

Bachelor-Thesis

Sucht – Alkoholismus

vorgelegt von

Paul Rieck

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0250-1

Bachelor Studiengang Soziale Arbeit

im Sommersemester 2011

Prüfung: Bachelor-Thesis

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. med. habil. Schwab

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. Sparschuh

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Sucht – Abhängigkeit	2
2. Suchtentstehung	4
2.1 Die Persönlichkeit	5
2.2 Die Gesellschaft	6
2.3 Die Suchtmittel	8
2.3.1 Der Rausch	8
2.3.2 Die Toleranz	9
2.3.3 Das Suchtpotenzial	9
2.3.4 Die Bindekraft	10
2.3.5 Die Körperliche Abhängigkeit	11
2.3.6 Die Physische Abhängigkeit	12
3. Die Droge Alkohol	13
3.1 Definition Alkoholismus	13
3.2 Grundbegriffe	13
3.2.1 Resorption	14
3.2.2 Verteilung	14
3.2.3 Resorptionsdefizit	15
3.2.4 Alkoholkonzentration	15
3.2.5 Stoffwechsel	16
3.3 Alkoholikertypen	17
3.3.1 Der Konflikttrinker – Alpha-Typ	17
3.3.2 Der Gelegenheitstrinker – Beta-Typ	18
3.3.3 Der süchtige Trinker – Gamma-Typ	18
3.3.4 Der Spiegeltrinker – Delta-Typ	18
3.3.5 Der Quartalstrinker – Epsilon-Typ	19
3.4 Auswirkungen des Alkohols	19
3.4.1 Psychologische Folgeschäden	20
3.4.2 Leichte Rauschzustände	20

3.4.3	Mittelgradiger Rauschzustand	21
3.4.4	Schwerer Rauschzustand	21
3.4.5	Alkoholisches Koma	22
4.	Folgekrankheiten des Alkohols	22
4.1	Einleitung	22
4.2	Leberschaden	22
4.3	Magen	23
4.4	Herz	24
4.5	Krampfanfälle	24
5.	Zusammenfassung	26
6.	Quellenverzeichnis	28

Einleitung

Seit ungefähr 5 Jahren arbeite ich in einer Einrichtung für sozial schwache Menschen die auch meistens eine Suchterkrankung vorweisen. Durch die Arbeit ist das Thema Alkohol schon eine Weile mein Begleiter. Alkoholismus ist eine ernst zu nehmende Krankheit, die Menschen in ein völlig anderes Leben katapultieren kann. Doch ab wann ist man suchterkrankt vom Alkohol? Wie kann man sich davor schützen, obwohl es doch von der Gesellschaft manchmal gewollt und toleriert wird etwas zu trinken.

Es gibt viele Faktoren die die Menschen süchtig machen können. Da gibt es zum Beispiel die Spielsucht, Sexsucht oder die Sucht nach den verschiedensten Stoffen, wie Drogen oder Alkohol.

In dieser Arbeit werde ich auf das allgemeine Suchtverhalten eingehen und mich dann genauer mit dem Alkoholismus beschäftigen. Ich werde erläutern was der Alkohol in unserem Körper auslöst und was für Folgeschäden er hinterlässt bei ständiger und unbewusster Konsumierung.

1. Sucht – Abhängigkeit

Sucht? Was bedeutet Sucht und was verbirgt sich hinter diesem Begriff? Sucht ist ein ausdrucksstarkes Wort und jeder kann sofort irgendwas damit in Verbindung bringen. Dieser Begriff besitzt viele unschöne Charakterzüge, wie zum Beispiel auch Eifersucht, Habsucht und Rachsucht. Deswegen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon 1964 versucht den Begriff Sucht durch die Fachbezeichnung Abhängigkeit zu ersetzen. Somit ist eine fachlich-wissenschaftlich korrekte Richtung gegeben und weist auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von chemischen Substanzen hin. Durch den Begriff Abhängigkeit ist die Vielschichtigkeit der Probleme, die mit Alkoholismus und Drogenabhängigkeit zusammenhängen, besser erläuterbar.¹

Durch das Urteil vom Bundessozialgericht von 1968 wurde Alkoholismus als eine Krankheit angesehen und anerkannt. Dies war zu einer Zeit wo viele junge Leute sehr viel mit illegalen Drogen experimentierten. Es kam zu einer regelrechten Drogenwelle. Bis Ende der Sechzigerjahre waren Heilstätten für sozialfürsorgliche und erzieherische Behandlungen ausgerichtet und nicht für suchtkranke Menschen. Erst nach dem Urteil vom Bundessozialgericht wurde vermehrt psychotherapeutisch gearbeitet. Aber was ist Sucht? Was ist das, was den süchtigen Menschen so belastet und ihn in eine Verhaltensweise drängt, mit irgendwelchen Mitteln etwas erreichen zu wollen, auch wenn es nur ein vermeintliches Erreichen ist? Ist es eine Sehnsucht, das Sehnen nach etwas Unerfülltem, was dennoch unerfüllbar bleibt und somit schließlich „krank“ macht? Dieses Gefühl von Unerfülltheit versucht dieser Mensch dann mit ungeeigneten Mitteln zu heilen. Ist dementsprechend Sucht ein verkehrter Versuch, etwas zu heilen, nach dem man eine große Sehnsucht hat? Letztendlich dann ein missglückter Selbstheilungsversuch?²

Seit den Sechzigerjahren versucht die Wissenschaft, Antworten auf diese Fragen zu finden. Das Interesse über die Fragen von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit hat zugenommen und zu Beginn des einundzwanzigsten Jahrhunderts kam es

¹ vgl. Knoll 2002, S. 12

² vgl. ebenda, S. 12

zu einer übergroßen Anzahl von Artikeln, Büchern und Zeitschriften, die sich mit dem Thema Suchtproblematik auseinandergesetzt haben.³

Am 26. April 2011 stellte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. ihr Jahrbuch SUCHT 2011 vor. Sie stellte somit die aktuellen Daten zu den verschiedenen Suchtstoffen vor und die zum Pathologischen Glücksspiel und zum Thema Essstörungen. Unter anderem wurden auch Zahlen zu der Versorgung Suchtkranker, Zahlen zur Behandlung und auch Konsumzahlen veröffentlicht.

Es ist ein Rückgang des Alkoholkonsums in Deutschland zu beobachten. Im Jahr 2009 wurden 9,7 Liter reiner Alkohol konsumiert, das sind 2,0% weniger als im Jahr 2008 mit 9,9 Liter reiner Alkohol.

Im Vergleich zu anderen Ländern steht Deutschland mit einem Alkoholkonsum der über 15-Jährigen von 11,8 Litern registrierten plus 1,0 Liter nicht registrierten reinen Alkohols nach den Ländern Tschechien, Estland, Irland, Frankreich, Österreich, Portugal, Ungarn, Slowenien, Litauen, und Luxemburg an der elften Stelle. Im Jahr 2003 war Deutschland auf den fünften Platz mit 12,0 plus 1,0 Liter reinen Alkohol. Es ergibt sich eine deutliche prozentuale Steigerung bei den Alkoholvergiftungen in allen Altersgruppen. Die Steigerung der Zahlen geht besonders von den 10- bis 20- Jährigen und den 20- bis 25- Jährigen aus.

Durch die 333.800 Behandlungsfälle ist die psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol die dritthäufigste Einzeldiagnose aller Hauptdiagnosen der Krankenhausstatistik des Jahres 2008.

Jährlich wird von über 73.000 Todesfällen ausgegangen, die auf alkoholbezogene Gesundheitsstörungen zurückzuführen sind. Zwischen 35 und 65 Jahren sind ein Fünftel aller Todesfälle alkoholbedingte Todesfälle. In der Altersgruppe bei den Männern sind es ein Viertel aller Todesfälle.⁴

An dem Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 war ebenfalls der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk mit dran beteiligt. Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk konzipierte und entwickelte die ersten wissenschaftlich begründeten Ausbildungsgänge für Suchttherapeuten.

³ vgl. Knoll 2002, S. 13

⁴ URL 1: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Bald darauf, im Jahr 1975, kam es schon zu weiteren Zusatzausbildungen zum psychoanalytischen und zum verhaltenstherapeutischen Sozialtherapeuten für Suchtkranke. Es wurden Sozialarbeiter, Psychologen ausgebildet für das Arbeiten mit suchterkrankten Menschen.⁵

Doch noch immer ist nicht die Ausgangsfrage geklärt. Was ist Sucht? Bei Krankheiten, wie zum Beispiel bei einer Lungenentzündung fragt man immer nach den Ursachen. Somit muss man eben auch bei Sucht die Ursachen hinterfragen, um zu begreifen wie sie entstanden ist, wie sie sich entwickelt hat, um sie zu verstehen. Doch das Erkunden der Ursachen von einer Krankheit stellt meistens auch bei anderen Krankheiten ein Problem dar. Es können mehrere Ursachen auftreten und somit ist es schwierig immer einen Wirkung-Zusammenhang auszumachen. Bei seelischen Erkrankungen stellt es sich schwieriger dar, da es sich oft um ein kompliziertes Zusammenspiel von Erfahrungen, Erlebnissen und Umweltbedingungen handelt, kann es bei einem einzelnen Fall zu einer seelischen Erkrankung oder Beeinträchtigung kommen.⁶

2. Suchtentstehung

Die Wissenschaften versuchen das kausale Ursache-Wirkung-Denken durch ein systemisches, ganzheitliches oder chaotisches Verstehen der Welt zu erweitern. Es geht darum, dass jedes Ereignis einzigartig ist, jeder Mensch ist einzigartig, jeder Lebenslauf ist einzigartig. Die Einzigartigkeiten sind durch Zufälligkeiten und Gesetzmäßigkeiten geprägt. Wenn man versucht jede Gesetzmäßigkeit jedes Suchterkrankten zu verstehen, bleibt jedoch immer jeder Mensch weiterhin einzigartig und seinem weiteren Werdegang ausgesetzt. Die Fachleute die sich mit Alkoholismus beschäftigen gehen davon aus, dass zur Suchtentstehung drei grundlegende Faktoren beitragen. Als erstes die Persönlichkeit und ihre Geschichte, dann die gesellschaftlichen Bedingungen und das soziale Milieu und als dritter Faktor die Droge und ihr Suchtpotenzial.⁷

⁵ vgl. Knoll 2002, S. 18

⁶ vgl. ebenda, S. 19

⁷ vgl. ebenda, S. 20

2.1 Die Persönlichkeit

Der Ausgangsfaktor der zu einer Sucht führt ist die individuelle Persönlichkeitsstruktur. Diese individuelle Persönlichkeitsstruktur wird als prämorbid Persönlichkeit bezeichnet. Es bedeutet dass der suchtkranke Mensch bereits vor seiner Suchtentstehung schon an seiner Persönlichkeit geschädigt ist.⁸

Der Ausbruch der Suchterkrankung liegt am häufigsten auf der gesellschaftlichen Ebene, genauer gesagt bei den Umweltbedingungen des Betroffenen. Auslöser für die Suchtentstehung können sein, die Trennung des Partners oder der Verlust der Arbeitsstelle oder auch das man oft in der Gruppe schon früher viel konsumiert hat.⁹

Die Psychoanalyse sieht nicht so sehr bei dem Konsum von Alkohol oder Drogen und deren gesundheitlichen und sozialen Wirkungen das Entscheidende für den Beginn einer Sucht. Sie geht eher von der individuellen Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur und ihrer seelischen Verfassung des Süchtigen aus. Um es deutlich zu sagen, die Verfassung des Menschen ist ausschlaggebend für eine Suchterkrankung. Der Ursprung und das Wesen der Sucht sind nicht in der chemischen Wirkung des Alkohols, Droge zu sehen, sondern in der inneren und gefühlsmäßigen Struktur des Menschen. So zu sagen ist die zuvor geschädigte Seele das Entscheidende. Ermöglicht wird die Alkoholsucht, wie Drogensucht nur durch das Vorhandensein der Mittel, wie der Alkohol und die Drogen. Das psychoanalytische Suchtverständnis versteht unter dem Begriff Sucht ganz einfach einen inneren Zwang, eine hemmungslose, unbezwingbare Gier nach dem Konsum seines Rauschmittels.¹⁰

Auf Folgeschäden, die durch den Konsum entstehen, die ihm schaden und sein Umfeld nimmt der Betroffene sogar manchmal bewusst aber auch unbewusst in Kauf. Der Alkohol, sowie auch die Droge sind ein Mittel welches aktiv auf die seelische Verfassung einwirkt. Es werden bei dem Süchtigen, nach der Einnahme feinste Nerven gereizt.

⁸ vgl. Knoll 2002, S. 20

⁹ vgl. ebenda, S. 21

¹⁰ vgl. ebenda, S. 24

Bei Menschen die nicht so gefährdet sind, ist die Reaktion auf die Nerven nicht so empfindlich wie bei dem gefährdeten Menschen. Dies bedeutet, dass nach dem Gebrauch des Rauschmittels diejenigen abhängig werden können, die schon eine vorgeschädigte Persönlichkeitsstruktur besitzen und somit eine Veranlagung zur Suchterkrankung vorzuliegen haben.¹¹

Die Betroffenen wissen nichts von ihrer Persönlichkeitsstörung und folglich auch nicht von der Veranlagung zur Erkrankung. Kein Mensch weiß über seine Persönlichkeitsstruktur Bescheid, dadurch muss man davon ausgehen das jeder mehr oder weniger betroffen ist. Aber auch wenn man eine minimale Grundstörung der Persönlichkeitsstruktur hat, können die Probleme so überwältigend sein, dass es dabei auch zur Suchterkrankung kommen kann. Kommen wir aber nun wieder zu den Menschen die eine ausgeprägte vorgeschädigte Persönlichkeitsstruktur besitzen. Diese Störung entwickelt sich beständig weiter und man spricht dann von einem Krankheitsprozess in dem eine zwanghafte Unwiderstehlichkeit innewohnt. Die Handlungen eines suchterkrankten Menschen sind nicht nach einem positiven Ziel orientiert, um einen Lustgewinn zu erhalten, sondern eher auf das negative Ziel orientiert, eine Spannung loszuwerden.¹²

Der Abhängigkeitskranke verhält sich nicht viel anders als der Normalbürger bei irgendwelchen Beschwerden. Er besitzt nur eine geringere Schmerzschwelle als der Normalbürger.¹³

2.2 Die Gesellschaft

Es wurde deutlich gemacht, wie die Persönlichkeit zur Sucht verhilft. Nun wird untersucht, wie gesellschaftliche Aspekte süchtiges Verhalten hervorrufen kann. Aber neben den gesellschaftlichen Entwicklungen, die jeder miterlebt, werden wir aber auch automatisch in eine bestehende Kultur hineingeboren, die schon immer ihren eigenen Bezug zum Alkohol hat.¹⁴

