

Wuhletal – psychosoziales Zentrum gGmbH
Selbsthilfe-, Kontakt- und Beratungsstelle
Marzahn-Hellersdorf
Alkoholfreies Begegnungs Centrum (ABC)

Dr. Wasilij Slisow

Alkoholismus –
Charakterschwäche oder Krankheit ?

Eine Vortragsreihe zur Unterstützung der Arbeit von
russischsprachigen Selbsthilfegruppen

Das Original liegt als Broschüre in russischer Sprache vor und
kann telefonisch über (030) 549 88 63 bestellt werden

„Der erkennende Geist gelingt nur dann zum Neuen,

wenn er von dem Kleinen nach dem Größeren und
von dem Sichtbaren nach dem Unsichtbaren strebt.“
Origenes

Thema 1

Alkoholabhängigkeit – Entstehung, Entwicklungsmechanismen und Diagnostik

Ich freue mich, Sie im Namen der Mitarbeiter des **Alkoholfreien Begegnungs Centrums** in Alt-Marzahn begrüßen zu können.

Im Rahmen der Integrationsarbeit mit russisch sprechenden Immigranten wurde ich gebeten, einen informellen Gesprächszyklus zum Thema „Alkoholismus“ durchzuführen. Ich war sofort einverstanden. Warum?

Weil dieses Problem die Menschheit, wie eine Naturkatastrophe, bedroht. Davon zeugen auch die Ergebnisse einer Umfrage, die im Auftrag von der EU gemacht wurde, und die auch im „Berliner Kurier“ am 16.03.07 unter dem Titel „Der blaue Kontinent“ zu lesen waren.

Im übertragenen Sinne bedeutet „blau“ im Deutschen „betrunken“. Die erschütterndste Mitteilung ist dabei die folgende: jeder 4. Todesfall bei den 15-29jährigen Menschen ereignet sich in Europa infolge des Alkoholkonsums.

Laut statistischen Angaben wurden 1995 in Deutschland 11,2 l absoluten Alkohols pro Kopf der Bevölkerung getrunken. Das entspricht einer Menge von 45 l „Korn“ oder 185 l Wein oder 285 l Bier. Männer tranken durchschnittlich zweimal mehr alkoholische Getränke als Frauen, obwohl dieser Unterschied bei den jüngeren Altersgruppen praktisch verschwand.

Die „Trockenpresse“ (3/2007) berichtete, dass die Anzahl der Patienten im Alter von 10 - 20 Jahren mit der Behandlungsdiagnose „Akute Alkoholvergiftung“ in deutschen Kliniken von 9400 Fällen im Jahr 2000 auf 19400 im Jahr 2005 anstieg, d.h. um 104%!!!

Und der „Siegeszug“ von Alkohol setzt sich fort. Während 2005 in Berlin 274 Jugendliche wegen eines massiven Alkoholmissbrauchs zur notfallmäßigen Behandlung gekommen waren, wurden vom April bis Dezember 2007 in der deutschen Hauptstadt schon 530 behandlungsbedürftig alkoholisierte Minderjährige durch die Polizei aufgegriffen (Berliner Zeitung von 15./16.12.07).

Bei dieser „Alkohol-Sintflut“ gelingt es doch manchen, ein Inselchen zu finden und trocken zu bleiben; einige „strampeln“ in der Flüssigkeit und können sich noch auf der Oberfläche halten; aber andere geraten in den Alkoholstrudel, aus dem sie sich nur sehr schwer befreien können, **aber man kann es!**

Diese beiden Fragen –*wie es dem Menschen gelingt, nicht in den Alkoholstrudel gezogen zu werden, und wie er, falls er doch hineinfel, aus diesem herauskommt*– werden wir in acht Gesprächen diskutieren.

Und nun gehen wir direkt zum heutigen Thema über.

Leider stolpert man sogar in der Fachliteratur nicht selten über die terminologische Uneindeutigkeit bei der Alkoholismus-Beschreibung. Immer wieder werden Begriffe mit verschiedenen Inhalten durch einen gleichen Terminus bezeichnet oder zwei Termini bedienen einen Begriff usw. Deshalb habe ich mich bemüht, eine terminologische „Ordnung“ zu schaffen, damit bei der Kommunikation und Diskussion keine Missverständnisse auftreten (Tab.1)

Unter dem *gesellschaftlichen Problem* „Alkoholismus“ könnte man ein Konglomerat von negativen gesellschaftlichen Erscheinungen moralischen, juristischen und ökonomischen Charakters verstehen, die infolge des Alkoholkonsums auftreten, wie Schädigungen der psychischen und physischen Gesundheit der Bevölkerung. Für die Erarbeitung von Maßnahmen im Kampf gegen diese gesellschaftliche Geißel muss man eine Vielzahl von Faktoren beachten, die entweder tiefe historische Wurzeln haben oder einfach der Mode unterliegen, wie „Trinken ist geil!“ Ich erwähne nur einige von ihnen:

nationale Traditionen;

Gewohnheiten verschiedener Bevölkerungsgruppen;

die Duldung gesellschaftlicher Besäufnisse;

der leichte Zugang zu alkoholischen Getränken: die Massenproduktion von Alkohol und rund um den Tag geöffnete Geschäfte, Kneipen oder Kioske;

zahlreiche regionale und überregionale Bier-/Weinfeste mit dem „Oktoberfest“ in München an der Spitze, die „Pilgerströme“ durch geschickte Werbekampagne aus dem In- sowie Ausland an sich ziehen, und deren Organisatoren das Hauptziel haben, möglichst viel alkoholische Getränke zu verkaufen;

die Inkonsequenz des Vater-Staates, weil er ein finanzielles Interesse (Alkoholsteuer) hat¹; Hierzu gehört auch die Anerkennung adäquater Reaktionen auf den emotionalen Zustand bei der Bevölkerung, d.h. der Verzicht auf die Weiterstimulierung von schon vorhandenen Freudegefühle oder die „Beseitigung“ von Trauer und anderen negativen Emotionen durch ein Gläschen Schnaps sowie

die Erfassung *aller* Alkoholkranken (ca. 2 Mio.) und der Alkoholmissbrauchenden (ca. 10 Mio.) durch professionelle Therapie/Betreuung und

die Optimierung multimodaler Therapiekonzepte usw.

Wie man daraus ableiten kann, ist die Alkoholismus-Bekämpfung ein langwieriger, kostspieliger und strapaziöser Prozess. Deshalb bin ich der Meinung, dass eher die Große Chinesische Mauer an einen anderen Platz versetzt als das gesellschaftliche Problem „Alkoholismus“ gelöst wird.

Dies erfordert von jedem Einzelnen, seine eigenen Wege und Lösungen zu finden, um nicht zum Bestandelement des Problems zu werden. Und wie sagte schon der bekannte russische Generalissimus A.W. Suworov: „Um den Feind zu besiegen, muss man seine Waffen kennen!“ Folglich versuchen wir zu klären, was „versteckt“ sich unter den Begriffen:

normaler Alkoholkonsum,

Alkoholmissbrauch und

Alkoholabhängigkeit.

Dafür ist es erforderlich, die normale Physiologie, Biochemie und Neurobiologie zu Hilfe zu nehmen. Haben Sie keine Angst! Ich habe alles maximal vereinfacht, und Sie müssen sich nicht alle Details merken. Eine allgemeine Vorstellung von den Prozessen, die durch Alkoholmoleküle im Organismus in Gang gesetzt werden, wird Ihnen helfen, *selbst* eine Antwort auf die Titel-Frage unseres Gesprächszyklus zu finden und zu verstehen: warum es bis heute keine effektive „Tablette“ oder „Spritze“ gegen Trunksucht gibt.

Also, was bedeutet der „normale“ Alkoholgebrauch wirklich?

Vom Standpunkt der normalen Physiologie des Menschen aus erweist sich die bewusste Alkoholfuhr in den Organismus von außen (exogen) als widernatürlich, unphysiologisch und folglich **unnormale Erscheinung**, weil *dies durch die biologische Evolution des Menschen nicht „vorgesehen“ ist.*

¹ 1995 kassierte der deutsche Staat die Steuer in einer Höhe von 7,686 Mrd. DM vom Verkauf der Alkoholgetränke (16)

Für die ständige Erneuerung des Organismus braucht der Mensch keinen exogenen (von außen zugeführten) Alkohol, der zellgiftig ist. Seine schädliche Wirkung lässt nicht lange auf sich warten. Schon eine Woche nach regelmäßiger Aufnahme einer Alkoholmenge von 30-50 ml/Tag kann man eine Erhöhung des CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin) beobachten, die von einer Schädigung der Leberzellmembranen zeugt. „Die Leber ist von der Natur her nämlich nicht an die heutigen Konsumgewohnheiten angepasst. Sie ist immer noch so konstruiert wie beim Steinzeitmenschen (200 000 Jahre vor u. Z.), der keine Alkoholika verfügbar hatte.“ (16)

Somit liegt *der krasse Widerspruch* zwischen der *natürlichen* und der *gewünschten Norm* auf der Hand, *die* die Gesellschaft verfißt, um die zur Jahrhunderte alten Tradition gehörende, künstliche, alkoholerzeugte Glückseligkeit zu rechtfertigen.

Für den normalen Ablauf der Lebensprozesse im Organismus bedarf der Mensch der Zufuhr von Wasser, Sauerstoff, Salzen, Vitaminen, Eiweiß, Fetten und Kohlenhydraten von außen. Im Stoffwechsel bilden sich im menschlichen Körper giftige Spaltprodukte: aus dem Eiweiß, z.B., Ammoniak, aus den Fetten – Azeton, aus den Kohlenhydraten – endogener (körpereigener) Alkohol. Diese Zwischen- oder Endprodukte werden durch bestimmte Fermentsysteme neutralisiert oder aus dem Organismus ausgeschieden.

Das Alkoholmolekül (Äthylalkohol, chemische Bezeichnung – Äthanol) wird von der *Alkoholdehydrogenase* (AD) durch die Wasserstoffabspaltung zu Azetaldehyd *dehydriert*. Dieses noch stärkere Zellgift wird zur Essigsäure umgewandelt, die im Organismus verstoffwechselt werden kann.

Die normale Konzentration von endogenem Alkohol überschreitet 0,03‰ nicht. Er dient im dringlichen Bedarfsfall zum sofortigen, jedoch kurzzeitigen Energie-Gewinn, bevor die Energie aus der Glukose, mit einem komplizierteren Molekül, der Zelle zur Verfügung steht.

Die Menge und die Aktivität der AD sind nicht nur bei verschiedenen Menschen, sondern auch bei verschiedenen Nationen unterschiedlich. Dadurch lässt sich die unterschiedliche Schnelligkeit des Betrunkens und in gewisser Hinsicht auch die Entstehung oder Abwesenheit einer Alkoholabhängigkeit erklären.

Die so genannten normal Trinkenden nehmen vorwiegend zu Gelegenheiten mit einer soziokulturellen Bedeutung zu sich alkoholische Getränke. Allmählich fängt ein Teil von ihnen an, Vorwände zum Trinken zu suchen, und entwickelt sich zu „Trinkkumpeln“. Die getrunkene Alkoholmenge steigt langsam an, es wird immer öfter zu ungeeigneten Zeiten und an ungeeigneten Orten getrunken. Auf die „Alkoholgelage“ wird sogar dann nicht verzichtet, wenn dies der Arzt empfiehlt, da entweder Anzeichen einer alkohol-toxischen Hepatitis durch Laborwerte entdeckt werden, oder die „Therapie-Resistenz“ bei den Neben(?)-Erkrankungen zu beobachten ist. Hier liegt schon ein Alkoholmissbrauch auf der Hand!

Welche allgemeinen Veränderungen, aber auch Veränderungen auf neurophysiologischer Ebene und im Stoffwechsel vollziehen sich im Organismus beim so genannten normalen Konsum und bei Missbrauch von Alkohol?

Nach Aufnahme von Alkohol empfindet der Mensch eine durch den Körper „strömende“ Wärme und einen „freudigen“ Herzschlag; es kommt zu einer leichten Hautrötung. Das wird durch die Ausschüttung der gefäßerweiternden Substanz, Histamin, hervorgerufen, *durch die Histamin freisetzende Alkoholwirkung* (2).

Wenn der Histaminspiegel weiter steigen würde, könnte dann das Herz „rasen“, der Blutdruck – unbeständig werden. Es könnte zu Übelkeit, Bauchschmerzen und Erbrechen kommen. Aber dies passiert in der Regel nicht, weil die Leber sofort nach dem ersten Alkoholschluck das den Alkoholikern bekannte Ferment, γ GT, ins Blut ausschüttet, welches Histamin neutralisiert.

Bei der selten vorkommenden *primären* (angeboren, ständig) oder *sekundären* (nach Trinkphase, vorübergehend) unzureichenden *Ausschüttung* von γ GT kann eine andauernde oder zeitlich begrenzte Abneigung zum Alkohol infolge der oben beschriebenen Symptome auftreten (2). Dies erklärt das Phänomen des „Quartal-Saufens“. Jetzt betrachten wir einmal in stark vereinfachter Form die *Veränderungen auf der neurophysiologischen Ebene*. Die Funktionen der Hirnrinde sowie der anderen lebenswichtigen Hirnteile und somit unsere Psychomotorik sowie der emotionale Zustand werden durch ein so genanntes Zentrum für die Aktivitätsregulation überwacht (5).

Die situationsadaptierte Aktivität des Gehirns wird durch eine Verbindung von GABA-Substanz² bzw. NMDA-Substanz³ mit entsprechenden Membranstellen (Rezeptoren) der Nervenzellen im genannten Zentrum reguliert. Die GABA-Rezeptoren hemmen und die NMDA-Rezeptoren erhöhen die Aktivität der Hirnstrukturen (Abb. 1.1).

Die primäre Hauptwirkung von Alkohol auf das zentrale Nervensystem besteht in einer Hemmung seiner Aktivität. Diese Wirkung wird durch die Verbindung von Alkoholmolekülen mit GABA-Rezeptoren und dadurch die Festigung der Verbindung zwischen dem GABA-Molekül und dem entsprechenden Rezeptor realisiert. Da dafür eine gewisse Zeit benötigt wird, rufen die in ihrer Funktion zuerst nicht beeinträchtigten aktivierenden NMDA-Rezeptoren, mit dem „glücklich machenden“ Endorphin, eine Euphorie hervor (Abb. 1.2), was die Voraussetzung für die psychische Abhängigkeit schafft.

Wird dem Organismus weiter Alkohol zugeführt, verursachen die Alkoholmoleküle eine Blockade der aktivierenden NMDA-Rezeptoren. Nach der Ausschaltung dieser Rezeptoren sowie der vorherigen Aktivierung der GABA-Rezeptoren entwickelt sich eine fortschreitende diffuse Hemmung der Hirnaktivität, d.h. der Alkoholisierte verfällt in einen narkoseähnlichen Schlaf. Im schlimmsten Fall kann es zur Lähmung des Atemzentrums mit Notwendigkeit einer künstlichen Beatmung kommen (Abb. 1.3).

Bei regelmäßigem Alkoholgebrauch „ermüden“ die ununterbrochen alkoholstimulierten hemmenden GABA-Rezeptoren, und ihre Empfindlichkeit vermindert sich, d.h. sie reagieren nur auf eine höhere Alkoholkonzentration. Somit steigt langsam *die Alkoholverträglichkeit* an. Gleichzeitig erhöht sich als Gegenreaktion auf die andauernde Blockade die Zahl der aktivierenden NMDA-Rezeptoren und deren Aktivität.

Was passiert, wenn ein chronischer Alkoholiker keine Möglichkeit zum Trinken hat?

Die hemmenden GABA-Rezeptoren sind, wie schon erwähnt, ermüdet und können ihre hemmende Wirkung auf die Hirnstrukturen nicht effektiv entfalten. Ohne Alkohol wird die Blockade von den NMDA-Rezeptoren behoben, deren Anzahl und die Aktivität dazu wesentlich höher als im Normzustand sind. Diese Störung führt zu einer Übererregung des Gehirns mit daraus resultierender Unruhe, Schweißausbrüchen, Händezittern, Herzrasen und möglichen Krampfanfällen – kurz zum Abstinenzsyndrom (Abb. 1.4). Da diese unangenehmen Symptome rasch durch die Blockade der NMDA-Rezeptoren mit Alkohol vorübergehend zu beseitigen sind, hat der Alkoholiker nur einen Gedanken, schnellstens eine Möglichkeit zur Einnahme dieser „Arznei“ zu finden, d.h. es ist die körperliche Alkoholabhängigkeit auf der neurophysiologischer Ebene vorhanden.

