der menschlichen Existenz verankert und haben sich hier oft über Jahrzehnte etabliert. Es gibt immer wieder Patienten, die mit sehr knappen und kurzfristigen Maßnahmen das Auslangen finden. Doch im Allgemeinen sollte sich jeder Betroffene vor Augen halten, dass wahrscheinlich ein jahrelanges Engagement - auch wenn es nicht unbedingt intensiv sein muss - die meiste Sicherheit und Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Wesentlich ist dabei auch Anlaufstellen für den Krisen- bzw. Rückfall zu haben, um den Schaden einzugrenzen.

Immer wieder wird nach Erfolg gefragt und ob Abstinenz das einzige Ziel ist. Die Forderung nach Abstinenz leitet sich einerseits von einem Modell einer chronischen Stoffwechselstörung her (das heute so nicht aufrechtzuerhalten ist) andererseits zeigt die Erfahrung, dass Abstinenz einen soliden Boden für weitere Entwicklungsmöglichkeiten herstellt. Hingegen sind Rückfälle nicht mit einem Scheitern der therapeutischen Bemühungen gleichzusetzen: letztlich stellt jede, auch nur zeitweise Besserung eine Berechtigung für die Suchtkrankenarbeit dar. Dennoch soll nicht verhehlt werden, dass bei ungünstigen Voraussetzung (Chronifizierung bei ungünstigen psychosozialen Rahmenbedingungen) oft alle Bemühungen letztlich scheitern. Es gibt wie bei jeder schweren Erkrankung oder Störung etliche "unheilbare" Fälle.

Kooperation mit Beratungseinrichtungen

Es wird an verschiedenen Stellen immer wieder betont, dass Suchterkrankungen umfassende Störungen sind, die in verschiedener Weise den ganzen Menschen und auch die soziale Umwelt umfassen.

Aus der Erfahrung der ambulanten Arbeit zeigt sich, dass viele Angehörige, Kollegen, Vorgesetzte und Betreuungspersonen glauben, dass es ausreicht jemanden zu motivieren eine Beratungsstelle aufzusuchen und dort einige Male hinzugehen. Die ambulanten Möglichkeiten werden dabei völlig überschätzt. Wenn jemand eine Beratungsstelle aufsucht, nur um seine Ehepartnerin zu beruhigen, oder weil sein Vorgesetzter auf ihn Druck ausübt sind meist alle Bemühungen zum Scheitern verurteilt.

Es ist immer wichtig dem Betroffenen Ziele und nicht Lösungen vorzugeben. Wesentlich ist eine Veränderung des Suchtverhaltens und nicht das Abbüßen von Terminen. Motivationsarbeit ist auch die Aufgabe der sozialen Umgebung. Nur wenn der Alkoholranke sein Problem ernsthaft in Angriff nimmt (und gerade die Sucht steht dem entgegen), ist ein Erfolg auch möglich. Die Delegation dieser Aufgabe an die Beratungsstelle reicht oft allein nicht.

Der BAS, Steirischer Verein für Suchtkrankenhilfe, hat in diesem Zusammenhang auch ein Angebot für Personen und Teams, die beruflich mit Personen in Kontakt stehen, die vermeintlich Suchtkrank oder -gefährdet sind.

Dazu gehört Supervision und Coaching von Einzelnen oder Teams und auch die Einbeziehung dieser in den Beratungsprozess. Das geschieht meist in der Form von Gesprächen, zu denen auch diese Personen beigezogen werden um ihre Beobachtungen, Vermutungen und Meinungen einzubringen. Statt also etwa nur die Auflage zu erteilen, dass ein auffälliger Klient sechs Monate den BAS aufsuchen soll, muss ein Gespräch

stattfinden indem z. B. der Betreuer deutlich macht, was er für Verhaltensänderungen innerhalb dieses Zeitraumes konkret erwartet.