¹¹ vgl. Knoll 2002, S. 25

¹² vgl. ebenda, S. 25

¹³ vgl. ebenda, S. 26

¹⁴ vgl. ebenda, S. 66

Es gibt vier Arten von Kulturen. Zum einen die Abstinenzkulturen, wie zum Beispiel in den islamischen und hinduistischen Ländern, wo ein totales Alkoholverbot herrscht. Zum anderen die Ambivalenzkultur, wie die USA, die zum Thema Alkohol in einem Widerspruch stehen. Alkohol wird auf der einen Seite grundsätzlich abgelehnt, aber auf der anderen Seite in einem bestimmten Rahmen toleriert. Eine Folge daraus war, dass der Alkohol illegal organisiert worden ist und nur in geschützten Kreisen getrunken wurde. Deutschland gehört zu der Permissivkultur, wo die Menschen von Kindheit an lernen, dass es kontrollierten Alkoholkonsum gibt. Diese Kultur geht davon aus, dass die Bevölkerung alleine den problemfreien Umgang mit dem Alkohol lernt. Die Leute können in der Gesellschaft Alkohol konsumieren, wenn sie sich immer noch an gewisse Spielregeln halten. Die Funktionsgestörte Permissivkultur gibt es so in Reinform nicht. Tendenzen können aber in Permissivkulturen deutlich werden. Dies zeigt sich wenn größere Schichten zunehmend unkontrolliert berauscht sind. Sowie in manchen Regionen Deutschlands, wo mehr Alkohol konsumiert wird als in anderen.¹⁵

Grundlegend steht fest, dass der Mensch in eine bestehende Gesellschaftsordnung hineingeboren wird und die durch das Erziehungsverhalten und die Persönlichkeitsstruktur der Eltern geprägt wird. Wie die Gesellschaftsordnung auf die Eltern gewirkt hat, spiegelt sich in seiner Persönlichkeitsstruktur durch das Erziehungsverhalten der Eltern wieder. Dies bedeutet, dass die Gesellschaft schon sehr früh in die Erziehung des Kindes eingreift. Sie kann somit die positiven oder negativen Einflüsse von zu Hause verstärken. Mit der Zeit trifft der junge Heranwachsende auf immer mehr unerwünschte Einflüsse der bestehenden Gesellschaft. Wenn der Heranwachsende als Kind besser darauf vorbereitet wurde, desto besser kann er sie als Erwachsener bewältigen. Das heißt, wer als Kind gelernt hat kritisch mit den Konsumangeboten der Gesellschaft umzugehen, wird nicht seine Probleme und Krisen des alltäglichen Lebens durch den Konsum versuchen zu lösen. So kann man sagen, dass Alkohol und Drogen klassische Problemlösungsmittel einer unkritischen Konsumgesellschaft sind.¹⁶

¹⁵ vgl. Knoll 2002, S. 68

¹⁶ vgl. ebenda, S. 78

2.3 Die Suchtmittel

Jedes Gefühl, was von starken Gefühlsregungen begleitet wird, kann zu einem süchtigen Verhalten führen. Deutlich wird es bei der Spielsucht, da das Glücksspiel starke Erregungszustände erzeugt. Auch andere Tätigkeiten wie das Spiel erzeugen Erregungen, wie zum Beispiel die Fernsehsucht, Sportsucht oder Sexsucht. Neben Alkohol- und Drogensucht sind es Tätigkeiten die süchtig machen können, deshalb muss man unterscheiden zwischen stoffgebundene Süchte, wie den Alkoholismus und nicht – stoffgebundene Süchte, wie die Spielsucht. Die Suchtmittel weisen Eigenschaften auf, die auf den Konsumenten Auswirkungen haben. Die Eigenschaften unterscheiden sich in ihrer Stärke und Dynamik von Droge zu Droge. Die Gemeinsamkeiten sind der Rausch, Toleranz, Suchtpotenzial, Bindekraft, körperliche und psychische Abhängigkeit.¹⁷

2.3.1 Der Rausch

Als Rausch wird bezeichnet, ein starker Angriff auf die Sinneswelt, sie wird durch das Suchtmittel benebelt und in Ekstase gebracht. Wenn der Rauschzustand mit einem euphorischen Erregungszustand wahr genommen wird, dann wird der Betroffene versuchen es zu wiederholen. Dem Ende des Rausches folgt oft eine Ernüchterung und Niedergeschlagenheit.¹⁸

Jedes Suchtmittel ruft verschiedene Rauschformen auf, doch es ist noch nicht geklärt welche Formen des Rausches eine Abhängigkeit verursachen. Drogen, wie die Halluzinogene LSD und Mescaline, erzeugen einen sehr starken Rausch. Das Suchtpotential ist aber eher gering im Gegensatz zu anderen Drogen. Zigaretten im Vergleich haben ein sehr hohes Suchtpotential, aber erzeugen nur kaum einen Rausch. Es kann aber auch sein, dass aus einem Rausch ein Missbrauch und eine Abhängigkeit entstehen. Dies trifft ein, wenn die berauschte Person die Rauscherlebnisse wiederholen will. Bei Opiaten ist dies der Fall. Das Verlangen das erste Rauscherlebnis nochmal zu erleben führt oft in die Abhängigkeit, da die Wir-

¹⁷ vgl. Knoll 2002, S. 79

¹⁸ vgl. ebenda, S.79

kung immer geringer wird. Die Rauschintensität kann gut beim Alkohol gesteuert werden. Der Rausch kann von einer leichten Belebung bis hin zum totalen Realitätsverlust, mit Halluzinationen führen.¹⁹

2.3.2 Die Toleranz

Unter dem Begriff Toleranz versteht man die Gewöhnung an das Suchtmittel. Anders gesagt ist die Toleranz die Antwort des Körpers auf den Suchtstoff. Wie schon genannt braucht der Heroinabhängige immer eine größere Dosis, damit der Betroffene dem ersten Rauscherlebens gleichkommt. Aber auch beim Alkohol werden Toleranzentwicklungen deutlich. Menschen die durchschnittlich viel Alkohol konsumieren, fangen an bei einem Promille zu lallen und zu schwanken. Bei Suchterkrankten sind die Erscheinungen erst bei drei Promille zuerkennen. Die tödliche Dosis bei Nichtabhängigen liegt bei vier Promille und bei Alkoholikern bei sechs Promille.²⁰

Nach einer Abstinenzzeit kann sich bei einigen Suchtmitteln die Toleranz zurückbilden, wie zum Beispiel bei Opiaten. Dies erklärt viele Todesfälle, da viele nach einem erzwungenen Entzug sich wieder die gleiche Dosis, wie vor dem Entzug zuführen. Dies kann genug für eine Überdosierung sein und kann somit zum Tod führen. Beim Alkohol kann die Toleranz ein Leben lang anhalten.²¹

2.3.3 Das Suchtpotenzial

Das Suchtpotential beschreibt, wie schnell eine Droge zur Abhängigkeit führen kann. Je höher das Suchtpotential eines Suchtmittels ist, desto leichter kann man eine Abhängigkeit im Tierversuch erzeugen. Die Opiate Heroin oder Morphin besitzen ein sehr hohes Suchtpotenzial. Einige Erlebnisse reichen schon aus um von der Droge abhängig zu werden. Halluzinogene, wie LSD oder Cannabis haben ein geringeres Suchtpotential.

¹⁹ vgl. Knoll 2002, S. 80

²⁰ vgl. ebenda, S. 80

²¹ vgl. ebenda, S. 81

Daher stammt auch die Einteilung in harte und weiche Drogen. Eine Abhängigkeit kann auch durch leichte Drogen verursacht werden, bei langen und regelmäßigen Konsum. Das Beste Beispiel dafür ist die Abhängigkeit von Nikotin. Zigaretten haben kein hohes Suchtpotential. Sie können aber nach einem langen Konsum zur Sucht führen.²²

Für jeden Menschen ist das Suchtpotential einer Droge relativ. Sie steht in einer Wechselwirkung zur persönlichen Veranlagung und zur kulturellen Eingebundenheit der Droge. Bei Menschen mit einer geringen Suchtveranlagung können Drogen mit einem hohen Suchtpotenzial zur Abhängigkeit führen. Suchtmittel mit einem geringen Suchtpotenzial verursachen nur langsam eine Abhängigkeit, wenn der Suchtstoff häufig und lange konsumiert wird. Bei Drogen mit mittlerem Suchtpotential, wie der Alkohol in der deutschen Kultur, führt der Konsum nur zur Abhängigkeit bei Leuten mit geringerer Suchtdisposition, wenn sie sich gerade in einer Lebenskrise befinden und den Stoff nicht nach den anerkannten kulturellen Spielregeln einnehmen. Bei Menschen die eine prämorbidie Persönlichkeitsstörung besitzen, haben alle Suchtmittel ein höheres Suchtpotential.²³

2.3.4 Die Bindekraft

Drogen können sich bei der Abhängigkeit schnell und intensiv an ihren Konsumenten binden. Diese Bindung kann sich schon bei der ersten Erfahrung lebenslanglich stark entwickeln, wie beim Heroin und anderen Opiaten. Beim Alkohol ist es etwas anderes. Hierbei geht der Konsument eine Bindung mit einer besonderen Alkoholart ein. Die Substanz Alkohol kommt in verschiedenen alkoholischen Getränken vor, die sich nur kaum in prozentualen Werten unterscheiden. Doch dabei ist es so, dass der Alkoholiker sich an ein bestimmtes Alkoholgetränk bindet. Bier ist hierbei das mit Abstand am meisten konsumierte alkoholische Suchtmittel. Der Begriff Saufdruck, bei abstinent lebenden Alkoholikern, macht deutlich, wie stark die Bindung vom Konsumenten und dem alkoholischen Suchtmittel ist.²⁴

²² vgl. Knoll 2002, S. 81

²³ vgl. ebenda, S. 82

²⁴ vgl. ebenda, S. 83

2.3.5 Die Körperliche Abhängigkeit

Die körperliche Abhängigkeit macht sich deutlich, wenn der Suchtstoff abgesetzt wird und wenn es zu einem wiederholten Konsum kommt, bis hin das der Körper ohne den Stoff nicht mehr auskommt und ihn sozusagen braucht. Wenn der Suchtstoff nicht mehr eingenommen wird, kommt es zu Entzugserscheinungen, die man beobachten kann. Symptome die auftreten können sind beschleunigte Atmung, depressive Niedergeschlagenheit, Schmerzüberempfindlichkeit, Durchfall, Kältegefühl, Gänsehaut, Schlafstörungen, starkes Zittern usw. Die Symptome hören jedoch sofort auf, wenn der Süchtige sein Suchtmittel wieder einnimmt. Nicht alle Suchtstoffe üben eine körperliche Abhängigkeit aus. Bei Suchterkrankten von Opiaten ist die Abhängigkeitsform am bekanntesten, da sie sehr stark unter ihren Entzugserscheinungen leiden und immer versuchen wieder an ihren Stoff zu gelangen, damit sie den Entzugserscheinungen entgehen können.²⁵

Trotz der starken Entzugserscheinungen die Abhängige von Opiaten haben, geht man davon aus, dass die Alkoholentzüge die schwierigsten und gefährlichsten sind. Bei Alkoholikern entwickelt sich eine körperliche Abhängigkeit erst nach langjährigem starkem Alkoholkonsum. Der Alkoholiker benötigt immer mehr Stoff, um seine ursprüngliche Wirkung zu erhalten. Bei manchen Betroffenen ist die Abhängigkeit so stark, dass sie sogar nachts von den Entzugserscheinungen wach werden und wieder etwas konsumieren müssen um diesen dann zu umgehen. Durch den Alkoholismus kann es auch zu lebensgefährlichen Geistesstörungen kommen. Dann spricht man vom Alkoholdelirium. Befindet sich ein Betroffener in diesem Stadium, kann er es nur beenden wenn er sich weiterhin Alkohol zufügt oder sich in intensiv-medizinische Behandlung begibt. Die schlimmste Form des Deliriums ist das Delirium tremens. Bei dieser Form treten Angst- und Unruhezustände auf, die von Halluzinationen und Sinnestäuschungen begleitet werden.²⁶

Diesem Zustand können auch epileptische Krampfanfälle, starkes Schwitzen, Zittern, Fieber und Kreislaufstörungen mit Blutdruckschwankungen folgen. Diese Art von Delirium muss intensiv-medizinisch behandelt werden, da sie bei nicht Be-

²⁵ vgl. Knoll 2002, S. 83

²⁶ vgl. ebenda, S. 84

handlung in zwanzig Prozent der Fälle zum Tod führen kann. Das Delirium klingt nach einigen Tagen wieder ab. Jedoch können bei einigen Leuten Gehirnschäden zurück bleiben.²⁷

2.3.6 Die Physische Abhängigkeit

Die physische Abhängigkeit beschreibt ein unstillbares Verlangen die Wirkung des Suchtmittels zu erhalten und es weiterhin konsumieren zu wollen. Diese Abhängigkeit verursacht die Suchterkrankung. Das Trinken von Alkohol ist bei Süchtigen nicht zum Lustgewinn. Durch den Konsum hilft es vielen Leuten Ängste und Hemmungen zu überwinden, oder sie ertragen dadurch die Einsamkeit, Stress, Minderwertigkeitskomplexe. Sie überspielen somit negative Gefühle und verstärken durch den Alkohol positive. Der Lustgewinn entsteht hierbei nur Nebensächlich, da negative Gefühle einfach unterdrückt werden. Diese seelische Unterstützung die der Alkohol bietet, führt bei mehrmaligem Gebrauch dazu, dass die Menschen die Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und Problemen immer mehr verkümmern und sie die einzige Unterstützung im Alkohol sehen. Konflikte die der Mensch hat, werden somit immer wieder mit dem Alkohol gelöst und dadurch entsteht die physische Abhängigkeit. Eine fortgeschrittene physische Abhängigkeit wird durch den Kontrollverlust deutlich.²⁸

Das Trinkmotiv ist bei einem Kontrollverlust vollkommen in Vergessenheit geraten und es wird nur noch, ohne besonderen Grund, Alkohol konsumiert. Bei den meisten Drogen kann sich die physische Abhängigkeit entwickeln. Bei weichen Drogen kann es auch zu dieser Abhängigkeit kommen, wenn Denken und Handeln sich nur noch um den Konsum der Droge drehen und soziale Beziehungen immer weiter in den Hintergrund rücken. Die beiden Abhängigkeiten physische und psychische stehen in konkreter Verbindung. Suchtmittel die eine physische Abhängigkeit hervorbringen, können auch psychische erzeugen.