Parallel dazu hat es auch Veränderungen im Stoffwechsel gegeben. Die Reserven der Alkoholdehydrogenase (AD) verringerten sich in dieser Zeit kritisch. Deshalb schaltete sich das intrazelluläre Reservensystem, das so genannte MEOS, nach chronischer Alkoholkonzentration im Blut von mehr als 0,5‰ ein, um seine hemmende Wirkung auf die Hirnstrukturen abzuschwächen. Das MEOS kann den Alkohol im Unterschied zur AD nicht dehydrieren, sondern oxydieren. Dadurch wird das Alkoholmolekül gespalten,

² Das Molekül enthält die Glutaminsäure

³ Das Molekül enthält die Asparaginsäure

jedoch bis zu den für die anderen Organe giftigen Zwischenprodukten. Außerdem „vernichtet“ das MEOS intrazellulär auch endogenen Alkohol.

Da vermutlich der Transport von Alkoholmolekülen aus dem Blut in die Zelle langsamer als ihre intrazelluläre „Vernichtung“ ist, entsteht ein schwer aufzufüllendes intrazelluläres Alkoholdefizit bei gleichzeitigem Überfluss im Blut (2). Dies wird von dem Trinker als „Alkoholdruck“ empfunden, d.h. die körperliche Alkoholabhängigkeit besteht *auch auf der Stoffwechsel-Ebene*.

Dieser Zustand erinnert an die Situation bei einer Herz- oder Niereninsuffizienz, bei der infolge von Störungen des Wasser-Elektrolyt-Haushaltes eine Entwässerung der Zellen mit gleichzeitiger Wasseransammlung im Zwischenzellraum (Ödeme) beobachtet wird. Aus diesem Grunde empfindet der Kranke wegen intrazellulären Wasserdefizits bei der allgemeinen Überwässerung des Körpers einen quälenden Durst.

Auch der Zustand des intrazellulären Alkoholdefizits wird vom Trinker als unstillbares Alkoholverlangen empfunden. Das Erleben eines solchen Menschen ist vergleichbar mit dem eines Hungernden, d.h. „ihm ist auch die schöne Welt nicht gut“. Ebenso wie in Hungerzeiten Menschen wegen eines Laibes Brot töteten, so begehen auch Alkoholhungernde

nicht selten kriminelle Handlungen, um sich eine Flasche Alkohol zu beschaffen: *nicht um sich zu vergnügen, sondern um das quälende Verlangen zu stillen!*

Außerdem bildet das bei der Alkohol-Spaltung entstehende Azetataldehyd mit Adrenalin die Substanzen mit der abgekürzten Bezeichnung „TIQ“ und THBC“, welche die Aktivität der Endorphine („Glückshormone“) im Hirn unterdrücken (6). Deshalb kommt es nach dem Rausch zu depressiven Stimmungen, die einen Hintergrund für Selbstmordversuche bilden.

Und jetzt versuchen Sie selbst, eine Antwort auf die Frage zu finden: trinkt der Alkoholabhängige, weil er einen schwachen Charakter hat, oder weil er krank ist?

Bei einem „normal“ Trinkenden entsteht das Trinkverlangen aus dem mehr oder weniger ausgeprägten *Wunsch*, eine „künstliche Freude“ zu erleben.

Beim Missbrauchenden entwickelt sich die „*Leidenschaft*“ zum Alkohol. Er versteht es nicht mehr, ohne Alkohol seine Freizeit zu gestalten und sich mit Freunden zu unterhalten. In dieser Phase kann der Alkoholkonsument bei Notwendigkeit auf Anraten der Familienangehörigen bzw. des Arztes mit dem Trinken aufhören oder seine Alkoholmengen zumindest begrenzen. Wenn er dies nicht tut, *kann man von einer Charakterschwäche sprechen*.

In der dritten Phase ist der Alkoholkonsument *krank*: er ist selten in der Lage, ohne professionelle Hilfe mit dem Trinken aufzuhören oder „mit Verstand“ trinken. Sein Hirn und sein Körper funktionieren „wenn auch lediglich irgendwie“ nur unter Alkohol, d.h. er ist *alkoholabhängig*.

Die Ausführungen demonstrieren *den schreienden Widerspruch* zwischen der als angenehm empfundenen Wirkung des Alkohols und seiner tatsächlichen giftigen Wirkung, die vom Organismus identifiziert wird, aber dem Trinkenden nicht bewusst ist.

Wenn aus dem Verdauungstrakt die nötige Substanz ins Blut gelangt, dann „bemüht“ sich der Organismus aus aller Kraft, sich diese anzueignen.

Bei der äußeren Zufuhr von sogar kleinen Alkoholmengen ins Blut erkennt der Organismus sofort das Gift und mobilisiert verschiedene Abwehrreaktionen, um seine Moleküle zu zerstören, die Zerfallsprodukte zu entsorgen und ihrer die Hirnstrukturen hemmenden Aktivität zuvorzukommen. Nicht selten werden dabei die lebenswichtigen Funktionen der anderen Organe „geopfert“.

Die Alkoholabhängigkeit wird von den Suchttherapeuten als das scheinbar unüberwindbare Bedürfnis, sich durch Alkohol aus einem unerwünschten psychischen oder körperlichen Zustand in einen gewünschten zu versetzen, definiert

Die Alkoholkrankheit stellt einen Komplex von krankhaften Veränderungen dar, der sich infolge eines lang anhaltenden Alkoholkonsums mit funktionellen Störungen verschiedener Organe, mit psychischer Degradation und mit einem möglichen Sozialabbau entwickelt.

Wie kann man bei einem Menschen den Verdacht auf ein „Alkoholproblem“ objektivieren? Dafür gibt es unterschiedliche einfache Tests. Einer von ihnen ist aus der Tabelle 2 zu entnehmen. Bei der Diagnosestellung „Alkoholabhängigkeit“ stützen sich die Suchttherapeuten auf sechs Kriterien, die von WHO empfohlen wurden (Tab. 3).

Die Laborwerte bestätigen einen chronischen Konsum durch eine Erhöhung des MCV, und auch von γ GT, GPT, GOT. Der aktuelle Alkoholkonsum kann durch CDT überprüft werden.

Abschließend können Sie sich die Information, die in der Tabelle Nr.4 zusammengefasst ist, einprägen. Diese Tabelle wird uns durch alle unsere Gespräche begleiten.

Man kann sagen: **die Alkoholkrankheit ist die Krankheit, die durch eine widernatürliche Lebensweise verursacht wird. Initiiert wird sie durch das soziale Umfeld, realisiert – durch die Persönlichkeit und unterhalten – durch den Organismus des Betroffenen.**

Thema 2

Alkoholikertypen und der psychosoziale Hintergrund, der die Abhängigkeitsentstehung begünstigt

In unserem ersten Gespräch konnten wir herausstellen:

die *Alkoholabhängigkeit* ist ein scheinbar unüberwindbares Bedürfnis, sich mit Hilfe von Alkohol aus einem unerwünschten psychischen und körperlichen Zustand in einen erwünschten zu versetzen und

die *Alkoholkrankheit* stellt einen Komplex von organischen Veränderungen im menschlichen Körper mit funktionellen Störungen und der allmählichen psychischen Degradation sowie des möglichen sozialen Abbaus infolge eines chronischen Alkoholkonsums dar.

Zum heutigen Thema

Die Alkoholiker sind eine heterogene (bunte) Gruppe von Erkrankten. Ihre Gemeinsamkeit besteht im Grunde nur in ihrer Alkoholkrankheit. Ansonsten sind sie *unterschiedliche Menschen*: sie gehören unterschiedlichen Altersgruppen an, haben unterschiedliche soziale Stellungen, unterschiedliche geistige Fähigkeiten, ein unterschiedliches Bildungsniveau sowie unterschiedliche Lebensinteressen; sie befinden sich auch auf verschiedenen Phasen der psychischen, organischen und sozialen Degradation. Und anders kann es auch gar nicht sein!

Der Mensch ist ein konkretes, dynamisches Produkt seiner Geschichte. Er entwickelt sich im Ergebnis der fortwährenden Zusammenwirkung *seiner inneren genetischen Faktoren*, die seine körperlichen sowie geistigen Fähigkeiten und Möglichkeitsgrenzen vorbestimmen, und *der äußeren Faktoren*, wie familiäre Bedingungen sowie physische, chemische, biologische und soziale Einflüsse der Umwelt. Mit anderen Worten, *der Mensch ist die materialisierte biologische und soziale Erfahrung von unzähligen Generationen seiner Vorfahren in moderner Erscheinungsform*.

Die Ausführungen zum Begriff „Mensch-Persönlichkeit“ sind notwendig, um die Vielfalt von Varianten der Entstehung und der Verlaufsformen der Alkoholkrankheit zu verstehen.

Nach der *Klassifizierung von Jelinek* werden die Konsumenten alkoholischer Getränke in *folgende Gruppen* unterteilt, die mit den ersten Buchstaben des griechischen Alphabets bezeichnet werden:

α-Trinker zählen nicht zu den Alkoholikern, weil sie sich im Allgemeinen nicht so sehr betrinken, dass es zu Gleichgewichtsstörungen kommt. Ein derart Trinkender benötigt nicht das völlige Abschalten. Im Gegenteil, er braucht eine Stimulation, die zunächst durch eine kleine Dosis erreicht wird. Wenn auch langsam, erhöht sich die Dosis. Und anstelle eines Glases trinkt der Mensch allmählich 2 – 4 Gläser Wein, um die Müdigkeit „loszuwerden“. All das betrachtet man als normal, weil er kontrolliert trinkt und nicht in die „Bredouille“ gerät.

Aber der Organismus befindet sich trotzdem jahrelang unter der alkoholischen Belastung, was allmählich zu psychischen Veränderungen, die nur im Verlaufvergleich bemerkbar sind, führt: Verrohung, Grobheit, sexbetonte und schmutzige Anekdoten, Eifersucht usw. Parallel dazu häufen sich Veränderungen in den Organen, die sich in einem instabilen und „schwer einstellbaren“ Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Fettleber usw. manifestieren. *Die α-Form des Alkoholkonsums bedeutet einen vorzeitigen, ständig voranschreitenden, jedoch langsameren und deshalb nicht offenkundig auffälligen Abbau der Persönlichkeit insgesamt.*

β -Trinkende stellen im Allgemeinen die Variante dar, bei der ursprünglich das Ziel verfolgt wird, sich zu entspannen, mit Freunden nach der Arbeit kurz ein „Bierchen“ zu trinken und zu plaudern, Spaß zu haben. Zunächst ist der Alkoholkonsum sporadisch. Unmerklich werden die Freunde mehr und die Anlässe häufiger. Allmählich werden alle freundschaftlichen Zusammenkünfte, Geburtstage, staatlichen und kirchlichen Feiertage sowie der Urlaub zu ordentlichen „Besäufnissen“, weil es unmöglich geworden ist, mit nüchternem Kopf fröhlich zu sein. Bis zu offensichtlichen psychischen Veränderungen kommt es bei den β -Trinkern nicht, weil bei weitem früher organische Schäden auftreten, darunter Leberzirrhose, akute oder chronische Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsen-Entzündung) usw. Diese Variante des „normalen“ Trinkens ist der Hauptlieferant für die Armee der Alkoholabhängigen.

γ - Alkoholiker zeigen schon alle Anzeichen oder Kriterien der Alkoholabhängigkeit: das unüberwindbare Bedürfnis zu trinken, den Kontrollverlust beim Alkoholkonsum, Anstieg der „Verträglichkeit“ des Alkohols, das Abstinenzsyndrom, der Interessenverlust zugunsten des alleinigen Wunsches zu trinken und weiterer Alkoholkonsum trotz bestehender und dem Betroffenen bekannter alkoholischer Organschädigungen.

Bei den γ -Alkoholikern ist die psychische Abhängigkeit vom Alkohol stark, die körperliche mäßig stark ausgeprägt. Deshalb sind sie auch noch zu einer zeitweiligen, nicht dauerhaften Trinkpause imstande.

δ - Alkoholiker zeigen eine ausgeprägte psychische und stark ausgeprägte körperliche Abhängigkeit vom Alkohol. Wenn sie keinen Alkohol trinken oder ihre Menge verringern, tritt ein quälendes Abstinenzsyndrom auf. Um dieses zu vermeiden, müssen δ -Alkoholiker ständig trinken, d.h. sie sind nicht imstande, auch nur einen Tag auszusetzen. Ohne spezielle Behandlung beschäftigen sich ein derart Abhängiger nur mit der Alkoholbeschaffung und dem Trinken im Wechsel mit dem alkoholinduzierten Schlaf.

Für ϵ -Alkoholiker sind periodische Trinkphasen charakteristisch, sie sind so genannte „Quartalstrinker“. Dabei erhöht sich die Dauer der Trinkphasen allmählich, gleichzeitig wird die Dauer der alkoholfreien Phasen kürzer. Dieser Krankheitsverlauf geht oft in die γ - oder δ -Form über.

In unserem ersten Gespräch haben wir geklärt, dass an der Entstehung und dem Verlauf der Alkoholkrankheit drei Faktoren beteiligt sind:

- das soziale Umfeld im engen und großen Sinne als Initiator,
- die Persönlichkeit des Menschen als Realisator und
- der Körper des Menschen als Prokurator (Statthalter).

Heute werden wir unsere Aufmerksamkeit detaillierter *dem Initiator, dem sozialen und psychologischen Hintergrund der Alkoholabhängigkeit eines einzelnen Betroffenen*, widmen.

1. Primärer Alkoholismus entwickelt sich infolge von Nachahmung, Gewohnheit oder einfach getreu dem Motto „Alle trinken – ich trinke auch!“. Er kann begründet sein in:

- 1.1- *Herkunft aus unteren sozialen Schichten*, in denen der Alkohol oft ein fester Bestandteil des täglichen Lebens ist. Der heranwachsende Mensch ahmt, die Eltern beobachtend, nicht nur die Sprache und das Verhalten nach, sondern kann auch deren Neigung zu alkoholischen Getränken als „Erbe“ übernehmen.
- 1.2- *Defizite in der Erziehung* in aus alkoholischer und materieller Sicht unbedenklichen Familien. Die Eltern zeigen dem Kind gegenüber entweder nicht genügend Interesse, weil sie „zu beschäftigt“ sind, oder das Gegenteil ist der Fall, sie kontrollieren ihren Sprössling „eisern“. Beleidigung oder Protest gegen die Gleichgültigkeit im ersten Fall bzw. gegen das Misstrauen im zweiten Fall zwingen die Heranwachsenden, den Großteil ihres Tages auf der Straße in einer Gruppe von Altersgenossen zu verbringen, die ihre Zeit ziel- und sinnlos „totschlagen“. Und dann

passiert es, dass durch den Einfluss älterer Straßenkumpane der Alkohol probiert wird. Da die euphorische Wirkung auf den Pubertierenden Eindruck hinterlässt, wird „die geile Stimmung“ immer wieder hervorgerufen, bis die Abhängigkeit entsteht.

1.3- *situativem Trinken*. Diese Alkoholiker wachsen auch in wohl situierten Familien heran. Ihre Alkoholkarriere beginnt später. Es sind Sportler mit rituellem „Begießen“ von Siegen und Niederlagen, Soldaten mit traditionellen Besäufnissen, Vertreter von Berufen mit häufigen Geschäftsessen, Mitarbeiter von Gastronomieeinrichtungen usw.

Hier zitiere ich aus dem Tagebuch der bekannten und unvergessenen sowjetischen Schauspielerinnen Faina Ranevskaja: „Ich wäre ohne ihre Hilfe (Pawla Wulf) nie eine *solche* Schauspielerin geworden, wie ich jetzt bin. Sie vernichtete in mir (und um mich) alles, was meine Entwicklung stören könnte. Keine nächtlichen Wachen mit zechenden Schauspielkollegen, keine Zusammenrottungen mit Wein, schmalzigen Anekdoten und Ausschweifungen.“ (18)

1.4- *verderblicher Form der Freizeit-Gestaltung*. Die unerfahrene heranwachsende Generation, die durch die Jugendsendungen von Rundfunk und Fernsehen zu billigem Amüsieren animiert wird, «erholt sich», indem sie sich regelmäßig betrinkt, um in der S-Bahn bzw. im Stadion zu randalieren, in der dumpfen Atmosphäre einer Kneipe zu räsonieren oder ein Bestandteil der amorphen, zuckenden Masse von Diskogängern zu werden. Die Folgen einer solchen ‚Erholung‘ sind nicht selten akute Alkoholvergiftung oder Alkoholabhängigkeit.

1.5- *psychologischen Besonderheiten* der Individuen mit einer stark ausgeprägten Schüchternheit. Diese zukünftigen Alkoholiker wachsen in wohlhabenden Familien auf, die ihre Entwicklung finanzieren und von ihnen nur Erfolge erwarten. Aber diese meistens intelligenten Kinder sind gleichzeitig ängstlich, unentschlossen und ohne Selbstvertrauen. Nachdem sie einmal auf einen Rat hin oder auch zufällig Alkohol probiert haben und mutiger geworden sind, konsumieren sie in der Folge diese „Arznei“, die ihnen „Mut“ gibt bis zur Entstehung der Abhängigkeit.