Aufgrund ihrer Suchterkrankung neigen Abhängige dazu ihre Umgebung zu manipulieren und den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen. Dazu gehört die Polarisierung der Menschen im sozialen Umfeld in "Gute" und "Böse" . Die Realität wird sehr verzerrt in die Beratungssituation eingebracht, der Berater kann diese Angaben oft nicht überprüfen. Daher ist es notwendig die Sichtweisen der Umgebung mit in den Beratungsprozess einzubeziehen. Der Berater hingegen kann entsprechende Reaktionsweisen der Umgebung anregen, in der ja der Betroffene oft viel mehr Zeit verbringt als in der Beratungsstelle.

2 Besonderheiten des Alkoholismus

2.1 *Alkoholkonsum als sozial akzeptiertes Verhalten*

Im Abschnitt Epidemiologie wurde schon angeführt, wie viele Menschen in Österreich Alkohol konsumieren - auch in oft zu großen Mengen. Dazu kommt noch, dass es Bevölkerungsgruppen gibt, die Bier und vor allem Most nicht zu den alkoholischen Getränken zählen.

Es ist heute nahezu unbestritten, dass geringe Mengen Alkohol der körperlichen Gesundheit und dem seelischen Wohlbefinden zuträglich sind. Allerdings sind die vorherrschenden Meinungen über Gefährdungsgrenzen meist viel zu hoch gegriffen. Je nach Lebenswelt werden viel zu große Mengen als noch verträglich eingestuft.

Für die Berausung fehlen uns klare Rituale. Im Gegensatz zu anderen Ländern, bezeichnet man die Trinkkultur in Österreich als permissiv. D.h. sowohl hinsichtlich der Trinkanlässe, der Konsumform, als auch der Menge gibt es relativ wenig Beschränkungen. Alkoholkonsum wird nach wie vor als Ausdruck von Männlichkeit, Erwachsensein und sozialer Kompetenz gesehen.

2.2 *Krankheits- - Lasterkonzept*

Es gibt zwei historisch gewachsene Haupttendenzen in der Wahrnehmung des Alkoholismus, nämlich das medizinische Krankheitskonzept einerseits und das auf moralische Kategorien aufbauenden Lasterkonzept andererseits.

Das erstere formuliert ein entsprechendes Suchtverhalten als Abhängigkeitserkrankung. Diese fand schon vor Jahrzehnten Eingang in den Katalog der WHO. Noch heute wird vom medizinischen Standpunkt aus vor allem Aufmerksamkeit auf vorhandene Faktoren (genetisch) in der Persönlichkeit und Person des Abhängigen gelegt und auch auf die Veränderung der Persönlichkeit durch den chronischen Konsum des Abhängigen.

Obwohl von den Krankenkassen und den öffentlichen Trägern Alkoholismus und sogar Alkoholmissbrauch als Krankheit gewertet wird, ist das Lasterkonzept in unserer Gesellschaft nach wie vor fest verankert. Der Süchtige wird als sprunghafte, willensschwache, haltlose und asoziale Persönlichkeit gesehen, die sich durch das Leben schwindelt.

Moderne Überlegungen sprechen von multifaktoriellen Modellen der Abhängigkeit, die auch für die Therapie bedeutsam sind.

Neben somatischen (körperlichen) Voraussetzungen, spielen persönlichkeitspsychologische, tiefenpsychologische und sozialpsychologische Faktoren eine Rolle. Dazu kommt die nähere und weitere soziale Umgebung wie Familie, Freunde und Bekannte, berufliche

Situation usw. bis zur gesellschaftlichen Haltung gewissen Rauschmitteln gegenüber.

Abhängigkeit ist so, neben dem körperlichen Aspekt, ein Leiden, das durch psychische Faktoren und soziale Beziehungen gefördert und aufrechterhalten wird. Die Verhaltensweisen und Merkmale des Alkoholikers sind dabei Ausdruck seiner Störung. Das heißt jedoch nicht, dass er frei von Verantwortung ist

Die herrschende Doppelsicht der Alkoholabhängigkeit, die weite Verbreitung von Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit, die langsame Entwicklung des Krankheitsbildes und die damit verbundene Unschärfe zwischen Konsum und Abhängigkeit und auch das Abwehrverhalten der Betroffenen ist die Grundlage für die Schwierigkeiten im Umgang mit auffälligen Personen.