²⁷ vgl. Knoll 2002, S. 84

²⁸ vgl. ebenda, S. 85

Die körperliche Abhängigkeit kann schnell geheilt werden. Im Gegensatz dazu, ist bei der seelischen Abhängigkeit eine langwierige Therapie erforderlich, die oft über Jahre dauern kann.²⁹

3. Die Droge Alkohol

3.1 *Definition Alkoholismus*

Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.³⁰

Die beiden führenden Fachinstanzen der USA (National Council on Alcoholism and Drug Dependence, American Society of Addictive Medicine) haben 1992 diese zusammengefasste Definition des Alkoholismus formuliert.³¹

3.2 *Grundbegriffe*

Alkohols chemische Bezeichnung ist Äthylalkohol und besitzt die Summenformel (C₂H₅OH). Es ist eine farblose Flüssigkeit die brennend schmeckt. Diese Flüssigkeit ist in Fetten und Wasser löslich. Alkohol entsteht auch in kleinen Mengen endogen im Körper und die physiologische Äthanolkonzentration im Blut liegt unter 0,75 mg/l. Der Äthylalkohol bildet sich durch Gärung von Zuckerarten, die durch Hefe in Alkohol und Kohlensäure gespalten werden.

²⁹ vgl. Knoll 2002, S. 87

³⁰ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 10

³¹ vgl. ebenda, S. 9

Der Alkohol der zum Verzehr gedacht ist, wird durch eine Hefegärung von Pflanzenteilen, Melasse, Stärke oder Zucker gewonnen. Zudem ist der Alkohol auch ein Energieträger, 1 g enthält 29,6 kJ und dies entspricht 7,07 kcal.³²

3.2.1 Resorption

Alkohol wird eigentlich nicht resorbiert. Er diffundiert einem Konzentrationsgefälle entlang ins Gewebe. Der Alkohol wird von der Magenschleimhaut aufgenommen, aber am schnellsten in der Schleimhaut des Dünndarms. Durch die Hydrophilie (wasserliebend) des Alkohols wird er nur in wasserhaltigem Gewebe und Flüssigkeiten resorbiert. Kleine Mengen an zugeführten Alkohol, können schon nach zehn Minuten resorbiert sein. Es gibt aber auch Resorptionsverzögerungen. Dinge die die Entleerung des Magens verzögern, verursachen eine Verlangsamung der Resorption des Alkohols im Magen. Diese Verzögerungen entstehen durch starkes Rauchen oder bestimmte scharfe Gewürze. Die Resorptionsdauer ist abhängig von den Konzentrationsgradienten, von der Kontaktzeit und der Durchblutung des Magens. Konzentrierte Alkoholika werden schneller aufgenommen als weniger konzentrierte Alkoholika. Am deutlichsten wird der resorptionsverzögernde Effekt, wenn sechzig Minuten nach dem Essen Alkohol konsumiert wird. Bei der verzögerten Resorption kann es auch passieren, dass ein Teil Alkohol nicht resorbiert wird, man spricht dann von einem Resorptionsdefizit.³³

3.2.2 Verteilung

Es kann passieren, dass durch die Aufnahme von Alkohol, es zu der sogenannten Blut-Hirn-Schranke kommt. Eine hohe Aufnahme von Alkohol, in kürzester Zeit und in hoher Konzentration, kann zu einer starken Beeinträchtigung der psychophysischen Funktionen führen. Bei einer starken Aufnahme von Alkohol steigt die Blutalkoholkonzentration (BAK) und verursacht eine empfindliche Reaktion des zentralen Nervensystems (ZNS).

³² vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 31

³³ vgl. ebenda, S. 32

Es kommt, wegen der Hämodynamik (Blutströmungsverhältnisse) des Alkohols zu einer höheren Durchblutungsrate des Gehirns. Der hohe Wassergehalt des ZNS führt auch zu einer schnellen Verteilung mit einem höheren Gewebsspiegel.³⁴

Nach dem der Alkohol aufgenommen worden ist, sprich resorbiert, verteilt er sich durch den Blutstrom und der Diffusion im Gewebe. Dann kommt es zur Verteilung des Alkohols im gesamten Körperwasser und dadurch zu einem schnellen Abfall der Blutalkoholkonzentration, den sogenannten Diffusionssturz. Nicht jedes Gewebe nimmt den Alkohol gleich auf. Das hängt ab von dem Wassergehalt des Gewebes, besonders hoch ist er im ZNS, von der Hämodynamik sowie auch von der Durchblutung des Gewebes.³⁵

3.2.3 Resorptionsdefizit

Wie oben schon genannt, ist das Resorptionsdefizit die Menge Alkohol die nicht weiter resorbiert wird. Die nicht systemische Weiterleitung des Alkohols liegt nicht nur an den schon oben genannten Fakten, sondern eine Veresterung von Alkohol mit Aminosäuren kann ebenfalls eine Ursache dafür sein. Das Resorptionsdefizit ergibt sich aus der Widmark-Formel. Die Widmark-Formel berechnet das Verhältnis der Alkoholkonzentration im Gesamtkörper zum Alkoholspiegel, ist aber nicht experimentell bewiesen. Das Resorptionsdefizit liegt in einem Bereich von 10 bis 30 %. Mindestens 10 % bis höchstens 30 % werden in der deutschen Rechtsprechung angenommen.³⁶

3.2.4 Alkoholkonzentration

Der Alkohol wird schnell, durch das Konzentrationsgefälle, zwischen Magen-Darm-Lumen und Blutgefäßen durch diffundiert. Der Magen resorbiert davon 20 % und 80 % resorbiert der Dünndarm. Nach dem Konsum, zwischen einer halben bis ganzen Stunde, ist die höchste Konzentration im Blut angekommen. Der Alkohol

³⁴ vgl. Küfner/Soyka 2008, S. 32

³⁵ vgl. ebenda, S. 33

³⁶ vgl. ebenda, S. 33

verteilt sich dabei schnell und weitgehend gleichmäßig über den ganzen Körper. Bei stillenden Frauen geht der Alkohol über die Plazenta und wird somit auch über die Milch mitgegeben. Nach einer Stunde bis anderthalb Stunde ist die gesamte Resorption abgeschlossen und die Alkoholkonzentration des Blutes ist nun fast gleich wie die Alkoholkonzentration im Gewebe. Die Konzentration hängt von der Menge, von der Resorptionsgeschwindigkeit, vom Körpergewicht und von der Geschwindigkeit ab, wie der Alkohol konsumiert wird.³⁷

Der Gehalt des Alkohols im Gehirn ist dem Blutalkoholspiegel sehr gleich, da der Alkohol in der Anflutungsphase sehr schnell und gut resorbiert und verteilt wird. In der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit, dem Liquor, lässt der An- und Abstieg der Alkoholkonzentration mit der Zeit etwas nach, als im Vergleich zu der Blutalkoholkonzentration. Die Konzentration ist in der Hirnrinde am größten, jedoch im Vergleich zu der Leber ist die Alkoholkonzentration sehr niedrig. In keinem konstanten Verhältnis zum Blutalkohol steht die Alkoholkonzentration des Harns, da in der Resorptionsphase ist sie niedriger als im Blut und in der Eliminationsphase ist die Konzentration im Harn höher. Gründe dafür sind zum Beispiel die Diurese (Harnausscheidung) und der Zeitpunkt der letzten Miktion (Urinlassens). Der Atemalkohol ist der Blutalkoholkonzentration sehr gleich.³⁸

3.2.5 Stoffwechsel

Durch die chemische Reaktion Oxidation wird der Alkohol im Körper abgebaut. Es gibt vier Vorgänge die dafür in Frage kommen können. Zum Einen ist es die Alkoholdehydrogenase (ADH), das mikrosomale Äthanol oxidierende System (MEOS), die Katalase, die aber physiologisch kaum von Bedeutung ist und der Alkohol kann sich an die Glucuronsäure binden und abgebaut werden. Der chemische Abbau vollzieht sich über drei Schritte. Alkohol kann auch über Schwitzen, Urin und Atmung abgebaut werden. Der Wert des Abbaus beträgt hierbei höchstens 2 – 5 %. 95 % der resorbierten Menge wird enzymatisch zu den Endprodukten CO₂ (Koh-

³⁷ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 33

³⁸ vgl. ebenda, S. 34

lenstoffdioxid) und H₂O (Wasser) verstoffwechselt, metabolisiert. Der Abbau von Alkohol beginnt sofort nach dem Konsum.³⁹

3.3 Alkoholikertypen

Um den Alkoholismus besser verstehen zu können ist es erforderlich auch die fünf Alkoholikertypen zu kennen. Natürlich ist jeder Mensch anders und hat eine andere Vorgeschichte. Dadurch ist jede Trinkerkarriere verschieden. Dennoch kann man einige Verallgemeinerungen machen. Jellinek, ein amerikanischer Suchtforscher hat in den Dreißigerjahren Alkoholiker mit ihren Suchtverläufen der Alkoholkrankheit in die verschiedenen Typen eingeteilt. Man unterscheidet bei den Typen den Konflikttrinker, den Alpha-Typ, den Gelegenheitstrinker, den Beta-Typ, den süchtigen Trinker, Gamma-Typ, den Gewohnheitstrinker, Delta-Typ und den Quartalstrinker, Epsilon-Typ.⁴⁰

3.3.1 Der Konflikttrinker – Alpha-Typ

Bei Konflikttrinkern handelt es sich um die Personen die eine leichte psychische Abhängigkeit aufweisen, aber nicht in Verbindung mit einer körperlichen Abhängigkeit. Die Betroffenen leiden unter anderem unter körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen. Sie versuchen die dadurch entstehenden Probleme mit Alkohol zu lösen. Bei diesem Typ ist die Gefahr, dass er sich schnell zum süchtigen Trinker weiterentwickelt. Sie können sich aber zum mäßigen Alkoholtrinker zurückentwickeln.⁴¹

³⁹ vgl. Küfner/Soyka 2008, S. 34

⁴⁰ vgl. Knoll 2002, S. 97

⁴¹ vgl. ebenda, S. 98

3.3.2 Der Gelegenheitstrinker – Beta-Typ

Der Gelegenheitstrinker, so wie sein Name es schon sagt, trinkt nur zu bestimmten Anlässen, aber dann auch übermäßig. Er trinkt zum Beispiel nur in Gesellschaft, zu Festen oder Partys.⁴²

3.3.3 Der süchtige Trinker – Gamma-Typ

Bei diesem Typ handelt es sich um die eigentlichen Trinker. Vom Konflikttrinker zum süchtigen Trinker ist der Übergang meist fließend. Der Konflikttrinker an sich ist noch nicht alkoholabhängig. Beim Gamma-Trinker bestehen bereits eine psychische und meistens auch eine körperliche Abhängigkeit. Es ist trotzdem möglich, dass dieser Trinkertyp eine Phase der Abstinenz vollziehen kann. Menschen die bereits schon immer viel Alkohol konsumiert haben, aber noch nicht abhängig waren, können sich bei einer schweren Lebenskrise die sie zu bewältigen haben zu einem süchtigen Trinker entwickeln. Lebenskrisen können sein Scheidung vom Partner oder auch der Verlust der Arbeit. Hierbei können starke Trinker in eine Sucht geraten.⁴³

3.3.4 Der Spiegeltrinker – Delta-Typ

Spricht man vom Gewohnheitstrinker, dann ist die Rede vom Spiegeltrinker. Der Spiegeltrinker konsumiert andauernd Alkohol. Er erscheint aber nie richtig betrunken. Dieser Trinkertyp fällt in seinem sozialen Umfeld nicht auf. Daraus kann man schließen, dass dieser Delta-Typ von seinen gesellschaftlichen Bedingungen begünstigt wird. Hierbei geht es nicht um das rauschorientierte Trinken, sondern um das Trinkverhalten im Alltag. Nur in einigen Fällen kann es passieren, dass der Spiegeltrinker sich selbst und seine Arbeit vernachlässigt. Auch Kontrollverluste sind eher untypisch bei diesem Fall. Eine Abstinenz ist hier nicht mehr erreichbar, da der Betroffene eine körperliche Abhängigkeit aufweist.

⁴² vgl. Knoll 2002, S. 98

⁴³ vgl. ebenda, S. 101

Eine seelische Abhängigkeit entwickelt sich mit dem Verlauf der Zeit. Da ein langjähriger Alkoholkonsum vorliegt, sind beim Gewohnheitstrinker Folgekrankheiten erkennbar. Die Leber wird nach einer langen Trinkerkarriere in Mitleidenschaft gezogen und somit kann es zur Entwicklung der Leberzirrhose kommen. Die Spiegeltrinker sterben am häufigsten durch die Leberzirrhose.⁴⁴

3.3.5 Der Quartalstrinker – Epsilon-Typ

Quartalstrinker sind Menschen die oft über Wochen und Monate Abstinent leben können. Sie können sogar in dieser Zeit etwas Alkohol im Alltag konsumieren. Dann kommt es aber irgendwann zum Wandel des Quartalstrinkers. Der Alkoholkonsum wird drastisch gesteigert und er trinkt über längere Zeit große Mengen an Alkohol, bis der Körper zusammenbricht und sie medizinisch behandelt werden müssen. Bei diesem Trinkertyp handelt es sich um den totalen Kontrollverlust. Folgeschäden sind hier sozial entstehende Probleme. Der Betroffene verliert die völlige Realitätskontrolle und gibt in diesem Zustand auch eine Menge Geld aus. Der Geldverlust entsteht dadurch, dass der Epsilon-Typ sich freigiebig zeigt und andere zum Mittrinken einlädt und somit auch ausgebeutet wird. Ein weiteres Problem hierbei ist, dass er in seiner Trinkphase die Kontrolle über seine Aggressionen verlieren kann und sich somit in Prügeleien verstricken kann. In diesem Zustand kann er ebenfalls den Straßenverkehr gefährden, aber auch in andere Gefahrensituationen geraten.⁴⁵

3.4 *Auswirkungen des Alkohols*

Jedes Trinkverhalten wird von ökonomischen, politischen und kulturellen Faktoren bestimmt und beeinflusst. Emotionale, physiologische, kognitive Faktoren mit Persönlichkeitsmerkmalen, soziales Umfeld und gesellschaftliche Bedingungen wie zum Beispiel die Verfügbarkeit des Alkohols, alkoholbezogene Einstellungen und Erwartungen und Trinksitten sind relevante Bedingungen die zum Missbrauch und

⁴⁴ vgl. Knoll 2002, S. 103

⁴⁵ vgl. ebenda, S. 103

letztendlich zur Sucht führen können. Es ist erstaunlich in wie weit das Spektrum der Folgeschäden, verursacht durch den Alkoholismus, geht. In diesem Teil der Arbeit wird auf die häufigsten und meist verbreitetsten Folgeschäden des Alkoholismus eingegangen.⁴⁶

3.4.1 Psychologische Folgeschäden

Faktoren wie die Alkoholtoleranz, Alkoholgewöhnung und die Persönlichkeitsstruktur sind Faktoren die trotz bei niedriger Alkoholkonzentration in den meisten Fällen schon somatische oder auch psychische Erscheinungen herbeirufen können. Der Alkohol wirkt in zweierlei Hinsicht auf den menschlichen Organismus. Bei kleinen Konzentrationen wirkt der zugeführte Alkohol erregend. Höhere Konzentrationen wirken auf das Nervensystem hemmend. Alternde und vorgeschädigte Gehirne reagieren auf die schädlichen Wirkungen des Alkohols anfälliger. Die Erholungsphasen sind nach der akuten Alkoholeinwirkung ebenfalls länger.⁴⁷

Bei den psychischen Folgeschäden spielen vor allem die Rauschzustände eine Rolle. Bei dem Konsum von Alkohol gibt es verschieden Rauschstadien, die andere Merkmale haben und sich anders auswirken. Die Rauschstadien teilen sich auf in den leichten Rauschzustand, den mittelgradigen Rauschzustand, den schweren Rauschzustand und das alkoholische Koma.