2. Sekundärer Alkoholismus entsteht infolge regulärer „Schmerzlinderung“ oder „Seelenentlastung“ mit Alkohol.

2.1- Nach einem *plötzlich auftretenden negativen Ereignis*, welches von stark ausgeprägten, unangenehmen Gefühlen begleitet wird (schwere Krankheit, Tod eines nahe stehenden Menschen, eine unerwartete Trennung, Arbeitsverlust usw.)

2.2- Als Folge von *langwierigen Erschöpfungsprozessen*, die von negativen Emotionen begleitet wurden (Pechsträhne, Einsamkeit, Mobbing, Burn out usw.)

2.3- Gesondert sollten die *„intelligenten Versager“* erwähnt werden, weil diese Alkoholikergruppe, nach einer existierenden Meinung, sowohl primär schwierig therapierbar sei als auch eine erhöhte Rückfallhäufigkeit zeige. Die letzte wird nicht selten in den Selbsthilfegruppen ironisch kommentiert (s. Gespräch 7). Hier sind in erster Linie die Alkoholabhängigen zuzuordnen, die früher in geistigen, unternehmerischen oder künstlerischen Bereichen erfolgreich tätig waren. Ihr Versagen begann damit, dass sie aus unterschiedlichen Gründen die Möglichkeit oder Fähigkeit zur „Produktion“ von neuen Ideen, Hypothesen, Konzepten verloren hatten oder sie von schöpferischer Inspiration verlassen worden waren. Die Gefühle der Enttäuschung, Ausweglosigkeit, Verzweiflung und des Verlustes vom Lebenssinn sind die Quälgeister, die zur Entwicklung einer existentiellen Frustration führen. Nicht imstande, einen neuen Sinn ihres irdischen Daseins zu formulieren, versinken die *„intelligenten Versager“* in die Religion bzw. Mystik oder *greifen zur Flasche*.

3. Die gemischte Form, bei der die Macht der primären Gewöhnung und die der sekundären Frustration die Voraussetzungen für das Betrinken schaffen.

3.1- *Familiäre Probleme* infolge

- a) psychologischer oder sexueller Disharmonie;
- b) Nichtübereinstimmung von übertriebenen konsumierenden Bedürfnissen mit finanziellen Möglichkeiten.

3.2- *Langeweile vom Nichtstun* bei längerer Arbeitslosigkeit.

Die Klärung und die Analyse des sozialen und psychologischen Hintergrundes des an der Alkoholkrankheit Leidenden haben nichts mit reiner Neugier oder leerem Zeitvertreib zu tun. Sie sind notwendig für die Änderung seines „Ich“ und die Korrektur seiner Lebensweise im Behandlungsprozess bei Alkoholabhängigkeit, weil ohne dies alle Medikamente, Kodierungen und Hypnose wenig effektiv bleiben.

„Der Alkoholismus ist ein diskontinuierlich flächendeckender Acker, auf dem die eigenen Gräber durch unzählige Scharen von Menschen gegraben werden.“

Thema 3

Die Folgen von chronischem Alkoholkonsum für die psychische sowie physische Gesundheit und für die soziale Situation

Niemand und nichts können Menschen mit unterschiedlichen Charakteren und Überzeugungen fester zusammenschmieden als ein gemeinsamer Feind. Der gemeinsame „Feind“ der Alkoholiker ist der Alkohol. Um zu begreifen, dass dieser Feind unversöhnlich und es notwendig ist, zwischen sich und ihm eine „ewig“ bleibende Demarkationslinie zu errichten, hilft uns die Vorstellung über seine „Heimtücke“. Darüber werden wir heute sprechen.

Warum bewirkt der Alkohol organische Schäden und Funktionsstörungen beim Menschen?

Weil der Alkohol eine narkotisch-toxische Substanz ist.

Narkotisch deshalb, weil er letztendlich die Aktivität aller Hirnstrukturen hemmt und einen künstlichen Schlaf herbeiführt, d.h. eine Narkose. *Toxisch* ist diese Substanz deshalb, weil sich ihre Moleküle und Zerfallsprodukte in den Stoffwechsel in den Zellen unterschiedlicher Organe einmischen und dadurch, wie alle Zellgifte, die Lebensprozesse beeinträchtigen.

Infolgedessen kann bei Aufnahme einer ungewöhnlich hohen Alkoholmenge eine akute Alkoholvergiftung auftreten, mit möglichem Koma und Notwendigkeit einer künstlichen Beatmung, sogar mit tödlichem Ausgang wegen einer sich nicht zurückbildenden Lähmung des Atemzentrums (Tab. 5).

Der Gegenstand unseres Gespräches heute ist aber *Folgen einer chronischen Alkoholvergiftung*. Die Veränderungen und Störungen bei einer länger dauernden Zufuhr von nicht tödlichen Mengen von Alkohol treten zunächst auf molekularer Ebene (nachweisbar durch Laborwerte) auf, danach auf fein geweblicher Ebene (sichtbar mikroskopisch) und, letztendlich, auf anatomischer Ebene (sichtbar mit bloßem Auge). Der Organismus kompensiert am Fang diese Schädigungen, aber sie summieren sich ständig und manifestieren sich klinisch, d.h. sie treten mit unterschiedlichen Anzeichen sowie Beschwerden auf.

Psychische Probleme:

- Störung der Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit,
- Verringerung der Aktivität und Spontaneität,
- Unzuverlässigkeit,
- Verringerung der Interessen mit Fokussierung auf „gesellige“ Treffen,
- Verlust der Fähigkeit zur Selbstkritik und zum Kritisiert-Werden,
- Verringerung der Reaktionsfähigkeit und der Geschicklichkeit,
- Verringerung der Sorgen um die Familie bis zur Gleichgültigkeit,
- Konflikte auf der Arbeit und im Umfeld,
- Beharrliches Verleugnen der Alkoholprobleme und nicht aufhörende Lügen im Zusammenhang mit der Rechtfertigung seiner „Hingabe“ zum Alkohol.

Psychiatrisch-neurologische Erscheinungen:

- Abstinenzsyndrom (Verlangen nach „kleinen“ Alkoholmengen, um Katzenjammer zu verjagen): Unruhe, miese Stimmung, Tremor (Händezittern), Schlaflosigkeit, Appetitverlust, erhöhte Schweißproduktion, instabiler Blutdruck, Herzrasen oder Rhythmusstörung;
- Depressive Stimmungsschwankungen mit (oft demonstrativen) Selbstmordversuchen;
- Epileptiforme Anfälle bei fehlender Alkoholfuhr (nicht selten bei selbständigen Entwöhnungsversuchen!);
- Delirium tremens, das ohne Behandlung in 20% der Fälle mit dem Tod endet: charakteristisch sind psycho-motorische Erregtheit, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Halluzinationen („weiße Mäuse“, „am Körper kriechende Ameisen“ usw.), Verfolgungswahn und ausgeprägte vegetative Reaktionen: starke Schweißausbrüche, galoppierender Pulsschlag und wechselhafter Blutdruck;
- Chronische alkoholische Halluzinationen treten unabhängig von der Abstinenz auf und können Monate dauern: Angst, Verfolgungswahn, Geräusche; im Unterschied zum Delirium geht das Bewusstsein nicht verloren und es gibt keine vegetativen Störungen;
- Polyneuropathie (bei 20-30% der Alkoholiker) tritt auf infolge von Störungen der Nervenendigungen und zeigt sich durch Gefühlsverringern in den Beinen, unangenehme Empfindungen, Schmerzen und Krämpfen in der Unterschenkelmuskulatur, Reflexschwäche und Kräfteverlust der Muskelfasern führen zu einem unsicheren Gang bis zu Beinlähmung; beim Aufhören des Alkoholtrinkens ist eine Besserung möglich.

Organische Veränderungen:

- Die **Haut** ist rötlich-bläulich verfärbt (infolge alkoholischer Kapillaropathie), aufgedunsen, oft trocken mit Juckreiz;
- Die **Leber** wird in erster Linie in Mitleidenschaft gezogen, weil hauptsächlich sie den Alkohol abbaut:
Lebersteatose (Fetteinlagerung): Druckgefühl im rechten Oberbauch wegen einer Lebervergrößerung, Völlegefühl im Bauch, Erhöhung von γ GT;
- *Alkohol-toxische Hepatitis* entsteht infolge der Zellstörungen (bis zum Absterben), was zu einem Anstieg von GOT und GPT und sogar zu Gelbsucht führen kann; Die Leberverfettung und die Hepatitis bilden sich normalerweise nach Abbruch von Alkoholkonsum zurück;
- Die *Leberzirrhose* entsteht infolge Ersatzes von den abgestorbenen Leberzellen durch das Bindegewebe mit Entwicklung von Appetitlosigkeit, Gelbsucht, Aszites („Wasserbauch“), erhöhter Blutungsbereitschaft, zuerst Lebervergrößerung und später möglicher Atrophie (Zusammenschrumpfung); da die Leber wegen einer Dichteerhöhung die Blutabfuhr von den Bauchorganen nicht durchlässt, entstehen die Umgehungswege: durch Milz – mit ihrer Vergrößerung, durch die haemorrhoidalen Venen („Hämorrhiden“), durch die Venen der vorderen Bauchwand („Quallenkopf“) und durch die Speiseröhrenvenen mit ihrer varikosen (Warzen ähnlichen) Erweiterung.
Bei einer sich langsam entwickelnden Zirrhose kann Leberkrebs entstehen, aber öfter tritt der Tod infolge einer Selbstvergiftung (u.a. mit Ammoniak) ein oder durch Komplikationen;
- Die **Speiseröhre** stellt ein Organ mit häufigen Komplikationen bei Alkoholikern dar. Wegen einer sich entwickelnden Schwäche des normalerweise geschlossenen

Speiseröhre-Magen-Überganges klafft der Mageneingang. Deshalb kann der saure Mageninhalt in die Speiseröhre zurückgelangen, was zu einer Ösophagitis (Schleimhautentzündung) mit Sodbrennen, Schmerzen hinter dem unteren Brustbein und bei chronischer Entzündung sogar zum Speiseröhrenkrebs führt.

Die häufige Komplikation bei Alkoholikern mit Leberzirrhose sind die Varizen (Venenerweiterung) des unteren Teils der Speiseröhre. Wenn ein krankhaft erweitertes Blutgefäß beim Essen oder Würgereiz verletzt wird, tritt eine Blutung mit blutigem Erbrechen auf. Diese Blutung ist auch heutzutage eine häufige Todesursache im Verlauf der Alkoholkrankheit.

- Im **Magen** entwickelt sich nicht selten eine hämorrhagisch-erosive Gastritis (Schleimhautentzündung) mit blutigem Erbrechen, was nicht selten zur Notaufnahme ins Krankenhaus auch beim unabhängigen Alkoholtrinken führt.
- In der **Bauchspeicheldrüse** kann eine *akute Pankreatitis* (Entzündung) entstehen, die oft durch dramatischen Verlauf mit starken Schmerzen gekennzeichnet ist. Bei einer totalen Nekrose der Bauchspeicheldrüse besteht auch heute eine Lebensgefahr. *Chronische Pankreatitis* geht einher mit ständigen quälenden Schmerzen wechselnder Intensität, die gürtelförmigen Charakter haben oder im oberen Lendenbereich lokalisiert sind. Im Verlauf können sich entweder die Zuckerkrankheit oder der Bauchspeicheldrüsenkrebs entwickeln. Letzterer hat eine sehr schlechte Überlebensprognose.
- **Störungen des Herz-Kreislauf-Systems** treten in Form von Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Hirnschlag auf. Diese häufigen Komplikationen sind nicht nur bei den Alkoholabhängigen sondern auch bei dem Alkoholmissbrauch zu beobachten. Hierbei können die behandelnden Ärzte den wahren Alkoholhintergrund dieser Erkrankungen oft nur vermuten, weil die meisten Kranken nicht richtige Angaben machen.
- **Anämie** (niedriger Hämoglobinwert) entsteht entweder infolge von Eisenmangel, seltener Vitamin B12, im Organismus oder durch toxische Alkoholwirkung auf die Funktion des Knochenmarkes.
- **Infektionen** (in der letzten Zeit u.a. wieder Tuberkulose) sind infolge der verminderten Abwehrfähigkeit des Organismus sowie der schlechten hygienischen Lebensbedingungen oft Begleiterscheinungen beim Alkoholismus.
- **Sexuelle Störungen** zeigen sich im Verlauf der Krankheit durch eine Verminderung von Libido (Verlangen), Orgasmusintensität und bei Männern auch oft durch eine Erektionsschwäche.
- *Besonders muss die **alkoholische Embryopathie** unterstrichen werden* d.h. die schädliche Auswirkung des Alkohols auf die Entwicklung des Embryos (Frucht) im Mutterleib. Das Kind wird mit untergewichtigem Körper und Hirn geboren. Bei ihm beobachtet man eine verzögerte psycho-motorische Entwicklung, manchmal tritt eine Hyperkinese („Zuckungen“ oder „Spasmen“) auch, oft wird ein Herzfehler diagnostiziert. Ein typischer Gesichtsausdruck lenkt die Aufmerksamkeit auf sich: «Himmelfahrtsnase», abgeflachte Stirn, ungleichmäßige Zähne oder mit großen Zwischenräumen. Die Entwicklungsprognose eines solchen Kindes ist schlecht.

Das Hirn eines Alkoholikers unterliegt einer langsamen Atrophie (Schrumpfung) infolge des Absterbens von Nervenzellen. Dies kann sich durch folgende Syndrome und Krankheitsbilder manifestieren.

(Akute) *Vernike-Enzephalopathie* zeigt sich durch psychische Störungen wie bei Delirium tremens, Apathie und Teilnahmslosigkeit, Bewusstseinstörungen, Lähmungen der Augenmuskeln, Gleichgewichtsstörungen bis zur Gehunfähigkeit.

Für (*chronisches*) *Korsakow-Syndrom* sind folgende Symptome typisch: fortschreitende Aktivitätsverminderung, Verlust des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, Desorientierung. Kurz gesagt, es entwickelt sich langsam eine Demenz (Schwachsinn) mit der Notwendigkeit ständiger Betreuung und Pflege.

Eifersuchtswahn - unsinnige Verdächtigungen. Die absurden Ideen und Reaktionen bleiben oft auch nach Beendigung der Alkoholexzesse.

Alle genannten Syndrome, Krankheitsbilder und Symptome zeigen die vielfältigen Erscheinungsformen der Alkoholkrankheit, aber sie müssen nicht bei jedem einzelnen Alkoholiker auftreten. Ein Krankheitsbild beobachtet man jedoch bei allen - *das ist der allmähliche Verlust der Fähigkeit für die Selbstbestimmung der Alkoholabhängigen*: das Verhalten des Säufer ist nicht das Resultat seines wahren Willens, sondern eine Folge des „Diktates“ seines Alkoholpegels.

Soziale Kataklysmen:

- Konfrontation mit der Umwelt → „Klärung“ der Beziehungen, Beleidigungen, Schlägereien
- Familienstreitigkeiten → Ehescheidung
- Konflikte auf der Arbeit → Entlassung
- Auto fahren im betrunkenen Zustand → Verlust des Führerscheins
- Alle möglichen kriminellen Delikte → Gefängnis

Das Los der sich mit ihrer Alkoholkrankheit abfindenden Säufer ist folgendes: allmähliches Herunterkommen bis zu einem ungewaschenen, ungekämmten, unrasierten, zahnlückenhaften und *stumpfsinnigen Wesen*, das niemand braucht und das allen zur Last fällt.

Thema 4

Therapeutische Möglichkeiten

In den vorherigen Gesprächen haben wir gemeinsam geklärt, dass *die Alkoholabhängigkeit* ein scheinbar unüberwindbares Verlangen nach Alkohol darstellt, um sich aus einem unerwünschten psychoemotionalen oder physischen Zustand in einen gewünschten zu versetzen und

die Alkoholkrankheit ein Komplex von krankhaften Veränderungen beim Menschen infolge eines chronischen Alkoholkonsumierens ist.

Außerdem haben Sie erfahren, dass für die Entstehung, Entwicklung und den Verlauf dieser Krankheit drei Faktoren bedeutsam sind: der *Initiator* – das Umfeld, der *Realisator* – die Persönlichkeit und der *Prokurator* – der Organismus des Betroffenen.

Um die Unterschiede, nach Umfang und Intensität, von therapeutischen Maßnahmen, insbesondere bei der Entgiftungsbehandlung, zu verstehen, machen wir uns heute mit den Verlaufsphasen der Alkoholkrankheit bekannt:

Die *latente* (nicht erscheinende) *Phase* ist gekennzeichnet durch häufigen Alkoholkonsum „zur Entspannung“ oder „zur Erleichterung des belastenden Lebens überhaupt“.

