

Sucht und Alkohol

Historisches zum Alkohol

Alkoholkonsum hat in alten Kulturen eine lange Tradition, die bis in die Anfänge der Geschichtsschreibung zurückverfolgt werden kann,¹ wovon z. B. eine Weinpresse aus dem 6. Jahrtausend vor Christus zeugt, die bei Damaskus gefunden wurde. Der Terminus „Alkohol“ stammt wohl aus dem Arabischen („alkuhl“, „vom Feinsten“) und wurde im 16. Jahrhundert von Paracelsus eingeführt. Die Gefahren der Berausung durch Bier werden in Oberägypten (T. L. Amarna, 2. Jahrtausend vor Christus) angeprangert. Der Weinkonsum ist schon im 3. Jahrhundert vor Christus aus China dokumentiert, später – in der Antike in der griechischen und römischen Kultur – lässt er sich bereits nicht mehr wegdenken.

Während in den Frühkulturen noch der rituelle Gebrauch von Alkoholika (Opferriten) eine große Rolle spielen, werden gleichzeitig die Anzeichen des Missbrauchs immer deutlicher (bei Homer, Pillatos von Mykene).

Alkohol-Pandemie

Erste große soziologische Probleme treten allerdings erst im 18. Jahrhundert in England auf (sog. Gin-Krise), und erreichen im 20. Jahrhundert jene Dimensionen, mit denen die Gesellschaft heute konfrontiert ist.

So wurden 2009 in Deutschland durchschnittlich 9,9 Liter Alkohol pro Kopf konsumiert – ein europäischer Spitzenwert, was 0,25 Liter Wein pro Kopf und Tag entspricht. Laut Jahrbuch der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen erfüllen 3,8% die Kriterien des Alkoholmissbrauchs (5-mal häufiger bei Männern als bei Frauen), 2,4% sind abhängig (2,5-mal häufiger bei Männern als bei Frauen). 40.000 Todesfällen pro Jahr werden direkter Alkoholeinwirkung zugeschrieben.

Bürde Alkohol in der Welt

Das renommierte medizinische Journal *The Lancet* spricht von der „Bürde Alkohol“, die die Welt zu tragen habe.² Das russische Beispiel wird vorgeführt: Dort starben 2005 40.000 jüngere Männer am Alkohol, bei den 15- bis 54-Jährigen wurde Alkohol in 50% der Todesfälle als Ursache angegeben. Weltweit sterben 3,8% aller Menschen an Alkohol-assoziierten Erkrankungen (6% Männer, 1% Frauen), die durch Alkohol verursachten Schäden übersteigen im Durchschnitt 1% des relativen Bruttoinlandsprodukts. Laut *The Lancet* fehle eine internationale Konvention (wie sie bei Tabak und Drogen bereits bestehe), um das Problem Alkohol in den Griff zu bekommen.

Alkoholismus als Krankheit

Die Abhängigkeit von Alkohol wird als chronische Krankheit (mit der Internationalen Kodierung ICD-10) angesehen, allerdings basierend auf sehr heterogenen Ursachen und in unterschiedlichen Manifestationen. Letztere können einer „Typologie“ zugeordnet werden.³ Es werden 4 Typen unterschieden, die in ihrem Trinkverhalten, der Metabolisierung des Alkohols, der begleitenden Depression und den sozialen Gegebenheiten differieren. Auch die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Entscheidung und damit zur Kooperation bei der Therapie, ist unterschiedlich gegeben. Dies ist beispielsweise in relativ hohem Maße beim Typ I der Fall (Aldehyd-Metabolismus, Kooperation in der Abstinenz möglich) und beim Typ II (Alkohol zur Angst- und Konfliktlösung). Bei Typ III (Alkohol als Antidepressivum) und beim Typ IV (voralkoholischer Gehirnschaden) ist die Eigenverantwortlichkeit in relativ weite Ferne gerückt, wobei die Abhängigkeit den Grad einer Psychose erreichen kann. Bei der Beurteilung

der Gesamtsituation des Alkoholkranken spielt die „Co-Abhängigkeit“ eine wesentliche Rolle.⁴ Sie bezieht sich auf den Einfluss von Bezugspersonen eines Suchtkranken (Angehörigen, Kollegen, auch Therapeuten etc.) und deren Einfluss auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens. Dies kann so weit gehen, dass die Co-Abhängigkeit als eigenständige Krankheit definiert wird (Umkehr von Opfer und Schuld im Verhalten der Umgebung des Abhängigen).