3.4.2 Leichte Rauschzustände

Den leichten Rauschzustand verspürt man, bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5-1 oder bis zu 1.5 ‰ (Promille). Deutliche Zeichen die sichtbar werden ist eine Gang- und Standunsicherheit und hörbar wird es durch eine verwaschene Sprache. Als weiteres werden bei diesem Rauschzustand motorische Funktionen gestört und die Koordination der Augenbewegung ist ebenfalls auffällig. Psychische Anzeichen in diesem Zustand sind eine allgemeine Enthemmung, die Kritikfähigkeit wird gemindert und es ist ein hemmender Verlust der Selbstkontrolle zu be-

⁴⁶ vgl. Singer/Teyssen 1999, S. 1

⁴⁷ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 162

obachten. Es kommt oft zur Antriebssteigerung, kann dann aber gefolgt werden von einer Müdigkeit bis hin zu einer Schläfrigkeit. Eine größere Bereitschaft zu sozialen Kontakten erschließt sich durch den vermehrten Rededrang und Taten-drang. Höhere psychische Funktionen sind bei dem leichten Rauschzustand nicht beeinträchtigt.⁴⁸

3.4.3 Mittelgradiger Rauschzustand

Der mittelgradige Rauschzustand ist erreicht bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,5 bis 2,5 ‰. Die sichtbaren Erscheinungen und die motorischen Fähigkeiten treten in diesem Zustand in verstärkter Form auf. Hierbei können im psychischen Bereich die höheren Funktionen schon beeinträchtigt sein. Denken und die Orientierung sind noch erhalten. Soziale Bedeutungen der Umweltkonstellation werden noch richtig geordnet und erkannt. Die Selbstkritik ist weiterhin vermindert und die Enthemmungen treten nun mit einer erhöhten Stimmungslage auf, schon vergleichbar mit einer Euphorie. Eine psychomotorische Unruhe ist zu beobachten auch mit einer Somnolenz (Benommenheit). In diesem Zustand ist man leicht ablenkbar, aber trotzdem orientiert. Die äußeren Einflüsse bestimmen das Verhalten der Person und die Stimmung kann dadurch schnell wechselhaft sein.⁴⁹

3.4.4 Schwerer Rauschzustand

Bei einer Blutalkoholkonzentration von über 2,5 ‰, treten die neurologischen Symptome in verstärkter Form auf. Es handelt sich hierbei um den Verlust des Gleichgewichts. Weitere Symptome sind die Dysarthrie (Sprechstörungen), Schwindel und Ataxie (Bewegungsstörungen). Im psychischen Bereich sind die Auswirkungen eine zunehmende Bewusstseins- und Orientierungsstörung. Deutlich wird in dem schweren Rauschzustand die Benommenheit des Betroffenen. Illusionäre Deutungen werden nicht mehr richtig erkannt und der Betroffene ist in einem ängstlichen Zustand oder in einem erregten Zustand.⁵⁰

⁴⁸ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 164

⁴⁹ vgl. ebenda, S. 165

⁵⁰ vgl. ebenda, S. 165

3.4.5 Alkoholisches Koma

Das alkoholische Koma beginnt bei einer Blutalkoholkonzentration von über 4 ‰. Bei diesem Wert kann dies letal (tödlich) enden. Mit einer Blutalkoholkonzentration von über 5 ‰ liegt die Gefahr der Lebensbedrohung bei 50 %. Die Gefahr die aus diesem Zustand hervorgeht, ist die durch den Alkohol gedämpfte Atmung und des Atemzentrums. Dadurch besteht die Gefahr, dass der Mensch sein Erbrochenes aspiriert, sprich sein Erbrochenes gelangt in die Luftröhre und kann deshalb ersticken. Leberverfettung und eine vermehrte Blutfülle im Gehirn sind weitere Auswirkungen bei einem Promillewert von und über 5.⁵¹

4. Folgekrankheiten des Alkohols

4.1 Einleitung

Durch den Alkoholmissbrauch sind fast alle Organsysteme in Mitleidenschaft gezogen. Es ist noch nicht klar, warum die verschiedensten Organsysteme in verschiedener Häufigkeit und in unterschiedlichen Graden vom Alkohol geschädigt werden. Bei Menschen mit der Alkoholkrankheit, weisen 75 % der Leute, die zur stationären Entwöhnungsbehandlung aufgenommen werden, Alkoholfolgekrankheiten auf. Die Zehn, in der Häufigkeit, wichtigsten Krankheiten sind die Fettleber, die chronische obstruktive Lungenerkrankung, Traumen, Bluthochdruck, Mangelernährung, Anämie, Gastritis, Knochenbrüche, Hiatushernie und die periphere Neuritis.⁵²

4.2 Leberschaden

Die Leber ist das Hauptstoffwechselorgan für den Alkohol. Hier wird er am meisten abgebaut und somit hat die Leber den meisten Kontakt mit der Droge. Der Alkoholmissbrauch ist in Deutschland und in manchen anderen Industrieländern die

⁵¹ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 165

⁵² vgl. ebenda, S. 175

häufigste Ursache für chronische Lebererkrankungen bis hin zur Zirrhose. Das Risiko zu einer Lebererkrankung wächst bei einem Konsum von 40-60 g Alkohol pro Tag für Männer und bei Frauen sind es 20-30 g pro Tag. Aber auch Übergewicht ist ein eigener Risikofaktor und kann zur Entwicklung einer Alkoholzirrhose beitragen.⁵³

Bei geringen Mengen Alkohol sind erhöhte Leberwerte erkennbar. Diese können sich wieder zurückbilden wenn der Alkoholkonsum aufhört. Bei erhöhten Mengen von Alkohol, wie oben schon genannt, kommt es zur Leberverfettung, da die Leberzellen das überschüssige Fett nicht mehr abbauen können und dann speichern. Durch die Verfettung der Leber verringert sich die Leistung. Auch in diesem Stadium kann ein Heilungsprozess erfolgen, wenn der Betroffene Diät führt und den Alkoholkonsum einstellt. Zu der sogenannten Leberzirrhose kommt es, wenn im Vorfeld die Leber an einer alkoholbedingten Hepatitis erkrankt ist. Diese Entzündung entwickelt sich immer weiter in der geschwächten Leber. Im Durchschnitt entwickelt sich eine Leberzirrhose in zehneinhalb Jahren. Bevor es zur Zirrhose kommt, entsteht die Leberfibrose, wobei sich Bindegewebe bildet aber das Lebergewebe noch nicht schädigt. Das Lebergewebe vernarbt nach einiger Zeit und wird somit zum Bindegewebe. Dadurch zersetzt die Leber sich nach und nach und kann ihren eigenen Abbaufunktionen selber nicht mehr nachgehen. Somit ist die Leberzirrhose erreicht. Symptome die in diesem Stadium auftreten sind Völlegefühl, Blähungen, Wassersucht und die Ösophagusvarizen. Es kann auch zur Bildung von Krampfadern in der Speiseröhre kommen, die dann platzen können und innere Blutungen verursachen. Diese Blutungen können nicht gestillt werden und somit ist dies die häufigste durch Leberzirrhose verursachte Todesfolge.⁵⁴

4.3 Magen

Alkohol und alkoholische Getränke lösen verschiedenste Reaktionen im Magen aus. Reversible und irreversible Schäden des Magens können durch den Alkohol

⁵³ vgl. Bode 1999, S. 229

⁵⁴ vgl. Knoll 2002, S. 112

ausgelöst werden. Durch den Alkoholmissbrauch kann sich die sogenannte Gastritis entwickeln.⁵⁵

Die Gastritis ist eine Magenschleimhautentzündung. Sie kann durch psychischen Stress aber auch durch ständigen Konsum von hochprozentigem Alkohol entstehen. Die Magenschleimhaut wird in diesem Fall geschädigt und es kann somit zu Magenblutungen kommen. Dies verursacht dann das Erbrechen von Blut. Symptome die der Betroffene haben kann sind Magenschmerzen, Brechreiz, Völlegefühl und Appetitlosigkeit.⁵⁶

4.4 Herz

Alkoholkonsum kann ebenfalls auch Schäden am Herzen verursachen. Die Mortalität der koronaren Herzerkrankung kann bei moderatem Trinkverhalten um bis zu 45 % gesenkt werden. Bei stärkerem Alkoholkonsum kann mit Hypertonus und Kardiomyopathien gerechnet werden. Durch Alkoholexzesse kann es zu Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche kommen. Das Herzjagen kann sich bis hin zum Vorhofflattern oder zum Vorhofflimmern weiter entwickeln. Bei 40 % der Personen die eine Alkoholvergiftung haben, können sogar ventrikuläre Herzrhythmusstörungen auftreten. Die Herzmuskeln werden bei akutem Alkoholkonsum in Mitleidenschaft gezogen.⁵⁷

Die Herzmuskelerkrankung entsteht bei chronischem Alkoholismus. Symptome die hierbei zu beobachten sind Herzrhythmusstörungen, Kurzatmigkeit, geschwollene Beine sowie auch die Verminderung der körperlichen Belastbarkeit.⁵⁸

4.5 Krampfanfälle

Jeder siebter Alkoholiker leidet an Krampfanfälle. Es sind epileptische Anfälle die nach einer Trinkperiode schlagartig auftreten können. Der Betroffene befindet sich

⁵⁵ vgl. Singer/Teyssen 1999, S. 168

⁵⁶ vgl. Knoll 2002, S. 113

⁵⁷ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 196

⁵⁸ vgl. Knoll 2002, S. 113

in diesem Zustand in einer Bewusstlosigkeit. Die Muskeln fangen an zu krampfen und dadurch kommt es zu diesen zittrigen Bewegungen. Wenn der Alkoholkonsum gestoppt, eingestellt wird treten die Krampfanfälle in ihrer Häufigkeit immer weniger auf, bis sie gar nicht mehr vorkommen. Bei weiterem Alkoholkonsum können sich die Krämpfe bis zu einer Epilepsie entwickeln.⁵⁹

⁵⁹ vgl. Knoll 2002, S. 113

5. Zusammenfassung

Im Schlussteil fasse ich die Ergebnisse der Arbeit noch mal kurz zusammen. Es wurden anfangs die Fragen gestellt was Sucht ist, wie entsteht sie und ab wann ist man süchtig. Im ersten Teil der Arbeit wurde erläutert was Sucht überhaupt ist und wie sie entsteht. Als erstes muss man festhalten, dass jede Sucht anders ist, da jeder Mensch anders ist und jede Persönlichkeit sich anders entwickelt hat. Doch man hat mit der Zeit viele Studien angefertigt und vieles zusammengefasst, so dass einige Theorien zu diesem Thema entwickelt worden sind.

Wir wissen, dass es viele Süchte gibt und jede von den Süchten hat ihre eigenen Charakterzüge. Süchtige Menschen versuchen mit allen Mittel etwas zu erreichen, was aber nicht erreichbar für sie sein kann. Dieser Drang des Erreichens kann nicht gestoppt werden und dies ist dann die Entwicklung zu einer Sucht.

Mit Hilfe eines Modells wurde die Suchtentstehung beschrieben. Drei Dinge sind es die eine Rolle dabei spielen die Persönlichkeit, die Gesellschaft und die Droge selbst.

Im zweiten Teil der Arbeit wurde die Droge Alkohol genauer betrachtet. Es wurden wichtige Grundbegriffe zum Alkohol aufgegriffen und des Weiteren die Alkoholikertypen vorgestellt. Um den Alkoholismus zu begreifen und zu beschreiben war es wichtig die fünf Typen zu erklären. Bei den Typen handelt es sich um den Konflikttrinker, den Gelegenheitstrinker, den süchtigen Trinker, den Spiegeltrinker und den Quartalstrinker.

Da die Droge Alkohol aufgegriffen wurde und somit die Grundlage zur Erklärung von Alkoholismus geschehen ist, wurde dann auf die Auswirkungen und Folgen vom Alkoholismus eingegangen. Die typischsten und bekanntesten Erkrankungen wurden genauer vorgestellt.

Alkoholismus, die Volkskrankheit Nummer eins, ist eine sehr vielschichtige Krankheit. Ich hoffe, dass diese Arbeit einige bestehende Fragen klären konnte und vielleicht auch ein bisschen aufklären konnte.

Die Arbeit möchte ich mit einem Zitat von Herrn Straß beenden. In diesem Zitat wird deutlich wie schnell eine Sucht entstehen kann und wie es Jeden treffen kann.

„Ich und Drogen. Also nee. LSD, ZDF, ARD! Tschuldigung. Heroin. Mondamin. Nikotin. Der ganze Krempel hat bei mir keine Chance. Ich sauf gern. Mit duften Leuten abends in der Kneipe sitzen. Und über Sachen reden, die ich mal machen müsste, wenn ich könnte, wenn ich bloß mal Zeit hatte. Da komm ich in Fahrt. Da geh ich ab, Schluck für Schluck. Saufen macht mir Spaß. Andre Sachen auch. Ich schreib gern. Zu Hause habe ich eine kleine Schreibmaschine. Abends, wenn Ruhe ist, da setz ich mich zu ihr. Schönes weißes Papier eingespannt. Auf geht`s... Tja, es könnte losgehen. Aber geht nicht. Kopf ist leer, und das Papier ist leer. Ist so `ne Art Durststrecke bei der Arbeit. Mir fällt nichts ein. Doch mir fällt ein: In der Küche steht ein Kühlschrank. Was lacht mich da an? Eine Flasche Wodka. Ich lache zurück. Ein Schlückchen in Ehren kann niemand. Ah das läuft runter. Das tut gut. Hebt die Stimmung. Bin ich nicht so streng mit meinen Gedanken. So jetzt aber los. Herrgott! Was wollte ich denn bloß sagen? Ein Schnaps macht frei, Zwei machen freier. Aus zwei mach drei. Das tut gut. Nun aber ran. Jetzt müsste es aber los gehen. Herrgott! Ich sehe nicht mehr alles so verbissen. Dafür sehe ich alles ein bisschen verschwommen. Ein klarer Kopf ist eine Sache, ein klarer Schnaps ist eine andere. Ein Nickerchen, das wär ´s. Ist schon spät. Muss morgen früh raus. Bin irgendwie nicht drauf heute. Geht die Tür auf, fragt mich Günter: Gehen wir noch aufn Bierchen um die Ecke? – Ein kleines, warum nicht? Man soll sich nicht Quälen. Morgen ist auch noch ein Tag. Und das geht schon so seit 20 Jahren. Wisst ihr, wie ich das finde? Scheiße.“⁶⁰

⁶⁰ vgl. Straß 1995, S. 7

6. Quellenverzeichnis

Straß, U.: Hunger nach Sinn – Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung. In: Szafranski, Nadine: Jugendalkoholismus und Suchtprävention. Prävention in der Sozialarbeit Sinn – Wirkungsweise – Erfolgsfaktoren. 981 Bd/Vol. Frankfurt am Main 2009.