Die *prodromale* (erste Boten) *Phase* beginnt mit einer übertriebenen „Gastfreundschaft“, mit dem regelmäßigen heimlichen Gebrauch von Alkohol, dem Anlegen von Vorräten, Lügen und dem immer häufigeren Auftreten von Gedächtnislücken.

Die *kritische Phase* manifestiert sich durch den absoluten Kontrollverlust über den Alkoholkonsum, wiederholte nutzlose Versuche „normal“ zu trinken, Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz, die Verringerung des Interessenkreises, psychische Veränderungen, leichte bis mittel stark ausgeprägte Organschäden, Abstinenzsyndrom.

Die *chronische Phase* zeigt die Alkoholkrankheit in ihren allen bekannten Erscheinungsformen. Ununterbrochene Volltrunkenheit, mögliche Verminderung der Toleranzmenge, mittlere oder stark ausgeprägte Organschäden, offenkundige psychische Veränderungen, epileptiforme Anfälle, Delirium usw.

Auf eigenen Wunsch oder notgedrungen wendet sich ein Teil der Alkoholiker an den Arzt mit der Hoffnung auf eine *solche* Heilung durch „Tabletten“, „Kodierungen“ oder „Hypnose“, um danach „normal“ trinken zu können.

Aber, wenn der Arzt ehrlich ist, wird der Betroffene durch die folgende Aufklärung desillusioniert: die so genannten „Wundermittel“ sind wenig wirksam; um gesund zu werden, muss man dem Alkohol bis zum Lebensende entsagen (Schock! „Wie kann man denn ohne Alkohol leben?!“). Und, um Erfolg zu haben, ist es notwendig, sich von einigen „dem Herzen teuren“ Gewohnheiten und von einigen „Freunden“ zu verabschieden. Dies kann durch das Verstehen des Wesens der Krankheit erleichtert werden.

Die Alkoholkrankheit unterscheidet sich prinzipiell von den üblichen körperlichen Erkrankungen, bei denen erstrangig primäre Organschäden/-störungen zu beobachten sind. Für die Behandlung des *Organismus des Menschen* ist der *F a c h a r z t* mit einer großen Palette von in erster Linie medikamentösen, operativen sowie strahlentherapeutischen Maßnahmen *b e d e u t s a m*.

Wie Sie schon erfahren haben, spielen in der Entstehung, Entwicklung und dem Verlauf der Alkoholkrankheit/-abhängigkeit drei im Wechsel wirkende und sich gegenseitig unterstützende Faktoren eine große Rolle. Deshalb ist die Behandlung nur dann Erfolg versprechend, wenn sie konsequent auf die Beseitigung oder Änderung aller dieser drei Faktoren gerichtet ist (Tab. 7). Das heißt: es genügt nicht, sich wegen Alkoholkrankheit

lediglich von Ärzten sowie Psychotherapeuten behandeln zu lassen; der Betroffene *selbst* muss sich am Behandlungsprozess beteiligen, weil die Veränderungen seines „Ich“ und des Umfeldes durch die anderen nicht durchführbar sind. Es ist ein persönlich aktiver Prozess, der einen längeren Zeitraum beansprucht.

Begonnen wird die Behandlung mit *einer Entgiftung* des Organismus, die ambulant oder stationär in Abhängigkeit vom Patientenzustand durchzuführen ist und das Ziel verfolgt, den Organismus vom Alkohol und seinen Zerfallsprodukten zu befreien und die am Stoffwechsel beteiligten Systeme in alkoholfreies Funktionieren zu überführen; die Vorbeugung bzw. Behandlung des Abstinenzsyndroms, möglicher Störungen des Herz-Kreislauf-Systems usw. und eventuelle Beseitigung von Mangelzuständen (Eisen, Vit.B12 usw.).

Fortgesetzt wird die Behandlung durch eine *psychotherapeutische Entwöhnungstherapie*, die 12 – 16 Wochen dauert und ausgerichtet ist auf:

unterstützendes oder motivierendes Einwirken auf den Verstand, alkoholabstinent leben zu wollen;

Wiederherstellung des psychisch-emotionalen Gleichgewichts und körperlichen Kräfte-Zustandes;

Analyse der Lebensgeschichte und Herausfinden der den Alkoholismus begünstigenden Faktoren;

Training adäquater Verhaltensweise auf äußere Einflüsse;

Überzeugung von der Notwendigkeit von Veränderungen seines Bewusst-/Daseins und

Erwecken von Interessen, um der inneren „Leere“ und zeiträumigen „Lücken“ während des alkoholfreien Lebens vorzubeugen usw.

Viele Alkoholiker beschwerten sich über „seltsame, bohrende und nervende“ Fragen, welche von Suchttherapeuten bis zum Überdruß gestellt wurden. Aber nicht doch!

Die Fragen werden nicht aus der Luft gegriffen. Die Psychotherapeuten orientieren sich auf wissenschaftlich begründete und klinisch überprüfte Methoden. Zur allgemeinen Vorstellung nenne ich nur einige von ihnen:

- Motivationstherapie,
- kognitive Verhaltenstherapie,
- Training der Kompetenzen,
- Aversionsmethode,
- Methode der minimalen Alkoholkonfrontation u.s.w.

*Nach dem Abschluss der Entwöhnungstherapie ist die Behandlung nicht abgeschlossen, sie muss von dem Betroffenen selbst **fortgeführt** werden. Das Ziel dieser dritten Phase besteht darin, die erworbenen Erkenntnisse zu realisieren und dem Alkoholverlangen einen effektiven Widerstand zu leisten. Dies wird erreicht durch:*

- eine mögliche, aber nicht zwingend notwendige, kurzzeitige medikamentöse Unterstützung;
- die Veränderung des Lebensstereotyps und, nach Möglichkeit, des Umfeldes;
- regelmäßige Besuche der Selbsthilfegruppe von „trockenen“ Alkoholikern.

Zu den modernen unterstützenden Medikamenten (anti craving) gehören:

- *Disulfiram* (Antabus) unterdrückt die Aktivität der Alkoholdehydrogenase. Infolgedessen wird das Alkoholmolekül unvollständig, bis Essigaldehyd, gespalten. Diese giftige Substanz führt zu Übelkeit, Erbrechen, Störungen im Herz-Kreislauf-System. All das soll eine Abneigung gegenüber Alkohol hervorrufen. Jedoch konnte bisher die Effektivität der Antabusbehandlung anhand von klinischen Studien eindeutig nicht bewiesen werden.

- *Naltrexon* mindert die positive Wirkung von Alkohol. Deshalb hofft man, dass das Fehlen der erwünschten Alkoholwirkung erleichtern wird, auf ihn zu verzichten: „Wozu trinken, wenn es doch kein Kick bringt?“
- *Acamprosate* wirkt durch die im ersten Gespräch erwähnten NMDA-Rezeptoren. Durch ihre Blockade unterdrückt es ihre aktivierende Wirkung und mindert somit die Intensität des Abstinenzsyndroms. Im Ergebnis befürchtet der Betroffene kein Auftreten von unangenehmen Beschwerden, die er mit Alkohol beseitigen muss.
Die Bedeutung des Präparates in der Praxis ist auch noch nicht erwiesen.

Folgende Medikamente mit diversen Wirkungsmechanismen befinden sich in der Phase der klinischen Erprobung:

Nalmefene, Tiaprid, Flupenthixol, Fluoxetin, Sertalin, Citalopram, Buspiron, Ritanserin, Odansetron, Nefazodon u.a.

Wie Sie sehen, mangelt es an Aktivitäten in der Forschung nicht! Aber **der Mensch ist wie der Kosmos**, d.h. erforschbar, jedoch wird er nie bis zum Ende erforscht sein, weil seine Geheimnisse unendlich sind.

Die Veränderungen seines Bewusst- und Daseins werden wir gemeinsam bei der Besprechung der Rückfallvorbeugung sowie der Selbsthilfegruppen ausführlich diskutieren.

Teilnahme an der Arbeit einer Selbsthilfegruppe gehört für einen „trockenen“ Alkoholiker zur Selbstverständlichkeit. In der Gruppe, die gegen den gemeinsamen „Feind“ Alkohol vereint ist, kann man die Seele erleichtern und seine gedanklich oder tatsächlich, vorsätzlich oder unwissentlich begangenen Sünden beichten. Hier bekommt man kritische Unterstützung und einen Energieschub aus einer Quelle, die der **Gemeinschaft Gleichgesinnter** entspringt. Wie seltsam zunächst das auch erscheinen mag, hilft die Gruppe, die Willenskraft zu mobilisieren, um dem „Nun trink doch ein bisschen mit!“ zu widerstehen und nicht den Glauben an die Möglichkeit eines vollwertigen alkoholfreien Lebens zu verlieren.

Die Bedeutung der III. Phase kann man nicht überschätzen! Im Grunde genommen stellt die Realisierung von den während der Psychotherapie gewonnenen Erkenntnissen zur *Änderung seines Bewusst-/Daseins dasjenige „Wunderheilmittel“* gegen Alkoholabhängigkeit dar, nach welchem viele sehnen. Bei Vernachlässigung von Empfehlungen, Ratschlägen und erworbenen Fertigkeiten/Übungen kann die Behandlung für abgebrochen gehalten werden. In solchen Fällen wird die überwiegende Mehrzahl von „trockenen“ Alkoholikern rückfällig.

Thema 5

Probleme in der Familie des Alkoholikers - Co-Abhängigkeit

Zu Beginn möchte ich Sie noch einmal an die Persönlichkeitsveränderungen im Verlaufe der Alkoholkrankheit erinnern:

- Interessenverlust, weil sich die Gedanken hauptsächlich auf die Beschaffung des Alkohols und das Auffüllen der „Promille“ konzentrieren;
- Nicht-Ausführen von Vorhaben und Unverbindlichkeit;
- Verringerung der Konzentration und Verschlechterung der Motorik, Gedächtnisprobleme;
- Stimmungsschwankungen (streitsüchtig, gewaltbereit);
- ständiges Suchen nach Begründungen für das Betrinken, Lügen;
- zunehmendes Vermeiden von Kontakten, mit Ausnahme von Saufkumpanen;
- zeitweise Scham- und Minderwertigkeitsgefühle, Weinerlichkeit;
- Kontrollverlust über den Alkoholkonsum; Vernachlässigung der Körperhygiene;
- allmähliche Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes usw.

Wenn eine solche „Metamorphose“ der Persönlichkeit zu beobachten ist, fühlen sich die Familienangehörigen oder Freunde sowie Arbeitskollegen des Alkoholikers gezwungen, irgendwie zu handeln. Zunächst versucht man, den Zerfall der Lebens- und Arbeitslaufbahn zu verhindern und auch Maßnahmen zu ergreifen, damit die Alkoholabhängigkeit des/der Ehepartners/in, des Vaters oder der Mutter, des guten Kollegen nicht allgemein bekannt wird („Schande!“). In der Familie versucht man natürlich:

in unterschiedlichen Formen Gespräche mit dem Trinker zu führen („es sei an der Zeit, mit dem Saufen aufzuhören!“);

den Partner zu unterstützen, indem man einen Teil seiner familiären Verpflichtungen übernimmt;

ihn mit wirkungslosen Drohungen „zur Vernunft“ zu bringen oder ihn „auf Knien“ anzuflehen;

vom übermäßigen Trinken abzuhalten, indem eine „Ration“ festgelegt oder der Alkohol aus den in Verstecken gefundenen Flaschen weg gegossen wird usw., usw.

Um das Ansehen und die Achtung des Umfeldes nicht zu verlieren, versucht man zuerst nicht über die wachsenden Alkoholprobleme zu sprechen und anderen sein Leid nicht zu zeigen. Manchmal bemüht man sich sogar, besonders aufmerksam und hilfsbereit den Nachbarn gegenüber zu sein und sie dadurch zu „bestechen“, damit sie keine Gerüchte über das trinkende Familienmitglied verbreiten.

Und selbstverständlich wird ständig versucht, die Arbeitsbummelei des Alkoholikers mit all erdenklichen Ausreden zu entschuldigen.

Aber das alles erwidert der Alkoholabhängige nicht mit Dankbarkeit und weniger Trinken, sondern durch Skandale und nicht selten durch Gewalt den Familienangehörigen gegenüber.

Folglich stellt diese Art und Weise der so genannten Hilfe in Wirklichkeit das „gute“ Übel dar, welches nur zur Verwicklung der Lage führt, aber nicht zur Befreiung des an Alkoholkrankheit Leidenden von seiner Abhängigkeit. Hier hat, wohl, die folgende Meinung gewissermaßen ihre Berechtigung: die beste Hilfe für das saufende Mitglied in der Familie ist keine Hilfe.

An dieser Stelle greife ich auf ein literarisches Zitat zurück, weil es die Spannungen in der Familie, vergebliche Hilfeversuche sowie die Verzweiflung der Angehörigen und die „ubiquitäre“ Ausrede des Alkoholikers bestens veranschaulicht:

„Magda war sehr still geworden, wir sprachen beide nur noch das Allernotwendigste miteinander. Am lebhaftesten ging es noch zwischen uns zu, wenn Dritte zugegen waren... Kaum aber hatte sich die Tür hinter jenen Dritten geschlossen, so verstummten wir auf einen Schlag, meine Miene wurde eisig, und Magda fing an, emsig mit Papier zu rascheln. Sie hielt sich in dieser Zeit ständig in meiner Nähe Natürlich hatte solche Beaufsichtigung nicht den geringsten Einfluss auf mich, ich tat doch, was ich wollte, das heißt: ich trank nach Bedürfnis. Von der Gewohnheit der kleinen Gläschen war ich zu der großen Schlucke aus der Flasche übergegangen. ...

Plötzlich aber ließ Magda die Papiere fallen, sie warf den Kopf auf den Tisch und weinte wild darauf los ‚Nicht genug, dass du alle Tage stark betrunken bist, bringst du auch noch unsere Firma in Verruf‘ ‚Halt, Stopp, Magda‘, sagte ich. ‚Was das angeht, dass ich alle Tage stockbetrunken sein soll, so möchte ich fragen, ob du mich je einmal hast torkeln sehen oder lallen hören? Ich nehme dann und wann ein Gläschen, das gebe ich ohne weiteres zu, aber ich vertrage es auch. Es macht mich klarer. *Den* Alkohol soll meiden, *wer* ihn nicht verträgt, das bin aber nicht ich.‘ ...

Mein Spott hatte sie ganz rasend gemacht. Sie hatte das nächste, was ihr zur Hand war, einen Tintenlöscher, ergriffen und nach mir geschleudert.“ (15)

Parallel zum Kampf für die „Rettung“ des Alkoholikers verändern sich bei den Familienmitgliedern allmählich, bei jedem natürlich in unterschiedlichem Maße, der emotionale Zustand, die moralischen Prinzipien und die Lebenseinstellung generell. Im Grunde genommen verändert sich die Persönlichkeit, und die Familienmitglieder werden zu so genannten „Co-Abhängigen“.

Die Entwicklung der Co-Abhängigkeit ist nicht zu verhindern und sie lässt sich schwer erkennen. Eine Heilung oder wenigstens ein Stopp der sich manifestierten Krankheit ist weitaus nicht leichter zu erreichen, als die der Alkoholabhängigen. Zu den Symptomen der Co-Abhängigkeit gehören:

- Fokussierung der Gedanken und der Aufmerksamkeit auf das Verhalten und die Abhängigkeit des Partners („Was stellt er wieder an?“, „Betrinkt er sich heute oder nicht?“, „Wo treibt er sich rum, wälzt er sich vielleicht im Dreck?“, „Ist ihm nichts passiert?“ usw.);
- Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse;
- Aufbürden der Verantwortung für die Krankheit des Partners auf sich selbst;
- Rechtfertigung des Verhaltens und der Taten des Alkoholabhängigen vor den Anderen;
- Verniedlichung der Bedeutung der Fakten, Nicht-Wahrnehmen von eigenen negativen Emotionen;
- Versuch sich selbst zu täuschen („Es ist noch nicht so schlimm! Er oder sie kann sich noch bessern.“ und
- gleichzeitig ständige Kritik, Beschuldigungen, Misstrauen und Kontrolle des Partners.

Welche Folgen hat die Co-Abhängigkeit?

Es entstehen gesundheitliche Probleme, hauptsächlich psycho-somatischer Natur (Kopfschmerzen, Angespanntheit, innere Unruhe und Reizbarkeit, Schlaflosigkeit usw.).

Die Konzentrationsfähigkeit verringert sich, dies führt zur allgemeinen Leistungsminderung. Langsam entwickelt sich ein Interessenverlust gegenüber früheren freundschaftlichen Kontakten und Hobbys. Infolge dessen wächst die Isolation! Man schämt sich, Gäste zu empfangen,

weil der Partner „die Gunst der Stunde“ nutzt, sich betrinkt und einen bedrückenden Eindruck auf alle Anwesenden macht.

Allmählich dominieren die Gefühle von Unsicherheit, Angst, Ohnmacht, Enttäuschung. Ständig beschäftigt die Frage: „Was soll ich nun machen?“. Und wie eine schwarze Wolke zieht die existentielle Frustration auf, weil nicht selten zu allen übrigen auch finanzielle Probleme hinzukommen.