So kommt es, dass der alltägliche private und professionelle Umgang mit Alkoholproblemen noch weitgehend ein verkanntes und vor allem tabuisiertes Problem ist, dem auch erfahrene Helfer oft hilflos gegenüberstehen.

Es ist ganz wesentlich sich vom Alkoholiker ein Bild zu machen, das ihm in seiner Störung gerecht wird. Dazu ist es wenig hilfreich ihn entweder als "Täter" (Lasterkonzept) oder als "Opfer" (Krankheitskonzept) zu sehen. Es ist zum Beispiel wesentlich, sich zu vergegenwärtigen, dass er sich aus freien Stücken nicht zu einem kontrollierten Alkoholkonsum oder zur Abstinenz entschließen kann. Gerade durch diese Unfähigkeit wird er ja als Alkoholiker definiert. Ebenso sollten offensichtliche Lügen (auch zur eigenen emotionalen Entlastung) als Verleugnen begriffen werden. Das heißt als Abwehr einer scheinbaren oder tatsächlich bedrohlichen Realität. Ebenso wenig sollte man ihm jedoch die Konfrontation mit eben dieser Wirklichkeit vorenthalten. Wie weiter unten bei den co-abhängigen Haltungen beschrieben, ist es äußerst problematisch ihm in diese verzerrte Wahrnehmung der Wirklichkeit zu folgen, seine Verleugnungen und Erklärungssysteme zu akzeptieren. Wenn auch ein Alkoholiker nicht von allein seine Konsumgewohnheiten ändern kann, so kann er doch adäquate Hilfe in Anspruch nehmen. Es ist dafür verantwortlich, dass er alles in seiner Macht stehende unternimmt, um seine Störung zu überwinden bzw. entsprechend damit umzugehen.

Das bedeutet auch eine neue Definition von Hilfe. Hilfe heißt hier nicht, den Betroffenen an der Hand zu nehmen und **seine** Probleme zu lösen. Dies stabilisiert - wie gesagt - nur die gegenwärtige Situation, da Alkoholiker aus ihrer Störung heraus immer versuchen die Umwelt zu manipulieren, statt dort anzusetzen wo Veränderung möglich und sinnvoll ist: bei sich selbst. Hilfe heißt hier immer Hilfe zur Selbsthilfe. Ein chinesisches Sprichwort sagt: "Gib einem Hungrigen einen Fisch und er hat einen Tag zu essen. Lehre ihn fischen und er hat sein Leben lang zu essen".

3 Aspekte des Umgangs mit Alkoholproblemen

In diesem Zusammenhang kann es nicht darum gehen, alle Berufsgruppen zu Alkoholismusexperten zu machen. Menschen in der sozialen Arbeit sind ohnehin Experten für spezifische Problemstellungen. Ihre Aufgaben sind, Hilfe zu leisten, Veränderungsprozesse anzustoßen und zu begleiten und anderes mehr.

So muss es auch hier darum gehen, einfach Anregungen, Impulse und Kompetenzen zu vermitteln, mit denen Grundlagen für ein offenes, weniger angstbesetztes Umgehen mit der Problematik geschaffen werden.

3.1 Früherkennung

Anzeichen eines möglichen Alkoholproblems ergeben sich aus den Auffälligkeiten des Verhaltens und körperlichen Merkmalen.

3.1.1 Körperliche Merkmale

Neben häufigen Alkoholkonsum großer Mengen (Fahne) und häufiger Berausung sind es natürlich vor allem organische Folgeschäden, die bei einem chronischen Alkoholmissbrauch mit hoher Wahrscheinlichkeit auftauchen.

Dazu gehören vor allem Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Diabetes) und der Leber. Letztere sind in entsprechenden Testwerten, aber auch in Hauterscheinungen und hormonellen Störungen sichtbar.