Singer, Manfred V./Teyssen, Stephan: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Berlin Heidelberg 1999.

Küfner, Heinrich/Soyka, Michael: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart 2008.

Knoll, Andreas: Sucht – was ist das?. Eine allgemeine verständliche Einführung in das heutige wissenschaftliche Verständnis von Sucht, insbesondere der Alkoholabhängigkeit. Wuppertal 2002.

URL1: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/1PMSuchtmittelkonsum.pdf

[Stand 16.05.2011]

Einleitung

Seit ungefähr 5 Jahren arbeite ich in einer Einrichtung für sozial schwache Menschen die auch meistens eine Suchterkrankung vorweisen. Durch die Arbeit ist das Thema Alkohol schon eine Weile mein Begleiter. Alkoholismus ist eine ernst zu nehmende Krankheit, die Menschen in ein völlig anderes Leben katapultieren kann. Doch ab wann ist man suchterkrankt vom Alkohol? Wie kann man sich davor schützen, obwohl es doch von der Gesellschaft manchmal gewollt und toleriert wird etwas zu trinken.

Es gibt viele Faktoren die die Menschen süchtig machen können. Da gibt es zum Beispiel die Spielsucht, Sexsucht oder die Sucht nach den verschiedensten Stoffen, wie Drogen oder Alkohol.

In dieser Arbeit werde ich auf das allgemeine Suchtverhalten eingehen und mich dann genauer mit dem Alkoholismus beschäftigen. Ich werde erläutern was der Alkohol in unserem Körper auslöst und was für Folgeschäden er hinterlässt bei ständiger und unbewusster Konsumierung.

1. Sucht – Abhängigkeit

Sucht? Was bedeutet Sucht und was verbirgt sich hinter diesem Begriff? Sucht ist ein ausdrucksstarkes Wort und jeder kann sofort irgendwas damit in Verbindung bringen. Dieser Begriff besitzt viele unschöne Charakterzüge, wie zum Beispiel auch Eifersucht, Habsucht und Rachsucht. Deswegen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon 1964 versucht den Begriff Sucht durch die Fachbezeichnung Abhängigkeit zu ersetzen. Somit ist eine fachlich-wissenschaftlich korrekte Richtung gegeben und weist auf den Missbrauch und die Abhängigkeit von chemischen Substanzen hin. Durch den Begriff Abhängigkeit ist die Vielschichtigkeit der Probleme, die mit Alkoholismus und Drogenabhängigkeit zusammenhängen, besser erläuterbar.¹

Durch das Urteil vom Bundessozialgericht von 1968 wurde Alkoholismus als eine Krankheit angesehen und anerkannt. Dies war zu einer Zeit wo viele junge Leute sehr viel mit illegalen Drogen experimentierten. Es kam zu einer regelrechten Drogenwelle. Bis Ende der Sechzigerjahre waren Heilstätten für sozialfürsorgliche und erzieherische Behandlungen ausgerichtet und nicht für suchtkranke Menschen. Erst nach dem Urteil vom Bundessozialgericht wurde vermehrt psychotherapeutisch gearbeitet. Aber was ist Sucht? Was ist das, was den süchtigen Menschen so belastet und ihn in eine Verhaltensweise drängt, mit irgendwelchen Mitteln etwas erreichen zu wollen, auch wenn es nur ein vermeintliches Erreichen ist? Ist es eine Sehnsucht, das Sehnen nach etwas Unerfülltem, was dennoch unerfüllbar bleibt und somit schließlich „krank“ macht? Dieses Gefühl von Unerfülltheit versucht dieser Mensch dann mit ungeeigneten Mitteln zu heilen. Ist dementsprechend Sucht ein verkehrter Versuch, etwas zu heilen, nach dem man eine große Sehnsucht hat? Letztendlich dann ein missglückter Selbstheilungsversuch?²

Seit den Sechzigerjahren versucht die Wissenschaft, Antworten auf diese Fragen zu finden. Das Interesse über die Fragen von Alkoholismus und Drogenabhängigkeit hat zugenommen und zu Beginn des einundzwanzigsten Jahrhunderts kam es

¹ vgl. Knoll 2002, S. 12

² vgl. ebenda, S. 12

zu einer übergroßen Anzahl von Artikeln, Büchern und Zeitschriften, die sich mit dem Thema Suchtproblematik auseinandergesetzt haben.³

Am 26. April 2011 stellte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. ihr Jahrbuch SUCHT 2011 vor. Sie stellte somit die aktuellen Daten zu den verschiedenen Suchtstoffen vor und die zum Pathologischen Glücksspiel und zum Thema Essstörungen. Unter anderem wurden auch Zahlen zu der Versorgung Suchtkranker, Zahlen zur Behandlung und auch Konsumzahlen veröffentlicht.

Es ist ein Rückgang des Alkoholkonsums in Deutschland zu beobachten. Im Jahr 2009 wurden 9,7 Liter reiner Alkohol konsumiert, das sind 2,0% weniger als im Jahr 2008 mit 9,9 Liter reiner Alkohol.

Im Vergleich zu anderen Ländern steht Deutschland mit einem Alkoholkonsum der über 15-Jährigen von 11,8 Litern registrierten plus 1,0 Liter nicht registrierten reinen Alkohols nach den Ländern Tschechien, Estland, Irland, Frankreich, Österreich, Portugal, Ungarn, Slowenien, Litauen, und Luxemburg an der elften Stelle. Im Jahr 2003 war Deutschland auf den fünften Platz mit 12,0 plus 1,0 Liter reinen Alkohol. Es ergibt sich eine deutliche prozentuale Steigerung bei den Alkoholvergiftungen in allen Altersgruppen. Die Steigerung der Zahlen geht besonders von den 10- bis 20- Jährigen und den 20- bis 25- Jährigen aus.

Durch die 333.800 Behandlungsfälle ist die psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol die dritthäufigste Einzeldiagnose aller Hauptdiagnosen der Krankenhausstatistik des Jahres 2008.

Jährlich wird von über 73.000 Todesfällen ausgegangen, die auf alkoholbezogene Gesundheitsstörungen zurückzuführen sind. Zwischen 35 und 65 Jahren sind ein Fünftel aller Todesfälle alkoholbedingte Todesfälle. In der Altersgruppe bei den Männern sind es ein Viertel aller Todesfälle.⁴

An dem Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 war ebenfalls der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk mit dran beteiligt. Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk konzipierte und entwickelte die ersten wissenschaftlich begründeten Ausbildungsgänge für Suchttherapeuten.

³ vgl. Knoll 2002, S. 13

⁴ URL 1: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Bald darauf, im Jahr 1975, kam es schon zu weiteren Zusatzausbildungen zum psychoanalytischen und zum verhaltenstherapeutischen Sozialtherapeuten für Suchtkranke. Es wurden Sozialarbeiter, Psychologen ausgebildet für das Arbeiten mit suchterkrankten Menschen.⁵

Doch noch immer ist nicht die Ausgangsfrage geklärt. Was ist Sucht? Bei Krankheiten, wie zum Beispiel bei einer Lungenentzündung fragt man immer nach den Ursachen. Somit muss man eben auch bei Sucht die Ursachen hinterfragen, um zu begreifen wie sie entstanden ist, wie sie sich entwickelt hat, um sie zu verstehen. Doch das Erkunden der Ursachen von einer Krankheit stellt meistens auch bei anderen Krankheiten ein Problem dar. Es können mehrere Ursachen auftreten und somit ist es schwierig immer einen Wirkung-Zusammenhang auszumachen. Bei seelischen Erkrankungen stellt es sich schwieriger dar, da es sich oft um ein kompliziertes Zusammenspiel von Erfahrungen, Erlebnissen und Umweltbedingungen handelt, kann es bei einem einzelnen Fall zu einer seelischen Erkrankung oder Beeinträchtigung kommen.⁶

2. Suchtentstehung

Die Wissenschaften versuchen das kausale Ursache-Wirkung-Denken durch ein systemisches, ganzheitliches oder chaotisches Verstehen der Welt zu erweitern. Es geht darum, dass jedes Ereignis einzigartig ist, jeder Mensch ist einzigartig, jeder Lebenslauf ist einzigartig. Die Einzigartigkeiten sind durch Zufälligkeiten und Gesetzmäßigkeiten geprägt. Wenn man versucht jede Gesetzmäßigkeit jedes Suchterkrankten zu verstehen, bleibt jedoch immer jeder Mensch weiterhin einzigartig und seinem weiteren Werdegang ausgesetzt. Die Fachleute die sich mit Alkoholismus beschäftigen gehen davon aus, dass zur Suchtentstehung drei grundlegende Faktoren beitragen. Als erstes die Persönlichkeit und ihre Geschichte, dann die gesellschaftlichen Bedingungen und das soziale Milieu und als dritter Faktor die Droge und ihr Suchtpotenzial.⁷

⁵ vgl. Knoll 2002, S. 18

⁶ vgl. ebenda, S. 19

⁷ vgl. ebenda, S. 20

2.1 Die Persönlichkeit

Der Ausgangsfaktor der zu einer Sucht führt ist die individuelle Persönlichkeitsstruktur. Diese individuelle Persönlichkeitsstruktur wird als prämorbid Persönlichkeit bezeichnet. Es bedeutet dass der suchtkranke Mensch bereits vor seiner Suchtentstehung schon an seiner Persönlichkeit geschädigt ist.⁸

Der Ausbruch der Suchterkrankung liegt am häufigsten auf der gesellschaftlichen Ebene, genauer gesagt bei den Umweltbedingungen des Betroffenen. Auslöser für die Suchtentstehung können sein, die Trennung des Partners oder der Verlust der Arbeitsstelle oder auch das man oft in der Gruppe schon früher viel konsumiert hat.⁹

Die Psychoanalyse sieht nicht so sehr bei dem Konsum von Alkohol oder Drogen und deren gesundheitlichen und sozialen Wirkungen das Entscheidende für den Beginn einer Sucht. Sie geht eher von der individuellen Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur und ihrer seelischen Verfassung des Süchtigen aus. Um es deutlich zu sagen, die Verfassung des Menschen ist ausschlaggebend für eine Suchterkrankung. Der Ursprung und das Wesen der Sucht sind nicht in der chemischen Wirkung des Alkohols, Droge zu sehen, sondern in der inneren und gefühlsmäßigen Struktur des Menschen. So zu sagen ist die zuvor geschädigte Seele das Entscheidende. Ermöglicht wird die Alkoholsucht, wie Drogensucht nur durch das Vorhandensein der Mittel, wie der Alkohol und die Drogen. Das psychoanalytische Suchtverständnis versteht unter dem Begriff Sucht ganz einfach einen inneren Zwang, eine hemmungslose, unbezwingbare Gier nach dem Konsum seines Rauschmittels.¹⁰

Auf Folgeschäden, die durch den Konsum entstehen, die ihm schaden und sein Umfeld nimmt der Betroffene sogar manchmal bewusst aber auch unbewusst in Kauf. Der Alkohol, sowie auch die Droge sind ein Mittel welches aktiv auf die seelische Verfassung einwirkt. Es werden bei dem Süchtigen, nach der Einnahme feinste Nerven gereizt.

⁸ vgl. Knoll 2002, S. 20

⁹ vgl. ebenda, S. 21

¹⁰ vgl. ebenda, S. 24

Bei Menschen die nicht so gefährdet sind, ist die Reaktion auf die Nerven nicht so empfindlich wie bei dem gefährdeten Menschen. Dies bedeutet, dass nach dem Gebrauch des Rauschmittels diejenigen abhängig werden können, die schon eine vorgeschädigte Persönlichkeitsstruktur besitzen und somit eine Veranlagung zur Suchterkrankung vorzuliegen haben.¹¹

Die Betroffenen wissen nichts von ihrer Persönlichkeitsstörung und folglich auch nicht von der Veranlagung zur Erkrankung. Kein Mensch weiß über seine Persönlichkeitsstruktur Bescheid, dadurch muss man davon ausgehen das jeder mehr oder weniger betroffen ist. Aber auch wenn man eine minimale Grundstörung der Persönlichkeitsstruktur hat, können die Probleme so überwältigend sein, dass es dabei auch zur Suchterkrankung kommen kann. Kommen wir aber nun wieder zu den Menschen die eine ausgeprägte vorgeschädigte Persönlichkeitsstruktur besitzen. Diese Störung entwickelt sich beständig weiter und man spricht dann von einem Krankheitsprozess in dem eine zwanghafte Unwiderstehlichkeit innewohnt. Die Handlungen eines suchterkrankten Menschen sind nicht nach einem positiven Ziel orientiert, um einen Lustgewinn zu erhalten, sondern eher auf das negative Ziel orientiert, eine Spannung loszuwerden.¹²

Der Abhängigkeitskranke verhält sich nicht viel anders als der Normalbürger bei irgendwelchen Beschwerden. Er besitzt nur eine geringere Schmerzschwelle als der Normalbürger.¹³

2.2 Die Gesellschaft

Es wurde deutlich gemacht, wie die Persönlichkeit zur Sucht verhilft. Nun wird untersucht, wie gesellschaftliche Aspekte süchtiges Verhalten hervorrufen kann. Aber neben den gesellschaftlichen Entwicklungen, die jeder miterlebt, werden wir aber auch automatisch in eine bestehende Kultur hineingeboren, die schon immer ihren eigenen Bezug zum Alkohol hat.¹⁴

¹¹ vgl. Knoll 2002, S. 25

¹² vgl. ebenda, S. 25

¹³ vgl. ebenda, S. 26

¹⁴ vgl. ebenda, S. 66

Es gibt vier Arten von Kulturen. Zum einen die Abstinenzkulturen, wie zum Beispiel in den islamischen und hinduistischen Länder, wo ein totales Alkoholverbot herrscht. Zum anderen die Ambivalenzkultur, wie die USA, die zum Thema Alkohol in einem Widerspruch stehen. Alkohol wird auf der einen Seite grundsätzlich abgelehnt, aber auf der anderen Seite in einem bestimmten Rahmen toleriert. Eine Folge daraus war, dass der Alkohol illegal organisiert worden ist und nur in geschützten Kreisen getrunken wurde. Deutschland gehört zu der Permissivkultur, wo die Menschen von Kindheit an lernen, dass es kontrollierten Alkoholkonsum gibt. Diese Kultur geht davon aus, dass die Bevölkerung alleine den problemfreien Umgang mit dem Alkohol lernt. Die Leute können in der Gesellschaft Alkohol konsumieren, wenn sie sich immer noch an gewisse Spielregeln halten. Die Funktionsgestörte Permissivkultur gibt es so in Reinform nicht. Tendenzen können aber in Permissivkulturen deutlich werden. Dies zeigt sich wenn größere Schichten zunehmend unkontrolliert berauscht sind. Sowie in manchen Regionen Deutschlands, wo mehr Alkohol konsumiert wird als in anderen.¹⁵