Die Kinder werden auch in den Prozess der Co-Abhängigkeit verwickelt und leiden unter dem psycho-emotionalen und finanziellen Chaos in der Familie.

Ihre Reaktionen sind unterschiedlich:

Einige, besonders die älteren Töchter, übernehmen schwere Verantwortung, um die familiäre Misere zu kompensieren. Nicht selten zerbrechen sie psychisch und physisch unter dieser altersmäßig unangemessenen Last.

Andere lenken durch psychomotorische Erregtheit die Aufmerksamkeit auf sich. Die körperlich schwachen Kinder führen sich in der Schule als Clown auf, die stärkeren Raufbolde terrorisieren ihre Klassenkameraden. Ein Teil von ihnen macht die Bekanntschaft mit Alkohol bzw. anderen Suchtmittel oder begeht Verbrechen.

Es gibt auch ruhige, eingeschüchterte Kinder mit Trauer und Erwartungsangst in ihren Augen. Sie kauern sich im Eckchen zusammen und bleiben „mucksmäuschenstill“.

All diese unterschiedlichen Erscheinungsformen haben gemeinsam, dass es sich um die Antwort auf die angespannte Atmosphäre in der alkoholkranken Familie handelt. Deshalb irrt sich der Alkoholiker erheblich, wenn er auf das Zureden der Angehörigen antwortet: „Es ist nur meine Sache! Will ich – trinke, will ich nicht – dann trinke ich nicht!“ Aber er kann keine andere Antwort geben, weil:

er betrachtet *erstens*, die Situation nicht weiter als über seine eigene Nasenspitze hinaus und er hat *zweitens* die Fähigkeit „zu wollen oder nicht zu wollen“ verloren; er muss trinken, da er psychisch und physisch vom Alkohol abhängig ist.

Aus dem heutigen Gespräch drängt sich ganz selbstverständlich die Schlussfolgerung auf:

zur ersten Beratung beim Suchttherapeuten sollten sowohl der Alkoholiker, als auch seine Frau und eventuell auch die Kinder erscheinen. Nur dann kann der Fachmann nicht nur die Behandlung für den Alkoholiker vorschlagen, sondern auch die Notwendigkeit zur Mitbehandlung der anderen Familienmitglieder überprüfen.

Thema 6

Rezidiv, oder „Rückfall“, und seine Vorbeugung

Als einen **Rezidiv** („Rückfall“) bezeichnet man den erneuten und *bewussten* Alkoholkonsum nach einer Abstinenz-Phase, welche mit der *Absicht* begonnen wurde, mit dem Trinken aufzuhören. Leider kommt es nach einer Langzeittherapie oft zu Rezidiven: im Verlauf des ersten Jahres werden 30-40% und während der ersten drei Jahre 60-70% der Behandelten rückfällig.

Warum nun ist die Häufigkeit des Rückfalls so enttäuschend hoch?

Erinnern wir uns noch einmal an die Behandlungsetappen und auch an die „beteiligten“ Faktoren der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit (Tab. 4).

Also, *die Ärzte* konnten während *der Entgiftungsbehandlung* die Fähigkeit des Organismus auch ohne Alkohol zu funktionieren wiederherstellen.

Die Psychotherapeuten haben sich bemüht, *Veränderungen im gewohnten Denken* des Alkoholikers anzukurbeln, die alkoholinduzierte Lähmung des Willens zu beseitigen und die Notwendigkeit nach Veränderungen in seinem Umfeld klar zu machen.

Aber nach der Entlassung aus der Klinik ist die Behandlung nicht zu Ende. Ab jetzt muss der Betroffene selbst die Rolle *seines eigenen Therapeuten* übernehmen und das alkoholfreie Leben mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe (SHG) gestalten.

Die psychoemotionale Einstellung der behandelten Alkoholiker zum Alkohol ist unterschiedlich. Ich unterteile sie in folgende Gruppen:

1. Alkoholiker, die *immer noch hoffen*, kontrolliert trinken zu können.
2. Diejenigen, bei denen *der Wunsch zu trinken bleibt*, die jedoch aus Angst vor den sozialen Folgen (Verlust der Arbeit, Ehescheidung usw.) dagegen ankämpfen.
3. Diejenigen, bei denen *der Wunsch zu trinken ebenfalls bleibt*, die aber aus Angst vor einer weiteren Verschlechterung des schon beeinträchtigten Gesundheitszustandes (Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Herzinfarkt usw.) dagegen Widerstand leisten.
4. Diejenigen, bei denen *der Wunsch zu trinken* in unterschiedlichem Grad *unterdrückt* ist, weil sie gläubig geworden sind und Trunkenheit als große Sünde betrachten.
5. Diejenigen, bei denen *der Wunsch zu trinken verschwand*. Die Betroffenen haben nicht nur verstandesmäßig anerkannt, sondern auch verinnerlicht, dass der Alkohol sowohl beim abhängigen als auch unabhängigen Trinken den Organismus vergiftet. Deshalb entschieden sie sich zugunsten der nicht sich selbst aufgezwungenen, sondern *überzeugten Nüchternheit*.

Es ist verständlich, dass bei der vierten und fünften Gruppe die niedrigste Rückfallgefahr besteht: die Betroffenen der vierten Gruppe werden von Allmächtigem Gott unsichtbar, jedoch „ständig fühlbar unterstützt“; für die der fünften Gruppe ist die Nüchternheit zum lebensformenden Prinzip geworden.

Man muss aber darauf hinweisen, dass in diesen Gruppen manchmal, sagen wir, unerwünschte Seltsamkeiten zu beobachten sind. Einigen Mitgliedern der vierten Gruppe erscheint die anziehende Kraft ihrer Lebensweise nicht ausreichend, deshalb beginnen sie ein aufdringliches Missionieren. Mancher Vertreter der fünften Gruppe verwandelt sich in einen nervenden, oder noch schlimmer, militanten Gesundheitsapostel.

Die Arten des Rückfalls (Tab. 6)

Der „*trockene*“ Rückfall tritt immer wieder auf, wenn der „trockene“ Alkoholiker intensiv an Alkohol denkt oder in Gedanken frühere Trinkereien mit Kumpanen noch einmal durchlebt. In diesen Fällen kann ein Zustand entstehen, der einer leichten Trunkenheit ähnelt („trockener Rausch“).

Der „*kontrollierte*“ Rückfall ist ein geplanter Versuch eines „trocken gewordenen“ Alkoholikers, kontrolliert zu trinken, der in einem regelrechten Besäufnis endet.

Der *episodische Rückfall* kann kurz- oder langfristig, einmalig oder wiederholt sein; wobei der letzte, in der Regel, langsam in eine wieder anhaltende Trunkenheit übergeht.

Der „*unverzügliche*“ Rückfall: sofort nach dem ersten Glas betrinkt sich der ehemalige „trockene“ Alkoholiker bis zur Volltrunkenheit und setzt seine Trinkerei, im besten Fall, bis zu einer weiteren Entgiftung oder, im schlimmsten Fall, bis zum Tod fort.

Ausgehend von der hohen Rückfallquote spricht man von ihnen üblicherweise nicht als von der Ausnahme, sondern als von der Regel.

Die „Anonymen Alkoholiker“ sind davon überzeugt, dass die Alkoholiker schon als Kranke geboren werden und deshalb ihrer Krankheit gegenüber machtlos sind. Aber einen Rückfall gibt es nicht, wenn sie nach dem Willen der „Höheren Macht“ handeln, d.h. nach dem AA-Programm.

Die an den „normalen“ Gott Glaubenden sehen die Ursache des Rückfalls im Abweichen von den Geboten Gottes und in einer Rückkehr unter einen Einfluss von Diabolus.

Die Psycho-/Suchttherapeuten erklären den „Rückfall“ mit dem verbleibenden „Alkoholgedächtnis“ bei den abstinenten (nicht trinkenden) Alkoholikern. Aber das Alkoholgedächtnis besteht auch bei den unabhängig Trinkenden: sie wissen ihr ganzes Leben lang, dass dies eine scharfe Flüssigkeit mit unterschiedlicher Stärke und mit einer „lustig machenden“ Wirkung usw. ist. Auch alle anderen Lebensmittel und Getränke behält der Genießer im seinem Gedächtnis. *Deshalb unterscheiden sich die Alkoholiker von den nicht abhängig Trinkenden, meiner Meinung nach, nicht durch das „Alkoholgedächtnis“, sondern durch eine erhöhte Bereitschaft zur übermäßig starken Abwehrreaktion des Organismus gegenüber Alkohol.* Das klingt fast paradox!

Zur Erklärung dieser These erinnere ich Sie an die Entwicklungsmechanismen der Alkoholabhängigkeit, die wir in unserem ersten Gespräch behandelt haben. Da für die Laien dieses Thema schwer zu verstehen ist, führe ich *eine Analogie* zum Kollaps (Bewusstlosigkeit) bei Wasserverlust infolge starker Schweißabsonderung an.

Wenn der Mensch überhitzt ist (erhöhte Temperatur des Körperkerns = das Alkoholgift), dann erhalten die Schweißdrüsen (= NMDA-Rezeptoren) den „Befehl“ zur Schweißproduktion/-absonderung, um den Körper bei Schweißverdampfung abzukühlen. Aber die Schweißdrüsen arbeiten so intensiv, dass sie übermäßig viel Schweiß absondern (=Superaktivität der NMDA-Rezeptoren). Da es der Schweiß nicht schafft zu verdampfen („rinnt wie ein Bach“), kühlt sich auch der Körperkern nicht ausreichend ab, und es kann zusätzlich zum starken, nicht kompensierten Abfall des Gesamtvolumens des zirkulierenden Blutes kommen (=eine Überreizung der Hirnstrukturen). Der Mangel an Flüssigkeit und Natrium-Ionen im Kreislauf, der infolge einer übermäßig starken Abwehrreaktion der Schweißdrüsen entsteht, ist einer der Faktoren, die bei Sommerhitze zum Kollaps führen. *Analog* dazu führt beim Alkoholentzug die Überreizung der Hirnstrukturen durch NMDA-Rezeptoren, deren Aktivität im Rahmen der Abwehrreaktion auf Alkohol übermäßig stark erhöht ist, zum Abstinenzsyndrom, mit einem starken Verlangen nach dem Alkohol.

Während sich die Funktion der Schweißdrüsen nach Beseitigung der Körperüberhitzung normalisiert, bleibt die Aktivität der NMDA-Rezeptoren nach einem wirklichen oder gedanklichen Kontakt mit Alkohol längere Zeit erhöht. Dies führt, wie schon erwähnt, zu

unangenehmen Empfindungen, die durch Alkohol rasch beseitigt werden können, da er die Aktivität der NMDA-Rezeptoren „beruhigt“. Jedoch nach einer vorübergehenden Blockade erhöht sich ihre Aktivität wieder und erneut tritt das Abstinenzsyndrom auf. Diesen Teufelskreis kann man wie folgt beschreiben: der Alkoholiker trinkt, weil es ihm schlecht geht, aber ihm geht es nur kurzzeitig „besser“, weil er trinkt.

Diese Ausführungen belegen anschaulich, dass sich die abstinenten Alkoholiker im Zustand „eines aufgenötigten Zwanges“ befinden, der durch Alkohol oder die Vorstellung von ihm hervorgerufen und durch das übermäßige „Anspringen“ von NMDA-Rezeptoren realisiert wird.

Von daher ist es auch verständlich, warum praktisch jeder Versuch, erneut kontrolliert zu trinken, ein Fiasko erleidet. Sofort nach der ersten Alkoholdosis wird bei dem abstinenten Alkoholiker der Teufelskreis in Bewegung gesetzt, der dem Alkoholiker die Möglichkeit nimmt, die aufrichtigsten Versprechungen und alkoholfreies Vorhaben einzuhalten: er muss so lange und so viel trinken, wie es sein Zustand und Geldbeutel erlauben.

Diese übermäßig starke Schutzreaktion kann auftreten, wenn der abstinenten Alkoholiker, auch unbewusst, Speisen, Süßigkeiten oder Medikamente mit Alkoholbeimengungen zu sich nimmt. Deshalb ist es zu empfehlen, diese immer nachzukontrollieren und zu vermeiden.

Der rückfällig gewordene „trockene“ Alkoholiker kann sich irrtümlicherweise damit rechtfertigen: er könne nichts dagegen machen, weil er ein hilfloses Opfer der Krankheit sei. Ist das so?

Nur teilweise! Die Gründe des Rückfalls darf man nicht ausschließlich im Organismus suchen, sondern auch in der Persönlichkeit des Alkoholikers, der sich oft vor Anstrengungen fürchtet, faul ist oder nicht imstande, seine rezidiv fördernde Lebensweise und die Alltagsgestaltung zu ändern.

Die wichtigsten Voraussetzungen für Rückfälle sind „Risikosituationen“, in welchen der „trockene“ Alkoholiker einer Versuchung höchst wahrscheinlich erliegen kann. Deshalb sollte er diese, besonders zu Beginn der Abstinenz, meiden oder den Raum verlassen.

Solche Situationen können zufällig oder unausweichlich für den Alkoholabhängigen entstehen. Jedoch geschieht dies nicht selten infolge einer Reihe von halb- oder unbewussten Entscheidungen und Handlungen, die den Betroffenen in diese Gefahren bringen.

Man unterscheidet drei häufige Risikosituationen:

1. negative, seltener superpositive emotionale Zustände (Langeweile, Wut, Frustration, Depression, Tod der Schwiegermutter, Geburt des Enkels usw.);
2. persönliche Konflikte und
3. aufdringliche, ständig in Versuchung bringende Umgebung (verbale oder direkte Nötigung der Arbeitskollegen, trinkende/-r Ehepartner/-in, Nachbarschaft einer Kneipe usw.).

Wenn sich der „trockene“ Alkoholiker innerlich aktiv darauf vorbereitet hat (das Ziel der SHG-Besuche), kann er einen effektiven Ausweg aus der Risikosituation finden. Dann spürt der Glückspilz seine „Macht“ über die aktuellen Ereignisse und eine langsam wachsende Fähigkeit, die Risikosituationen auch in der Zukunft zu kontrollieren. Dadurch vermindert sich die Gefahr eines Rückfalls.

Probleme entstehen dann, wenn der „trockene“ Alkoholiker nicht weiß, wie er sich in alten Situationen *neu*, anders verhalten soll. Er empfindet Unsicherheit und Hilflosigkeit bei der Steuerung der Ereignisse. Und besonders schwer fällt es denjenigen, den Rückfall zu vermeiden, die sich noch immer nach der Alkoholbetäubung sehnen (s. oben).

Hier erlaube ich mir, einen Gedanken zu zitieren. Obwohl dieser nicht bei einem Alkoholiker, sondern in einer anderen Situation entstand, beschreibt er treffend das Schicksal des rückfällig gewordenen und weiter saufenden Alkoholikers:

„Das schleichende Elend kommt unmerkbar, wie der Aussatz, bis man sich schließlich mit einem Leben abfindet, so widerwärtig, dass einen früher allein der Gedanke daran dazu getrieben hätte, es zu beenden.“ (17)

Der Rückfall trifft einen „trockenen“ Alkoholiker selten, wie ein Blitz aus heiterem Himmel, sondern er e n t w i c k e l t sich. Deshalb muss man seine Vorboten kennen, um „in sich hinein hörend“ das Befinden in dieser Früh-Phase rechtzeitig festzustellen:

1. Zunächst erscheinen klebrige Erinnerungen an die positiven Wirkungen des Alkohols (Leichtigkeit, Ungezwungenheit, Fröhlichkeit, Mut usw.);
2. Danach sucht man nach einem Vorwand zu trinken und überlegt an einer Rechtfertigung des Wunsches (z.B.: „Diese Gauner vom Jobcentrum haben mich zur Weißglut gebracht!“ oder „Meine Frau hat mich total genervt. Soll ich nicht doch ein Gläschen Bier trinken?“ usw.);
3. Allmählich dominieren Gedanken darüber, wie man unbemerkt für die Angehörigen den Trinkwunsch realisieren könnte. Es entsteht ein sich langsam verstärkender „Alkoholdruck“;
4. Die Durchführung – der sich noch zurückhaltende Alkoholiker geht in einen Laden und kauft „zufällig und unbewusst“ eine Flasche Schnaps oder, wenn er kein Geld hat, begegnet „plötzlich und unerwartet“ seinen alten Saufkumpanen;
5. Die Verwirklichung – der ehemals „trockene“ Alkoholiker trinkt wieder.

