



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

**Stigmatisierung von alkoholkranken Menschen
Wechselwirkung von Stigmata und Suchterkrankung**

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Christian Lieckfeldt
Studiengang Soziale Arbeit

WS 2023

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519thesis-2022-0653-7

Erstkorrektor: Prof. Dr. Andreas Speck
Zweitkorrektorin: Dpl.-Soz.-Päd Angela Weging

Inhaltsverzeichnis

<u>EINLEITUNG.....</u>	<u>2</u>
<u>1. SUCHT UND ALKOHOLKONSUM.....</u>	<u>4</u>
1.1 SUCHT	4
1.2 ALKOHOLKONSUM IN DEUTSCHLAND.....	6
<u>2. ALKOHOLABHÄNGIGKEIT.....</u>	<u>9</u>
2.1. URSACHEN.....	9
2.2. KONSUMVERHALTEN UND TRINKTYPEN	11
2.3 FOLGEN DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT.....	12
2.3.1 KÖRPERLICHE FOLGEN.....	12
2.3.2 SOZIALE FOLGEN	15
<u>3. STIGMATISIERUNG</u>	<u>18</u>
3.1 URSACHEN VON STIGMATISIERUNG.....	19
3.2 ENTSTEHUNG VON STIGMATA UND STIGMATISIERUNGSTYPEN.....	21
3.3 UMGANG VON STIGMATISIERUNG	23
<u>4. STIGMATISIERUNG ALKOHOLABHÄNGIGER MENSCHEN.....</u>	<u>26</u>
4.1. STIGMATISIERUNGSBEREICHE VON ALKOHOLKRANKEN MENSCHEN	27
4.2 AUSWIRKUNGEN VON STIGMATISIERUNG AUF ALKOHOLKRANKE MENSCHEN	29
4.3 ABBAU VON STIGMATA GEGENÜBER ALKOHOLABHÄNGIGEM MENSCHEN.....	31
4.4. MOTIVATIONAL INTERVIEWING ALS ENTSTIGMATISIERENDE METHODE.....	33
<u>5.FAZIT</u>	<u>37</u>
<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</u>	<u>39</u>
<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>40</u>

Einleitung

„Sie denken doch schon wieder, ich trinke den ganzen Nachmittag.“ (Herr. S.)

„Glauben Sie, ich habe keine anderen Probleme als dieses doofe Zeug?“ (Herr E.)

„Sie meinen, der Arzt wird mein Herz kontrollieren und nicht nur die Leber?“ (Frau T.)

„Wozu soll ich denn noch was ändern? Ich höre doch überall das Gleiche!“ (Herr K.)

All das sind Zitate von alkoholkranken Menschen in einer Tagesstätte in Vorpommern. In meiner bisher 7-jährigen Tätigkeit in dieser Einrichtung stellte ich fest, dass solche Aussagen keine Seltenheit sind. Was steckt eigentlich hinter diesen Aussagen? Im Wesentlichen die Reduzierung ihrer Probleme auf eine Diagnose: Alkoholabhängigkeit. Und zwar auf allen Ebenen der gesellschaftlichen Interaktion der Klient*innen. Sie befürchten, Ärzte fokussieren sich auf bestimmte Ergebnisse ihrer Untersuchungen und beschränken ihre Behandlungen auf bekannte Erfahrungen mit alkoholkranken Menschen. Vorschnelles Urteilen wird selbst den Helfer*innen unterstellt, wodurch es zur vollständigen Resignation kommt. Dieses Phänomen ist als Stigmatisierung bekannt. Menschen werden anhand einer Eigenschaft negativ bewertet. Aufgrund dieses Merkmales wird der gesamte Charakter des Menschen beurteilt und auf diese Eigenschaft begrenzt. So scheint es gerade bei der Betrachtung von stigmatisierten Suchterkrankten häufig zwei Seiten der Medaille zugeben. Zum einen sind Beispiele aus dem direkten Umfeld gut, um abschreckende Wirkung auf die nachfolgenden Generationen zu haben. Die „Alkoholik*innen“ leben allein, haben keinen Kontakt zu ihren Angehörigen, sind arbeitslos und haben keine Kontrolle über ihr Leben. Das ist für die Norm in aller Regel kein erstrebenswerter Zustand für die eigene Lebensweise. Auf der anderen Seite sind es diese Vorurteile, die den Weg zum Arzt oder die Öffnung gegenüber Verwandten erschweren. Könnte im Umkehrschluss die bestehende Meinung auch eine Hilfe sein? Quasi ein Düsenantrieb aus der Abhängigkeit. Immerhin gibt es klar definierte Werte und Grenzen, wann ein Alkoholkonsum für die Gesellschaft okay ist und wann nicht. Sollte es Auswirkungen von Stigmatisierung geben, die notwendig oder positiv für abhängige Menschen sind, würde das mit Sicherheit die derzeitige Behandlung der betroffenen Klienten*innen verändern. Inwieweit stehen also Stigmatisierung und ein gefährlicher Konsum von Alkohol in einer Wechselbeziehung?

Gegenstand dieser Arbeit ist es zu erforschen, welchen Einfluss Stigmatisierung auf alkoholranke Menschen hat. Dazu gibt es als erstes einen Einblick in die Abhängigkeitskrankung Alkoholsucht. Es wird erörtert, welche verschiedenen Abhängigkeitsdiagnosen es gibt, wie hoch der Verbrauch von konsumiertem Alkohol in Deutschland ist und welche Folgen ein massiver Alkoholkonsum hat. Anschließend werden Grundbegriffe der Stigmatisierung erklärt. In welchen Bereichen können Stigmata auftreten, wie entstehen diese und welchen Umgang mit Stigmaprozessen gibt es. Abschließend werden beide Themen zusammengeführt. Wo genau werden alkoholranke Menschen stigmatisiert und welche Auswirkungen hat das auf Menschen mit Suchtproblematiken und vor allem wie kann ein Abbau dieser Stigmata gelingen. Dazu wird die Methode des Motivational Interviewing besonders betrachtet und auf entstigmatisierende Prozesse untersucht. Trotz des praktischen Hintergrundes war es wichtig die bestehenden Quellen zu untersuchen und eine ausgiebige Literaturrecherche vorzunehmen. Ich will abgleichen, welche aus meiner Praxis bekannten Situationen sind wissenschaftlich zu beweisen oder sind dies Einzelfälle die nur sehr therapieerfahrenen Klienten*innen widerfahren.

1. Sucht und Alkoholkonsum

In der Gesellschaft findet man häufig einen nachlässigen Umgang mit Alkohol. Wann ist Alkohol kein Genussmittel mehr, sondern ein Suchtmittel? Was versteht man unter Sucht und gibt es einen Unterschied zur Abhängigkeit? Wie definiert die Wissenschaft gefährlichen Konsum von Alkohol? Diese Fragen werden in diesem Abschnitt betrachtet.

1.1 Sucht

Der Begriff Sucht stammt aus dem mittelhochdeutschen Wort „suht“ oder „siechen“ ab und bedeutet so viel wie leiden oder krank sein. Im Jahr 1969 hat die WHO (World Health Organization) den allgemeinsprachlichen Begriff der Sucht medizinisch als Abhängigkeit definiert. Spätestens seitdem befasst sich die Wissenschaft mit dem Verhalten der suchtkranken Menschen (vgl. Deutscher Verein 2017: 893/894). Suchtverhalten laufen unbewusst ab und ist gezeichnet von Automatismen und Kontrollverlust. Besonders häufig tritt Sucht auf, wenn Bewusstseinsveränderungen durch Substanzen hervorgerufen werden. Diese Süchte werden als stoffgebunden bezeichnet. Häufig werden solche Stoffe als Drogen definiert. Man unterscheidet in illegale Drogen, z.B. Heroin, Kokain, und legale Drogen, z.B. Alkohol, Nikotin. Im Gegensatz zu den stoffgebundenen Süchten stehen die stoffungebundenen Süchte. Letztere werden auch als Verhaltenssüchte bezeichnet (vgl. Tretter 2017: 3). Dazu gehören zum Beispiel Kaufsucht, Spielsucht oder Mediensucht (vgl. Gross 2016:6).

Die Abhängigkeit kommt durch Veränderung der Wahrnehmung zustande, das heißt nicht der Alkohol oder andere Substanzen, sondern der Rausch macht abhängig. Dabei ist es wichtig zu differenzieren, ob eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch einer Substanz vorliegt (vgl.ebd.).

Diese Unterscheidung bietet in einer sehr detaillierten Untergliederung der ICD-10 (international Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Der ICD-10 ist eine standardisierte Klassifizierung zur Erfassung von unter anderem abhängigkeiterkrankten Menschen unter Berücksichtigung ihres aktuellen Zustandes und

bestehender Therapiererfahrung. So wird auch zwischen schädlichem Gebrauch und dem Abhängigkeitssyndrom unterschieden.

Unter dem schädlichen Gebrauch versteht man eine tatsächliche Schädigung von Körper und/oder Geist des Betroffenen (vgl. Lesch/Walter 2007: 43). Dazu können depressive Phasen zählen. Allerdings ist der soziale Schaden wie Ausgrenzung und Ablehnung durch übermäßigen Konsum davon ausgeschlossen (vgl. Soyka/Küfner 2008: 11).

Die Abhängigkeitsdiagnose ist komplexer, dabei wird sich der Zeitraum der letzten 12 Monate angeschaut. In diesem Zeitraum sollen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien aufgetreten sein, um diese Diagnose zu stellen:

- ein starkes notwendiges Verlangen zum Konsum
- Verlust von selbstbestimmter Einstellung des Konsums
- Entzugserscheinungen bei Verminderung oder Abbruch der Einnahme des Stoffes
- bessere Verträglichkeit größerer Konsummengen (Toleranz)
- Unterordnung anderer Bedürfnisse
- weiterführender Konsum trotz eintretenden Folgeerkrankungen.

Das Abhängigkeitssyndrom bezieht sich nur auf den Konsum von Tabak und Alkohol, ist aber in Variation mit anderen Rauschmitteln in der Diagnostik möglich (vgl. Lesch/Walter: 44).

Eine weitere Definition von Sucht bzw. Abhängigkeit bietet eine internationale Klassifikation psychischer Störungen. Das DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Im DSM-5 gilt die Toleranzentwicklung als wichtiges Kriterium. Das bedeutet, die Erhöhung des Konsums, dazu gehören die Dosis und der Konsumzeitraum, ist nötig, um eine annähernd gleichbleibende Wirkung auf den*die Konsument*innen zu haben. Mit dieser Steigerung des Konsums treten häufig Entzugserscheinungen auf, da der Körper sich an die Substanzen gewöhnt. Des Weiteren ist im DSM-5 zu lesen, dass es sich um den Gebrauch des Rauschmittels einen Kontrollverlust einstellt. Das heißt, es wird ein großer Aufwand betrieben, um Suchtmittel zu konsumieren, wodurch das alltägliche Leben vernachlässigt wird (vgl. Gross 2016:6). Festzustellen ist, dass ICD und DSM sich im Kern ähneln. Das DSM bezieht die sozialen Folgen des übermäßigen Konsums mit ein, was der ICD nicht tut (vgl. Soyka/Küfner 2008: 11).

Betrachtet man das Suchtverhalten detaillierter, findet man häufig die Begrifflichkeiten der Suchtebenen. Es gibt 3 dieser Suchtebenen: die physische, psychische und die soziale Ebene. Findet Sucht auf der physischen Ebene statt, wird durch mangelnden Konsum ein körperliches Unwohlsein, Entzugserscheinungen ausgelöst. Um diese Symptome zu verhindern kann die Menge des Rauschmittels gesteigert werden. Im Bereich der psychischen Abhängigkeit besteht der unbedingte Wille nach der veränderten Wahrnehmung, also nicht nach dem Stoff an sich wie in der körperlichen Abhängigkeit, sondern nach dem Zustand, den das Mittel auslöst. Die dritte Ebene kennzeichnet sich dadurch, dass der betroffene Mensch den Konsum der Droge zum Fixpunkt seines Lebens macht. In dieser Phase wird eine Beeinträchtigung der gewohnten Routine zu erkennen sein. Verlust von sozialen Eckpunkten, wie Arbeit, Familie oder Freunden können die Sucht festigen und ein weiteres Fortschreiten dieser ermöglichen (vgl. Gross 2016: 7/8).

1.2 Alkoholkonsum in Deutschland

In diesem Abschnitt wird das Konsumverhalten in Deutschland betrachtet und beleuchtet, welche Mengen an Alkohol schädlich sind. Vor dem Status der Abhängigkeit unterscheidet man in vier Typen von Konsumverhalten.

Zuerst der *gelegentliche Konsum*. Dieser beschreibt ein geringes Niveau von alkoholischem Konsum in zeitlich großen Abständen, welcher bei weniger als 24g reinem Alkohol beschrieben. Zum Vergleich eine Falsche Bier enthält ca. 20g reinen Alkohol. Diese Grenze bezieht sich jedoch auf Männer, der Umfang für Frauen ist mit circa der Hälfte zu berechnen.