Grundlegend steht fest, dass der Mensch in eine bestehende Gesellschaftsordnung hineingeboren wird und die durch das Erziehungsverhalten und die Persönlichkeitsstruktur der Eltern geprägt wird. Wie die Gesellschaftsordnung auf die Eltern gewirkt hat, spiegelt sich in seiner Persönlichkeitsstruktur durch das Erziehungsverhalten der Eltern wieder. Dies bedeutet, dass die Gesellschaft schon sehr früh in die Erziehung des Kindes eingreift. Sie kann somit die positiven oder negativen Einflüsse von zu Hause verstärken. Mit der Zeit trifft der junge Heranwachsende auf immer mehr unerwünschte Einflüsse der bestehenden Gesellschaft. Wenn der Heranwachsende als Kind besser darauf vorbereitet wurde, desto besser kann er sie als Erwachsener bewältigen. Das heißt, wer als Kind gelernt hat kritisch mit den Konsumangeboten der Gesellschaft umzugehen, wird nicht seine Probleme und Krisen des alltäglichen Lebens durch den Konsum versuchen zu lösen. So kann man sagen, dass Alkohol und Drogen klassische Problemlösungsmittel einer unkritischen Konsumgesellschaft sind.¹⁶

¹⁵ vgl. Knoll 2002, S. 68

¹⁶ vgl. ebenda, S. 78

2.3 Die Suchtmittel

Jedes Gefühl, was von starken Gefühlsregungen begleitet wird, kann zu einem süchtigen Verhalten führen. Deutlich wird es bei der Spielsucht, da das Glücksspiel starke Erregungszustände erzeugt. Auch andere Tätigkeiten wie das Spiel erzeugen Erregungen, wie zum Beispiel die Fernsehsucht, Sportsucht oder Sexsucht. Neben Alkohol- und Drogensucht sind es Tätigkeiten die süchtig machen können, deshalb muss man unterscheiden zwischen stoffgebundene Süchte, wie den Alkoholismus und nicht – stoffgebundene Süchte, wie die Spielsucht. Die Suchtmittel weisen Eigenschaften auf, die auf den Konsumenten Auswirkungen haben. Die Eigenschaften unterscheiden sich in ihrer Stärke und Dynamik von Droge zu Droge. Die Gemeinsamkeiten sind der Rausch, Toleranz, Suchtpotenzial, Bindekraft, körperliche und psychische Abhängigkeit.¹⁷

2.3.1 Der Rausch

Als Rausch wird bezeichnet, ein starker Angriff auf die Sinneswelt, sie wird durch das Suchtmittel benebelt und in Ekstase gebracht. Wenn der Rauschzustand mit einem euphorischen Erregungszustand wahr genommen wird, dann wird der Betroffene versuchen es zu wiederholen. Dem Ende des Rausches folgt oft eine Ernüchterung und Niedergeschlagenheit.¹⁸

Jedes Suchtmittel ruft verschiedene Rauschformen auf, doch es ist noch nicht geklärt welche Formen des Rausches eine Abhängigkeit verursachen. Drogen, wie die Halluzinogene LSD und Mescaline, erzeugen einen sehr starken Rausch. Das Suchtpotential ist aber eher gering im Gegensatz zu anderen Drogen. Zigaretten im Vergleich haben ein sehr hohes Suchtpotential, aber erzeugen nur kaum einen Rausch. Es kann aber auch sein, dass aus einem Rausch ein Missbrauch und eine Abhängigkeit entstehen. Dies trifft ein, wenn die berauschte Person die Rauscherlebnisse wiederholen will. Bei Opiaten ist dies der Fall. Das Verlangen das erste Rauscherlebnis nochmal zu erleben führt oft in die Abhängigkeit, da die Wir-

¹⁷ vgl. Knoll 2002, S. 79

¹⁸ vgl. ebenda, S.79

kung immer geringer wird. Die Rauschintensität kann gut beim Alkohol gesteuert werden. Der Rausch kann von einer leichten Belebung bis hin zum totalen Realitätsverlust, mit Halluzinationen führen.¹⁹

2.3.2 Die Toleranz

Unter dem Begriff Toleranz versteht man die Gewöhnung an das Suchtmittel. Anders gesagt ist die Toleranz die Antwort des Körpers auf den Suchtstoff. Wie schon genannt braucht der Heroinabhängige immer eine größere Dosis, damit der Betroffene dem ersten Rauscherlebens gleichkommt. Aber auch beim Alkohol werden Toleranzentwicklungen deutlich. Menschen die durchschnittlich viel Alkohol konsumieren, fangen an bei einem Promille zu lallen und zu schwanken. Bei Suchterkrankten sind die Erscheinungen erst bei drei Promille zuerkennen. Die tödliche Dosis bei Nichtabhängigen liegt bei vier Promille und bei Alkoholikern bei sechs Promille.²⁰

Nach einer Abstinenzzeit kann sich bei einigen Suchtmitteln die Toleranz zurückbilden, wie zum Beispiel bei Opiaten. Dies erklärt viele Todesfälle, da viele nach einem erzwungenen Entzug sich wieder die gleiche Dosis, wie vor dem Entzug zuführen. Dies kann genug für eine Überdosierung sein und kann somit zum Tod führen. Beim Alkohol kann die Toleranz ein Leben lang anhalten.²¹

2.3.3 Das Suchtpotenzial

Das Suchtpotential beschreibt, wie schnell eine Droge zur Abhängigkeit führen kann. Je höher das Suchtpotential eines Suchtmittels ist, desto leichter kann man eine Abhängigkeit im Tierversuch erzeugen. Die Opiate Heroin oder Morphin besitzen ein sehr hohes Suchtpotenzial. Einige Erlebnisse reichen schon aus um von der Droge abhängig zu werden. Halluzinogene, wie LSD oder Cannabis haben ein geringeres Suchtpotential.

¹⁹ vgl. Knoll 2002, S. 80

²⁰ vgl. ebenda, S. 80

²¹ vgl. ebenda, S. 81

Daher stammt auch die Einteilung in harte und weiche Drogen. Eine Abhängigkeit kann auch durch leichte Drogen verursacht werden, bei langen und regelmäßigen Konsum. Das Beste Beispiel dafür ist die Abhängigkeit von Nikotin. Zigaretten haben kein hohes Suchtpotential. Sie können aber nach einem langen Konsum zur Sucht führen.²²

Für jeden Menschen ist das Suchtpotential einer Droge relativ. Sie steht in einer Wechselwirkung zur persönlichen Veranlagung und zur kulturellen Eingebundenheit der Droge. Bei Menschen mit einer geringen Suchtveranlagung können Drogen mit einem hohen Suchtpotenzial zur Abhängigkeit führen. Suchtmittel mit einem geringen Suchtpotenzial verursachen nur langsam eine Abhängigkeit, wenn der Suchtstoff häufig und lange konsumiert wird. Bei Drogen mit mittlerem Suchtpotential, wie der Alkohol in der deutschen Kultur, führt der Konsum nur zur Abhängigkeit bei Leuten mit geringerer Suchtdisposition, wenn sie sich gerade in einer Lebenskrise befinden und den Stoff nicht nach den anerkannten kulturellen Spielregeln einnehmen. Bei Menschen die eine prämorbidie Persönlichkeitsstörung besitzen, haben alle Suchtmittel ein höheres Suchtpotential.²³

2.3.4 Die Bindekraft

Drogen können sich bei der Abhängigkeit schnell und intensiv an ihren Konsumenten binden. Diese Bindung kann sich schon bei der ersten Erfahrung lebenslanglich stark entwickeln, wie beim Heroin und anderen Opiaten. Beim Alkohol ist es etwas anderes. Hierbei geht der Konsument eine Bindung mit einer besonderen Alkoholart ein. Die Substanz Alkohol kommt in verschiedenen alkoholischen Getränken vor, die sich nur kaum in prozentualen Werten unterscheiden. Doch dabei ist es so, dass der Alkoholiker sich an ein bestimmtes Alkoholgetränk bindet. Bier ist hierbei das mit Abstand am meisten konsumierte alkoholische Suchtmittel. Der Begriff Saufdruck, bei abstinent lebenden Alkoholikern, macht deutlich, wie stark die Bindung vom Konsumenten und dem alkoholischen Suchtmittel ist.²⁴

²² vgl. Knoll 2002, S. 81

²³ vgl. ebenda, S. 82

²⁴ vgl. ebenda, S. 83

2.3.5 Die Körperliche Abhängigkeit

Die körperliche Abhängigkeit macht sich deutlich, wenn der Suchtstoff abgesetzt wird und wenn es zu einem wiederholten Konsum kommt, bis hin das der Körper ohne den Stoff nicht mehr auskommt und ihn sozusagen braucht. Wenn der Suchtstoff nicht mehr eingenommen wird, kommt es zu Entzugserscheinungen, die man beobachten kann. Symptome die auftreten können sind beschleunigte Atmung, depressive Niedergeschlagenheit, Schmerzüberempfindlichkeit, Durchfall, Kältegefühl, Gänsehaut, Schlafstörungen, starkes Zittern usw. Die Symptome hören jedoch sofort auf, wenn der Süchtige sein Suchtmittel wieder einnimmt. Nicht alle Suchtstoffe üben eine körperliche Abhängigkeit aus. Bei Suchterkrankten von Opiaten ist die Abhängigkeitsform am bekanntesten, da sie sehr stark unter ihren Entzugserscheinungen leiden und immer versuchen wieder an ihren Stoff zu gelangen, damit sie den Entzugserscheinungen entgehen können.²⁵

Trotz der starken Entzugserscheinungen die Abhängige von Opiaten haben, geht man davon aus, dass die Alkoholentzüge die schwierigsten und gefährlichsten sind. Bei Alkoholikern entwickelt sich eine körperliche Abhängigkeit erst nach langjährigem starkem Alkoholkonsum. Der Alkoholiker benötigt immer mehr Stoff, um seine ursprüngliche Wirkung zu erhalten. Bei manchen Betroffenen ist die Abhängigkeit so stark, dass sie sogar nachts von den Entzugserscheinungen wach werden und wieder etwas konsumieren müssen um diesen dann zu umgehen. Durch den Alkoholismus kann es auch zu lebensgefährlichen Geistesstörungen kommen. Dann spricht man vom Alkoholdelirium. Befindet sich ein Betroffener in diesem Stadium, kann er es nur beenden wenn er sich weiterhin Alkohol zufügt oder sich in intensiv-medizinische Behandlung begibt. Die schlimmste Form des Deliriums ist das Delirium tremens. Bei dieser Form treten Angst- und Unruhezustände auf, die von Halluzinationen und Sinnestäuschungen begleitet werden.²⁶

Diesem Zustand können auch epileptische Krampfanfälle, starkes Schwitzen, Zittern, Fieber und Kreislaufstörungen mit Blutdruckschwankungen folgen. Diese Art von Delirium muss intensiv-medizinisch behandelt werden, da sie bei nicht Be-

²⁵ vgl. Knoll 2002, S. 83

²⁶ vgl. ebenda, S. 84

handlung in zwanzig Prozent der Fälle zum Tod führen kann. Das Delirium klingt nach einigen Tagen wieder ab. Jedoch können bei einigen Leuten Gehirnschäden zurück bleiben.²⁷

2.3.6 Die Physische Abhängigkeit

Die physische Abhängigkeit beschreibt ein unstillbares Verlangen die Wirkung des Suchtmittels zu erhalten und es weiterhin konsumieren zu wollen. Diese Abhängigkeit verursacht die Suchterkrankung. Das Trinken von Alkohol ist bei Süchtigen nicht zum Lustgewinn. Durch den Konsum hilft es vielen Leuten Ängste und Hemmungen zu überwinden, oder sie ertragen dadurch die Einsamkeit, Stress, Minderwertigkeitskomplexe. Sie überspielen somit negative Gefühle und verstärken durch den Alkohol positive. Der Lustgewinn entsteht hierbei nur Nebensächlich, da negative Gefühle einfach unterdrückt werden. Diese seelische Unterstützung die der Alkohol bietet, führt bei mehrmaligem Gebrauch dazu, dass die Menschen die Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und Problemen immer mehr verkümmern und sie die einzige Unterstützung im Alkohol sehen. Konflikte die der Mensch hat, werden somit immer wieder mit dem Alkohol gelöst und dadurch entsteht die physische Abhängigkeit. Eine fortgeschrittene physische Abhängigkeit wird durch den Kontrollverlust deutlich.²⁸

Das Trinkmotiv ist bei einem Kontrollverlust vollkommen in Vergessenheit geraten und es wird nur noch, ohne besonderen Grund, Alkohol konsumiert. Bei den meisten Drogen kann sich die physische Abhängigkeit entwickeln. Bei weichen Drogen kann es auch zu dieser Abhängigkeit kommen, wenn Denken und Handeln sich nur noch um den Konsum der Droge drehen und soziale Beziehungen immer weiter in den Hintergrund rücken. Die beiden Abhängigkeiten physische und psychische stehen in konkreter Verbindung. Suchtmittel die eine physische Abhängigkeit hervorbringen, können auch psychische erzeugen.

²⁷ vgl. Knoll 2002, S. 84

²⁸ vgl. ebenda, S. 85

Die körperliche Abhängigkeit kann schnell geheilt werden. Im Gegensatz dazu, ist bei der seelischen Abhängigkeit eine langwierige Therapie erforderlich, die oft über Jahre dauern kann.²⁹

3. Die Droge Alkohol

3.1 Definition Alkoholismus

Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.³⁰

Die beiden führenden Fachinstanzen der USA (National Council on Alcoholism and Drug Dependence, American Society of Addictive Medicine) haben 1992 diese zusammengefasste Definition des Alkoholismus formuliert.³¹

3.2 Grundbegriffe

Alkohols chemische Bezeichnung ist Äthylalkohol und besitzt die Summenformel (C_2H_5OH). Es ist eine farblose Flüssigkeit die brennend schmeckt. Diese Flüssigkeit ist in Fetten und Wasser löslich. Alkohol entsteht auch in kleinen Mengen endogen im Körper und die physiologische Äthanolkonzentration im Blut liegt unter 0,75 mg/l. Der Äthylalkohol bildet sich durch Gärung von Zuckerarten, die durch Hefe in Alkohol und Kohlensäure gespalten werden.