3.1.2 Allgemeines Verhalten

Das allgemeine Verhalten ist charakterisiert durch einen zunehmenden Rückzug von nicht trinkenden Menschen, Gedächtnislücken, ein gehäuftes aggressives Auftreten, Reizbarkeit, häufige Klagen über körperliche Beschwerden, inadäquate Verärgerung bei nichtigen Anlässen, eine reduzierte Frustrationstoleranz also und oft ein sehr rechthaberisches, eher großspuriges Auftreten.

Weitere Hinweise sind Prahlen mit der Trinkfestigkeit, relativ schnelles und gieriges Trinken, hohe Trinkmengen, heimliches Trinken, morgendliche Übelkeit und Zittern der Hände, Alkoholfahne, Unausgeschlafensein infolge von Schlafstörungen, empfindliches Reagieren auf Anspielungen beim Alkoholkonsum und Trinken in Stresssituationen.

Es ist wichtig daran zu erinnern, dass die genannten Hinweise auf Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen kein "Beweis" für vorliegende Alkoholprobleme betrachtet werden. Sie können auch auf andere Ursachen zurückgeführt werden, wie etwa persönliche Schwierigkeiten, gesundheitliche oder familiäre Probleme, Lebenskrisen,

psychische Störungen, und auch auf eine besonders belastende Arbeitsplatz- oder soziale Situation.

Erst das gehäufte Auftreten dieser Anzeichen kann ein Hinweis sein. Allerdings Früherkennung nicht dazu dienen Alkoholranke zu "überführen", "aufzudecken" und zu "bestrafen".

Eine Laiendiagnose (aber auch die Diagnose durch einen Experten) führt fast immer dazu, dass die Alkoholprobleme vom Betroffenen geleugnet werden. Dies ist Bestandteil seiner Krankheit. Zur Einsicht ist ein längerer Lernprozess notwendig.

Die Wahrnehmung dieser Anzeichen ist zudem gewissen Verzerrungen unterworfen, vor allem wenn eine gewisse emotionale Betroffenheit vorhanden ist. Dazu gehört die eigene Haltung zum Alkoholkonsum (wie etwa von jemanden der seinen eigenen Konsum kritisch bewertet oder streng abstinert eingestellt ist) oder die Haltung dem vermeintlichen Alkoholiker (z.B. sympathisch/unsympathisch) gegenüber.

Ziel der Früherkennung sollte sein, dem Betroffenen adäquate Hilfe anzubieten, die ernste Situation zu erkennen und - wenn möglich - die Motivation für eine entsprechende Veränderung zu erhöhen.

Wenn Früherkennung zum "Aufdecken" benutzt wird, führt dies zu einer Atmosphäre des Misstrauens, wo es nur mehr darum geht sich nicht erwischen zu lassen und zu einer Verstärkung der krankheitseigenen Tendenz die jeweiligen Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol zu verleugnen oder zu bagatellisieren.

3.2 Psychologische Grundlagen des Umgangs mit Alkoholgefährdeten

Die Grundlagen für den Umgang mit auffälligen Konsumenten liegen in mehreren vernetzten Bereichen, die man sich als konzentrische Kreis vorstellen kann.

- Die Persönlichkeit des entsprechenden Menschen und die Folgen seiner Alkoholkrankheit
- Die Persönlichkeit seines Gegenübers und dessen Reaktionsweise auf das Verhalten des Betroffenen.
- Der Stellenwert des Umgangs mit Alkohol in der Lebenswelt
- Kulturelle und soziale Gepflogenheiten des Alkoholkonsums in der Gesellschaft

3.2.1 Der Mensch und seine Alkoholkrankheit

Es ist schon angeklungen, dass es zwei wesentliche Eigenschaften der Alkoholkrankheit gibt, die den Umgang damit schwierig machen.

Das ist einmal die langsame Entwicklung, die sich auf viele Jahre erstrecken kann. Es wurde schon erwähnt, dass sich die Entwicklung in eine Konsumphase, Entstehungsphase (Prodromalphase), eine kritische und eine chronische Phase einteilen lässt.