Dem folgt der *Gewohnheitskonsum* nach. Auch hier geht man von geringen Mengen aus, jedoch stellt sich auch bei geringen Mengen eine biochemische Gewohnheit im Körper ein. Diese Gewohnheiten können körperliche Abhängigkeitserscheinungen auftreten lassen.

Liegt ein Konsum auf hohem Niveau vor, so spricht man von *Missbrauch*. Dieser kann entweder zu zeitlich unabhängigen Momenten geschehen oder ist an Ausnahmesituationen gebunden. Auf jeden Fall findet das Trinken in einem extremen Maße statt (vgl. Tretter 2018: 4/5). Das vierte Stadium ist *der schädliche Gebrauch*. Dieser wurde im vorherigen Abschnitt 1.1 bereits definiert.

Neben den genannten Begrifflichkeiten wird in der Literatur oft von *gesundheitsschädlichem Konsum* gesprochen. Dieser wird unterschieden in den *riskanten Konsum* und dem *Rauschtrinken*. Beim *riskanten Konsum* geht man von mehr als 10g pro Tag reinem Alkohol für Frauen und bei Männern von 20g je Tag aus. Das *Rauschtrinken* bezieht sich auf die Anzahl der zu sich genommenen Getränke. So definiert man bei Frauen von mehr als 4 Getränken und bei Männern von 5 Getränken pro Möglichkeit als *Rauschtrinken* (vgl. URL 1). Die Unterscheidung zwischen Männern und Frauen hängt mit den verschiedenen biochemischen Vorgängen im männlichen und weiblichen Körper ab, weshalb geht man von einer im Allgemeinen betrachteten höheren Bekömmlichkeit bei Männern aus (vgl. Kielstein 1990: 13).

Deutschland ist gesehen am Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol eines der meist Trinkenden Bevölkerungen im europäischen Vergleich. So lag der Verbrauch bei durchschnittlich 10,9 l im Jahr 2020 reinem Alkohol (vgl. Kraus ua. 2021: 652). Rechnet man das nach entspricht das ca. 42 Flaschen Vodka pro Jahr (1 Falsche 0,7l mit 37,5 % Alkoholanteil). Grundsätzlich ist zu erkennen, dass seit den 1990er Jahren der Alkoholkonsum zurückgegangen ist, sich jedoch auf weiterhin hohem Niveau beläuft (vgl. ebd.). So liegt der Pro-Kopf-Konsum von Bier in Deutschland bei 5,6l reinem Alkohol, damit ist man auf Platz vier innerhalb Europas (vgl. URL1). Auf der Abbildung 1 ist zu erkennen,

dass in Deutschland weniger Menschen als zur Jahrtausendwende in Deutschland alkoholische Getränke zu sich nehmen, die letzten 10 Jahre jedoch auf konstanten Level geblieben sind. Diese Konstanz findet man auch in der Statistik zu riskantem Konsum. Hier liegen 16% der Männer und 11% der

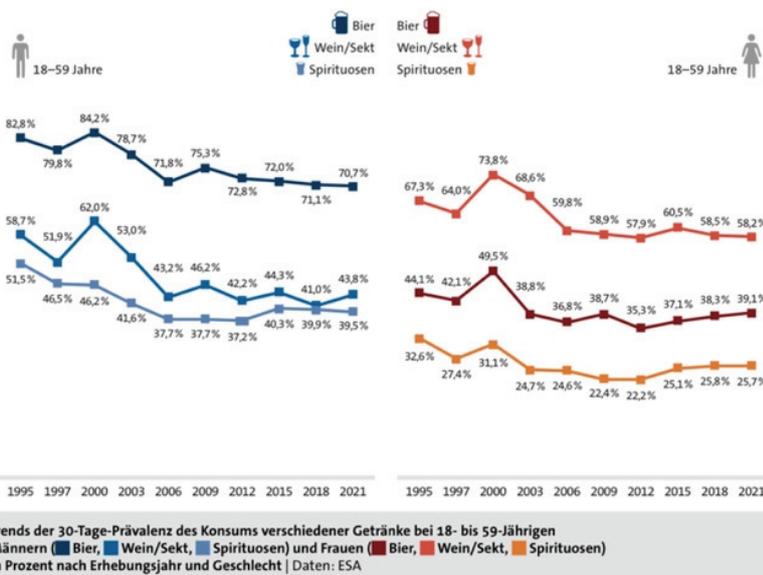
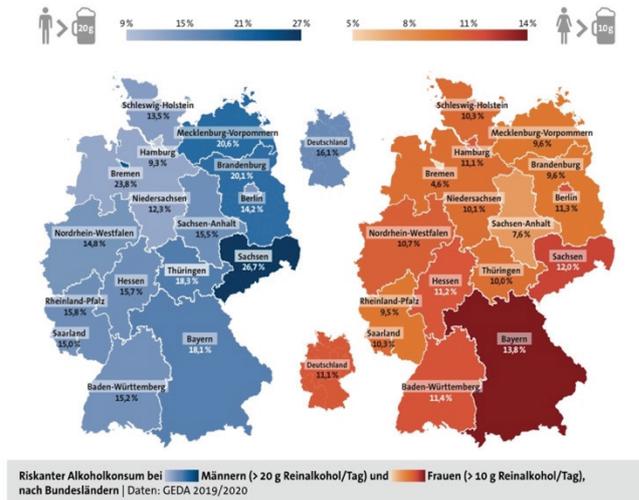


Abb. 1 (URL 1, 2023)

Frauen innerhalb der relevanten Menge an reinem Alkohol je Woche (vgl. URL1). In Ab-



bildung zwei ist zusehen, dass die Verteilung auf Deutschland territorial verschieden ausfällt. Bei Frauen liegt Mecklenburg-Vorpommern (MV) im unteren Mittelfeld bzgl. des riskanten Konsum. Bei den Männern hingegen liegt MV auf Platz zwei hinter Bremen.

Abb. 2 (URL 1, 2023)

2. Alkoholabhängigkeit

Nachdem generelle Begrifflichkeiten zum Thema der Abhängigkeit geklärt worden sind, befasst sich der nächste Abschnitt genauer mit der Alkoholabhängigkeit. Dazu gehören Ursachen und Folgen der Alkoholabhängigkeit sowie ein Überblick zu Konsumkulturen und Trinktypen.

2.1. Ursachen

Erklärungen, warum jemand alkoholabhängig wird, sind immer vielschichtig. Die Literatur bietet einige verschiedene Ansätze aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen. Eine grundlegende Überlegung ist, dass sich die Faktoren: Suchtmittel, Lebensraum und betroffener Personen im Wechselspiel befinden. Dies wird auch als Suchtdreieck (Abb. 3) bezeichnet. In einer Umgebung in der Alkohol ablehnt wird, ist das Risiko geringer eine Abhängigkeit zu entwickeln als in einer dazu aufgeschlossenen Umgebung. Demzufolge gibt es Menschen, Suchtmittel und Umgebungen, die ein größeres Suchtpotenzial haben als andere. Stehen also zwei oder gar alle drei Faktoren in Wechselwirkung, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit an einer Abhängigkeit zu erkranken (vgl. Tretter 2017: 14/15).

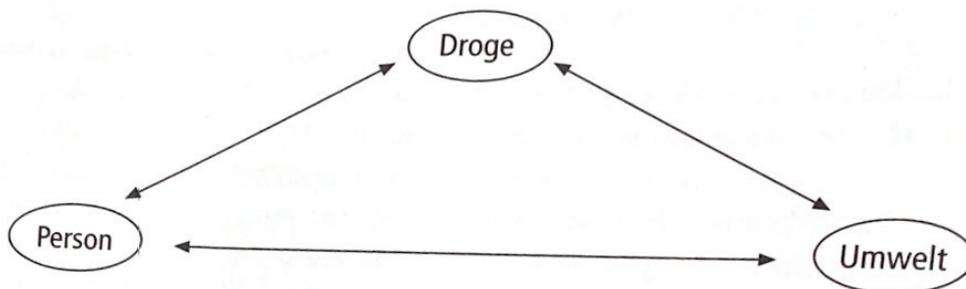


Abb. 4 (Tretter, 2017)

Neben den grundsätzlichen geltenden Aussagen gibt es aus verschiedenen Fachbereichen einige Erklärungen zur Suchtentwicklung. So ist die Erklärung, Abhängigkeit sei ein *erlerntes Verhalten* eine gängige Theorie. Die Erkenntnisse dazu stammen aus Versuchsreihen an Tieren. Die Versuche zeigen, dass sich durch Alkohol die Erschütterungen aus der seelischen Balance reduzieren. Das Einstellen einer solchen Balance fördert wiederum weiteres Trinkverhalten. Die Entwicklung einer Abhängigkeit wird durch positive Verstärker, wie Geschmack des Alkohols, fallende Zwänge und sinkende Anspannungen, begünstigt. Diese erlernten Verhaltensmuster können durch operante (Lernen am

Erfolg) oder klassische Konditionierung (Erlernen von reflexartigem Verhalten) gefestigt werden und so zu einer Abhängigkeit führen (vgl. Ernst/Döttger 1990: 18).

Eine weitere Erklärung aus der *Psychoanalyse* besagt, dass der Alkohol Konflikte des Über-Ichs und Es löst. Infolgedessen würde sich dann das Es über ein minderwertiges Ich stellen und das Verhalten der betroffenen Person dominieren. In diesem Zustand stellt sich eine Zufriedenheit ein, die vor weiteren psychischen Erkrankungen (Psychosen) schützt. Im Gegensatz zu der Erklärung aus der Lerntheorie, ist die Theorie der Psychoanalyse nicht wissenschaftlich belegt, bietet jedoch einen Erklärungsansatz (vgl. Ernst/Döttger: 19).

Eine *anthropologische Theorie* setzt das veränderte Wahrnehmen ins Zentrum der Abhängigkeitserklärung. Dort werden von berauschten Realitäten ein fiktives Bild von Unabhängigkeit gezeichnet, welches immer wieder erlebt und gespürt werden will. Eine solche Flucht aus der Wirklichkeit wird mehr und mehr zum Normalzustand und fördert so die Abhängigkeit. In der *sozialpsychologischen* Betrachtung zur Entwicklung von Sucht unterscheidet man zwischen Männern und Frauen. Bei den Männern ist die Diskrepanz zwischen Wunsch zur Entwicklung von Stärke sowie Führungsanspruch und der tatsächlichen Position in der Gesellschaft oftmals ein Grund zu übermäßigem Konsum. Bei Frauen ist häufig der Kampf gegen die klassischen Erwartungen an die Rolle der Frau und die damit verbundenen Probleme eine mögliche Erklärung des Suchtverhaltens (vgl. ebd.).

Weitere Konzepte der *Neuropsychologie* haben Erkenntnisse gewonnen, wonach verschiedene Areale im Gehirn, u.a. die für Belohnung-, Angst- und Lusterleben, stimuliert werden müssen, um eine stabile Abhängigkeit bilden zu können. Doch alle Thesen und Experimente schaffen es nicht die Komplexität abzubilden, die in einem Menschen ablaufen müssen, um eine Abhängigkeit entstehen zu lassen (vgl. ebd.). Döttger und Ernst schrieben dazu schon 1990 folgendes: „Die multifaktorielle Bedingtheit der Alkoholabhängigkeit als bio-psycho-soziale Erkrankung wird aber wohl kaum bezweifelt werden können.“ (Ernst/Döttger 1990: 19). Diese Aussage beschreibt gut die Vielschichtigkeit der Problematik und stellt dabei eindeutig den Status als Krankheit heraus.

2.2. Konsumverhalten und Trinktypen

Bereits 1960 hat Paul Jellinek eine Kategorisierung von alkoholabhängigen Menschen vorgenommen. Hierbei beschrieb er auftretende und wiederkehrende Besonderheiten und fasste dabei 5 Typen zusammen. Diese waren zum damaligen Zeitpunkt nicht ephe-merisch belegt, haben aber auf Grund der Verständlichkeit für Betroffene, deren Angehörigen und den Helfern sich bis heute durchgesetzt (vgl. Beiglböck/Feselmayer/Hone-mann 2000:82).

Der *Spiegeltrinker (Delta-Typ)* gilt meist lange in seinem Umfeld nicht als abhängig. Die-
ser Abhängigkeitstyp benötigt ein Maß an Alkohol um ohne Entzugserscheinungen leben
zu können, das bedeutet im Körper muss ein konstanter Spiegel Alkohol gebildet wer-
den. Sollte ein bestimmter Grenzwert unterschritten werden, können körperliche Er-
scheinungen wie Transpiration oder Tremor einsetzen. Es kann auch zum psychischen
Entzug kommen, dazu gehören Angst oder innerliche Unruhe. Der Delta-Typ zeichnet
sich durch ein hohes Maß an Kontrolle aus, da es kein Verlangen nach Rauscherlebnissen
gibt. (vgl. Lindenmeyer 1998: 62).