Aus dem Dargelegten wird offensichtlich: um einen Rückfall zu vermeiden, ist es notwendig, die Spirale des Sich-Selbst-Einmanövrierens in den Rückfall zu unterbrechen, und je früher, desto besser. Deshalb sollte man unverzüglich einen Vertrauten aus der Selbsthilfegruppe anrufen und versuchen, durch die Gespräche diese Eigendynamik zu stoppen. Wenn sich ein solcher Zustand wiederholt, dann sollte man sich, ohne auf den vereinbarten Termin zu warten, an den Therapeuten wenden, der die Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe klärt.

Wie sollte sich der Alkoholiker auf eine Risikosituation vorbereiten? Es gibt keine allgemeine Antwort auf diese Frage, weil die Situationen vielfältig und individuell sind. Man kann lediglich einige Ratschläge zur Orientierung geben.

Erstens, muss man üben, adäquat auf negative Emotionen zu reagieren. Das Selbst-Martern und Selbst-Bemitleiden führen zum Glas. Man sollte es zulassen, traurig sein und weinen (im direkten und indirekten Sinne) zu dürfen. Die Tränen und Gespräche helfen: sie „erleichtern“ die Seele.

Zweitens, darf man nicht von Konflikten weglaufen, jedoch soll man auch nicht mit Fäusten in die Brust schlagen oder Blitz und Donner sprühen. Es ist die Suche nach einem rationalen Weg zur intelligenten Lösung der Situation notwendig! Wenn der Anlass zur Verstimmung klar ist, gib dich nicht damit zufrieden. Suche nach dem Grund des Konfliktes und versuche, diesen zu beseitigen. Ändere auch die Situationen, in welchen dieser Grund entsteht. Aber beginne *alle Veränderungen zunächst bei dir selbst!* Wenn der Grund des Konfliktes nicht zu beseitigen ist, dann „kaue“ nicht auf dem Problem herum wie ein Wiederkäuer, sondern bewappne dich mit Geduld und Gelassenheit und nimm die Situation hin, wie ein vom Schicksal gesandtes Übel.

Drittens, lerne es, ein angebotenes Glas Alkohol abzulehnen. Die Form der Ablehnung hängt auch von der Situation ab. Echte Freunde bekneien dich nicht mit Fragen vom Typ: „Was ist los? Warum willst du nicht mittrinken – du achtest mich wohl nicht?“ Bleibe fest bei deinem „Nein!“, wie ein Fels, oder verlasse die Gesellschaft falscher Freunde!

Viertens, besuche die Selbsthilfegruppe regelmäßig, auch dann, wenn es dir gut geht!

Fünftens, unternimm etwas gegen Langeweile und Nichtstun: trainiere deinen Körper, streng dein Hirn an! Organisiere deine Freizeit, indem du von ihrer wahren Bestimmung ausgehst: es ist die Zeit zur Wiederherstellung der ausgegebenen körperlichen oder geistigen Kraft, zur Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit sowie zur Investition in die Familie und die nächsten Generationen. Die Freizeit ist nicht dazu da, um sich ununterbrochen auf der Couch vor dem Fernsehapparat zu „relaxen“!

Zusammenfassung:

1. Obwohl „Rückfälle“ nach der Therapie oft vorkommen, darf man sie nicht als unvermeidliche Notwendigkeit betrachten.
2. **Zu deinem „Rückfall“ trägst du „Selbst“ immer bei - als Hauptverursacher.**
3. Wenn ein „Rückfall“ passiert ist, dann bemühe dich, ihn in eine kurzzeitige Episode umzuwandeln:
 - wende dich an Freunde mit dem Ziel, den „Rückfall“ abubrechen; um „sich mal was von der Leber“ zu reden, in betrunkenem Zustand ist es nutzlos!
 - wende dich an den Psychotherapeuten, wenn du nüchtern bist, damit er deinen Zustand einschätzt und die weitere therapeutische Taktik vorschlägt;
 - versuche nicht, anderen die Schuld für den „Rückfall“ zuzuweisen oder dich selbst zu kasteien, sondern analysiere und **finde** (mit SHG-Hilfe?) **deinen Fehler, um diesen in der Zukunft nicht zu wiederholen!**

Streitet nicht darüber, wovon Ihr keine Ahnung
habt,
redet lieber über das, was ihr versteht.“
Orientalische Weisheit

Thema 7

Die Selbsthilfegruppen, ihr Beitrag und ihre Möglichkeiten zum Gesundungsprozess des Alkoholikers

Während der vorhergehenden Gespräche wurde uns klar, dass die Behandlung des Alkoholkranken mit der Entlassung aus der Klinik nicht abgeschlossen ist. Sie muss in Form einer unterstützenden Behandlung fortgesetzt werden. In dieser Etappe tritt der Alkoholiker selbst als Eigentherapeut mit dem Ziel auf, die gewonnenen Erkenntnisse mit Leben zu erfüllen. Um die Faktoren, die zur Entwicklung der Alkoholkrankheit geführt haben, zu beseitigen, sind Veränderungen in der Lebens- und Verhaltensweise sowie in den Wertvorstellungen notwendig. Dafür soll der „frische Abstinenzler“ u. a. seinen Gesichtskreis ständig erweitern.

Die Veränderungen des eigenen „Ich“ und der Umgebung kann nur der Alkoholiker *allein (d.h. selbst)* verwirklichen, aber gleichzeitig kann er es *allein (d.h. ohne Unterstützung)* fraglich schaffen, weil kaum einer genügend Geduld und Kraft für die unablässige Selbstkontrolle und den ermüdenden Kampf gegen den auftretenden Trinkwunsch hat.

Und genau hier erweist *die Selbsthilfegruppe (SHG)*, die in Russland „Gruppe der Nüchternheit“ genannt wird, dem Alkoholiker eine effektive Hilfe. Diese Gruppe soll man in den ersten fünf Jahren mindestens einmal pro Woche und später einmal pro Monat (bis zum Lebensende) besuchen und sich dabei aktiv an der Gruppenarbeit beteiligen. Warum soll man das tun?

Ein Anhänger des „Body-building“ muss zur Erhaltung der Schönheit (?) seines Körpers regelmäßig seine Muskeln trainieren, sonst verringert sich die Muskelmasse allmählich.

Ähnliches beobachtet man beim Alkoholiker, der regelmäßig in der SHG seinen Vorsatz und seine Willenskraft für ein alkoholfreies Leben „trainieren“ muss. Wenn er dies vernachlässigt, „erschlaffen“ sowohl der eine als auch die andere langsam. Ein Ergebnis davon sind zuerst Vorboten, und dann ist es bis zum „Rückfall“ nicht mehr weit!

In der SHG kann man „sich ausheulen“, beichten, Trost erhalten, unaufdringliche Ratschläge, aus der Position der kritischen Unterstützung heraus bekommen. Niemand der Anwesenden lacht über dich. Alle verstehen dich sehr gut, weil sie selbst in ähnlichen Situationen waren und den ganzen „Reiz“ dieser heimtückischen Krankheit erlebt haben. Hier machen die ständig auftauchenden Neulinge, die noch keine zwei zusammenhängende Wörter zu einem Satz bringen können und mit noch geröteten und aufgeschwemmten Gesichtern dasitzen, deutlich, dass das Leben unabhängig von seinem Verlauf im nüchternen Zustand unvergleichbar besser ist!

Kurz gesagt, in der *SHG* können die „trockenen“ Alkoholiker Kraft schöpfen und Enthusiasmus aus der Energiequelle tanken, die die *Gemeinschaft der Gleichgesinnten* heißt.

Es gibt gegenwärtig eine große Anzahl von SHG mit unterschiedlichen weltanschaulichen Grundlagen und Arbeitsqualität. Ich unterteile sie in drei „Kategorien“:

1. weltliche,
2. konfessionelle und
3. „Anonyme Alkoholiker“.

Weltliche SHG arbeiten auf humanistischer Grundlage und betrachten die Alkoholkrankheit als Ergebnis irdischer Fehler und Verirrungen. Leider arbeiten diese Gruppen ohne ein zielgerichtetes Programm, welches ihnen methodisch helfen könnte, das alkoholfreie Vorhaben zu verwirklichen. Ihre Zusammenkünfte erinnern an Treffen, an denen Alltagsprobleme besprochen werden, wo Kaffee getrunken und ein bisschen getratscht wird. Die Mitglieder solcher Gruppen helfen sich ab und zu wie gute Nachbarn.

Die konfessionellen SHG besuchen normalerweise gläubige Katholiken, Lutheraner, Baptisten, Zeugen Jehovas u. a. Sie arbeiten in der Regel auch ohne Programm. Da die Krankheit von ihnen (mit unterschiedlichen Nuancen) als Strafe Gottes für irgendwelche Sünden angesehen wird, können sie auf den Treffen beten und Gott um die Vergebung bitten, Buße tun, Gott für die Unterstützung danken usw.

Ich habe mehrmals die SHG bei einer Kirche besucht. Auf die mir gestellte Frage: "Warum beten Sie nicht mit uns?" – habe ich geantwortet, dass ich nicht beten kann. Außerdem glaube ich nicht an Gott, der auf heidnische Art und Weise vermenschlicht und verdinglicht wird. Ich könnte mir noch eine „Höhere Macht“ als Schöpferischen Geist oder als Neutralen Richter vorstellen, der für die Ordnung im Universum „zuständig“ ist. Aber auch dann könnte ich nicht glauben, dass der „Sehende“ all seine Angelegenheiten zur Seite legt, um das Gebet irgendwelcher irdischen Säufer anzuhören. Dazu sind diese Säufer angesichts des Universums nicht nur physisch unendlich klein und mehr als nichtig, sondern auch deren Gesundheitszustand hat in keiner Weise einen Einfluss auf das Dynamische Kosmische Gleichgewicht. Nach diesem Gespräch interessierte sich in dieser konfessionellen SHG schon keiner mehr für mich.

Die SHG der „Anonymen Alkoholiker“ (AA) sind informell in einer weltweiten Gemeinschaft vereint. Im Jahr 2003 gab es in der BRD ungefähr 2700, in der Schweiz 210 und in Österreich 160 Gruppen. Die Anzahl der Alkoholiker, die jährlich die AA-Gruppen in Deutschland besuchen, wird auf ca. 120000 geschätzt. Nach annähernden Angaben des Zentralen Büros der Gemeinschaft der „Anonymen Alkoholiker“ in New York gab es im Jahr 2003

AA-Gruppen in 150 Ländern der Erde: in ca. 100 000 Gruppen versuchten ca. 2.000 000 Alkoholiker, mit dem Trinken aufzuhören (Spiegel 19/2003).

Die Gemeinschaft der AA wurde 1935 in den USA von zwei „hoffnungslosen“ Säufnern gegründet, die wiederholt und erfolglos versuchten, mit dem Trinken aufzuhören: dem Experten einer Versicherungsgesellschaft William Griffith Wilson (1895 – 1971), genannt *Bill*, und dem Arzt Dr. Robert Holbrook Smith (1879 – 1950), genannt *Bob*. Die Gründung der Gemeinschaft war bitter notwendig, weil es damals keine vernünftigen Behandlungskonzepte gab und die USA-Gesellschaft sich um die Säufer vorwiegend in Form von Repressalien „kümmerte“. Dr. Bob erinnerte später daran: „Auf Arbeit bin ich etwas allergisch, aber ich hatte das Gefühl, dass ich fortfahren sollte, mich mit der Bibel noch vertrauter zu machen, und dass ich auch viel allgemeine Literatur, **möglichst wissenschaftlicher Art, lesen sollte** (hervorgehoben von mir W.S.). So habe ich mir gezielt das Lesen zur Gewohnheit gemacht. ... Ihr seht, dass wir in den damaligen Tagen im Dunkeln tappten. Wir wussten über den Alkoholismus praktisch nichts. Ich, ein Arzt, wusste darüber nichts Nennenswertes. Oh, ich las zwar davon, aber keines der Lehrbücher enthielt etwas Lesenswertes. Für gewöhnlich bezog sich die Information auf irgendeine sonderbare Behandlung des Delirium tremens, wenn ein Patient es so weit gebracht hatte. Wenn nicht, verschrieb man ein paar Beruhigungsmittel und hielt dem Burschen eine Gardinenpredigt. ...

Als wir mit Bill D. zu arbeiten begannen, hatten wir noch keine Zwölf Schritte; wir hatten keine Traditionen. Aber wir waren davon überzeugt, dass die Antwort auf unsere Probleme in der Bibel lag. Einige von uns Älteren empfanden die Bergpredigt, das 13. Kapitel der 1. Korintherbriefes und den Brief des Jacobus als absolut wesentliche Teile.“ (8).

Im Jahre 1939 erschien das erste AA-Buch, das zum Programm der Gemeinschaft im Kampf gegen das „Alkoholproblem“ auf individueller Basis wurde.

Dieses Programm besteht aus Zwölf Schritten: ein Teil der Empfehlungen und Ratschläge basiert auf den in dieser Zeit bescheidenen Errungenschaften der Medizin und Psychotherapie; hauptsächlich haben die Empfehlungen biblisch-psychologisch-alltäglichen Charakter und stellen die an das Alkoholproblem angepassten Belehrungen aus den oben erwähnten Kapiteln des „Neuen Testaments“ dar (7). Nach Meinung der AA, ist *die erste Bedingung* für die Umwandlung in einen „trockenen“ Alkoholiker *die Anerkennung seiner Machtlosigkeit dem Alkohol gegenüber*, d.h. des Kontrollverlustes beim Trinken, und *die Kapitulation vor dem Alkohol*, d.h. absoluter und lebenslanger Verzicht. Zu den weiteren pragmatischen Vorschlägen gehören die Änderungen seines „Ich“ dank dem *Streben nach Vervollkommnung mit Hilfe von Inventuren*, d.h. kritischen Selbstanalysen mit Beichte vor der Gruppe oder dem Mentor. Dazu gehört auch *die rationelle Hilfe* für Alkoholiker, die versuchen „trocken“ zu werden oder zu bleiben. Das hilft nicht nur den Hilfebedürftigen, auch die Helfenden erzielen dadurch einen großen Nutzen: ihr Vorhaben zur Fortführung des alkoholfreien Lebens wird gefestigt.

Zu den *irrationalen Schlussfolgerungen der AA* gehört die These, dass kein Mensch selbst oder mit Hilfe eines anderen Menschen in der Lage sei, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören.

Helfen kann nur die „Höhere Macht“, unabhängig davon, wie sie von jedem Einzelnen verstanden wird. Und deshalb sollen die Alkoholiker demütig ihr Schicksal dem Willen Gottes anvertrauen, den man durch Gebete und Meditationen erkennen kann. Wenn der Alkoholiker das gestellte Ziel erreicht hat, hat er den Willen Gottes erkannt; wenn nicht, soll er nicht verzweifeln und viel grübeln, sondern sagen „Dein Wille geschehe, nicht meiner!“ und weiter aktiv bleiben sowie das erste Glas stehen lassen.

Wie Sie sehen, die SHG-Landschaft ist nicht eintönig. Man kann sich eine SHG nach eigenem Geschmack und Anschauung aussuchen, d.h. jeder hat die Qual der Wahl.

Ich habe verschiedene besucht. *Hier ist meine Meinung*, die selbstverständlich nicht den Anspruch auf die „letztendliche Wahrheit“ hat.

Die weltlichen SHG waren für mich wegen ihrer Alltäglichkeit eintönig und langweilig. Eine einfache Aufzählung der banalen Ereignisse der Woche lässt in mir ein Schwermut aufkommen und ich erinnere mich dann an die mich lange quälende Frage, die schon durch Heinrich Prinz von Preußen gestellt wurde: „Ist es nicht besser, für immer einzuschlafen, als zu essen – den Körper von den Schlacken zu befreien – sich anzuziehen – wieder zu essen – sich wieder zu entschlacken – sich auszuziehen – ins Bett zu legen – zu schlafen oder Torheiten zu zweit zu machen. Ich möchte gerne wissen, warum man lebt?“ und er fuhr fort: „Ein Leben ohne Ereignisse wird mit der Zeit monoton, stagnierend und triste. Ich brauche entweder Liebe oder Projekte, oder wichtige Aufgaben. Für mich ist passives Leben – kein Leben! Mein Herz braucht Erregung und mein Geist – Übung.“ (14)

Die konfessionellen SHG entsprechen nicht meiner Weltanschauung. Und ich kann den schon oben erwähnten „rührenden“ Antropomorphismus Gottes nicht schweigend tolerieren. Naiv und seltsam erscheint mir auch die grundlose Hoffnung vieler Christen-Alkoholiker auf die *Auferstehung* von Überresten *ihrer sündhaften*, von Schnaps durchtränkten *Körper* mit einer verfetteten oder sogar zirrhotischen Leber, die ich mir kommentarlos nicht anhören kann, weil diese Hoffnung im Widerspruch zu diesbezüglicher Aussage der christlichen Original-Lehre steht (12). Ja, im „Neuen Testament“ ist von einer Auferstehung die Rede, aber doch nicht von klirrenden Gerippen! Selbst Joseph Ratzinger glaubt daran nicht: „Sowohl Johannes (6,63) wie Paulus (1Kor15,50) machen mit allem Nachdruck deutlich, dass die «Auferstehung des Fleisches», die «Auferstehung der *Leiber*» nicht eine «Auferstehung der *Körper*» ist. ... Paulus lehrt nicht die Auferstehung der Körper, sondern der Personen, und dies gerade nicht in der Wiederkehr der «Fleischesleiber», d.h. der biologischen Gebilde, die er ausdrücklich

als unmöglich bezeichnet («das Vergängliche kann nicht unvergänglich werden»), sondern in der *Andersartigkeit des Lebens der Auferstehung*, wie es im auferstandenen Herrn vorgebildet ist.“ (10)

In den Gruppen der „Anonymen Alkoholiker“ preisen die AA-Apologeten in ihrem Missionareifer die „Zwölf-Schritte“ als ein Original, dessen Gedankengut noch nie vorher existierte. Das folgende Zitat aus dem Dritten Schritt lässt jedoch plagiatorische Züge nicht übersehen: „*Unser ganzes Problem bestand darin, dass wir unsere Willenskraft falsch einsetzten. Wir hatten versucht, unsere Schwierigkeiten mit unserem eigenen Willen zu beseitigen, statt zu versuchen, ihn in Einklang mit Gottes Absicht für uns zu bringen.*“ Außerdem, wenn es mit Gottes Absicht alles einfach und deutlich wäre, gäbe es nicht die theologische Fachdisziplin „Die Theodizee“ – Rechtfertigung Gottes hinsichtlich des von ihm in der Welt zugelassenen Übels (19).