Dazu kommt noch, dass die Übergänge zwischen den Phasen fließend sind, die Anzeichen der ersten beiden nicht zwingend auf eine sich entwickelnde Alkoholabhängigkeit hinweisen und umgekehrt jedoch gilt: je früher Interventionen gesetzt werden, desto erfolversprechender sind diese.

Zum Wesen der Alkoholkrankheit gehört, dass die dazugehörigen Symptome vom Betroffenen verharmlost oder gar verleugnet werden. Sobald ein Alkoholgefährdeter merkt, dass sein Konsum von den üblichen Normen abweicht, beginnt er diesen zu verheimlichen.

Diese Realitätsverzerrungen sind - abgesehen von Persönlichkeitsveränderungen durch den chronischen Alkoholkonsum - als Abwehr gegen Ängste zu verstehen, die aus dem Eingeständnis der eigenen Machtlosigkeit dem eigenen Verhalten gegenüber, aber auch aus Angst vor Isolation und Sanktion entstehen.

Weitere Formen dieser Abwehr sind auch betonte Leistungsfreude und Willfährigkeit und die Abgabe der Eigenverantwortlichkeit (andere sind schuld am Trinkverhalten, wie etwa die Bedingungen des Arbeitsplatzes, die familiäre oder soziale Situation usw.).

Das Eingeständnis der eigenen Problemlage ist hingegen bereits ein erster Schritt zur Veränderung. Dazu braucht es jedoch einen längeren Lernprozess.

Wenn man das Trinkverhalten nicht als Laster, sondern als Krankheit ernst nimmt (wie es ja auch die Rechtslage tut) kann man umgekehrt vom Alkoholkranken auch nicht verlangen, dass er sein Verhalten durch eine

Willensentscheidung verändert. Es gehört ja zum Wesen einer Abhängigkeitskrankheit, dass der Betroffene die willentliche Kontrolle über seinen Alkoholkonsum verloren hat und diese Herrschaft ohne Hilfe von außen nicht mehr wahrnehmen kann.

Eigenverantwortlichkeit kommt jedoch dort zum Tragen, wo jemand in einem stufenweisen Prozess auf sein Problem und auch auf Hilfsmöglichkeiten hingewiesen wird. Die Entscheidung adäquate Unterstützung anzunehmen liegt in der Verantwortung des Alkoholgefährdeten.

3.2.2 Klient und Betreuer

Das Alkoholkonsumverhalten eines bestimmten Menschen steht immer in irgendeiner Weise in Beziehung zu seiner Umgebung. In Form einer Wechselwirkung zwischen dem Verhalten des "Patienten" und seiner Umgebung entsteht ein gemeinsamer Prozess.

Schon im Punkt Früherkennung wurde darauf hingewiesen, dass die Haltung dem Klienten einerseits und dem Alkoholkonsum an sich andererseits, einen starken Einfluss auf die Wahrnehmung und Bewertung des Verhaltens hat.

Noch stärker wirkt sich der wechselseitige Einfluss aus, wenn es darum geht erste Schritte zu setzen bzw. eindeutige Interventionen zu planen.

Dazu kommt gerade im sozialen Bereich häufig der Konflikt zwischen den Sichtweisen des Alkoholismus: der Betroffene fühlt sich von zahlreichen Personen seiner Umgebung als "Täter" im Sinne des Lastermodells verfolgt (der vorwurfsvolle Ehepartner, der böse Chef, der Polizist, der den Führerschein abnimmt usw.). Von Seiten des professionellen Helfers wird nun erwartet, dass er das Krankheitsmodell anlegt und den Betroffenen als "Opfer" wahrnimmt und behandelt - auch gegen die Umwelt verteidigt.

3.3 Co-abhängige Haltung

In diesem Abschnitt wird das vorhergesagte deutlich: Es geht nicht nur um die Frage, warum schaut die soziale Umgebung tatenlos zu, sondern um eine komplexe Interaktionsdynamik, die üblicherweise als Co-Alkoholismus oder Co-Abhängigkeit bezeichnet wird.