Einen geringeren Abhängigkeitsgrad weist der *Gelegenheitstrinker (Beta-Typ)* auf. Die-
ser benötigt keinen dauerhaften Spiegel im Körper, sondern konsumiert nur gelegentlich
Alkohol. Der Beta-Typ gilt als Vorstufe zum Delta-Typ. (vgl. Beiglböck/Feselmayer/Hone-
mann 2000:82). Der *Konflikttrinker (Alpha-Typ)* hat den Konsum als seinen Ausweg in
bestimmten Situationen gewählt. Der Konsum ist in diesen meist problembehafteten
Situation die erprobte Lösungsstrategie. Die Problematiken entstehen im Umfeld des
betroffenen Menschen oder mit sich selbst. Der Konsum nimmt den Druck vom Konflikt,
löst diesen jedoch nicht. So entsteht eine „Wenn-Dann-Mentalität“, welche einen regel-
mäßigen Konsum fördert (vgl. Lindenmeyer 1998:63). Durch einen hohen Kontrollver-
lust zeichnet sich der *Rauschtrinker (Gamma-Typ)* aus. In sogenannten Versuchssituati-
onen (z.B. Fernsehen, Barbesuche) kommt es nach geringen Mengen Alkohol zum drin-
genden Bedürfnis weitere große Mengen zu konsumieren. Dabei stellt sich ein Rausch
ein. Innerhalb dieses Rausches können Verhaltensextreme wie Aggression und maßlo-
sem Verhalten auftreten. Bei diesem Typ stellt sich am nächsten Tag eine Form von Ent-
zug ein, die durch körperliche Schwäche und depressiven Phasen gekennzeichnet ist
(vgl. ebd). Mit starken Entzugsepisoden hat der *periodische Trinker (Epsilon-Typ)* zu tun.
Nach längeren abstinenten Phasen kommt es zu erneuten Trinkphasen für die es häufig

keinen Anlass gibt. In solchen Phasen kommt es zum extremen Konsum, der einen ebenso extremen Kontrollverlust bedeutet. Um die Trinkphasen zu durchbrechen, benötigt man oftmals einen enormen Willen und externe Motivation. Da unter Umständen ein langer Zeitraum vergehen kann, wird im Umfeld oft von einer Genesung gesprochen oder die Abhängigkeit und deren Folgen werden unterschätzt (vgl. Lindenmeyer 1998: 65). Innerhalb der Praxis gibt es häufig Verflechtungen dieser Typen (vgl. ebd).

Neben den Trinktypen gibt es auch verschiedene Trinkformen hierbei unterscheidet man 3 Formen:

- rituelles Trinken, hier wird der Konsum als eine Art zeremonieller Akt gesehen, der nur auf dazu angemessenen Rahmen vorkommt (Hochzeit etc). Die Abhängigkeitsgefahr ist als niedrig zu bewerten.
- konviviales Trinken, hierbei handelt es sich um ein wiederkehrendes routiniertes Trinken auf niedrigem Niveau, welches sich häufig auf Bier oder Wein beschränkt
- utilitaristisches Trinken ist die Form, in der Alkohol zur Bewältigung von Problemen oder zum Lösen von Spannungen genutzt wird. Bei dieser Form ist die Abhängigkeitsgefahr als hoch einzuschätzen.

In der hiesigen Gesellschaft ist von einer Verflechtung der beiden letztgenannten Formen auszugehen (vgl. Ernst/Döttger 1990: 17).

2.3 Folgen der Alkoholabhängigkeit

Die Auswirkungen von übermäßigem Alkoholkonsum sind vielfältig. In den Bereichen der physischen und sozialen Folgen findet häufig Stigmatisierung statt, daher wurden die Bereiche für diese Arbeit genauer betrachtet.

2.3.1 Körperliche Folgen

Durch die Zusammensetzung von Alkohol entstehen beim Abbau des Fremdstoffes Veränderungen im Stoffwechselprozess und Fettstoffwechselprozess. Das führt zu einer gesundheitsgefährdenden Körperchemie. Diese kann in den entsprechenden Organen zu Schäden führen (vgl. Lesch/Walter 2009: 87).

Im Volksmund ist die erkrankte Leber meist mit einer Alkoholabhängigkeit verknüpft. Tatsächlich leiden 15% aller alkoholkranker Menschen an der schwersten Form der Leberzirrhose (vgl. Lindenmeyer 1998: 56). Es gibt jedoch zwei weitere Vorstufe zur Leberzirrhose, die deutlich öfter vorkommen. Die am meisten verbreitete Form ist die *Fettleber*. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer vergrößerten Leber, da sich beim Abbau von Alkohol Fett bildet. Bei großen Mengen Alkohol gelingt der Leber der Abtransport des Fettes nicht, sodass dieses in den Zellen eingelagert wird. Solche Ablagerungen behindern die natürliche Funktionsweise der Leber. Sollte eine abstinenten Lebensweise glücken, so bilden sich die Fettanteile in den Leberzellen zurück und die Leber ist schnell wieder in Takt (vgl. Schlüter-Dupont 1990:48). Sollte der*die Betroffene*r weiter übermäßig Alkohol konsumieren kommt es zu einer *Leberentzündung*. Dabei wird die Leber durch ein Abfallprodukt beim Abbau von Alkohol beschädigt. Diese Beschädigung kann in vielen Variationen auftreten. So können Patienten*innen ohne oder nur mit leichten Beschwerden leben, oder mit starken Schmerzen und Fieber. Sollte es zu einer Leberentzündung kommen, muss aus medizinischer Sicht der Alkoholkonsum sofort beendet und mit verschiedenen Medikamenten (Vitamine, Entzündungshemmer etc.) behandelt werden. Eine vollkommene Heilung, wie bei der Fettleber, wird es nicht geben, da die zerstörten oder angegriffen Zellen keine vollständige Leistung mehr übernehmen können (vgl. Schlüter-Dupont 1990: 48/49). Sollte auch dieses Stadium unbehandelt bleiben, kommt es zur anfänglich beschriebenen *Leberzirrhose*. Bei dieser Erkrankung kommt es zu starken Schmerzen in der Oberbauchregion, da durch den weiteren Konsum sich auf der Leber Narbengewebe bildet. Diese Veränderung führt zu einer Verkleinerung der Leber, ausgelöst durch ein massives Zellensterben. Das Gefährliche liegt in den Folgeerkrankungen der Leberzirrhose, welche in Abb. 4 aufgeführt sind (vgl. Lindenmeyer 1998: 56). Diese Folgen können zu massiven Einschränkungen des alltäglichen Lebens führen (Wassereinlagerungen) oder es kann zu lebensbedrohlichen Situationen kommen (z.B. erhöhter Amoniakspiegel).



Abb. 6 (Lindenmeyer, 1998)

Deutlich häufiger, aber weniger bekannt, ist die Erkrankung der Pankreas (Bauchspeicheldrüse). Die Pankreas bildet Stoffe, die unsere Nahrung in ihre Bestandteile aufspaltet, die sogenannten Fermente. Die Funktionsweise der Bauchspeicheldrüse wird durch Alkohol beeinträchtigt, so kommt es zu einer höheren Konzentration von Fermenten durch Anregung der Bauchspeicheldrüse. Parallel beeinträchtigt Alkohol den Transfer von Eiweiß, was zu einer Verdichtung der Drüse führen kann. Bei intensivem Konsum kann es zu Kontraktionen oder gar dem Verschluss der Drüse kommen. Diese Fehlfunktionen führen am Ende immer zu einer Zersetzung der Pankreas. Man unterscheidet in zwei Formen, der *chronischen Bauchspeicheldrüsenstörung (chronische Pankreatitis)* und der *akuten Bauchspeicheldrüsenentzündung (akute Pankreatitis)*. Kommt es zu einer Verdichtung des Drüsenganges spricht man von einer *chronischen Bauchspeicheldrüsenstörung*. Infolgedessen sollte der*die Patient*in einen strikten Alkoholverzicht ausüben und fettreiche Speisen meiden, um eine weitere Schädigung des Organs zu verhindern. Denn es gelangen nicht mehr ausreichend Fermente in den Verdauungskreislauf, um die Mahlzeit zu verarbeiten. Das kann auch zu einem Diabetes führen. Die weit aus gefährlichere Art ist die *akute Bauchspeicheldrüsenentzündung*. Hier hat der Prozess der Zersetzung bereits begonnen. Die Bauchspeicheldrüse wird von den selbstproduzierten Fermenten verdaut. Die betroffenen Menschen haben starke Schmerzen in der oberen Bauchregion. Eine detaillierte Ernährungsumstellung und wiederum der Verzicht von Alkohol kann diesen Vorgang stoppen, eine Regenerierung der Pankreas ist jedoch ausgeschlossen (vgl. Schlüter-Dupont 1990: 53ff). Die chronische Störung der Bauchspeicheldrüsen haben ca. 50% aller alkoholkranken Menschen und 5% bekommen die akute Bauchspeicheldrüsenentzündung (vgl. Lindenmeyer 1998: 54).

Ein weiteres Organ, das durch Alkoholkonsum geschädigt wird, ist das Gehirn. Bei rauschhaften Episoden oder kleineren Mengen von Alkohol können Zellen im Gehirn absterben. Eine definierte Grenze, ab wann Alkohol das Gehirn schädigt gibt es nicht, da diese von dem*der Konsument*in abhängig ist. Bei den meisten alkoholkranken Menschen (ca. 96 %) kann man über CT-Bilder nachweisen, dass eine Atrophie (Verkleinerung) des Gehirns stattgefunden hat. In einer Vielzahl der Fälle bleibt die Atrophie unbemerkt, da unser Gehirn ein großes Depot an Zellen hat. Erst bei langanhaltender Abhängigkeit wird dieses Reserva aufgebraucht, danach kann es zu Schädigungen im Groß- und Zwischenhirn kommen. Symptome hierfür können Gedächtnisstörung,

abnehmende Konzentrationsfähigkeit, Gefühlsschwankungen oder verzögertes Denken sein. Zu deutlicheren Indikatoren kommt es, wenn eine Schädigung im Kleinhirn entsteht. Dazu gehören: schlechte Aussprache, instabilem Gangbild, Verlust der Feinmotorik sowie starker Tremor in der Bewegung (vgl. Lindenmeyer 1998: 48). Eine Regeneration ist trotz ausbleibender Neubildung der Zellen möglich. Der*die Betroffene kann die Leistungsfähigkeit durch Abstinenz und Gehirntraining wieder erlangen. Die übrigen Gehirnzellen werden durch neue Verknüpfungen wieder leistungsstark (vgl. Lindenmeyer 1998: 49).

Die schwerwiegendste Form der Gehirnschädigung ist das Korsakow-Syndrom (benannt nach Psychiater Sergej Korsakow). Das Korsakow-Syndrom ist geprägt von Orientierungslosigkeit in Zeit und Raum sowie durch bruchstückhafte Erinnerung, welche durch Fabulation ersetzt wird. Gerade das Fabulieren, Erfinden oder Konstruieren nicht realer Personen oder Geschehnissen, der betroffenen Menschen ist charakteristisch für das Syndrom. Korsakowpatienten*innen sind auch durch eine Abstinenz nicht heilbar (vgl. Schuchardt/Hacke 2000:523).

Durch die Störungen innerhalb der Körperchemie entsteht in nahezu jedem Organ eine Veränderung. Die ausgewählten Schädigungen haben für die betroffenen Menschen weitreichende Konsequenzen und wurden daher beschrieben.

2.3.2 Soziale Folgen

Im Gegensatz zu den körperlichen Folgen sind die sozialen Folgen nicht so konkret erkennbar, daher sollte man zuerst beleuchten welche Folgen in Betracht kommen. In einem Papier der WHO ist dazu folgendes zu finden: „Die sozialen Konsequenzen von Alkohol sind die Veränderungen, die subjektiv und objektiv auf den Alkohol zurückgeführt werden oder sich drauf zurückführen lassen und im individuellen sozialen Verhalten, in zwischenmenschlichen Beziehungen oder im sozialen Umfeld zum Ausdruck kommen.“ (Klingemann 2001: 2). Folgend werden die Bereiche der Familie, Freunde und Arbeitswelt betrachtet.

Im Jugendalter wird das Konsumieren von Alkohol ein Gradmesser für entstehende Freundschaften. Junge Menschen lernen in einer Gruppe den Umgang mit Alkohol, je nachdem wie sich diese Gruppe zum Thema positioniert, entsteht eine Art von Gruppendynamik. Diese kann einen geringen Konsum oder einen starken Konsum fördern.

Auf jeden Fall wird das Verhalten der Gruppe mit dem eigenen Verhalten kongruent sein. Ausnahmen dazu bilden oftmals rituelle Aufnahmeverfahren in sozialen Gruppen (z.B. Militär) bei denen massiv Alkohol konsumiert werden muss, um das neue Gruppenmitglied zu testen. Das Gruppenverhalten und der Umgang mit Alkohol kann ein konfliktbehaftetes Thema zwischen dem jungen Menschen und der Familie werden. (vgl. Klingemann 2001 :4).