²⁹ vgl. Knoll 2002, S. 87

³⁰ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 10

³¹ vgl. ebenda, S. 9

Der Alkohol der zum Verzehr gedacht ist, wird durch eine Hefegärung von Pflanzenteilen, Melasse, Stärke oder Zucker gewonnen. Zudem ist der Alkohol auch ein Energieträger, 1 g enthält 29,6 kJ und dies entspricht 7,07 kcal.³²

3.2.1 Resorption

Alkohol wird eigentlich nicht resorbiert. Er diffundiert einem Konzentrationsgefälle entlang ins Gewebe. Der Alkohol wird von der Magenschleimhaut aufgenommen, aber am schnellsten in der Schleimhaut des Dünndarms. Durch die Hydrophilie (wasserliebend) des Alkohols wird er nur in wasserhaltigem Gewebe und Flüssigkeiten resorbiert. Kleine Mengen an zugeführten Alkohol, können schon nach zehn Minuten resorbiert sein. Es gibt aber auch Resorptionsverzögerungen. Dinge die die Entleerung des Magens verzögern, verursachen eine Verlangsamung der Resorption des Alkohols im Magen. Diese Verzögerungen entstehen durch starkes Rauchen oder bestimmte scharfe Gewürze. Die Resorptionsdauer ist abhängig von den Konzentrationsgradienten, von der Kontaktzeit und der Durchblutung des Magens. Konzentrierte Alkoholika werden schneller aufgenommen als weniger konzentrierte Alkoholika. Am deutlichsten wird der resorptionsverzögernde Effekt, wenn sechzig Minuten nach dem Essen Alkohol konsumiert wird. Bei der verzögerten Resorption kann es auch passieren, dass ein Teil Alkohol nicht resorbiert wird, man spricht dann von einem Resorptionsdefizit.³³

3.2.2 Verteilung

Es kann passieren, dass durch die Aufnahme von Alkohol, es zu der sogenannten Blut-Hirn-Schranke kommt. Eine hohe Aufnahme von Alkohol, in kürzester Zeit und in hoher Konzentration, kann zu einer starken Beeinträchtigung der psychophysischen Funktionen führen. Bei einer starken Aufnahme von Alkohol steigt die Blutalkoholkonzentration (BAK) und verursacht eine empfindliche Reaktion des zentralen Nervensystems (ZNS).

³² vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 31

³³ vgl. ebenda, S. 32

Es kommt, wegen der Hämodynamik (Blutströmungsverhältnisse) des Alkohols zu einer höheren Durchblutungsrate des Gehirns. Der hohe Wassergehalt des ZNS führt auch zu einer schnellen Verteilung mit einem höheren Gewebsspiegel.³⁴

Nach dem der Alkohol aufgenommen worden ist, sprich resorbiert, verteilt er sich durch den Blutstrom und der Diffusion im Gewebe. Dann kommt es zur Verteilung des Alkohols im gesamten Körperwasser und dadurch zu einem schnellen Abfall der Blutalkoholkonzentration, den sogenannten Diffusionssturz. Nicht jedes Gewebe nimmt den Alkohol gleich auf. Das hängt ab von dem Wassergehalt des Gewebes, besonders hoch ist er im ZNS, von der Hämodynamik sowie auch von der Durchblutung des Gewebes.³⁵

3.2.3 Resorptionsdefizit

Wie oben schon genannt, ist das Resorptionsdefizit die Menge Alkohol die nicht weiter resorbiert wird. Die nicht systemische Weiterleitung des Alkohols liegt nicht nur an den schon oben genannten Fakten, sondern eine Veresterung von Alkohol mit Aminosäuren kann ebenfalls eine Ursache dafür sein. Das Resorptionsdefizit ergibt sich aus der Widmark-Formel. Die Widmark-Formel berechnet das Verhältnis der Alkoholkonzentration im Gesamtkörper zum Alkoholspiegel, ist aber nicht experimentell bewiesen. Das Resorptionsdefizit liegt in einem Bereich von 10 bis 30 %. Mindestens 10 % bis höchstens 30 % werden in der deutschen Rechtsprechung angenommen.³⁶

3.2.4 Alkoholkonzentration

Der Alkohol wird schnell, durch das Konzentrationsgefälle, zwischen Magen-Darm-Lumen und Blutgefäßen durch diffundiert. Der Magen resorbiert davon 20 % und 80 % resorbiert der Dünndarm. Nach dem Konsum, zwischen einer halben bis ganzen Stunde, ist die höchste Konzentration im Blut angekommen. Der Alkohol

³⁴ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 32

³⁵ vgl. ebenda, S. 33

³⁶ vgl. ebenda, S. 33

verteilt sich dabei schnell und weitgehend gleichmäßig über den ganzen Körper. Bei stillenden Frauen geht der Alkohol über die Plazenta und wird somit auch über die Milch mitgegeben. Nach einer Stunde bis anderthalb Stunde ist die gesamte Resorption abgeschlossen und die Alkoholkonzentration des Blutes ist nun fast gleich wie die Alkoholkonzentration im Gewebe. Die Konzentration hängt von der Menge, von der Resorptionsgeschwindigkeit, vom Körpergewicht und von der Geschwindigkeit ab, wie der Alkohol konsumiert wird.³⁷

Der Gehalt des Alkohols im Gehirn ist dem Blutalkoholspiegel sehr gleich, da der Alkohol in der Anflutungsphase sehr schnell und gut resorbiert und verteilt wird. In der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit, dem Liquor, lässt der An- und Abstieg der Alkoholkonzentration mit der Zeit etwas nach, als im Vergleich zu der Blutalkoholkonzentration. Die Konzentration ist in der Hirnrinde am größten, jedoch im Vergleich zu der Leber ist die Alkoholkonzentration sehr niedrig. In keinem konstanten Verhältnis zum Blutalkohol steht die Alkoholkonzentration des Harns, da in der Resorptionsphase ist sie niedriger als im Blut und in der Eliminationsphase ist die Konzentration im Harn höher. Gründe dafür sind zum Beispiel die Diurese (Harnausscheidung) und der Zeitpunkt der letzten Miktion (Urinlassens). Der Atemalkohol ist der Blutalkoholkonzentration sehr gleich.³⁸

3.2.5 Stoffwechsel

Durch die chemische Reaktion Oxidation wird der Alkohol im Körper abgebaut. Es gibt vier Vorgänge die dafür in Frage kommen können. Zum Einen ist es die Alkoholdehydrogenase (ADH), das mikrosomale Äthanol oxidierende System (MEOS), die Katalase, die aber physiologisch kaum von Bedeutung ist und der Alkohol kann sich an die Glucuronsäure binden und abgebaut werden. Der chemische Abbau vollzieht sich über drei Schritte. Alkohol kann auch über Schwitzen, Urin und Atmung abgebaut werden. Der Wert des Abbaus beträgt hierbei höchstens 2 – 5 %. 95 % der resorbierten Menge wird enzymatisch zu den Endprodukten CO₂ (Koh-

³⁷ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 33

³⁸ vgl. ebenda, S. 34

lenstoffdioxid) und H₂O (Wasser) verstoffwechselt, metabolisiert. Der Abbau von Alkohol beginnt sofort nach dem Konsum.³⁹

3.3 Alkoholikertypen

Um den Alkoholismus besser verstehen zu können ist es erforderlich auch die fünf Alkoholikertypen zu kennen. Natürlich ist jeder Mensch anders und hat eine andere Vorgeschichte. Dadurch ist jede Trinkerkarriere verschieden. Dennoch kann man einige Verallgemeinerungen machen. Jellinek, ein amerikanischer Suchtforscher hat in den Dreißigerjahren Alkoholiker mit ihren Suchtverläufen der Alkoholkrankheit in die verschiedenen Typen eingeteilt. Man unterscheidet bei den Typen den Konflikttrinker, den Alpha-Typ, den Gelegenheitstrinker, den Beta-Typ, den süchtigen Trinker, Gamma-Typ, den Gewohnheitstrinker, Delta-Typ und den Quartalstrinker, Epsilon-Typ.⁴⁰

3.3.1 Der Konflikttrinker – Alpha-Typ

Bei Konflikttrinkern handelt es sich um die Personen die eine leichte psychische Abhängigkeit aufweisen, aber nicht in Verbindung mit einer körperlichen Abhängigkeit. Die Betroffenen leiden unter anderem unter körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen. Sie versuchen die dadurch entstehenden Probleme mit Alkohol zu lösen. Bei diesem Typ ist die Gefahr, dass er sich schnell zum süchtigen Trinker weiterentwickelt. Sie können sich aber zum mäßigen Alkoholtrinker zurückentwickeln.⁴¹

³⁹ vgl. Küfner/Soyka 2008, S. 34

⁴⁰ vgl. Knoll 2002, S. 97

⁴¹ vgl. ebenda, S. 98

3.3.2 Der Gelegenheitstrinker – Beta-Typ

Der Gelegenheitstrinker, so wie sein Name es schon sagt, trinkt nur zu bestimmten Anlässen, aber dann auch übermäßig. Er trinkt zum Beispiel nur in Gesellschaft, zu Festen oder Partys.⁴²

3.3.3 Der süchtige Trinker – Gamma-Typ

Bei diesem Typ handelt es sich um die eigentlichen Trinker. Vom Konflikttrinker zum süchtigen Trinker ist der Übergang meist fließend. Der Konflikttrinker an sich ist noch nicht alkoholabhängig. Beim Gamma-Trinker bestehen bereits eine psychische und meistens auch eine körperliche Abhängigkeit. Es ist trotzdem möglich, dass dieser Trinkertyp eine Phase der Abstinenz vollziehen kann. Menschen die bereits schon immer viel Alkohol konsumiert haben, aber noch nicht abhängig waren, können sich bei einer schweren Lebenskrise die sie zu bewältigen haben zu einem süchtigen Trinker entwickeln. Lebenskrisen können sein Scheidung vom Partner oder auch der Verlust der Arbeit. Hierbei können starke Trinker in eine Sucht geraten.⁴³

3.3.4 Der Spiegeltrinker – Delta-Typ

Spricht man vom Gewohnheitstrinker, dann ist die Rede vom Spiegeltrinker. Der Spiegeltrinker konsumiert andauernd Alkohol. Er erscheint aber nie richtig betrunken. Dieser Trinkertyp fällt in seinem sozialen Umfeld nicht auf. Daraus kann man schließen, dass dieser Delta-Typ von seinen gesellschaftlichen Bedingungen begünstigt wird. Hierbei geht es nicht um das rauschorientierte Trinken, sondern um das Trinkverhalten im Alltag. Nur in einigen Fällen kann es passieren, dass der Spiegeltrinker sich selbst und seine Arbeit vernachlässigt. Auch Kontrollverluste sind eher untypisch bei diesem Fall. Eine Abstinenz ist hier nicht mehr erreichbar, da der Betroffene eine körperliche Abhängigkeit aufweist.

⁴² vgl. Knoll 2002, S. 98

⁴³ vgl. ebenda, S. 101

Eine seelische Abhängigkeit entwickelt sich mit dem Verlauf der Zeit. Da ein langjähriger Alkoholkonsum vorliegt, sind beim Gewohnheitstrinker Folgekrankheiten erkennbar. Die Leber wird nach einer langen Trinkerkarriere in Mitleidenschaft gezogen und somit kann es zur Entwicklung der Leberzirrhose kommen. Die Spiegeltrinker sterben am häufigsten durch die Leberzirrhose.⁴⁴

3.3.5 Der Quartalstrinker – Epsilon-Typ

Quartalstrinker sind Menschen die oft über Wochen und Monate Abstinent leben können. Sie können sogar in dieser Zeit etwas Alkohol im Alltag konsumieren. Dann kommt es aber irgendwann zum Wandel des Quartalstrinkers. Der Alkoholkonsum wird drastisch gesteigert und er trinkt über längere Zeit große Mengen an Alkohol, bis der Körper zusammenbricht und sie medizinisch behandelt werden müssen. Bei diesem Trinkertyp handelt es sich um den totalen Kontrollverlust. Folgeschäden sind hier sozial entstehende Probleme. Der Betroffene verliert die völlige Realitätskontrolle und gibt in diesem Zustand auch eine Menge Geld aus. Der Geldverlust entsteht dadurch, dass der Epsilon-Typ sich freigiebig zeigt und andere zum Mittrinken einlädt und somit auch ausgebeutet wird. Ein weiteres Problem hierbei ist, dass er in seiner Trinkphase die Kontrolle über seine Aggressionen verlieren kann und sich somit in Prügeleien verstricken kann. In diesem Zustand kann er ebenfalls den Straßenverkehr gefährden, aber auch in andere Gefahrensituationen geraten.⁴⁵

3.4 *Auswirkungen des Alkohols*

Jedes Trinkverhalten wird von ökonomischen, politischen und kulturellen Faktoren bestimmt und beeinflusst. Emotionale, physiologische, kognitive Faktoren mit Persönlichkeitsmerkmalen, soziales Umfeld und gesellschaftliche Bedingungen wie zum Beispiel die Verfügbarkeit des Alkohols, alkoholbezogene Einstellungen und Erwartungen und Trinksitten sind relevante Bedingungen die zum Missbrauch und

⁴⁴ vgl. Knoll 2002, S. 103

⁴⁵ vgl. ebenda, S. 103

letztendlich zur Sucht führen können. Es ist erstaunlich in wie weit das Spektrum der Folgeschäden, verursacht durch den Alkoholismus, geht. In diesem Teil der Arbeit wird auf die häufigsten und meist verbreitetsten Folgeschäden des Alkoholismus eingegangen.⁴⁶

3.4.1 Psychologische Folgeschäden

Faktoren wie die Alkoholtoleranz, Alkoholgewöhnung und die Persönlichkeitsstruktur sind Faktoren die trotz bei niedriger Alkoholkonzentration in den meisten Fällen schon somatische oder auch psychische Erscheinungen herbeirufen können. Der Alkohol wirkt in zweierlei Hinsicht auf den menschlichen Organismus. Bei kleinen Konzentrationen wirkt der zugeführte Alkohol erregend. Höhere Konzentrationen wirken auf das Nervensystem hemmend. Alternde und vorgeschädigte Gehirne reagieren auf die schädlichen Wirkungen des Alkohols anfälliger. Die Erholungsphasen sind nach der akuten Alkoholeinwirkung ebenfalls länger.⁴⁷

Bei den psychischen Folgeschäden spielen vor allem die Rauschzustände eine Rolle. Bei dem Konsum von Alkohol gibt es verschieden Rauschstadien, die andere Merkmale haben und sich anders auswirken. Die Rauschstadien teilen sich auf in den leichten Rauschzustand, den mittelgradigen Rauschzustand, den schweren Rauschzustand und das alkoholische Koma.