Ich ziehe den Begriff co-abhängige Haltungen vor, da es sich meist um Phänomene handelt, die sich - wie gesagt - erst in der Interaktion zwischen Abhängigen und Repräsentanten der sozialen Umgebung ergeben.

Co-Alkoholismus als Begriff hingegen suggeriert, dass hier ein Gegenüber eine eigene krankheitswertige (Persönlichkeits-) Störung hat, die dem Alkoholismus spiegelbildlich gegenüber steht. Natürlich ist das denkbar und kommt auch vor (z.B. chronisches Helfersyndrom). Die Übergänge sind auch dabei fließend. Betroffen können Lebenspartner, Freunde, Kollegen, Vorgesetzte aber vor allem auch professionelle Helfer sein.

Auch bei den co-abhängigen Haltungen werden Phasen unterschieden, die durch typische Reaktionsweisen gekennzeichnet sind.

1. Beschützer- und Erklärungsphase

Sie zeichnet sich durch Nachsicht und Verständnis aus. Auffälligkeiten werden ignoriert, mögliche Alkoholprobleme verleugnet.

Obwohl gewisse Anzeichen (siehe Früherkennung) nicht geheim bleiben, zeigt sich die verbreitete Tendenz sich herauszuhalten, weil man ja nichts tun kann oder man versucht den Betroffenen nicht zusätzlich zu belasten, weil es ihm ohnehin nicht gut geht.

Diese Phase steht in Wechselwirkung zur Persönlichkeit und dem Verhalten des Abhängigen. Dieser ist problematisch im Umgang, entweder leicht kränkbar, oder reizbar und aggressiv.

Im Übergang zur nächsten Phase, wird der Betroffene oft aktiv vor den Folgen seines Alkoholproblems geschützt, ohne, dass es zu einer Konfrontation kommt.

2. Helferdrang- oder Kontrollphase

Im Vordergrund steht eine gewisse Erwartungshaltung, man toleriert und entschuldigt noch die Alkoholprobleme, spricht diese auch an und verknüpft damit die Erwartung, dass der Betreffende in Zukunft weniger trinken sollte.

Professionelle Helfer sind besonders von dieser Haltung gefährdet. Der "Co-Alkoholiker" schlüpft damit in die Rolle eines (Pseudo-) Therapeuten, der dem Betroffenen signalisiert, dass er Verständnis für ihn hat, ihn als Opfer begreift (oft im Gegensatz zur restlichen Umwelt). Er investiert emotional in den Betroffenen, allerdings in der Erwartung, dass dieser als Gegenleistung sein Trinkverhalten ändert. Wird diese emotionale Investition nicht belohnt, muss mehr investiert werden.

Methoden sind dabei eingeforderte Versprechen weniger oder nichts zu trinken (die auch gerne gegeben werden) etc. Die folgende Frustration wird durch verstärkte Bemühungen oder verzerrte Wahrnehmung wettgemacht,

da die aufsteigende Aggression, die bisherigen Investitionen zunichte machen würde..

In der Helferdrangphase wird Verantwortung für den Abhängigen übernommen. Dieser verlangt Zuwendung und Mitleid von seiner Umwelt, weigert sich aber sein Verhalten zu verändern, weil er dies als massive Bedrohung empfindet.

Der Teufelskreis aus Helfen - Frustration - Helfen etc. führt den "Helfer" in eine Verstrickung, die für ihn eine schwere psychische Belastung darstellt.

3. Aussonderungsphase

Die Hinweise und Aktionen der Helferdrangphase brachten nicht den gewünschten Erfolg, deshalb dominieren jetzt Beobachtung, Überwachung und Aggression gegen den Suchtkranken.