Infolge der Gruppenbildung (Freundeskreis) kann Alkohol als eine Art Katalysator für Freundschaften dienen. So können es kulturell übergreifende Freundschaften entstehen. Solche Freundschaften sind jedoch von einer hohen emotionalen Unsicherheit gekennzeichnet. Im Rausch kann es häufig zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kommen. Solche Gewalttaten sind rein juristisch gesehen unter Alkohol weniger schlimm, da ein niedriges Strafmaß angesetzt wird. In der Bevölkerung gibt es hierzu jedoch eine gegensätzliche Meinung. So wird Alkoholkonsum nicht als grundsätzliche Entschuldigung für fehlbares Verhalten akzeptiert (Klingemann 2001: 4-5). Diese Gewalttaten gibt es nicht nur innerhalb von Freundschaften, auch in der familiären oder partnerlichen Beziehung entsteht durch Alkohol eine Instabilität. Verstärkt durch den Schutz des eigenen Zuhauses (Privatsphäre) führt dies nicht selten zu Übergriffen an Kinder oder den Lebenspartner. Leider ist durch eine zu große Scham der Opfer und der hohen Hürden in die Häuslichkeit einzugreifen, die Dunkelziffer sehr hoch. Gerade in diesem Bereich hat der Alkohol nicht nur direkte Konsequenzen für den*die Abhängige*n, sondern auch auf direkte Angehörige. Meist finden sich bei den Kindern bleiben Störungen im physiologischen und psychologischen Bereich wieder. So werden gerade im frühen Kindesalter erlebte Traumata zum ewigen Wegbegleiter. Im Bereich der Bildungsmöglichkeiten hat der Alkoholkonsum einen doppelten Einfluss. Kinder aus Familien mit konsumierenden Eltern haben eine deutlich höhere Gefahr negative schulische Bewertungen zu erhalten. Zusätzlich ist eine Präferenz zu Schulabbrüchen und fernbleiben der Bildungseinrichtungen zu erkennen. Doch auch konsumierende Eltern können ihre Kinder nicht im gleichen Maße fördern wie abstinent lebende Eltern. Ein Mangel an Konzentration und die körperlichen Folgen von Alkohol sind Gründe für die ausbleibende Unterstützung. (Klingemann 2001: 5ff.) Natürlich gibt es auch Folgen, die sich nicht auf das Umfeld des betroffenen Menschen beziehen, sondern auch auf den*die Betroffene*n selbst. Ein gängiges Bild ist es, dass alkoholranke Menschen ohne Beschäftigung sind. Es ist richtig das

es einen proportionalen Zusammenhang zwischen Menschen mit einer Alkoholproblematik und Arbeitslosigkeit gibt, jedoch ist dieser Zusammenhang nicht eindimensional zu betrachten. So kann ein Mensch aufgrund des Alkohols arbeitslos sein oder auch auf Grund der Arbeitslosigkeit alkoholabhängig werden. Dies lässt sich oft nur aus der Vita des*der Betroffenen erkennen, ist jedoch zweifelsfrei eine mögliche soziale Folge des Konsums (vgl. Klingemann 2001: 7). Da der soziale Status häufig an den beruflichen Status geknüpft ist, lohnt sich ein Blick in die Folgen der Arbeitswelt. Mit dem zunehmenden Konsum von Alkohol sinken die Arbeitsfähigkeit und die Belastbarkeit am Arbeitsplatz. Durch die körperlichen Folgen können einige Tätigkeiten im Beruf nicht mehr ausgeführt werden. Mit einer Form von Angepasstheit versuchen die Betroffenen ihre Defizite zu überspielen. Gelingt das nicht, so sind Unfälle oder unentschuldigtes Fehlen zu erwarten. Infolgedessen wird es im schlimmsten Fall zu gerichtlichen Auseinandersetzungen kommen. Schätzungen geben an, dass ca. 30% der arbeitsgerichtlichen Verfahren eine soziale Folge von Alkoholkonsum sind. Neben den juristischen Auseinandersetzungen ist eine negativ aufgeladene Grundstimmungen am Arbeitsplatz eine weitere Konsequenz des Konsums. Grund dafür ist die fehlende psychische Belastbarkeit der Betroffenen und die dadurch entstandene Mehrarbeit für die Kollegen. In Folge der depressiven Grundstimmungen nach einem Rausch sind Konflikte keine Seltenheit, jedoch wissen die Betroffenen um die Wichtigkeit des Arbeitsplatzes und geloben häufig Besserung. Bei den nächsten Verfehlungen besteht die Gefahr, dass eine noch höhere Frustration bei den Kollegen einsetzt. Aus diesem Kreislauf kann für die abhängigen Personen eine soziale Isolation durch Alkohol entstehen (vgl. Soyka/Küfner 2008: 245).

3. Stigmatisierung

Der Begriff des Stigmas bzw. der Stigmatisierung stammt aus dem griechischen und kann übersetzt werden mit „stechen“. Zurückzuführen ist dies auf die Kennzeichnungen die Sklaven oder Vieh bekommen haben, um eine Registratur und Kategorisierung zu ermöglichen. Die Spuren eines solchen Vorganges wurden als Stigmata bezeichnet. Diese Zeichen in Form von Tätowierungen zeigten, dass jemand besiegt bzw. gesellschaftlich untergeordnet ist. Im Laufe der Zeit wurde der Begriff einer anderen Bedeutung zugeordnet, den Verletzungen Christis. In der Soziologie ist der Begriff Stigma mit seinem Begründer Erving Goffman verwoben (vgl. Steidle 2013: 1).

Goffman bezieht sich jedoch auf den Stigma Begriff aus dem Griechischen und transportiert die sozialen Folgen in die moderne Zeit. Goffman definiert Stigma wie folgt:

„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten.“(Goffman 1967: 13). Hier ist erkennbar das Menschen auf eine Eigenschaft reduziert werden. Eine solche Besonderheit ist für die Norm negativ behaftet. Automatisch werden dem Menschen weitere negative Attribute aus dem Typus des ersten Merkmals angehängt, ohne diese neutral zu bewerten und den Charakter des Menschen mit der getroffenen Bewertung abzugleichen (vgl. Grausgruber 2005:21).

Er selbst nutzt in seinem Werk „Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten“ verschiedene Begrifflichkeiten, die unterschiedliche Bedeutungen haben und im Volksmund nicht genau voneinander getrennt werden. Einer dieser Begriffe ist Stereotyp. Ähnlich wie im Stigma wird beim *Stereotyp* eine bestimmte Eigenschaft als maßgeblich betrachtet. Hierbei werden nicht nur negative Eigenschaften herangezogen, sondern auch positive. Zusätzlich bieten Stereotype in einer gesellschaftlichen Form Sicherheit. So kann man über Stereotype eine Orientierung für das eigene Verhalten erlangen (vgl. Waldschmidt/Karim 2022: 224-225). Werden Stereotype negativ bewertet, so handelt es sich um *Vorurteile*. Solche bilden sich durch unzureichende oder falsche Informationen über bestimmte Gruppen. Vorurteile können negativ und positiv besetzt sein. Der signifikanteste Unterschied zwischen dem Stigma und dem Vorurteil ist, dass

sich das Vorurteil auf eine Gruppenzugehörigkeit bezieht (vgl. ebd.). Ein weiterer Begriff in diesem Zusammenhang ist *Diskriminierung*. Im Gegensatz zum Stigma werden bei der Diskriminierung strukturelle Bedingungen betrachtet. Bei Diskriminierung geht es darum das gesellschaftliche Gruppen herabgesetzt werden und dadurch schlechtere Lebensbedingungen erhalten. So werden Menschen mit einem Stigma zwar häufig diskriminiert, jedoch ist ein solches nicht notwendig, um unter einer Diskriminierung zu leiden (vgl. Waldschmidt/Karim 2022: 226). Ein weiterer Begriff, der in diesem Zusammenhang geklärt werden sollte, ist der der Devianz. Devianz bezeichnet abweichendes Verhalten zu einer Norm. Die Norm kann dabei geltendes Gesetz oder eine allgemeingültige gesellschaftliche Konvention sein. Diese Abweichung wird als Verstoß gewertet und innerhalb der Gesellschaft sanktioniert, um eine Besserung hervorzubringen (vgl. Peuckert 2003: 106).

3.1 Ursachen von Stigmatisierung

Zum Abbau von Stigmata und den Umgang mit stigmatisierten Personen gibt es eine Vielzahl von Forschungen und Publikationen. Wie Stigmatisierung entsteht und welche Hintergründe nötig sind, damit ein Stigma stabil bleibt, ist nur in Erklärungsansätzen zu finden. Eine dieser Hypothesen ist, dass gewisse gesellschaftliche Gruppen bzw. Einrichtungen einen bestimmten Leistungsstandard durchsetzen möchten. Beispiele dafür sind, dass die christliche Gemeinschaft homosexuelle Menschen stigmatisiert oder während der industriellen Revolution die Arbeitslosen und Landstreicher mit Stigmata besetzt wurden. Darauf aufbauend gibt es die These, dass Unterscheidungsprozesse zwischen Gruppen Stigmatisierung fördern. Insbesondere dann, wenn die Gruppen sich gegenseitig drangsalieren und schon Sympathien zu anderen Gruppen innerhalb der eigenen Gemeinschaft bestraft werden. Dazu passend gibt es die anthropologische Sichtweise auf Stigmatisierung. Die davon ausgeht, dass es ein Grundbedürfnis nach Unterscheidung gibt (vgl. Grausgruber 2005: 24). Neben all diesen Hypothesen gibt es, resultierend aus der Stigmaforschung, den begründeten Verdacht, dass Stigma eine Funktion innerhalb sozialer Gruppen oder des Einzelnen erfüllt. Hierbei unterscheidet man zwischen Funktionen auf der Makroebene, zwischen Gesellschaften, und der Mikroebene, dem Einzelnen. Als erstes dürfte Stigmatisierung eine Orientierungshilfe sein. Man kann aus dem Stigma eine gewisse Anzahl, wenn auch unbegründete, weitere Merkmale

erschließen und somit sein eigenes Verhalten anpassen. Stigmata geben also eine Struktur für unbekanntere Interaktion mit anderen Individuen. Zugleich verzerren solche Stigmata auch die Wahrnehmung des Gegenübers, sodass neue Blickwinkel ausgeschlossen sind. Diese Funktion nennt sich *Orientierungsfunktion*. Neben dieser findet man in der Literatur den Begriff der *Identitätssicherung* durch Stigmatisierung. Darunter versteht man den Abgleich der eigenen Abweichungswünsche mit der Norm. So kann ein Zusammentreffen mit einem stigmatisierten Menschen dazu führen, jene Abweichungsgedanken zu verringern. Es entsteht eine psychische Balance zwischen der eigenen Identität und der gesellschaftlichen Erwartung. Da in der Regel Angst vor Interaktion mit stigmatisierten Menschen besteht, führt das zur sozialen Isolation des Stigmatisierten, was es im eigenen Leben zu vermeiden gilt. Eine Funktion aus der Sozialpsychologie geht davon aus, dass den Menschen ihr Vergänglichkeit bewusst ist. Stigmata helfen Menschen, die gegen Richtlinien verstoßen, diese zu erkennen und so die Ereignisse, die zum Tod führen können, überschaubar zu machen. Man spricht von dem *Terror-Management*. Eine aus dem Alltag bekannte Funktion ist die der *Selbstaufwertung*. Man findet diese sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene. So können also aus der individuellen Sicht Menschen stigmatisiert werden, um den eigenen Selbstwert zu erhöhen. Besonders häufig tritt das innerhalb sozialer Gruppen auf. So erhebt sich die stigmatisierende Gruppe über die eigene vermeintlich bessere Gruppe. Besonders in sportlichen Wettkämpfen ist das bis heute zu beobachten (vgl. Grausgruber 2005: 25/26). Neben den Funktionen in der Auseinandersetzung mit anderen Individuen gibt es auch Funktionen, die innerhalb der Gesellschaft Anwendung finden. Ein Beispiel dafür ist die *Systemstabilisierung*. Hier regeln Stigmata den Zugang zu Ressourcen. Menschen, die von einem Stigma betroffen sind, wird der Zugang verwehrt während andere priorisiert werden. Nach einem ähnlichen Konzept funktioniert die *Systemsicherung*. Die vergebenen Stigmata rechtfertigen ein bestimmtes Handeln. So werden gerade in Ideologien die Stigmatisierung bestimmter Gruppen forciert, um daraus eine legitime Handlungsweise abzuleiten (vgl. ebd.). Ein Beispiel hierfür ist der Umgang der Nationalsozialisten mit der jüdischen Bevölkerung.

Eine bis heute wirkende Funktion der Stigmatisierung ist die *Stärkung der Normkonformität*. Grausgruber schrieb dazu: „Was hätte es für einen Sinn bzw. einen Vorteil, „normal“ zu sein, wenn es keine „Stigmatisierten“ gäbe?“ (Grausgruber 2005: 26). Es soll

eine Belohnung sein, sich in der Norm zu bewegen. Nach diesem Zitat muss es also Vorteile geben, nicht stigmatisiert zu werden (vgl. Grausgruber 2005: 26).