Mich verwundert auch die Glorifizierung von Bill und Bob, die fast in den Rang von Aposteln gehoben werden. Ich schmunzle auch, wenn einige „wahre AA-Freunde“ mit ihren spirituellen Erfahrungen kokettieren; obwohl mir bis zum heutigen Tag niemand so recht erklären konnte, was das ist⁴. Ein Befremden verursacht in mir die von einigen älteren AA-Freunden praktizierte „dickköpfige Starrheit“, die dem Geist des Programms, dem unablässigen Streben nach Vervollkommnung, widerspricht. Ungeachtet der ursprünglich objektiven und subjektiven Kargheit des Wissens, welches den Begründern der Gemeinschaft zur Verfügung stand, leisten die sog. „Oldtimer“ einen erbitterten Widerstand gegen jegliche Aktualisierungsvorschläge des nach ihrer Meinung unanfechtbaren Programms. Und der Vorschlagende wird ungefähr einer „Ketzerie bezichtigt“.

Aber da ich mit dem pragmatischen Teil des Programms einverstanden bin, gibt es für mich keine Alternative zu den AA-Gruppen. Spirituelle Bräuche werden nicht während des Meetings, sondern individuell praktiziert. Keiner wird gezwungen, im Namen der Höheren Macht etwas zu tun. Man darf auch nach Prinzipien des Guten und Humanen, die schon dem biblischen Samariter bekannt waren, handeln. Meiner Meinung nach sollte das Programm der „Anonymen Alkoholiker“ als Lektüre empfohlen werden, weil jeder Alkoholiker daraus etwas Nützliches für sich nehmen kann.

Selbstverständlich darf man auch *potentiell negative Einflüsse* der Selbsthilfegruppen nicht verschweigen. Hier erwähne ich in erster Linie das gut gemeinte, jedoch manchmal *schädliche Verhalten* von einigen Langzeit-Abstinenzlern sowie selbst berufenen „Autoritäten“. Diese bilden sich ein, dass ihre während der Verwirklichung des alkoholfreien Vorsatzes gewonnenen Erfahrungen auch in allen anderen Bereichen des menschlichen Lebens gültig seien. Und so versucht ein solcher, insbesondere zu medizinischen Problemen, haarsträubende Ratschläge und Empfehlungen zu verteilen. Jedoch wird der Feueifer eines „Märenspezialisten“ durch den kollektiven gesunden Verstand der Gruppe bald gebremst.

Oder behaupten einige selbstzufriedene „Leierredner“ mit kurzsichtigem Geist von einer geringen Eindringtiefe überzeugt, dass das „Wühlen“ in den wissenschaftlichen Büchern, um die Ursache seiner Abhängigkeit zu klären, sowie das „Klugscheißen“ zum Thema „Alkoholkrankheit“ nutzlos und sogar schädlich sei. Zur Bekräftigung „eigener Erfahrungen“ wird eine angeblich hohe Rückfälligkeit der philosophierenden „Alkoholiker-Intelligenzler“ mit spöttischem Schmunzeln angeführt.

Ist es wirklich so? Kann das wissenschaftliche „Philosophieren“ das Rückfallrisiko erhöhen? Versuchen wir die Ursachen-Folgen-Zusammenhänge zu klären.

⁴ Nach Recherche von theologischer Literatur verstehe ich diesen Begriff so: der *erhabene* psycho-emotionale Zustand der *Losgelöstheit*, der durch das intensive Gebet oder die Meditation induziert wird und in welchem ein zur vollkommenen Liebe *inspirierender Hauch* in individuell unterschiedlichen Formen **von Gott als Gnade** empfangen werde.

Alle wissen, wie schwer es dem Gewohnheitsalkoholiker fällt, Abstand von seinen ehemaligen Säufer-Kumpanen zu halten. Und trotzdem fällt es ihm unvergleichbar leichter, als dem trockenen „intelligenten Alkoholiker“ seinen Lebenssinn erneut zu finden. Außerdem quält den „Intelligenzler“ im Unterschied zum oft mit dem heutigen Tag lebenden „Prolet“ der Gedanke: er habe keine Zukunft. Der differenziert denkende Mensch ist jedoch „*das Wesen, das auf die Zukunft hin lebt, das in der Sorge sich fortwährend über seinen Augenblick hinaus entwirft und nicht mehr existieren könnte, wenn es sich plötzlich zukunftslos vorfände.*“ (11)

Meiner Meinung nach, wird das Rückfallrisiko erhöht nicht durch die restliche Wissbegierigkeit und das Philosophieren der „Alkoholiker-Intelligenzler“ sondern, aller Wahrscheinlichkeit nach, durch ihr länger andauerndes, intensiveres, krankhaftes und ermüdendes Erlebnis des von ihnen als unwiderruflich empfundenen Verlustes von Lebenssinn und Zukunft. Dieses Selbstfoltern unterstützt die ununterbrochene Aktivität des Teufelskreises auf den neurophysiologischen und zellulären Ebenen (s. Gespräch 1) und kann als Ursache der vermutlich häufigeren Rückfälle bei den „intellektuellen Versagern“ sein.

Die Häufigkeit der Gruppenbesuche und die Wichtigkeit der Gruppe sind von jedem langjährig „trockenen“ Alkoholiker individuell einzuschätzen. Die Mitglieder, die sich einsam fühlen oder ihre Freizeit nicht gestalten können oder die Angst vor ihren Lebensproblemen haben, besuchen die Gruppen in einer großen Stadt fast täglich, weil sie sich hier wohl fühlen. Jedoch sollte folgendes nicht vergessen werden: in der Gruppe *sitzt und redet man, um nicht zu trinken*, aber außerhalb der Gruppe *trinkt man nicht, um zu leben*. Meiner Meinung nach, können nur diejenigen das große Ziel –die Nüchternheit- erreichen, die diesen beiden Seiten ihres „trockenen“ Lebens eine gebührende Aufmerksamkeit schenken. Diesbezüglich kann jeder für sich selbst die Akzente setzen, mit Neu-Einschätzungen der Situation im Verlauf unter Berücksichtigung des aktuellen psycho-emotionalen Zustandes.

Wie stelle ich mir eine Selbsthilfegruppe vor?

1. Sie sollte auf weltlicher Grundlage arbeiten, aber auch mit einer offenen Tür für Gläubige. Diese dürfen die Gruppe nicht als bequemen Ort zum Missionieren betrachten. Meiner Meinung nach kann man die „verlorenen Söhne“ nicht durch das Psalmenvortragen auf den „richtigen Weg“ zurückbringen, sondern durch das eigene Beispiel eines alkoholfreien, vielseitigen und interessanten Lebens.
2. Alle sollten *aktiv* verstehen, was die Regel „In der Gruppe sind alle gleich“ bedeutet. Selbstverständlich sind alle Gruppenmitglieder vor den Naturgesetzen und der Verfassung gleich. Aber hierunter versteht man das gleiche Recht und der Wunsch aller Mitglieder, der Gruppe je nach den sich ändernden Möglichkeiten und Fähigkeiten des genesenden Alkoholikers *e t w a s* zu geben und von der Gruppe nach vernünftigen Bedürfnissen zu nehmen. Je mehr jeder in die Gruppe einbringt, desto reicher und vielseitiger wird ihre Erfahrung und desto mehr kann jeder Einzelne von ihr profitieren.
3. Beim Erzählen von „seiner vergangenen Woche“ sollte jedes Gruppenmitglied nicht nur Fakten und Ereignisse auflisten, sondern sie auch emotional bewerten. In Problemfällen wäre es wünschenswert, von den Überlegungen zur ihrer Beseitigung mitzuteilen.
4. In der Gruppe sollten weniger Klagelieder über Geldmangel, unaufmerksame Hausärzte und herzlose Behörde klingen sowie weniger Hypochondrie und Wiederkäuen von Banalitäten herrschen, weil dies die Gesprächsteilnehmer ermüdet und ihre Empathie zum Aussagenden absinkt
5. Die Gruppengespräche sollten nicht nur auf Alltagsthemen beschränkt bleiben. Wenigstens einmal im Monat könnte ein „erhabenes“ Thema besprochen werden. Nicht

umsonst wurde schon den alttestamentlichen Juden geraten, am 7. Wochentag die Alltagsdinge beiseite zu legen, Hast und Nichtigkeiten zu vergessen, um sich mit der „Tora“ zu beschäftigen. Für die Gruppenmitglieder ist es gefährlich, ihr Leben nur auf das Alltägliche und die Gedanken an die „schwer zu ertragende“ Nüchternheit zu beschränken. Sie dürfen nicht vergessen, dass das Leben weiter, tiefer, höher und schöner ist als nur der graue Alltag!

Und zum Abschluss unterstreiche ich noch einmal Folgendes: man sollte die SHG nicht mit Psychotherapie-Einrichtung oder mit Sozialberatung verwechseln, und schon gar nicht mit einem Vorbereitungskurs für das Gespräch mit dem Psychologen der Verkehrspolizei („MPU“ oder „Idioten-Test“). Die Aufgaben der genannten Instanzen überschreiten die Kompetenz der SHG oder sie unterscheiden sich von ihrer Aufgabestellung. **Die Aufgabe der Gruppe ist klar und eindeutig: dem Alkoholiker zu helfen, sein Ziel - das alkoholfreie Leben- zu erreichen.** In die Gruppe kommen hauptsächlich Menschen, die sich selbst zu ihrer Alkoholabhängigkeit bekennen und in der überwiegenden Mehrheit nach einer professionellen Therapie. Die Hauptaufgabe der SHG realisiert sich durch die Senkung des Rückfallrisikos dank des Erfahrungsaustausches unter den Gruppenmitgliedern. Jeder erzählt, wie es ihm persönlich gelingt, sein „Ich“ und seine Umgebung zu ändern und die mit sich ein erhöhtes Risiko für „Alkoholdruck“ bringenden Faktoren zu beseitigen oder ihnen aus dem Weg zu gehen. Im Fall eines Rezidivs analysiert der Betroffene seine Fehler, um sie nicht noch einmal zu machen.

Das heißt, **die SHG kann individuelle Probleme nicht beseitigen!** Aber in ihr erhöhen die Gruppenmitglieder durch die gemeinsamen Erfahrungen ihre „Moral“ und Widerstandskraft sowie bekommen Anstöße, **selbst** ihre eigenen Probleme zu lösen. Wenn etwas mehr als das in der *Gruppe* (der gegenseitigen Hilfe) *für die Selbsthilfe* passiert, ist es eine mögliche angenehme Zugabe.

„Alles ist mir erlaubt, aber nicht
alles dient zum Guten.
Alles ist mir erlaubt, aber es darf
mich nichts gefangen nehmen.“ (10)

Thema 8

Ist die Alkoholabhängigkeit heilbar?

Nach Angaben von zahlreichen Veröffentlichungen leben drei Jahre nach Entgiftung und langzeitiger Entwöhnungsbehandlung nur 30 – 40 % der Alkoholiker abstinent („trocken“). Die übrigen 60 – 70 % werden rückfällig und fallen allmählich von der abstinenten Zielgruppe ab:

- | | |
|---|--|
| 1. Gruppe – die Alkoholiker brechen die Therapie ab | „Wenn das Wort (des Psychotherapeuten – W.S.) gesät wird und sie (Alkoholiker – W.S.) es gehört haben, so kommt sogleich der Satan und nimmt das Wort weg, das in sie gesät worden ist.“ |
| 2. Gruppe – die Alkoholiker werden rückfällig kurz nach der Entlassung | „Wenn sie das Wort gehört haben, nehmen sie es bald mit Freuden auf, aber sie treiben keine Wurzeln, sondern sind wetterwendisch, und so fallen sie gleich ab.“ |
| 3. Gruppe – die Alkoholiker werden rückfällig im späteren Verlauf | „Die hören das Wort, aber die Sorgen dieser Welt... und die Begierden nach all dem Anderen dringen ein und ersticken das Wort, und so bleibt es ohne Frucht.“ |
| 4. Gruppe – die ehemaligen Patienten leben alkoholabstinent und motivieren die noch trinkenden Alkoholiker durch Vorbild, mit Rat und Tat, ihre Krankheit, stoppen zu wollen. | „Diese aber sind's, bei denen auf gutes Land gesät worden ist: sie hören das Wort und nehmen's an und bringen Frucht, dreißig- und sechzig- und hundertfach.“ |

Die allegorische Gruppencharakterisierung entnahm ich aus dem „Sämann“ (9). Erzählt vor ungefähr 2000 Jahren zeigt dieses Gleichnis anschaulich die Möglichkeitsgrenzen von Wirkung *des Wortes*, das das Hauptarbeitsinstrument des Psychotherapeuten ist.

Warum sind die Behandlungsergebnisse so enttäuschend? Was ist los?

Bevor wir jedoch eine Antwort auf die gestellten Fragen suchen, erinnern wir uns noch einmal an unser erstes Gespräch, und zwar: an die Entwicklungsmechanismen der Alkoholabhängigkeit.

Eines der natürlichsten Bedürfnisse des Menschen ist es, sich von Zeit zu Zeit zu freuen. Dieser Zustand tritt nach den Anstrengungen ein, die zum Erreichen eines gesetzten Ziels oder zur Abwendung einer Gefahr unternommen wurden, und wir erleben ihn als ‚Belohnung‘ für diese Bemühungen. Leider findet der moderne Mensch, unabhängig von Niveau und Intensität seines Lebens, immer seltener Anlässe für natürliche Freude. Deshalb schafft er sich diese zuerst mit Hilfe der Familie, Freunde, Kollegen usw. und später organisiert er sich selbständig ‚künstliche Freude‘. Da der Alkohol am leichtesten zugänglich ist, wird er öfter als andere euphorisierende Mittel dafür eingesetzt.

Und wer findet die Leichtigkeit, Sorglosigkeit, das „Beseitigen“ aller Sorgen sowie Ängste und das Gefühl, Flügel zu haben, nicht schön? *Deshalb gewöhnt man sich an die Erzeugung „künstlicher Freude“, d.h. es entwickelt sich die psychische Abhängigkeit.*

Der Organismus erkennt jedoch den exogenen Alkohol von Anfang an als Gift und mobilisiert zur Abwehr die ‚Rettungsdienste‘: *die Leber* erhöht die Ausschüttung von γ GT, um die

Histamin freisetzende Wirkung von Alkohol zu neutralisieren; die Aktivität und die Reserven der *Alkoholdehydrogenase* steigen an, um die Alkoholmoleküle zu zerstören. *Auf neurophysiologischer Ebene* kommt es langsam zur ‚Ermüdung‘ der GABA-Rezeptoren und zur Aktivitätserhöhung der NMDA-Rezeptoren, um dem hemmenden Alkoholeffekt auf die Gehirntätigkeit entgegenzuwirken. *Auf intrazellulärer Stoffwechselebene* kann das unvollkommene Reservensystem, MEOS, eingeschaltet werden, weil die anderen ‚Rettungsdienste‘ allein mit einem massiven „Ansturm“ von Alkoholmolekülen nicht zurechtkommen.

Aber die außerordentliche Intensität der Abwehrreaktion auf neurophysiologischer Ebene sowie die Unvollkommenheit des MEOS führen von selbst bei einem Abfall der Alkoholkonzentration im Blut zu Störungen des Gleichgewichts im Organismus, die sich als Abstinenzsyndrom mit dem Alkoholbedürfnis manifestieren. Deshalb trinkt der aktive Alkoholiker nicht zur Erzeugung „künstlicher Freude“, sondern zur zeitweiligen Beseitigung von unangenehmen bis quälenden Empfindungen. Natürlich könnte man diese auch auf längere Sicht beseitigen, aber dazu müsste man das Abstinenzsyndrom aushalten und anschließend auf die Erzeugung künstlicher Freude durch Alkohol bis an sein Lebensende verzichten.