Oft besteht für das Helfersystem die einzige Lösung darin, sich dem drohenden Realitätsverlust zu entziehen, indem der betroffene Klient massiv ausgegrenzt wird. Als Reaktion auf die erlittene Kränkung und das Gefühl des Versagens, wird der Betroffene wieder als Täter etikettiert. In der Suchttherapie meist mit dem Satz " ... zu wenig motiviert!"

3.4 Problemorientierte Interventionen

Der oft geäußerte Wunsch nach klaren Handlungsanweisungen kann auch hier nicht entsprochen werden. Interventionen bei abhängigen oder gefährdeten Klienten dienen in erster Linie dazu, die oben skizzierten typischen Phasen einer co-abhängigen Haltung zu überwinden und aus dieser Dynamik auszusteigen. Es geht also nicht darum das Richtige zu tun, sondern möglichst wenig falsch zu machen.

3.4.1 Zielbildung

Ziel kann und muss nicht immer und ausschließlich eine entsprechende Behandlung und lebenslange Abstinenz sein, da diese nicht immer erreichbar ist. Ich empfehle die Bildung von übergeordneten Zielen: Was soll erreicht werden? Was kann erreicht werden? Mit welchen Zwischenzielen gebe ich mich zufrieden? Was werde ich tun, wenn diese nicht erreicht werden? Wie vereinbaren sich persönliche Ziele mit denen des Betroffenen, der beruflichen Funktion und der Organisation in der ich tätig bin?

Ziele können dabei durchaus hierarchisch sein und - außer Heilung - auch Ebenen, wie etwa Verschlechterung aufhalten (Versorgung, Stabilisierung), Kompensation von Schädigungen, relative Verbesserungen (Rehabilitation) usw. umfassen.

3.4.2 Grundsätze der Gesprächsführung

Ich folge dem Modell des intersubjektiven Dialoges: Im Gegensatz zum Modell des Behandlers, der etwas für den Patienten tut, hat der Dialogpartner nur die Verantwortung für seine Wahrnehmung, Reaktionen etc. zu übernehmen. Aus dem Modell des intersubjektiven Dialoges ergeben sich folgende Grundsätze der Gesprächsführung, die vor allem darin bestehen, weder die Position des Richters, Polizisten oder Moralpredigers einzunehmen, noch soll Verantwortung für das Problem des Klienten übernommen werden.

Allerdings kann man die Meinung des Gesprächspartners ruhig zulassen. Er soll allerdings seine, meist abweichende Meinung daneben stellen. Damit wird nicht der Sachverhalt - der Alkoholkonsum - akzeptiert sondern nur die Sichtweise des Sachverhaltes von Seiten des Klienten. Damit bleibt auch eine Gesprächsbasis erhalten.

Sinnlos ist der akribische Nachweis der Alkoholabhängigkeit. Abhängigkeit ist eine Krankheitsdiagnose und eine solche sollte nicht gestellt werden. Außerdem sind Alkoholabhängige reich erfahren in der Gegenbeweisführung. Durch solche Diskussionen entsteht ein Clinch, den der Alkoholabhängige meist gewinnt. Das schon oft zitierte Abwehrverhalten der Alkoholabhängigen ist ein Symptom der Krankheit und kein persönlicher Angriff. Daher sind emotionale Reaktionen wie etwa Ärger kontraproduktiv. Auch wenn ein Klient mit einer deutlichen Fahne behauptet nichts getrunken zu haben. Vermieden werden sollten Diskussionen über zulässige Trinkmengen, aber auch jede Übernahme von Verantwortung indem man auf Gründe für den Alkoholkonsum eingeht.

Hilfreich ist es, sich vom Ansprechpartner ein Bild als ganzer Mensch zu machen um ihn nicht auf einen Symptomträger zu reduzieren: Was ist sympathisch oder schätzenswert? Über welche Ressourcen verfügt er? Welche Lebensaufgaben meistert er oder hat er gemeistert?

Zu den Grundsätzen der Gesprächsführung gehört auch ein entsprechender Rahmen. Gespräche zwischen Tür und Angel werden der Sache nicht gerecht.