3.2 Entstehung von Stigmata und Stigmatisierungstypen

Innerhalb des Stigmatisierungsprozesses gibt verschiedene Formen. Neben einem klassischen Prozess, der in verschiedene Stufen geteilt werden kann, unterscheidet man auch Arten verschiedener Stigmata. Die Erfahrungen der betroffenen Personen sind in den meisten Fällen sehr ähnlich. Die*der Betroffene integriert das erhaltene Stigma in sein*ihr Leben (vgl. Finzen 2001: 32). Ein wesentlicher Punkt dabei ist, wann oder wodurch der*die Betroffene sein*ihr Stigma erhält. In der Literatur liest man von drei Unterscheidungen. Das erste ist das *angeborene Stigma*. Dazu zählen z.B. geistige Beeinträchtigung, Erkrankung der Sinnesorgane oder eine besondere Haarfarbe. Die Kinder wachsen mit dem Stigma auf und lernen es in ihren Alltag zu integrieren. Nicht selten ist ihr besonderes Merkmal bis zum Eintritt in die Schule oder den Kindergarten kein Problem. Der geschützte Rahmen in dem die Betroffenen bis dahin leben lässt keine Stigmatisierung zu. In den Institutionen kommt es dann zum Vergleich mit den anderen Kindern. Es kann zu Ausgrenzung und Zurückweisungen kommen. Bis dahin selbstverständliche Abläufe oder Tätigkeiten sind durch den Ausschluss aus der sozialen Gruppe, nicht mehr möglich, obwohl die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes es zulassen. Es entsteht eine verzögerte Entwicklung (vgl. Finzen 2001: 33ff). Ein weiterer Stigmatyp ist das *Stigma durch Krankheit*. Anders als beim angeborenen Stigma, kennt der *die Betroffene die vorherrschende Meinung zu ihrem*seinem Stigma. So kommt es oft dazu, dass die Betroffenen ihre Krankheit bzw. sich selbst zurückweisen. Durch fortlaufende Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Klischee zur eigenen Krankheit, hier können physische wie psychische Erkrankungen gleichermaßen betroffen sein, kann das erhaltene Stigma wie eine zusätzliche Krankheit angesehen werden. Unter Umständen kann der Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch das Stigma höher sein als durch die Ersterkrankung (vgl. ebd.). Ähnlich wie bei dem Stigma durch Krankheit ist es bei dem *Stigma durch Minderheitenzugehörigkeit*. Auch hier erleben die Betroffenen wie die Meinung der sogenannten Normalbürger zu ihrer Gruppe ist. Ein signifikanter Unterschied liegt jedoch darin, dass in den meisten Fällen eine psychische

Unversehrtheit vorliegt. So kann das Stigma besser gehandelt werden. Solch ein Stigma tritt auch erst durch Auswanderung oder Flucht auf, ist also in der Regel erwartbar. Das heißt jedoch nicht, dass es für den Betroffenen nicht die gleichen Folgen haben kann, wie andere Stigmaformen (vgl. ebd). Um eine einheitliche Betrachtung auf den Stigmatisierungsprozess zu bekommen, haben die Wissenschaftler Link und Phelan ein Konzept entwickelt, welches die Sicht des Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Die erste der vier Phasen wird als Phase der Wahrnehmung beschrieben. Dabei wird ein besonderes Merkmal bei der zu stigmatisierenden Person festgestellt. Der*die Betroffene stellt erstmals fest, anders zu sein als die Norm.

Im zweiten Schritt wird das festgestellte Merkmal mit besonders negativen Eigenschaften verknüpft. Dies passiert auch auf Seiten der stigmatisierenden Personen oftmals unbewusst, durch Abgleich von Erfahrungen. Infolgedessen entsteht im dritten Schritt eine Ausgrenzung der stigmabehafteten Person. Es werden soziale Gruppen gebildet, die eine soziale Isolation fördern. Im letzten Schritt verliert die betroffene Person ihren sozialen Status. In dieser Phase ist die Stigmatisierung häufig mit schweren psychischen Schäden für die*den Betroffene*n verbunden (vgl. Grausgruber 2005: 30/31).

Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Im Wesentlichen werden drei verschiedene Bereiche genannt. Unterschiedliche Termini gibt es für den Begriff der *strukturellen Diskriminierung*. In der Literatur ist mit gleicher oder ähnlicher Bedeutung auch von *organisatorischem Stigma* oder *systemische Diskriminierung* zu lesen. Gemeint ist eine Form der politischen, kulturellen, rechtlichen oder organisatorischen Benachteiligung einzelner Personen oder Personengruppen. Diese Form tritt in Institutionen wie Universitäten, Betrieben oder Behörden auf. So können gut gemeinte Quotenregelungen bei der Besetzung von Führungspositionen eine Diskriminierung einzelner Menschen zur Folge haben (vgl. Rüschi 2021: 43).

Ein weiterer großer Bereich ist das *öffentliche Stigma*. Dabei werden einzelne Gruppen, die von der Allgemeinheit stigmatisiert werden, durch öffentlich handelnde Personen benachteiligt. Prädestiniert für eine solche Handlung sind Ärzte, Polizisten oder Wohnungsgeber (vgl. Rüschi 2021: 42). Der wohl weitreichendste Bereich ist das *Selbststigma*. Dabei haben die stigmatisierten Personen das Stigma als Teil ihrer Persönlichkeit akzeptiert. Schuldzuweisungen sich selbst gegenüber und eine Einstellung nach dem „Why-Try-Prinzip“ (warum es überhaupt versuchen) sind das alltägliche Bild der

Betroffenen. In diesen Fällen hat sich die Stigmatisierung bei den betroffenen Personen so weit manifestiert, dass ein beschränktes Selbstbewusstsein und ein geringes Vertrauen in die eigene Wirksamkeit, zu einem Zustand der zweiten Krankheit geführt haben (vgl. Rüsç 2021: 42/43).

3.3 Umgang von Stigmatisierung

Der Umgang mit Stigmata ist, ähnlich wie ihr Auftreten, vielfältig. Dabei stellt sich die Fragen welche Umgangsmöglichkeiten mit Stigma gibt es und welche Verantwortung haben Personen, die nicht unter ein Stigma fallen und welche Möglichkeiten zum Abbau von Stigmata gibt es.

Goffman hat bereits festgestellt, dass die stigmabehafteten Personen nicht nur die negativen Seiten des Stigmas sehen dürfen, sondern aktiv ihr eigenes Leben managen können und in Phasen auch müssen (vgl. Kardorff 2011: 40). So gibt es gerade im Umgang mit dem Stigma große Unterschiede. Ein Modell der persönlichen Reaktion auf Stigma (Abb.5) versucht die zu visualisieren. Stigmatisierte Menschen werden sich meist einer Gruppe von ähnlich Stigmatisierten anschließen. Ist die Verbundenheit mit dieser Gruppe niedrig, so wird die Reaktion auf das Stigma gemäßigt ausfallen. Es werden Routinen

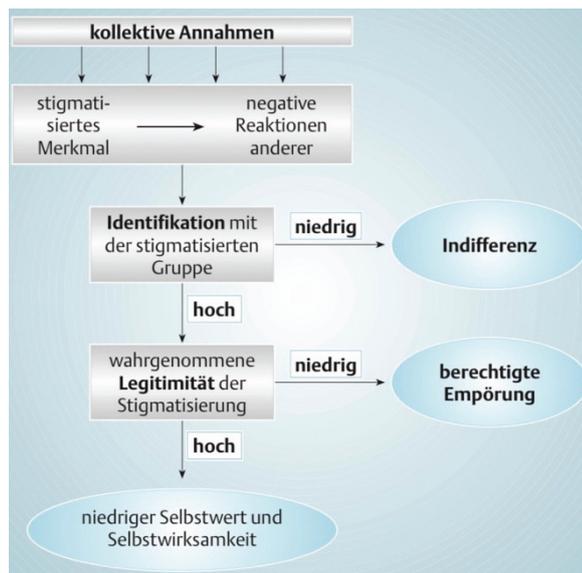


Abb. 7 (Rüsç et. al., 2005)

aufgebaut, die neben der Gruppe laufen und man so den Alltag meistern kann. Entsteht jedoch ein größerer Zusammenhalt in der Gruppe entwickelt sich der Eindruck, dass die Stigmatisierung legal bzw. berechtigt ist. Das Verständnis dafür ist gering, so entsteht eine Wut über die bestehenden Verhältnisse, das sich in einen offensiven Umgang mit dem Stigma widerspiegelt. Die dazu entgegengesetzte Reaktion ist, dass es ein hohes Verständnis für die Stigmatisierung gibt. Was dazu führt, dass ein Selbststigma entwickelt wird. (vgl. Rüsç/Angermeyer/Corrigan 2005: 224) . Um das Stigma bewusst handeln zu können, gilt als wichtige Bedingung, die Einsicht, dass die erfahrenen Emotionen von Schuld oder Ablehnung willkürlich durch die Gesellschaft vergeben werden und

nicht durch das eigene Handeln. Gerade im Bereich der Stigmatisierungen durch Krankheiten, ist es wichtig Informationen über die Diagnose zu sammeln, um genaue Unterscheidungen zwischen der gesellschaftlichen Bewertung und der professionellen Sicht zu machen. Mit diesem Wissen ist es leichter sich einen privaten Kreis zu öffnen und so der sozialen Isolierung aus dem Weg zu gehen (vgl. Finzen 2001: 182). Sollte das nicht gelingen, drohen gerade innerhalb der sozialen Interaktion weitreichende Folgen. Dazu gehören Abwertung der gesellschaftlichen Würdigung, was sich durch erschwerten Zugang zu Mitteln und Abläufen des alltäglichen Lebens widerspiegelt. Zusätzlich ist bei den Betroffenen mit schlechtem oder fehlendem Stigma-Management davon auszugehen, dass eine hohe Verletzbarkeit (Vulnerabilität) im Bereich der zwischenmenschlichen Belastung, sowie der Verarbeitung des Erlebten gibt. Zu all den benannten Schwierigkeiten im Alltäglichen, kommt noch die erschwerte Rehabilitationsmöglichkeit der Betroffenen. Sowohl das Selbststigma als zweite Krankheit, die fehlenden finanziellen Mittel für eine schlecht therapierbare Diagnose, sowie die fehlenden Fachkräfte in stark stigmatisierten Krankheitsfeldern (z.B. Alkoholabhängigkeit, Depressionen) erschweren die medizinische und soziale Rehabilitation (vgl. Grausgruber 2005: 32/33).

Eine weitere Gruppe, die mit Stigmatisierung umgehen muss, ist die der Angehörigen von Menschen, die einem Stigma unterliegen. In der Regel tritt auch das in Folge einer Krankheit auf. Ähnlich wie die erkrankten Menschen selbst, sollte der*der Angehörige sich ein umfassendes Bild der diagnostizierten Krankheit machen. Denn es ist wichtig die Symptome der Krankheit nicht mit den sozialen Folgen von Stigmatisierung zu verwechseln. Für Familie und Freunde ist es wichtig ein eigenes Stigma-Handling zu entwickeln, um in der sozialen Interaktion mit weiteren Bekannten oder dem Betroffenen ein sicheres Auftreten zu haben. Das Stigma-Handling ist auch insofern wichtig, da Angehörige häufig selbst stigmabehaftet sind. Der Mythos von ansteckenden oder genetisch vererbaren psychischen Krankheiten unterstützt dieses Phänomen (vgl. Finzen 2001: 184).

Um Stigmatisierung abzubauen, gibt es zwei wesentliche Prinzipien. Das erste Prinzip ist defensiv angelegt und hat zum Ziel den stigmatisierenden Personen aus dem Weg zu gehen (Rückzug). Dies wiederum kann dazu führen, dass man sich gänzlich aus der Öffentlichkeit und sozialen Beziehungen fernhält oder sich mit Menschen umgibt, die um das Merkmal wissen und es schaffen den Betroffenen frei von Stigmaprozessen zu begegnen. Eine weitere Möglichkeit ist es seine sozialen Kontakte auf Gleichgesinnte zu

beschränken. Man umgibt sich also nur mit Personen, die das gleiche oder ein ähnliches Stigmata haben. Im Gegensatz dazu gibt es einen offensiven Ansatz, dieser besteht aus Edukation und Kontakt. Bei der *Edukation* geht es darum, anderen Menschen mit Wissen über z.B. die eigene Krankheit zu begegnen, um so einen offeneren Umgang zu erwirken. Beim *Kontakt* geht es darum, sich bewusst mit Menschen auseinanderzusetzen, die ein stigmatisierendes Verhalten zeigen können. Auch hier ist der Hintergrund einen offenen Umgang und eine Normalität gegenüber dem eigenen Stigma zu bekommen. In der Regel verlaufen solche offensiven Umgänge in einer Kombination von Edukation und Kontakt (vgl. Rüscher/Angermeyer/Corrigan 2005: 224). Solche Konzepte werden auch zur Prävention von Stigmatisierung und psychischen Erkrankungen genutzt. Ein Beispiel ist das Konzept „Verrückt? Na und!“, welches an Schulen gemeinsam mit betroffenen Menschen über ihre Erkrankungen mit den Schülern spricht, um so die Kinder für diese Krankheiten zu sensibilisieren (vgl. URL 2). Neben den Betroffenen kommt auch auf die restliche Gesellschaft eine wichtige Aufgabe zum Abbau von Stigmatisierung zu. Im Speziellen betrifft das die verschiedenen Professionen der sozialen Arbeit und der Sozialpsychiatrie. Es geht darum eine kritische Haltung gegenüber den stigmatisierenden Personen und Instanzen einzunehmen, auf Wirkungen von Stigmata hinzuweisen, um so letztendlich eine Verringerung der Stigmatisierungsprozesse zu erwirken. Diese Form des Abbaus nennt man in der Literatur *Protest* (vgl. Finzen 2001:180).