3.4.2 Leichte Rauschzustände

Den leichten Rauschzustand verspürt man, bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5-1 oder bis zu 1.5 ‰ (Promille). Deutliche Zeichen die sichtbar werden ist eine Gang- und Standunsicherheit und hörbar wird es durch eine verwaschene Sprache. Als weiteres werden bei diesem Rauschzustand motorische Funktionen gestört und die Koordination der Augenbewegung ist ebenfalls auffällig. Psychische Anzeichen in diesem Zustand sind eine allgemeine Enthemmung, die Kritikfähigkeit wird gemindert und es ist ein hemmender Verlust der Selbstkontrolle zu be-

⁴⁶ vgl. Singer/Teyssen 1999, S. 1

⁴⁷ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 162

obachten. Es kommt oft zur Antriebssteigerung, kann dann aber gefolgt werden von einer Müdigkeit bis hin zu einer Schläfrigkeit. Eine größere Bereitschaft zu sozialen Kontakten erschließt sich durch den vermehrten Rededrang und Taten-drang. Höhere psychische Funktionen sind bei dem leichten Rauschzustand nicht beeinträchtigt.⁴⁸

3.4.3 Mittelgradiger Rauschzustand

Der mittelgradige Rauschzustand ist erreicht bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,5 bis 2,5 ‰. Die sichtbaren Erscheinungen und die motorischen Fähigkeiten treten in diesem Zustand in verstärkter Form auf. Hierbei können im psychischen Bereich die höheren Funktionen schon beeinträchtigt sein. Denken und die Orientierung sind noch erhalten. Soziale Bedeutungen der Umweltkonstellation werden noch richtig geordnet und erkannt. Die Selbstkritik ist weiterhin vermindert und die Enthemmungen treten nun mit einer erhöhten Stimmungslage auf, schon vergleichbar mit einer Euphorie. Eine psychomotorische Unruhe ist zu beobachten auch mit einer Somnolenz (Benommenheit). In diesem Zustand ist man leicht ablenkbar, aber trotzdem orientiert. Die äußeren Einflüsse bestimmen das Verhalten der Person und die Stimmung kann dadurch schnell wechselhaft sein.⁴⁹

3.4.4 Schwerer Rauschzustand

Bei einer Blutalkoholkonzentration von über 2,5 ‰, treten die neurologischen Symptome in verstärkter Form auf. Es handelt sich hierbei um den Verlust des Gleichgewichts. Weitere Symptome sind die Dysarthrie (Sprechstörungen), Schwindel und Ataxie (Bewegungsstörungen). Im psychischen Bereich sind die Auswirkungen eine zunehmende Bewusstseins- und Orientierungsstörung. Deutlich wird in dem schweren Rauschzustand die Benommenheit des Betroffenen. Illusionäre Deutungen werden nicht mehr richtig erkannt und der Betroffene ist in einem ängstlichen Zustand oder in einem erregten Zustand.⁵⁰

⁴⁸ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 164

⁴⁹ vgl. ebenda, S. 165

⁵⁰ vgl. ebenda, S. 165

3.4.5 Alkoholisches Koma

Das alkoholische Koma beginnt bei einer Blutalkoholkonzentration von über 4 ‰. Bei diesem Wert kann dies letal (tödlich) enden. Mit einer Blutalkoholkonzentration von über 5 ‰ liegt die Gefahr der Lebensbedrohung bei 50 %. Die Gefahr die aus diesem Zustand hervorgeht, ist die durch den Alkohol gedämpfte Atmung und des Atemzentrums. Dadurch besteht die Gefahr, dass der Mensch sein Erbrochenes aspiriert, sprich sein Erbrochenes gelangt in die Luftröhre und kann deshalb ersticken. Leberverfettung und eine vermehrte Blutfülle im Gehirn sind weitere Auswirkungen bei einem Promillewert von und über 5.⁵¹

4. Folgekrankheiten des Alkohols

4.1 Einleitung

Durch den Alkoholmissbrauch sind fast alle Organsysteme in Mitleidenschaft gezogen. Es ist noch nicht klar, warum die verschiedensten Organsysteme in verschiedener Häufigkeit und in unterschiedlichen Graden vom Alkohol geschädigt werden. Bei Menschen mit der Alkoholkrankheit, weisen 75 % der Leute, die zur stationären Entwöhnungsbehandlung aufgenommen werden, Alkoholfolgekrankheiten auf. Die Zehn, in der Häufigkeit, wichtigsten Krankheiten sind die Fettleber, die chronische obstruktive Lungenerkrankung, Traumen, Bluthochdruck, Mangelernährung, Anämie, Gastritis, Knochenbrüche, Hiatushernie und die periphere Neuritis.⁵²

4.2 Leberschaden

Die Leber ist das Hauptstoffwechselorgan für den Alkohol. Hier wird er am meisten abgebaut und somit hat die Leber den meisten Kontakt mit der Droge. Der Alkoholmissbrauch ist in Deutschland und in manchen anderen Industrieländern die

⁵¹ vgl. Küfner/Soyka 2008, S. 165

⁵² vgl. ebenda, S. 175

häufigste Ursache für chronische Lebererkrankungen bis hin zur Zirrhose. Das Risiko zu einer Lebererkrankung wächst bei einem Konsum von 40-60 g Alkohol pro Tag für Männer und bei Frauen sind es 20-30 g pro Tag. Aber auch Übergewicht ist ein eigener Risikofaktor und kann zur Entwicklung einer Alkoholzirrhose beitragen.⁵³

Bei geringen Mengen Alkohol sind erhöhte Leberwerte erkennbar. Diese können sich wieder zurückbilden wenn der Alkoholkonsum aufhört. Bei erhöhten Mengen von Alkohol, wie oben schon genannt, kommt es zur Leberverfettung, da die Leberzellen das überschüssige Fett nicht mehr abbauen können und dann speichern. Durch die Verfettung der Leber verringert sich die Leistung. Auch in diesem Stadium kann ein Heilungsprozess erfolgen, wenn der Betroffene Diät führt und den Alkoholkonsum einstellt. Zu der sogenannten Leberzirrhose kommt es, wenn im Vorfeld die Leber an einer alkoholbedingten Hepatitis erkrankt ist. Diese Entzündung entwickelt sich immer weiter in der geschwächten Leber. Im Durchschnitt entwickelt sich eine Leberzirrhose in zehneinhalb Jahren. Bevor es zur Zirrhose kommt, entsteht die Leberfibrose, wobei sich Bindegewebe bildet aber das Lebergewebe noch nicht schädigt. Das Lebergewebe vernarbt nach einiger Zeit und wird somit zum Bindegewebe. Dadurch zersetzt die Leber sich nach und nach und kann ihren eigenen Abbaufunktionen selber nicht mehr nachgehen. Somit ist die Leberzirrhose erreicht. Symptome die in diesem Stadium auftreten sind Völlegefühl, Blähungen, Wassersucht und die Ösophagusvarizen. Es kann auch zur Bildung von Krampfadern in der Speiseröhre kommen, die dann platzen können und innere Blutungen verursachen. Diese Blutungen können nicht gestillt werden und somit ist dies die häufigste durch Leberzirrhose verursachte Todesfolge.⁵⁴

4.3 Magen

Alkohol und alkoholische Getränke lösen verschiedenste Reaktionen im Magen aus. Reversible und irreversible Schäden des Magens können durch den Alkohol

⁵³ vgl. Bode 1999, S. 229

⁵⁴ vgl. Knoll 2002, S. 112

ausgelöst werden. Durch den Alkoholmissbrauch kann sich die sogenannte Gastritis entwickeln.⁵⁵

Die Gastritis ist eine Magenschleimhautentzündung. Sie kann durch psychischen Stress aber auch durch ständigen Konsum von hochprozentigem Alkohol entstehen. Die Magenschleimhaut wird in diesem Fall geschädigt und es kann somit zu Magenblutungen kommen. Dies verursacht dann das Erbrechen von Blut. Symptome die der Betroffene haben kann sind Magenschmerzen, Brechreiz, Völlegefühl und Appetitlosigkeit.⁵⁶

4.4 Herz

Alkoholkonsum kann ebenfalls auch Schäden am Herzen verursachen. Die Mortalität der koronaren Herzerkrankung kann bei moderatem Trinkverhalten um bis zu 45 % gesenkt werden. Bei stärkerem Alkoholkonsum kann mit Hypertonus und Kardiomyopathien gerechnet werden. Durch Alkoholexzesse kann es zu Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche kommen. Das Herzjagen kann sich bis hin zum Vorhofflattern oder zum Vorhofflimmern weiter entwickeln. Bei 40 % der Personen die eine Alkoholvergiftung haben, können sogar ventrikuläre Herzrhythmusstörungen auftreten. Die Herzmuskeln werden bei akutem Alkoholkonsum in Mitleidenschaft gezogen.⁵⁷

Die Herzmuskelerkrankung entsteht bei chronischem Alkoholismus. Symptome die hierbei zu beobachten sind Herzrhythmusstörungen, Kurzatmigkeit, geschwollene Beine sowie auch die Verminderung der körperlichen Belastbarkeit.⁵⁸

4.5 Krampfanfälle

Jeder siebter Alkoholiker leidet an Krampfanfälle. Es sind epileptische Anfälle die nach einer Trinkperiode schlagartig auftreten können. Der Betroffene befindet sich

⁵⁵ vgl. Singer/Teyssen 1999, S. 168

⁵⁶ vgl. Knoll 2002, S. 113

⁵⁷ vgl. Kufner/Soyka 2008, S. 196

⁵⁸ vgl. Knoll 2002, S. 113

in diesem Zustand in einer Bewusstlosigkeit. Die Muskeln fangen an zu krampfen und dadurch kommt es zu diesen zittrigen Bewegungen. Wenn der Alkoholkonsum gestoppt, eingestellt wird treten die Krampfanfälle in ihrer Häufigkeit immer weniger auf, bis sie gar nicht mehr vorkommen. Bei weiterem Alkoholkonsum können sich die Krämpfe bis zu einer Epilepsie entwickeln.⁵⁹

⁵⁹ vgl. Knoll 2002, S. 113

5. Zusammenfassung

Im Schlussteil fasse ich die Ergebnisse der Arbeit noch mal kurz zusammen. Es wurden anfangs die Fragen gestellt was Sucht ist, wie entsteht sie und ab wann ist man süchtig. Im ersten Teil der Arbeit wurde erläutert was Sucht überhaupt ist und wie sie entsteht. Als erstes muss man festhalten, dass jede Sucht anders ist, da jeder Mensch anders ist und jede Persönlichkeit sich anders entwickelt hat. Doch man hat mit der Zeit viele Studien angefertigt und vieles zusammengefasst, so dass einige Theorien zu diesem Thema entwickelt worden sind.

Wir wissen, dass es viele Süchte gibt und jede von den Süchten hat ihre eigenen Charakterzüge. Süchtige Menschen versuchen mit allen Mittel etwas zu erreichen, was aber nicht erreichbar für sie sein kann. Dieser Drang des Erreichens kann nicht gestoppt werden und dies ist dann die Entwicklung zu einer Sucht.

Mit Hilfe eines Modells wurde die Suchtentstehung beschrieben. Drei Dinge sind es die eine Rolle dabei spielen die Persönlichkeit, die Gesellschaft und die Droge selbst.

Im zweiten Teil der Arbeit wurde die Droge Alkohol genauer betrachtet. Es wurden wichtige Grundbegriffe zum Alkohol aufgegriffen und des Weiteren die Alkoholikertypen vorgestellt. Um den Alkoholismus zu begreifen und zu beschreiben war es wichtig die fünf Typen zu erklären. Bei den Typen handelt es sich um den Konflikttrinker, den Gelegenheitstrinker, den süchtigen Trinker, den Spiegeltrinker und den Quartalstrinker.

Da die Droge Alkohol aufgegriffen wurde und somit die Grundlage zur Erklärung von Alkoholismus geschehen ist, wurde dann auf die Auswirkungen und Folgen vom Alkoholismus eingegangen. Die typischsten und bekanntesten Erkrankungen wurden genauer vorgestellt.

Alkoholismus, die Volkskrankheit Nummer eins, ist eine sehr vielschichtige Krankheit. Ich hoffe, dass diese Arbeit einige bestehende Fragen klären konnte und vielleicht auch ein bisschen aufklären konnte.

Die Arbeit möchte ich mit einem Zitat von Herrn Straß beenden. In diesem Zitat wird deutlich wie schnell eine Sucht entstehen kann und wie es Jeden treffen kann.

„Ich und Drogen. Also nee. LSD, ZDF, ARD! Tschuldigung. Heroin. Mondamin. Nikotin. Der ganze Krempel hat bei mir keine Chance. Ich sauf gern. Mit duften Leuten abends in der Kneipe sitzen. Und über Sachen reden, die ich mal machen müsste, wenn ich könnte, wenn ich bloß mal Zeit hatte. Da komm ich in Fahrt. Da geh ich ab, Schluck für Schluck. Saufen macht mir Spaß. Andre Sachen auch. Ich schreib gern. Zu Hause habe ich eine kleine Schreibmaschine. Abends, wenn Ruhe ist, da setz ich mich zu ihr. Schönes weißes Papier eingespannt. Auf geht's... Tja, es könnte losgehen. Aber geht nicht. Kopf ist leer, und das Papier ist leer. Ist so `ne Art Durststrecke bei der Arbeit. Mir fällt nichts ein. Doch mir fällt ein: In der Küche steht ein Kühlschrank. Was lacht mich da an? Eine Flasche Wodka. Ich lache zurück. Ein Schlückchen in Ehren kann niemand. Ah das läuft runter. Das tut gut. Hebt die Stimmung. Bin ich nicht so streng mit meinen Gedanken. So jetzt aber los. Herrgott! Was wollte ich denn bloß sagen? Ein Schnaps macht frei, Zwei machen freier. Aus zwei mach drei. Das tut gut. Nun aber ran. Jetzt müsste es aber los gehen. Herrgott! Ich sehe nicht mehr alles so verbissen. Dafür sehe ich alles ein bisschen verschwommen. Ein klarer Kopf ist eine Sache, ein klarer Schnaps ist eine andere. Ein Nickerchen, das wär ´s. Ist schon spät. Muss morgen früh raus. Bin irgendwie nicht drauf heute. Geht die Tür auf, fragt mich Günter: Gehen wir noch aufn Bierchen um die Ecke? – Ein kleines, warum nicht? Man soll sich nicht Quälen. Morgen ist auch noch ein Tag. Und das geht schon so seit 20 Jahren. Wisst ihr, wie ich das finde? Scheiße.“⁶⁰

⁶⁰ vgl. Straß 1995, S. 7

6. Quellenverzeichnis

Straß, U.: Hunger nach Sinn – Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung. In: Szafranski, Nadine: Jugendalkoholismus und Suchtprävention. Prävention in der Sozialarbeit Sinn – Wirkungsweise – Erfolgsfaktoren. 981 Bd/Vol. Frankfurt am Main 2009.

Singer, Manfred V./Teyssen, Stephan: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Berlin Heidelberg 1999.

Küfner, Heinrich/Soyka, Michael: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart 2008.

Knoll, Andreas: Sucht – was ist das?. Eine allgemeine verständliche Einführung in das heutige wissenschaftliche Verständnis von Sucht, insbesondere der Alkoholabhängigkeit. Wuppertal 2002.

URL1: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/1PMSuchtmittelkonsum.pdf

[Stand 16.05.2011]