3.4.3 Inhalte von Gesprächen

Folgende Punkte sollten Berücksichtigung finden:

- Klarstellen der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Standpunktes
- Vermittlung von Information
- Klärung der Bedürfnisse, Ziele und Hindernisse des Gegenüber
- Verdeutlichen von Grenzen und Konsequenzen

3.4.4 Schlussbemerkung

Allgemeine Anleitungen haben deutliche Grenzen, die in einer intensiven Reflexion von Einzelfällen überwunden werden, wie etwa in einer Supervision. Besonders wichtig ist die Klarstellung der eigenen Grenzen.

4 Literatur (Auswahl)

4.1 Übersicht

- ❖ FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme, Stuttgart 1979 (das Standardwerk - wird ständig neu aufgelegt).
- ❖ KÖRKEL, J.(Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Springer, Berlin, Heidelberg 1988 (gute Übersicht über Forschungsansätze - allerdings nur für wissenschaftlich Interessierte zu empfehlen)
- ❖ MEISE, U. (Hrsg.): Alkohol. Die Sucht Nr. 1. Integrative Psychiatrie, Innsbruck 1993 (Tagungsband mit vielfältigen Artikeln)

4.2 Therapie

- ❖ ROST, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett-Cotta, Stuttgart 1992 (ein relativ lesbares Buch für psychoanalytisch Interessierte)
- ❖ BERG, Insoo Kim. & MILLER, S.D.: Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. 1993 (Systemische Familientherapie mit hilfreichen Anleitungen - leider kein Verlag bekannt)

4.3 Helfen

- ❖ FENGLER, J.: Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Leben lernen 77, Pfeiffer, 1991
- ❖ SCHMIDBAUER, W.: Die hilflosen Helfer. Rowohlt, Reinbeck, 1985.

4.4 Betriebliche Suchtprävention

- ❖ FESER H.: Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern. Arbeitshefte Führungspsychologie 26. Sauer. 1996.
- ❖ FUCHS R. et al.: Betriebliche Suchtprävention: Ein Arbeitsfeld in der Diskussion. In: FUCHS R. et al. (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, 1998.
- ❖ GEISBÜHL, W.: Alkoholprobleme im Betrieb. Lambertus, 1993.
- ❖ MALL G.: Alkoholprobleme im Betrieb sicher lösen. Expert, 1993.
- ❖ SCHANZ G. u.a.: Alkohol in der Arbeitswelt. Fakten, Hintergründe, Maßnahmen. dtv 5879, 1995.
- ❖ DHS (Hrsg.): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Erfahrungen, Konzepte, Hilfen. Hoheneck, Hamm 1989
- ❖ GEISBÜHL, W.: Alkoholprobleme im Betrieb - Ein Ratgeber. Lambertus, Freiburg im Breisgau 1988
- ❖ MÜHLBAUER, H.: Kollege Alkohol. Kösel, München 1990
- ❖ RUßLAND, R.: Suchtverhalten in der Arbeitswelt. Vorbeugen, Aufklären, Helfen. Fischer, Frankfurt/M. 1988
- ❖ SPRINGER, A. & MADER, R.: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 16, Nr. 1 1993

4.5 Familien und Angehörige

- ❖ WEGSCHEIDER Sharon: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie Bögner, 1988.
- ❖ RUTHE Reinhold & GLÖCKL Peter: Alkohol in Ehe und Familie. 3. Auflage 1995.
- ❖ LAMBROU, U.: Helfen oder Aufgeben? Ein Ratgeber für Angehörige von Alkoholikern. Sachbuch rororo 9955, Rowohlt, Reinbeck, 1996.
- ❖ LASK Karl: Der Kuß der Selene. Frauen von Alkoholabhängigen machen Mut. Blaukreuz, 1998.
- ❖ RENNERT Monika: Co-Abhängigkeit. Lambertus,

Manfred H. Geishofer

b.a.s., Tel.: +43 316 82 11 99; Fax: +43 316 82 11 99 10

Email: leitung@bas.at, Internet: <http://www.bas.at>