4. Stigmatisierung alkoholabhängiger Menschen

Nach dem die Begriffe von Alkoholabhängigkeit und Stigmatisierung beschrieben worden sind, werden im Folgenden die beiden Bereiche zusammengeführt. Im ersten Schritt wird das Stigmatisierungspotential von Alkoholabhängigen Menschen betrachtet.

In einigen empirischen Reihen wurde dargelegt, dass es in Deutschland einige Vorbehalte gegen die Erkrankung von Alkoholabhängigkeit gibt. 2004 gaben 85% der Befragten an, dass alkoholranke Menschen ihre Erkrankung selbst verursacht haben bzw. selbst die Schuldigen sind. Im Vergleich dazu lag der Prozentsatz bei anderen psychischen Erkrankungen deutlich tiefer (Depression 18%, Schizophrenie 10%). In einer Studie von 1990, im westdeutschen Gebiet, sahen ca. 75% aller Teilnehmer Stress und dauerhafte Überforderung als den hauptsächlichen Grund für übermäßigen Alkoholkonsum. In gleicher Studie gaben ca. 66% an alkoholranke Menschen seien unberechenbar. Ein Drittel der Menschen sahen eine mögliche Gefahr in der entsprechenden Personengruppe. Daraus lässt sich leicht ableiten, dass es eine deutliche soziale Distanz in Deutschland zu Alkoholkranken gibt. In einer Umfrage von 2002 liegen die Alkoholiker auf Platz 3 der unbeliebtesten Nachbarn. Auch hier ist die Abgrenzung zu alkoholkranken Menschen (60%) höher als bei depressiv (19%) und schizophren (37%) Erkrankten Menschen zusammen. In Untersuchungen im Jahr 2001 und 2004 konnte festgestellt werden, dass die deutsche Bevölkerung eine strukturelle Diskriminierung von Betroffenen der Alkoholabhängigkeit zulässt. In einer repräsentativen Umfrage sollten Krankheiten ausgewählt werden, bei denen unter keinen Umständen eine Kürzung des Budgets passieren darf. Alkoholismus wurde nur mit 5,5% gewählt. Im Einklang dazu ergab die Umfrage 2004 ein ähnliches Bild. Auch hier wurden die Einsparung im Bereich der Alkoholabhängigkeit am meisten toleriert (vgl. Schomerus et al. 2010: 114-116).

Wie deutlich die Vorbehalte der Gesellschaft gegenüber suchtkranken Menschen sind, erkennt man im NIMBY-Phänomen. NIMBY steht dabei für „Not in my backyard“ was übersetzt heißt „nicht in meiner Nachbarschaft“. Dieses Phänomen ist immer dann zu erkennen, wenn Hilfeinrichtungen geplant werden und es in der umliegenden Bevölkerung zu Protesten kommt. Bei Neuerrichtungen der Suchtkrankenhilfe kommt es vermehrt zu solchen Protesten (vgl. Rüsck 2021: 134).

4.1. Stigmatisierungsbereiche von alkoholkranken Menschen

Alkoholranke Menschen und ihre Verhaltensweisen sind nicht kongruent mit der gesellschaftlichen Norm, ein Leben zu führen. Gerade die Stigmata gegenüber Suchtkranke haben in der Bevölkerung eine hohe Legitimität. Dies kann als gesellschaftliches Symbol der Abschreckung oder als Zeichen der notwendigen Veränderung interpretiert werden (vgl. Schomerus 2017:250). In welchen Bereichen liegt also konkret eine Stigmatisierung vor. Nach den gerade erwähnten Zahlen sollte es eine logische Konsequenz sein, dass es häufig zu einer Selbststigmatisierung bei alkoholkranken Menschen kommt. Dies wirkt sich insbesondere beim Hilfesuchen der Betroffenen aus. Die soziale Isolierung durch die Alkoholabhängigkeit wird durch ein Selbststigma oft potenziert. So gelangen die wenigsten Patienten freiwillig in ein Hilfesystem. Betroffene Menschen leiden auf Grund des bestehenden Urteils in der Bevölkerung ebenso über eine hohe Scham. Gesteht man sich selbst ein alkoholkrank zu sein, ist die Assoziation zum Versagen stets gegeben. Auch deswegen begeben sich wenig Menschen zu spät oder gar nicht in entsprechende Behandlung (vgl. Rüsck 2021: 134)

Eine zusätzliche Hürde ist die öffentliche Stigmatisierung der medizinischen Berufe. Häufige Wiederaufnahmen zur medizinischen Entgiftung, die nur in 2% aller Fälle in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme führen, zeigen eine gewisse Ablehnung gegenüber diesem Klientel (vgl. Kuitunen-Paul et al. 2021: 21). Aus meiner Praxis sind ablehnende Floskeln wie Drehtür-Patient keine Seltenheit. Dieser Ausdruck unterstellt eine Absicht den Aufenthalt möglichst häufig zu wiederholen. Der Eindruck wird in mehreren Studien belegt. So gibt es in den verschiedenen medizinischen und sozialpädagogischen Professionen Vorbehalte gegen über abhängigen Menschen, besonders dann, wenn es keine explizite Weiterbildungsangebote im Bereich Suchterkrankung gab (vgl. Rüsck 2021: 135).

Gerade im medizinischen Bereich findet häufig eine Reduzierung auf das Alkoholproblem statt. In den Bereichen, in den eine Doppeldiagnose (psychische Erkrankung + Abhängigkeitsdiagnose) vorliegt, werden nur selten entsprechende Behandlungen durchgeführt. Ein Beispiel aus dem Jahr 2021 zeigt, dass ca. 94% der Klienten mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) und Alkoholabhängigkeit nicht die empfohlenen Diagnostiken bekommen und nur 2% überhaupt adäquat behandelt werden (vgl. ebd.). Ein weiterer Punkt, in der eine strukturelle Stigmatisierung vorliegt, ist der

Umgang mit den lebererkrankten Patienten. Hierbei sind besonders die Menschen, die an Leberzirrhose leiden, betroffen. Der Zugang für eine Lebertransplantation liegt nur vor, wenn eine 6-monatige Abstinenz nachgewiesen werden kann. Was im ersten Moment logisch klingt, ist eine massive Diskriminierung von Alkoholkranken. Wie im Abschnitt „Folgen der Alkoholabhängigkeit“ beschrieben wurde, leiden abhängige Menschen häufig an einer akuten Leberzirrhose. In diesem Falle ist die Transplantation eines neuen Organs die einzige Überlebensebene. In den meisten Fällen ist jedoch der Betroffene nicht in der Lage, die 6-Monatsregel nachzuweisen. Sollte jetzt die Abstinenz begonnen werden, ist die Wahrscheinlichkeit eines Ablebens in Folge des Entzuges höher als die durch die Folgen einer Transplantation. Zusätzlich wird die Gefahr von Rückfällen und damit die Abstoßung des neuen Organs als Argumentation herangeführt. Die Wahrscheinlichkeit innerhalb der ersten 5 Jahre nach Transplantation zu sterben, ist mit oder ohne Rückfall die Gleiche. Nach 10 Jahren gibt es bei rückfälligen Menschen eine höhere Sterberate. Das ist jedoch auf die Nebenerkrankungen (u.a. Herz-Kreislauf-System) vom massiven Konsum zurückzuführen. Da diese Stigmatisierung so offensichtlich ist, hat der Bundegerichtshof 2017 entschieden, dass es eine Ausnahmevorschrift geben muss. Diese ist jedoch so vage formuliert, dass sie selten gezogen wird. Hierfür muss eine Expertenkommission angehört werden. Es ist jedoch nicht zu erkennen, ob diese ein Entscheidungsrecht hat oder nicht (vgl. Kuitunen-Paul et al. 2021: 23-25). Eine Mischung von struktureller und öffentlicher Stigmatisierung liegt im Umgang mit Suchtabhängigen innerhalb der Justizvollzugsanstalten (JVA) vor. Innerhalb dieser Einrichtungen besteht eine deutlich höhere Gefahr abhängig zu werden als außerhalb. Dennoch wirkt es häufig so, als wäre das Krankheitsbild der Abhängigkeit in den JVA nicht anerkannt. Durch den Konsum entscheiden die Insassen sich vermeidlich bewusst dazu den Alltag der Einrichtung zu stören. Dies ist primär bei den Mitarbeitern der JVA ein Grund, warum der Resozialisierung bei alkoholabhängigen Inhaftierten eine geringe Chance gegeben wird als bei nichtkonsumierenden Inhaftierten. Mit Sicherheit ist die Gefahrenminimierung ein wichtiger Bestandteil des JVA-Alltages, jedoch sollte dieser nicht darüberstehen, dass durch den Konsum an sich keine dauerhafte Ablehnung zum therapeutischen Angebot der Anstalt vermittelt wird, sondern der Insasse seine Krankheit nicht ablegen kann. So wäre es wünschenswert auch in JVA, ähnlich wie es Ziel in der freien Gesellschaft ist, niederschwellige Angebote zur Überwindung der

Abhängigkeit zu installieren. Auf Dauer wird so auch der Resozialisierungsprozess gefördert (vgl. Kuitunen-Paul et al. 2021: 25). Die strukturelle Ebene der Stigmatisierung alkoholkranker Menschen ist damit jedoch noch nicht erschöpft. Sollte es ein*e Betroffene*r geschafft haben sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, muss diese*r nach 10 Behandlungsstunden nachweisen, abstinent zu leben, um eine weitere Finanzierung der Therapie durch die Krankenkassen zu bekommen (vgl. URL3). Auch hier zeigt die Praxis, dass gerade auf Grund der geringen Therapeut*innen eine Auswahl der Patienten*innen stattfindet. Experten*innen raten hier zu einem grundsätzlichen Umdenken, denn eine explizite Abstinenz wäre für die Therapiesitzung nicht von Nöten. Das „Nüchtern-Sein“ zur Therapiestunde allerdings sollte eine angemessene Voraussetzung darstellen (vgl. Schomerus 2017:250). Im gesellschaftlichen Bereich unterliegen viele alkoholranke Menschen dem Stigma ungesund zu Leben und hätten daher auch selbst Schuld an ihrer Situation. Explizit liegen immer stigmatisierende Argumente bei der Wohnungs- und Arbeitssuche vor. Diese erschweren die Rückkehr in die Gesellschaft erheblich (vgl. URL 4). Neben den gesellschaftlichen Einstellungen hat es auch eine große Diskrepanz in der Stigmaforschung zum Thema Suchterkrankungen gegeben. So waren die Wirkungen von Stigmatisierung auf psychischkranke Menschen deutlich besser bekannt. Diese Diskrepanz gilt es nun aufzuholen (vgl. Schomerus/Rumpf 2017: 251). So gibt es leider auch in den Fachkliniken und spezialisierten Einrichtungen bei den Mitarbeitern stigmatisierende Handlungen (vgl. Schomerus 2017: 250).

4.2 Auswirkungen von Stigmatisierung auf alkoholranke Menschen

Setzt man sich mit dem Thema der Stigmatisierung von alkoholranken auseinander so bekommt man schnell ein Gefühl der Ambivalenz. So gibt es gerade in den öffentlichen Medien zwiespältige Meinungen zur Stellung von Alkohol in der Gesellschaft. Ein Paradebeispiel dafür ist, dass sich die wohl schnellsten und besten Rennfahrer mit alkoholischen Getränken als Akt des Sieges begießen, obwohl Alkohol beim Autofahren strengstens untersagt ist (vgl. Schomerus 2011: 109).

Im Bereich der Stigmatisierung für alkoholranke Menschen gibt es offensichtlich zwei Typen von Stigmata. Solche bei denen die Legitimität leicht wissenschaftlich darzulegen ist. Eine Alkoholkrankheit wäre nicht heilbar beispielsweise. So kann man nachweisen,

dass es signifikante Verbesserungen bei adäquater Versorgung gibt. Zum Teil werden bessere Ergebnisse erzielt als im Bereich anderer chronischer Krankheiten wie Diabetes mellitus (vgl. ebd.). Auf der anderen Seite gibt es Stereotype in der Gesellschaft, dessen Abbau zu Verharmlosung von Problemen führt. Dazu gehören der direkte Zusammenhang von Gewaltstraftaten unter Alkohol oder das Führen eines Fahrzeuges unter Alkohol (vgl. ebd.). Es gibt Stigmata, die im Sinne der Orientierungsfunktion und Systemsicherungsfunktion ihre Daseinsberechtigung haben. Möchte man solche Stigmatisierungsprozesse positiv bewerten, könnten diese Stigmata als eine imaginäre Ziellinie betrachtet werden. Es wird also definiert, inwieweit sich der*die Betroffene ändern sollte, um ein akzeptiertes Mitglied der Gesellschaft zu werden. Doch auch wenn eine gewisse Logik innerhalb dieser Argumentationskette liegt, ist diese nicht praktikabel. Die anfängliche Ambivalenz wird hier das Problem, denn es geht dabei nur um eine Form nicht gegen das Gesetz zu verstoßen. Die Abhängigkeit wird davon nicht tangiert, eher im Gegenteil. Konträr zum Stigma, Alkohol ist gefährlich und führt zu Straftaten, wird der Konsum von Alkohol toleriert, ist in gewissen sozialen Strukturen sogar erforderlich (vgl. Schomerus 2011: 110). So bleibt festzuhalten, die eingehende professionelle Meinung lautet: Stigmatisierung mit den Folgen von sozialer Isolierung und Sanktionen sind hinderlich bei der Bewältigung der Alkoholabhängigkeit (vgl. Schomerus/Stumpf 2017: 251). Weiter ist in der Literatur zu finden, dass fortlaufende Stigmatisierung den Krankheitsverlauf sogar verschlimmert und Angehörige gleichermaßen isoliert werden wie die Betroffenen (Schomerus 2017: 250).