Aber kommen wir auf die Suche nach Antworten auf die oben gestellten Fragen zurück und untersuchen die einzelnen Behandlungsetappen auf ihre Effektivität.

Nach der *Entgiftungsbehandlung* ist der Organismus bei über 99% der behandelten Patienten in der Lage, ohne Alkohol zu funktionieren.

Nach der *Langzeit-Entwöhnungsbehandlung* versuchen vermutlich mindestens 80 % der Alkoholiker, abstinent zu leben. Da der Erfolg dieser Behandlungsetappe ein Ergebnis der Interaktion (Zusammenwirkung) von Psychotherapeut-Patient-Therapiekonzept darstellt, habe ich versucht, auf der Grundlage von Fakten aus der Spezialliteratur die Rolle dieser drei Faktoren herauszufinden.

In den Empfehlungen des Regionalen Europäischen Büros der Weltgesundheitsorganisation Nr. 65 konnte ich lesen, dass „*die Einstellung des Psychotherapeuten* einen entscheidenden Einfluss auf die Heilungsmotivation des Patienten hat.“(1). Miller WR et al. vertraten 1991 die Meinung, dass hauptsächlich drei Charakteristika des Psychotherapeuten die Verbesserung des Zustandes eines Alkoholikers bewirken: absolute Empathie (Fähigkeit, sich in andere zu versetzen), unerschöpfliche Zuwendung und Aufrichtigkeit. Ich bin der Meinung, dass die überwiegende Mehrzahl der Psychotherapeuten über diese Eigenschaften verfügen.

Die Behandlungseffektivität hängt mutmaßlich auch davon ab, ob der Alkoholiker *freiwillig oder erzwungen* in die Klinik kam. Weisner CM veröffentlichte 1990 eine umfassende Umfrage zur erzwungenen Behandlung in den USA. Er unterscheidet vier Arten von Zwang: Zivile Verurteilung, Beschluss der Justizorgane, Empfehlung des Arbeitgebers und Druck von der Familie. Aber leider gibt er keine eindeutige Antwort auf die Frage: gibt es Unterschiede zwischen freiwilliger oder erzwungener Behandlung. Finn P kam schon 1985 zu dem Schluss, dass die Zwangsbehandlung von alkoholisierten Autofahrern hinsichtlich der Senkung der Wiederholung von Rechtsverletzungen nicht so effektiv ist wie Bestrafungsmaßnahmen (z.B.: Entzug des Fahrerscheines). Da es keine statistisch bestätigten Fakten über die Effektivität der Zwangsbehandlung gibt, kann man lediglich eine logische Schlussfolgerung ziehen: beim Fehlen eines klaren Problemerkennnisses und der Bereitschaft, die verhängnisvolle Lebensweise zu ändern sowie die Verantwortung für die Behandlungsergebnisse zu übernehmen, wird eine gegen den Willen stattfindende „Hilfe“ kaum zum Erfolg führen. Außerdem sind bei einer Zwangsbehandlung auch die Ziele fragwürdig, weil die Behandlung nicht auf die Gesundung und das Wohlergehen des Kranken gerichtet ist, sondern in erster Linie auf die Befriedigung der Interessen anderer Personen.

Gibt es Unterschiede in der Effektivität der therapeutischen Konzepte?

Das Nationale Institut für Alkoholismus und Alkohol der USA realisierte das Projekt „MATCH“ (Therapieauswahl bei Alkoholproblemen für unterschiedliche Klientenkreise). Das war das größte und teuerste Projekt, welches bis zum heutigen Datum dem Problem „Alkoholismusbehandlung“ gewidmet wurde. An dem Projekt beteiligten sich acht Therapiezentren, die 1600 Patienten beobachteten. Im Rahmen dieses Projektes verglich man drei Therapiekonzepte:

1. Motivationstherapie,
2. Kognitive Methode und
3. „Zwölf-Schritte-Programm“ der „Anonymen Alkoholiker“.

Die Ergebnisse einer 3-Jahre-Abstinenz wurden schon veröffentlicht und einer heißen Diskussion unterworfen (3). Ich nenne diese in Zahlen entsprechend der oben angeführten Reihenfolge: 24%, 27% und 36%.

So wurden wenn auch bescheiden, jedoch statistisch signifikant die besten Behandlungsergebnisse nach dem AA-Programm erzielt. Für mich blieb nur eines nicht ganz klar: haben die AA-Patienten schon nach drei Monaten aufgehört, die Gruppen zu besuchen, wie es bei Behandlung nach den anderen Konzepten der Fall war, oder haben sie die AA-Gruppen im Verlauf des gesamten Beobachtungszeitraums besucht. Im letzteren Fall darf man die Behandlungsergebnisse nicht miteinander vergleichen, weil die Behandlungsdauer nach den untersuchten Konzepten unterschiedlich war.

Liebe Teilnehmer unseres heutigen Gesprächs!

Ihnen schwirrt wahrscheinlich schon der Kopf von diesen Literaturdaten. Aber ich wollte unbedingt demonstrieren, was für eine schwierige Sache es ist, Lösungen für das Problem zu finden und sie zur allgemeinen Anwendung in der klinischen Medizin und noch mehr in der Psychotherapie zu empfehlen.

Es bleibt uns noch das Folgende zu klären: *Worin unterscheiden sich nach einer Langzeit-Entwöhnungsbehandlung die rückfällig gewordenen „trockenen“ Alkoholiker von denen, die weiterhin abstinent leben?*

Nicht selten hört man von den rückfälligen Alkoholikern oder deren enttäuschten Angehörigen: „Die Behandlung hat nichts gebracht! Was soll man auch erwarten, wenn man bei der Entlassung keine Medikamente verschrieben bekommt!“. Diese typische Rechtfertigung erlaubt es festzustellen, dass viele rückfällige Alkoholiker das Wesentliche der Alkoholabhängigkeit nicht begriffen haben und dieselbe wie andere körperliche Erkrankungen weiterhin betrachten. Sie haben auch nicht verstanden, dass die Psychotherapeuten ihnen bei der Entlassung aus der Klinik eine ‚Medizin‘ in Form einer Mixtur verschrieben haben. Diese Mixtur besteht aus folgenden Komponenten: das Streben nach Selbstvervollkommnung, die Veränderung des Umfeldes, der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe und die Eigenverantwortung für die Behandlungsergebnisse. Wenn diese hausgemachte ‚Medizin‘ vom Alkoholiker nicht anerkannt oder abgelehnt und infolgedessen nicht angewandt wird, dann muss man die in der Klinik begonnene Behandlung als abgebrochen bewerten. Es versteht sich von selbst, dass in solchen Fällen kein einziges therapeutisches Konzept helfen kann. Kurz gesagt, auch für den Alkoholiker gilt:

„Ohne Fleiß – kein Preis!“

Aber jetzt beschäftigen wir uns mit einer weniger ermüdenden Frage: *was hat man beim Alkoholiker zum Zeitpunkt der Entlassung nach der zweiten Behandlungsetappe (Tab. 7) letztendlich erreicht?*

Es ist gelungen, die körperliche Abhängigkeit sowohl auf der Stoffwechsel-Ebene als auch auf der neurophysiologischen Ebene zu beseitigen: aktuell besteht kein unüberwindbares Bedürfnis nach Alkohol (s. Definition im ersten Gespräch).

Der menschliche Organismus erinnert sich jedoch normalerweise an die meisten Substanzen, mit denen er in Berührung kommt.

- *Im Bewusstsein* bleibt die Erinnerung an den positiven Effekt des Alkohols beim Imitieren der Freude und bei der „Beseitigung“ von Schmerz und Trauer; deshalb bleibt der Wunsch (=psychische ‚Abhängigkeit‘), wie auch beim „normal“ Trinkenden, ein Gläschen des alkoholischen Getränkes zu sich zu nehmen.
- *Unbewusst* für den Betroffenen bleibt der Alkohol im ‚Gedächtnis‘ seines Körpers als Gift, gegen den der Organismus ankämpfte.

Und wenn der „trockene“ Alkoholiker ein freudloses Leben führt, so taucht in seinem Gedächtnis, wie auch beim „normal“ Trinkenden in solchen Situationen, die bekannte Möglichkeit auf und entsteht der Wunsch, sich mit Hilfe von Alkohol „künstliche Freude“ zu holen. Diese Gedanken sowie eingebildete oder reale Situationen, die mit dem Alkoholgebrauch in der Vergangenheit assoziiert werden, können reflektorisch an das unbewusste ‚Gedächtnis‘ übermittelt werden. Die Information wird als potentielle Gefahr, bevorstehender Eintritt des schon bekannten Giftes in den Organismus eingeschätzt. Deshalb schaltet sich vorbeugend der Abwehrmechanismus ein:

- die Aktivität der NMDA-Rezeptoren wird erhöht, das führt zu ähnlichen Empfindungen wie beim Abstinenzsyndrom, und
- das MEOS wird in den Zellen aktiviert, das kann zu einem intrazellulären Defizit an endogenem Alkohol mit resultierender Empfindung von „Alkohohlunger“ führen.

Im Ergebnis entsteht jenes nur mühsam überwindbare Verlangen nach Alkohol, das unter dem Namen „Alkoholdruck“ weltbekannt ist.

Deshalb sollte man sich sofort, bei Auftreten des Verlangens zu trinken, mit jemandem aus der SHG in Verbindung setzen. Die Gespräche «vertreiben» die Trauer, «erleichtern» die Seele und «im Herzen» wird es fröhlicher. Das alles kann die Intensität des Wunsches nach „künstlicher Freude“ herabsetzen. Reale Situationen, die mit dem Alkoholgebrauch assoziiert werden, muss man am Anfang meiden oder sich aus ihnen entfernen; bei klebriger Erinnerung an solche Situationen muss man wieder ein Gespräch mit einem SHG-Mitglied suchen. Das reale oder telefonische Auftauchen einer neuen Person, die für die früher erlebten, «alkoholisch verfärbten» Situationen nicht typisch ist, kann die Alkoholassoziation „löschen“ und dank dessen die vorbeugende Aktivität des Abwehrmechanismus „beruhigen“ und den „Alkoholdruck“ senken. *Dadurch können die unsichtbaren, aber fühlbaren Kraft und Macht des Gespräches und der Selbsthilfegruppe erklärt werden.*

Aus dem in acht Gesprächen Dargelegten ergibt sich folgende **Schlussfolgerung**:

1. die Alkoholabhängigkeit ist ein zutiefst irdisches und nicht übernatürliches Problem, das nur mit menschlichen Anstrengungen und Möglichkeiten gelöst werden kann;
2. die Alkoholabhängigkeit ist theoretisch zu beseitigen.

Aber praktisch bleibt eine lebenslange Prädisposition (Neigung) zur Abhängigkeit, die die oben ausführlich besprochene erhöhte Bereitschaft zu einer übermäßig starken Abwehrreaktion des Organismus gegen den Alkohol darstellt. **Diese Prädisposition ist der ‚Wegbereiter‘ der Abhängigkeit, die sofort oder allmählich, jedoch unabwendbar beim erneuten gedanklichen oder realen Kontakt mit Alkohol „aufbricht“.** Deshalb bleibt der „geheilte“ abhängiger Alkoholiker formal ein Alkoholiker, aber mit Beifügung des kleinen Wortes „trockener“.

Ich nenne Ihnen auch *zwei «Indikatoren»*, die Hinweise geben, dass das alkoholfreie („trockene“ oder abstinente, nüchterne) Leben noch nicht richtig gestaltet wird. Das sind die Behauptungen des Betroffenen, er habe:

1. die so genannte „Abhängigkeitsverlagerung“ oder
2. schlechtes Befinden und Unzufriedenheit „infolge der Nüchternheit“.

Diese beiden Behauptungen sind meiner Meinung nach korrekturbedürftig.

Erstens: nach der Therapie sind die Wirksamkeit der bedingten Reflexe und die erhöhte Aktivität der NMDA-Rezeptoren, die die Grundlage der Alkoholabhängigkeit bilden, erloschen. Unverändert blieben aber die alten Verhaltensmuster, die auch ursächlich für das Auftreten neuer Maßlosigkeit verantwortlich sind, und nicht die vermeintliche Verlagerung der Alkoholabhängigkeit. Die alten Verhaltensmuster schaffen, wenn sie nicht geändert werden, die Voraussetzung für eine neue Abhängigkeit (z.B. Fresssucht mit Fettleibigkeit als Folge) oder für das erhöhte Rückfallrisiko.

Zweitens: man darf von der Nüchternheit keine Wunder erwarten. Nüchternheit bedeutet vor allem die Beseitigung des „benebelten“ Bewusstseinszustandes, was eine der wichtigsten Bedingungen für eine adäquate Wahrnehmung des Daseins ist. Unser Befinden wird von der positiven oder negativen Bewertung der Signale, die sowohl aus dem Körper als auch aus unserem Milieu ins Hirn gelangen. Die „schlechten“ Signale aus der Innen- und Außenwelt bescheinigen den alten Status quo, d.h. unser Leben blieb nach der Entwöhnungsbehandlung unverändert. Da die Nüchternheit von sich aus unser Leben und somit die Signale ins Hirn nicht ändern kann, sollte es dem Betroffenen klar sein: nicht die Nüchternheit ist schuld, wenn er sich unzufrieden fühlt, sondern seine alte Trägheit. Folglich muss er aktiver werden! Dann wird sein Leben in objektivem und subjektivem Sinn inhaltsreicher und zufriedener.

Also, liebe „trockene“ Alkoholiker, verzagen Sie nicht und bemitleiden sich nicht selbst, weil Sie nicht trinken „können“. Bedauern Sie lieber diejenigen, die weiter Alkohol trinken, weil sie sich mit dem vorzeitigen Tod abgefunden haben.

Und die „normal“ Trinkenden bedauern Sie deshalb, weil sie den Russisch-Roulette-Spielern ähneln. Jeder weiß, dass er durch die „Alkoholkugel“, d.h. die Abhängigkeit, getroffen werden kann, aber jeder hofft, dass dieser Kelch an ihm vorbeigeht.

Außerdem, um zu hoffen, muss man zuerst nachdenken. Aber denken viele nach?

Liebe Freunde!

In den letzten Monaten haben Sie viel erfahren. Aber das Wissen allein ist nur eine wichtige Voraussetzung für richtiges Handeln. Setzen Sie also Ihr Wissen in die Tat um! Krempeln Sie die Ärmel hoch und machen sich daran, Ihr Dasein zu verändern!

Ich wünsche Ihnen allen einen „trockenen“ Weg zur Erreichung des alkoholfreien Zieles.

Ihr W.S.

Literaturverzeichnis

1. Schröder J: Canossa – Kampf der Gewalten. GEOEPOCHE Nr. 10, 50-59
2. Ado AD und Ischimova LM: Patologitscheskaja Fisiologija – Lehrbuch für Medizinstudenten. Verlag „Medicina“, Moskwa 1973
3. Ratzinger J: Einführung in das Christentum. 7. Auflage 2006
4. Diehl A und Mann K: Früherkennung von Alkoholabhängigkeit. Deutsches Ärzteblatt, 2005, 33, 2244
5. Aus den Text-Kommentaren zur Ausstellung „Impressionisten, Expressionisten, Täuschungsmanöver“ in der Würth-Kunsthalle, Schwäbisch Hall im Juli 2006
6. Süß H-M: Zur differentiellen Wirksamkeit von psychosozialen Behandlungsmaßnahmen bei Alkoholabhängigen. Abhängigkeiten, 2004, 3
7. Urquhart G: Im Namen des Papstes – wie ultrakonservative Organisationen die Macht in der Kirche übernehmen. München 1998
8. Koch M: Sprache – Kapital fürs Leben. Apotheken Umschau, 15.05.06, Gastkolumne
9. Bergner Th: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt, 2004, 33, 1866
10. „Odysseus“. In: Klassische Sagen, Lechner Publishing Ltd. Limassol 1998
11. Das Evangelium nach Markus 4, 13-20
12. Zwölf Schritte und Zwölf Traditionen. Hrsg. von „Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.“, München, 10. Auflage 2004
13. SFA-ISPA Abhängigkeiten: Behandlung Alkoholabhängiger.
http://195.141.42.98/ServicePresse/allemand/Abhängigkeiten/forel_klinik.htm
14. Pinckaers S: Das geistliche Leben des Christen – Theologie und Spiritualität nach Paulus und Thomas von Aquin. Bonifatius-Verlag Paderborn 1999
15. Ziebura E: Prinz Heinrich von Preußen. Aufbau Taschenbuch Verlag GmbH, Berlin 2004