Alkohol in der Prävention der Arteriosklerose?

Doch scheint der moderate Genuss von Alkohol auch gute Seiten zu haben. Anfang der 1990er-Jahre hat das sog. „French Paradox“⁵ – d. h. die relativ niedrige Inzidenz von kardiovaskulären Erkrankungen im trinkfreudigen Frankreich – zu einer Fülle von epidemiologischen, dann aber auch tierexperimentellen Studien geführt. Diese wiesen speziell im Rotwein eine Reihe von Antioxydantien nach, die gegen die systemische Inflammation und Atherogenese wirksam sind. Es wurden allerdings dem Alkoholgenuss Grenzen gesetzt (30 g pro Tag für Männer, 15 g für Frauen), innerhalb derer die protektive Wirkung zum Tragen kommt. Die Basis dafür bieten bestimmt Polyphenole (z. B. Resveratrol und Quercetin), die über ihre anti-oxydativen Eigenschaften auch antithrombotisch, antiinflammatorisch und letztlich anti-atherogen wirken. Allerdings sind die Grenzen zur Unverträglichkeit selbst kleinerer Alkoholmengen gegenüber der Langzeitverträglichkeit bzw. Bahnung einer Abhängigkeit fließend, sodass man keineswegs eine generelle Empfehlung zu moderatem Alkoholkonsum im Rahmen einer Primärprävention von Ereignissen, die das Herz und Gefäßsystem betreffen, abgeben kann.

Verlust der Kultur des Genusses

Wo und wann auch immer über Genussmittel gesprochen wird, sollte die Frage nicht ausgeklammert werden, inwieweit noch (oder wieder) in ihnen ein kulturelles Gut vorliegt. Tatsächlich waren in verschiedenen Epochen und Kulturverbänden sowohl Alkohol als auch Tabakrauch, sowie Medikamente zur Erzeugung von Trance etc. teilweise in weiten Kreisen der Bevölkerung im Gebrauch. Dem steht zu allen

Zeiten aber der Missbrauch und als dessen Folge die Abhängigkeit gegenüber. Während früher ein Genussmittel in Rituale und einen strikt sozial-kulturellen Kontext eingebunden war, fällt dieser nunmehr weg. Eine deutliche Veränderung zur Entritualisierung des Drogengebrauchs zeigte sich im Zeitalter des Kolonialismus, der eben die strikte Zuordnung der Droge zur Kultur auflöste. Selbst wenn anzuerkennen ist, dass jede Droge ihre Abhängigen schafft, also insgesamt gefährlich ist und vor Missbrauch nicht eindringlich genug gewarnt werden kann, so war die Ritualisierung das beste Mittel im Kampf gegen die Droge, denn sie zwang zum kontrollierten Genuss und setzte beim Genießer die Fähigkeit zur Selbstkontrolle voraus⁶. Derzeit hat es weltweit den Anschein, als ob der Genussmittelgebrauch weitgehend vom Genussmittelmissbrauch überflügelt worden ist.