Ebenfalls findet ein fachlicher Diskurs über die Behandlung alkoholkranker Menschen statt. So wird darüber diskutiert, die fachlich spezifischen Suchtkliniken aufzulösen, da in einer kombinierten Klinik die somatische und psychotherapeutisch Behandlung effizienter stattfinden kann (vgl. ebd.). Hier gibt es jedoch das Problem der Finanzierung, denn wie bereits angesprochen sieht die Allgemeinheit alkoholranke Menschen selbstverantwortlich für ihre Situation und somit gestaltet sich eine Vergabe von Geldern an solche kombinierten Kliniken als schwierig (vgl. Schomerus et al. 2010: 115). Zusätzlich erweist sich die stigmafremde Umgebung in solchen neugegründeten Kliniken als Hindernis, denn wie bereits festgestellt, gibt es auch bei Fachkräften ohne zusätzliche Suchtausbildung eine Präferenz zur Stigmatisierung der Betroffenen (vgl. Rüscher 2021: 135).

In auffallender Wiederkehr findet man den Begriff der sozialen Isolierung im Bereich von Folgen der Stigmatisierung und in Folge von massivem Alkoholkonsum. In dieser Kombination scheint es fast vollkommen ausgeschlossen, dass ein betroffener Mensch sich Hilfe sucht. Ein Grund dafür ist die Scham sich selbst ein Schuldeingeständnis zumachen und die Isolation so hoch ist, dass weder intrinsische noch extrinsische Motivation aufgebracht werden können, um etwas am Status quo zu ändern. Es fehlen also Gründe und Antrieb für eine Veränderung. Es manifestiert sich eine „Why-Try“ Einstellung. (vgl. Soyka/Küfner 2008: 245 und Rüsç 2021: 42/43).

Stigmaerfahrungen erstrecken sich auf nahezu alle Bereiche des Lebens, daher ist davon auszugehen, dass es sich nicht um kleinere Diskrepanzen im Alltag handelt, sondern um Erschütterungen des eigenen Handelns und Erlebens. So gibt es ein Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und Stigmaerfahrungen. Gibt es übermäßig viele Erfahrungen stigmatisierender Art sinkt die Lebensqualität (vgl. Speck 2018: 109). Eine Lebensqualität, die aufgrund der weitreichenden körperlichen Schädigungen durch Alkohol schon gering ist.

Abschließend ist es nochmal wichtig deutlich zu erwähne, Stigmatisierung und die Folgen daraus nehmen deutlich negativen Einfluss auf einen Menschen mit einer Alkoholkrankung. So sind es die strukturellen Stigmata durch die Kliniken und ihr Personal, die öffentliche Meinung über Alkoholranke, die eine Finanzierungen modernerer Versorgungskonzepte in ihrer Entwicklung behindern, sowie das produzierte Selbststigma Faktoren, die das Aufnehmen einer Behandlung quasi unmöglich machen.

4.3 Abbau von Stigmata gegenüber alkoholabhängigem Menschen

Die ohnehin schon komplexe Arbeit mit suchterkrankten Menschen wird durch die anhaltende Stigmatisierung noch komplizierter. Daher sollten Stigmaprozesse durchbrochen werden.

Als erstes muss ein Abbau von Diskriminierung gegenüber alkoholkranken Menschen entstehen. Der Abbau verringert die Scham und stellt ein Problembewusstsein her. Somit kann ein weiteres Ziel der Entstigmatisierung, die Erleichterung der Annahme der Hilfe, erreicht werden. Dazu gehört die Teilnahme an medizinischen oder soziotherapeutischen Behandlungen. Doch der wesentlichste Punkt ist die Befähigung

(Empowerment) von alkoholkranken Menschen. Die stützt nicht nur die Fähigkeit die eigene Krankheit zu managen, sondern auch das Stigma zu händeln (vgl. Rüscher 2021: 135/136).

So werden, wie so häufig beim Abbau von Stigmatisierung, drei wesentliche Ansätze von Nöten sein: Edukation, Kontakt und Protest. Jedoch ist gerade der letzte Punkt schwer umzusetzen. Selbststigma und die öffentliche Meinung von der eigenen Schuld machen es quasi unmöglich zu opponieren. Genau diese Zurückweisung der Öffentlichkeit muss durch die erkrankten Menschen ausgesprochen werden. Dementsprechend ist das Ermutigen der betroffenen Menschen probates Mittel gegen Stigmatisierung (vgl. Schomerus 2011: 110). Viele positive Erfahrungen gibt es im Bereich des Kontaktes. Die Anti-Stigmabewegung der psychischkranken Menschen ist ein positives Beispiel. Die Betroffenen, die ihre Krankheit überwunden haben, könnten ihre Geschichte erzählen, um so das negative Bild in der Gesellschaft zu verbessern und so auch ein Umdenken bei potenziellen Geldgebern zu veranlassen. (Rüscher 2021: 136). Um die Edukationsebene zu bedienen, ist es wichtig auf, Vielzahl der verschiedenen Biografien hinzuweisen. Denn es gibt nicht den einen oder die eine Betroffene*n. Die Komplexität des Einzelfalles ist in kein Stigma zu pressen. Also ist es wichtig darüber aufzuklären, wie lähmend Stigmata sind und welche zusätzlichen Beeinträchtigungen sie auf den*die Betroffene haben (vgl. Schomerus 2011:110).

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Aufklärung über Stigmata im Hilfesystem. Eine Empfehlung eines Expertengremiums sieht dafür eine Erweiterung der Ausbildung pflegender Berufe vor. Allen voran muss eine offene Grundhaltung der professionellen Helfer erreicht werden. Dazu gehört die Abschaffung einer Schuldzuweisung für das Verhalten der Betroffenen und eine menschwürdige Behandlung ohne Herablassung und Diskriminierung. Innerhalb dieser Problematik wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es derzeit bestehende und erfolgreiche Konzepte in der Suchtkrankenhilfe gibt, die einen entstigmatisierenden Ansatz haben. Vorrangig sind hier die gemeindeorientierte Suchttherapie (Community Reinforcement Approach) sowie die motivierende Gesprächsführung (motivational Interviewing) zu nennen (vgl. Schomerus 2017: 250).

Ein probates Mittel zum Abbau von Stigmata ist die Prävention. Beim Thema Stigmatisierung und Suchterkrankung gibt es jedoch wieder eine besondere Komplexität. So können besonders negative Beispiele ein abwehrendes Verhalten auslösen. Jedoch

verallgemeinert dieses Beispiel Probleme, die der Vielschichtigkeit der Abhängigkeitserkrankung nicht gerecht werden. Ergo werden wieder Vorurteile und negative Erfahrungen weitergeben und manifestiert (Rüsch 2021: 136).

4.4. Motivational Interviewing als entstigmatisierende Methode

Im Bereich der Suchtarbeit gilt das Motivational Interviewing (MI) als eine der erfolgsversprechenden Methoden in der Praxis. Im Folgenden wird die Methode vorgestellt und untersucht welche Ansätze sie innerhalb der Entstigmatisierung aufweist.

Das MI ist eine Methode, die den*die Betroffene in den Mittelpunkt setzt. Durch verhaltensregelndes Vorgehen soll innerhalb von Gesprächen eine Steigerung der Motivation erreicht werden. Das besondere im MI ist, dass eine spezielle innere Haltung der helfenden Personen erforderlich ist und sich auf Handlungsmuster begrenzt. Joachim Körkel, Psychologe und Suchtforscher, spricht vom Geiste des MIs. (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 115).

Beim MI sollen alle Aspekte einer potenziellen Verhaltensveränderung bezogen auf die derzeitige Trinkmenge beleuchtet werden. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass dies aus der Sicht des*der Klienten geschieht. Eine Zuteilung von negativen und positiven Aspekten obliegt nur dem*der Klienten*in. Die wertfreie und respektvolle Gesprächsatmosphäre ist dabei unerlässlich (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 116).

Jene innere Haltung ist ein wesentlicher Bestandteil der Entstigmatisierung von alkoholkranken Menschen. Eine solche Perspektive kann nur über eine spezielle Fachausbildung bzw. Zusatzausbildung gelingen (vgl. Schomerus 2017: 250).

MI verläuft im Wesentlichen in zwei Abschnitten. Im ersten Abschnitt soll durch das abwägen von positiven und negativen Effekten des Konsumierens, aus Sicht des Betroffenen, ein verborgener Grund für eine Veränderungsmotivation (intrinsic motivation) gefunden werden. Dies geschieht dann, wenn der*die Betroffene erkennt, dass der Alkoholkonsum frühere oder aktuelle Lebensideen oder -ziele im Wege steht. Wichtig dabei bleibt, die Erkenntnis muss vom Klienten selbst kommen, nicht von der helfenden Person. MI möchte also im ersten Schritt den Zwiespalt zwischen Konsum und dem eigenen Leben erwecken. Dieser Schritt kann unter Umständen ein langwieriger Prozess werden. Ist ein Veränderungswille entstanden, muss im zweiten Teil ein Veränderungsplan

entstehen. Dieser soll mögliche Teilziele sowie konkrete Veränderungen im Leben des Klienten beinhalten (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 117).

Um diesen Prozess zu beschreiten, benötigt der*die Helfer*in eine bestimmte Perspektive zu Menschen mit Suchtproblematiken. Zentral dafür ist der wertschätzende Umgang sowie die Selbstbestimmung des*der Klienten. MI ist kein systematisch ablaufendes Programm zur Gesprächsführung, sondern eine Haltung zum Klienten. Diese Herangehensweise lässt sich nicht in Handlungsfelder oder -anweisungen systematisieren, dennoch können einige Grundlagen benannt werden. Eine dieser Grundannahmen ist, dass der betroffene Mensch nicht antriebslos oder verweigernd gegenüber der Abhängigkeitserkrankung steht, sondern es eine Ambivalenz in seinem Verhalten gibt. Für den*die Klienten*in existieren logische und gute Gründe für den Alkoholkonsum bzw. keine Veränderung am Konsumverhalten vorzunehmen, z.B. Kontakt zu konsumierendem Umfeld, Umstellungserschwerung oder Depressionen. Gleichermaßen gibt es auch Argumente für Änderungen im Leben des*der Betroffenen, z.B. Kontakt zur Familie, Job-sicherung oder Vermeidung von Straftaten. Dieses Pendeln zwischen den Vorteilen des jeweiligen Weges, ist Ausdruck von Unsicherheit, die in den Konsum führen kann. In der Betrachtung der MI ist dieser Konsum eine legitime Wahl für den Umgang mit der eigenen Ambivalenz und kein Zeichen von Schwäche oder Krankheit. Aus dieser Zwiespältigkeit ergibt sich ein *Veränderungspotenzial*, denn allein die Tatsache das der*die Betroffene Gründe für eine Veränderung nennen kann, ist Anzeichen für eine intrinsische Motivation. Überwiegen die Argumente für eine Konsumveränderung, kann eine dauerhafte Verhaltensänderung erreicht werden. Der Umgang mit der Ambivalenz ist für die helfenden Personen eine große Herausforderung. Nicht nur der Respekt für den Menschen, sondern auch der Respekt für die Erfahrungen ist dabei elementar. *Die Achtung vor dem Klienten* ist ein wichtiger Bestandteil des MIs. Die größte Herausforderung für die Mitarbeiter*innen der sozialen und therapeutischen Arbeit liegt wohl darin Zurückhaltung zu üben. Auch wenn die eigenen Ideen durch Fachwissen über Suchtverhalten und dem „Wissen“ um nötigen Veränderung nur so sprudeln, geht es bei Sinnesfragen (Was soll ich tun?) darum, den Klienten die *größtmögliche Selbstständigkeit* zu lassen. Infolge eines solchen therapeutischen Settings kommt es auch zu Widerständen. Innerhalb des MIs werden diese nicht als Charaktereigenschaft des*der Klienten gesehen, sondern als Zeichen der fehlerhaften Beziehung von Helfer*in zum Klienten*in. Häufig

handelt es sich dabei um wertendes Verhalten der Helfer*innen. Eigene Ansichten oder probate Lösungen werden den betroffenen Menschen aufgezwungen. Der Widerstand als Fehler im Prozess wurde vom Helfer nicht vom Klienten ausgelöst. Eine solche *partnerschaftliche Beziehung* zwischen den abhängigen Menschen und den Helfern ist Sinnbild des MI. In einer gleichrangigen Gesprächsatmosphäre sollen alle Argumente für die bestehende Ambivalenz ausgetauscht werden. Daher handelt es sich beim MI nicht um ein Interview in dem Fragen beantwortet werden, vielmehr geht es um ein gemeinsames Betrachten der Suchtproblematik (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 118).

Aus dem Geist oder der inneren Haltung des MI lassen sich 4 wesentliche Prinzipien ableiten.

1. Versetze dich in den Klienten, um seinen Standpunkt verstehen zu können

MI geht davon aus, dass es für die betroffenen Menschen einfacher ist eine Veränderung anzugehen, wenn sie in ihrem Mensch sein wahrgenommen werden. Es geht dabei nicht darum den Klienten in seinen Meinungen oder Thesen vollumfänglich zu unterstützen, eher um eine Akzeptanz seiner Persönlichkeit und seinem Weg zu dieser Persönlichkeit. Meinungen können und sollen innerhalb der Gespräche diskutierbar sein.

2. Entwickle Diskrepanzen

Innerhalb der Gespräche sollen die Unterschiede zwischen dem aktuellen Suchtverhalten und den Vorstellungen vom Leben des*der Klienten herausgearbeitet werden. Dabei soll eine Präferenz für eine Veränderung des Konsumverhaltens entstehen, jedoch muss diese vorrangig vom Klienten kommen. Der*die Berater*in darf dabei allerdings auf die Veränderungsformulierung (Change talk) hinweisen. Dieser Change talk tritt in verschiedenen Formulierungen auf. So kann der*die Betroffene über Nachteile der aktuellen Situation sprechen, Veränderungen positiv bewerten, Zuversicht bzgl. einer Veränderung äußern oder eine klare Veränderungsidee formulieren. Alle diese Äußerungen sollten gehört und besprochen werden.

3. Gehe mit dem Widerstand, anstatt dich gegen ihn zu stellen

Widerstände sind meist Form von Machtkämpfen in einem Gespräch. Dabei kann der Klient sich körperlicher oder gedanklich aus dem Gespräch verabschieden, alles bisher Besprochene in Frage stellen und als falsch bewerten, ständig das Wort an sich reißen oder gar die fachliche Qualifikation des*der Helfer*in anzweifeln. In solchen Situationen kommt es beim MI nicht zum Gerangel um Kompetenzen, sondern hinterfragt, wo ein Widerstand provoziert wurde, und nimmt diesen auf, um ihn zu lösen.

4. Stärke die Veränderungszuversicht

Je größer der eigene Glaube an eine mögliche Veränderung ist, desto wahrscheinlicher kann eine tatsächliche Konsumänderung erfolgen. Daher ist es beim MI wichtig diesen Glauben zu fördern. Dies kann durch bereits gelungene Veränderungen in der Vergangenheit gelingen (vgl. Körkel/Veltrup 2003:118/119).

Anhand der inneren Haltung und der Prinzipien des MIs ist deutlich zu erkennen, dass es sich um eine entstigmatisierende Behandlungsmethode für alkoholranke Menschen handelt (vgl. Schomerus 2017: 250). Jedoch kommt auch das MI an Grenzen der Anti-Stigma Bemühungen. So werden innerhalb des Konzepts kaum die Angehörigen der betroffenen Menschen mit einbezogen, um gemeinsam das Veränderungspotenzial auszuschöpfen. Eine wirkliche effektive Bekämpfung von Stigmatisierung gelingt im Zusammenspiel von betroffenen Menschen, deren Angehörigen und professionellem Fachpersonal (vgl. Schomerus/Rumpf: 2017: 251).

Des Weiteren kann ein Selbststigma die Wirksamkeit des MI in Frage stellen. Es kann passieren das ein manifestiertes Selbststigma keine Ambivalenz zulässt. Der*die Klient*in findet keine Gründe seine derzeitige Situation in Frage zu stellen, da er*sie sich für seine*ihre Situation, ein bestehendes Stigma, verantwortlich macht (vgl. Rüscher/Angermeyer/Corrigan 2005: 223). Dies wird nicht die Regel sein, zeigt jedoch wieder einmal, welche zusätzlichen Hürden Stigmatisierung in der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen verursacht.

5.Fazit

Am Anfang dieser Arbeit kamen Betroffene zu Wort. Mit verschiedenen Aussagen zu ihren Erfahrungen mit der Krankheit und der damit zusammenhängenden Stigmatisierung. Die von mir ausgewählten Beispiele sind keine Einzelschicksale. Die gesammelten Informationen zeigen, dass wir trotz der hohen Zahl an suchterkrankten Menschen in Deutschland in einer stark stigmatisierenden Gesellschaft leben. Besonders auffällig ist dabei der Bereich der Medizin. Sowohl die starken Beschränkungen bei einer Lebertransplantation als auch die falschen Behandlungen und Diagnostiken bei Doppeldiagnosen fallen dabei genauso ins Gewicht, wie das stigmatisierende Verhalten des soziotherapeutischen Fachpersonals. Grund dafür kann der große Nachholbedarf der Stigmaforschung im Bereich der suchtmittelerkrankten Menschen sein.

Die Antwort auf die Frage welchen Einfluss haben Stigmatisierungsprozesse auf alkohol-erkrankte Menschen, ist das Stigmatisierung auf abhängigkeiterkrankte Personen einen negativen Effekt hat. Durch die bestehende öffentliche Meinung, Menschen mit einem Alkoholproblem seien selbst dafür verantwortlich, gibt es eine hohe Scham sich rechtzeitig Hilfe zu suchen. Das Selbststigma erschwert diesen Prozess ungemein und führt zu einer sozialen Isolation. Das strukturelle Stigma der medizinischen Professionen verhindern teilweise eine adäquate Behandlung. Die sozialen Folgen von massivem Alkoholkonsum und Stigmatisierung ähneln sich zu sehr, um im medizinischen Bereich die physischen Folgen falsch zu behandeln.

So ist also zu erkennen, dass sich Stigmatisierung und Abhängigkeit in einem Wechselspiel befinden. Dieses ist jedoch für die Betroffenen immer zum Nachteil. Auch wenn sich innerhalb der Stigmafunktionen einige Argumentationen finden lassen, ist die Ambivalenz im Umgang mit Alkohol in Deutschland zu groß, als dass diese positiv bewertet werden können. Der eigentliche Sinn der Orientierungsfunktion wird durch die gesellschaftliche Akzeptanz und das ständige und günstige Vorhandensein von Alkohol sogar ausgehebelt. Schlussendlich ist weiterhin die Maßgabe in der Behandlung von alkohol-kranken Menschen die Selbstbefähigung mit der Krankheit umzugehen zu erlangen. Leider wirkt Stigmatisierung genau gegenteilig. Daher sind Ansätze wie das Motivational Interviewing ein guter Weg der Alkoholkrankheit entgegenzutreten. Durch die Erkenntnis, dass die Stigmaforschung den großen Bereich der Suchterkrankungen bisher

ausgespart hat, kann in den nächsten Jahren mit einigen Neuerungen im Bereich der Behandlung gerechnet werden. Besonders optimistisch stimmen der Positionswechsel zu einseitig spezialisierten Suchtkliniken und die zusätzliche Ausbildung des Fachpersonals in den Einrichtungen.

Die Ausarbeitungen haben gezeigt, dass ein wesentlicher Schritt zur besseren Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen der Abbau von Stigmata ist. Dazu gehört ein weitverbreitetes Verständnis über die Auswirkungen von Stigmatisierung. Da die Vorurteile gegenüber alkoholkranker Menschen scheinbar legitim sind, bedarf es der Aufklärung von Experten und professionellen Helfern. Zusätzlich sollten die Angehörigen der stigmabehafteten Menschen mit einbezogen werden, denn am effektivsten ist eine Stigmabekämpfung, wenn die Betroffenen, die Angehörigen und die Experten*innen die gleichen Argumente vorbringen. Denn nur durch den Abbau von Stigmata können mehr suchterkrankte Menschen Hilfe annehmen, wodurch für die Betroffenen eine Steigerung der Lebensqualität erreicht werden kann.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 (URL 1, 2023)	7
Abb. 2 (URL 1, 2023)	8
Abb. 2 (URL 1, 2023)	8
Abb. 3 (Tretter, 2017)	9
Abb. 3 (Tretter, 2017)	9
Abb. 4 (Lindenmeyer, 1998)	13
Abb. 5 (Rüsch et. al., 2005)	23

Literaturverzeichnis

- Beiglböck, W., Feselmayer, S., & Honemann, E. (2000). *Handbuch der klinischen-psychologischen Behandlung*. Wien: Springer-Verlag.
- Ernst, K., & Döttger, S. (1990). *Behandlung und Betreuung Alkoholkranke*. Berlin: Verlag Gesundheit GmbH.
- Finzen, A. (2001). *Psychosen und Stigma - Stigmabewältigung- zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen*. Bonn: Psychiatrie- Verlag.
- Goffman, E. (1967). *Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten*. Frankfurt am Main: suhrkamp.
- Grausgruber, A. (2005). Stigma und Diskriminierung psychischer Kranker - Formen und Entstehungsmodelle. In W. Gaebel, H.-J. Möller, & W. Rössler, *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 18-40). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Gross, W. (2016). *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Berlin: Springer-Verlag.
- Körkel, J., & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie* (4), S. 115-124.
- Klingemann, H. (2001). *Alkohol und die sozialen Folgen - die vergessene Dimension*. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa.
- Kraus, L., Koy, J., Wilms, N., & Starker, A. (2021). Altersspezifische Trends des riskoreichen Alkoholkonsums in Deutschland: Parallele oder unterschiedliche Verläufe? *Bundesgesundheitsbl* (64), S. 652-659.
- Kuitunen-Paul, S., Kilian, C., Binder, A., Luderer, M., Reichl, D., & Speerforck, S. (2021). Alkohol - wie abhängig sind Hilfe und Stigmatisierung voneinander? In a. e. Bundesverband, 8. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 20-29). Berlin: Pabst Science Publishers.
- Lesch, O.-M., & Henriette Walter. (2009). *Alkohol und Tabak*. Wien: Springer-Verlag.
- Lindenmeyer, J. (1998). *Lieber schlau als blau - Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. München: Psychologie Verlags Union.
- Peuckert, R. (2003). Abweichendes Verhalten und soziale Kontrolle. In H. Korte, & B. Schäfers, *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie* (S. 105- 127). Wiesbaden: VS Verlag .
- Rüsch, N. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankungen - Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. München: Elsevier GmbH.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankungen: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis* (32), S. 221-232.
- Schmoerus, G. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Psychiatrische Praxis* (44), S. 249-251.
- Schomerus, G., & Rumpf, H.-J. (2017). Das Stigma von Suchterkrankung muss überwunden werden. *Sucht* (63), S. 251-252.
- Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M., & Angermeyer, M. (2010). Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken - Eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis* (37), S. 111-118.
- Schuchardt, V., & Hacke, W. (2000). Klinik und Therapie alkoholassoziierter neurologischer Störungen. In H. Seitz, C. Lieber, & U. Simanowski, *Handbuch*

- Alkohol - Alkoholismus alkoholbedingte Organschäden* (S. 516-538). Heidelberg: Johann Ambrosius Barth Verlag.
- Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Speck, A. (20018). Fokus Stigma: Ein Teilhaberrisiko. In A. Speck, & I. Steinhart, *Abgehängt und chancenlos? - Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (S. 103-111). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Steidle, S. (2012). *Der Stigma-Begriff Ervin Goffmans - Verwendung und Möglichkeiten zur Beschreibung von Devianz und Sozialer Kontrolle*. Augsburg: GRIN Verlag.
- Tretter, F. (2019). *Suchtmedizin kompakt - Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- URL1. (10. 01 2023). *Alkoholatlas 2022*. Von https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2022_Auf-einen-Blick.pdf abgerufen
- URL2. (09. 02 2023). *Irrsinnig Menschlich*. Von <https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/> abgerufen
- URL3. (10. 02 2023). *"Sucht ist keine freie Wahl": Wie Abhängige gegen Stigmatisierung kämpfen*. Von Winterfeld, Hannah;: <https://www.spiegel.de/psychologie/drogensucht-alkoholismus-und-stigma-sucht-ist-keine-freie-wahl-a-86a19211-b44e-4d8c-9b09-b35cc56bb8e9> abgerufen
- URL4. (10. 02 2023). *Ärztezeitung*. Von Viele Vorurteile rund um die Alkoholsucht: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Viele-Vorurteile-rund-um-die-Alkoholsucht-235224.html> abgerufen
- von Kardorff, E. (2011). Systematische Diskriminierung - Zur Situation psychisch kranker Menschen. *Sozial Extra*(11'12), S. 39-42.
- Waldschmidt, A., & Karim, S. (2022). Stigma. In K. Lenz, & R. Hettlage, *Goffman Handbuch Leben-Werk- Wirkung* (S. 223-229). Berlin: Springer-Verlage.