Ein weiterer Faktor, der die Gesamtsituation erschwert, ist, dass das Einstiegsalter nahezu in den Bereich des Kindesalters abgesunken ist. Statistiken der OECD befragte 15-jährige Jugendliche beiderlei Geschlechts in 23 EU-Ländern plus Kanada und USA.⁷ Im Durchschnitt rühmt sich etwa ein Drittel, mindestens schon zweimal im Leben betrunken gewesen zu sein, beim Spitzenreiten Dänemark sind es sogar 58%, in Österreich, das den unrühmlichen 4. Platz unter 25 Staaten hält, sind es 39%! Trinkfreudiger sind die Jugendlichen nur noch in Finnland und Großbritannien, während Polen und Deutschland wesentlich weiter hinter Österreich rangieren. Dem Alkoholmissbrauch ähnlich verhält es sich mit dem Rauchen der 15-Jährigen, wobei hier Österreich unangefochten mit 27% den traurigen Spitzenplatz einnimmt (Burschen 24%, Mädchen 30%). Der OECD-Durchschnitt liegt mit 16,5% weit darunter.

Maßnahmen zur Prävention

Fachleuten zufolge sind Aufklärungskampagnen in den Schulen wirkungslos, da die beabsichtigten Effekte der Abschreckung durch die – nicht intendierte – Weckung des Interesses wieder aufgehoben werden. Das gilt für Alkohol und Tabakrauchen. Für Drogenprävention sind keine verlässlichen Daten verfügbar. Die bislang wirkungsvollsten Maßnahmen zielen auf Erschwernis der Verfügbarkeit, wobei die Preis-

steigerung wieder erfolgreicher zu sein scheint als das Verkaufsverbot an Minderjährige. In diesem Lichte besehen berührt es eigenartig, wenn Österreich von der EU gerade erst jüngst wegen der Höhe der Mindestpreise für Zigaretten kritisiert wurde (März 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Genussmittel grundsätzlich als wertfrei betrachtet werden können, sofern sie unter optimalen persönlichen und sozialen Umständen konsumiert werden. Stets muss jedoch dem hohen Potential an Missbrauch Rechnung getragen werden, und zwar in der Erziehung, durch Schaffung von positiven Vorbildern und durch Erschwerung des Erwerbes der Genussmittel und durch die Einbettung des Genusses in positive kulturelle Rituale (z. B. mäßiger Alkoholenuss zu besonderen, festlichen Anlässen etc.). Jeder Missbrauch kann schließlich zur Abhängigkeit führen, der weltweit in Bezug auf Alkohol im Bereich von 2 bis 3 Prozent der Menschen zu veranschlagen ist, wobei gegen 4% aller Todesfälle auf Alkohol-assoziierte Krankheiten zurückzuführen sind. Die Prävalenz- und Mortalitätsraten sind in den reicheren Ländern höher als in Entwicklungsländern, doch gibt es bestimmte Weltgegenden (z. B. GUS) mit einer besonders hohen Rate an abhängigen Personen. Eine spezielle Sorge für Soziologen, Psychologen und Pädagogen besteht im Absinken des Initiationsalters für Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum.

¹ Seitz G. E., Seitz H. K., *Anthropologie des Alkoholkonsums. Wo liegt die Grenze zwischen maßvollem Genuss, Missbrauch und Sucht?*, Imago Hominis (2009); 16: 195-204

² Kummer F., *Lancet: Die Bürde der Alkoholschäden in der Welt*, Imago Hominis (2009); 16: 192-193

³ Lesch O. M., *Die Diagnose Abhängigkeit – eine Krankheit?*, Imago Hominis (2009); 16: 205-220

⁴ Uhl A., *Probleme der Terminologie und der Definition in der Suchtforschung*, Imago Hominis (2009); 16: 221-230

⁵ Di Castelnuovo A. et al., *Alcohol Consumption and Health*, Imago Hominis (2009); 16: 231-241

⁶ Knoll, R., *Der Verlust des Rituals und die Drogenmisere*, Imago Hominis (2009); 16: 242-248

⁷ OECD, *Health at a glance*, <http://www.oecd.org/health/healthataglance/> vom 8. Dezember 2009

Impressum:
Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE-Institut
Redaktion: F. KUMMER

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4
E-Mail: postbox@imabe.org
Web: <http://www.imabe.org/>

Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf www.imabe.org kostenlos abrufbar.