SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Karriere erwachsener Alkoholiker

Berger, Herbert; Legnaro, Aldo

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Berger, H., & Legnaro, A. (1979). Karriere erwachsener Alkoholiker. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 282-287). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-135915

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Karriere erwachsener Alkoholiker

Herbert Berger
Aldo Legnaro

Wir möchten Ihnen knapp einige Ergebnisse eines Projekts zur Karriere erwachsener Alkoholiker vortragen.
Lassen Sie mich mit einer Selbstverständlichkeit beginnen: Alkoholismus ist eine Suchtkrankheit, und bei Suchtkrankheiten verlaufen neben den physiologischen Prozessen der Gewöhnung immer auch Entwicklungsprozesse im sozialen Bereich. Schon die Motivationen beim Konsum einer Droge überhaupt sind ja sozial vermittelt: Gerade Alkohol lernt in unserer Gesellschaft buchstäblich jeder schon in der Kindheit kennen.
Für die weitere Entwicklung des Alkoholverhaltens hat sich inzwischen der Begriff Alkoholkarriere eingebürgert. Wir verstehen dabei unter Karriere eine Abfolge von Verhaltensweisen und Reaktionen darauf, die in interdependenter Beziehung zueinander stehen. Am Ende einer solchen Karriere ist Alkoholismus als deviantes Verhalten ausgeprägt. Nun sind ja - soziologisch betrachtet - Krankheiten immer abweichendes Verhalten, indem sie eine temporäre neue Rolle für den Kranken begründen, doch ist gerade Alkoholismus auch für den Laien eindeutig Abweichung, ein ersichtlich anderes Verhalten, von dem man sich abgrenzt. Eine solche negative Auffassung von Alkoholismus teilen übrigens auch die Alkoholiker selbst, und jeder Praktiker kann ein Lied davon singen, daß gerade dieses Vorurteil es so schwer macht, Alkoholiker davon zu überzeugen, daß sie Alkoholiker sind, und zumal in der ersten Behandlung gelingt dies häufig gar nicht. Dieses verbreitete negative Stereotyp vom Alkoholiker macht es auch der sozialen Umgebung so schwer, den Alkoholiker als Kranken zu akzeptieren und die Entwicklung seines Alkoholismus bereits in frühen Phasen als Beginn einer Sucht zu verstehen.

Wir haben nun die Entwicklung der Alkoholkrankheit in der späten Phase bis hin zum klinisch behandelten Alkoholiker untersucht. Die Frage war also nicht, warum jemand Alkoholiker wird, sondern welche sozialen Begleiterscheinungen beim werdenden Alkoholismus auftreten und seinen Verlauf mit beeinflussen. Unsere Daten stammen von 258 stationär als Alkoholiker behandelten Patienten einer Rheinischen Landesklinik. Wir haben dabei offene Leitfadengespräche geführt, die mit Tonband aufgezeichnet und danach quantitativ ausgewertet worden sind. Das war

eine Totalerhebung über den Zeitraum eines halben Jahres im Winter 1977/78. Gefördert wurde diese Untersuchung aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
In dieser Untersuchung ging es um die Klärung der folgenden zentralen Fragenkomplexe: In welchem sozialen Bereich ist die erste objektive Auffälligkeit festzustellen? Woran wird sie festgemacht? Wie reagiert die soziale Umgebung darauf? Woran bemerkt der Patient selbst, daß sein Alkoholkonsum bedenkliche Höhen erreicht hat?
Dazu nun einige Ergebnisse. Wir haben den sozialen Alltag unterteilt in vier Bereiche. Den ersten Bereich bildet die Familie, worunter je nachdem entweder die Herkunfts- oder die eigene Familie gefaßt wird. Einen zweiten stellt der Arbeitssektor dar: Betrieb und Kollegenschaft. Drittens haben wir den Gesundheitsbereich unterschieden, also alle Kontakte mit Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken. Den vierten - etwas residualen - Bereich bildet die Öffentlichkeit: Nachbarschaft, Freunde, Bekannte, Vereinskollegen. Diese Unterscheidung nach vier sozialen Bereichen ergibt sich zwingend aus der Forschungsanlage: Um die Abfolge und Schwere der Sanktionierungen in verschiedenen sozialen Kontexten darstellen zu können, muß man deutlich zwischen diesen Bereichen differenzieren. Diese Unterteilung ist keineswegs nur als eine theoretische zu verstehen, sondern läßt sich auch erhebungstechnisch leicht durchhalten.
Die im Alltag zu beobachtende Trennung der vier Bereiche hat unter Umständen für die Alkoholkarriere entscheidende Bedeutung. Die verschiedenen Bereiche können nämlich durchaus strikt gegeneinander abgeschottet sein, d. h. Sanktionen in einem Bereich müssen nicht notwendig mit Sanktionen, vielleicht nicht einmal mit Auffälligkeit, in einem anderen Bereich verbunden sein. Jedenfalls bietet der in verschiedene Bereiche des Alltags differenzierte Rollenset dem Patienten die Möglichkeit, wenn schon nicht die Tatsache seines Alkoholkonsums, so doch das wahre Ausmaß verborgen zu halten. Durch Verheimlichungsstrategien läßt sich dann die Unauffälligkeit hohen Alkoholkonsums durchaus lange Zeit bewahren. Da kaum jemand in der sozialen Umgebung die Möglichkeit hat, den gesamten Konsum additiv zu überblicken, gibt es für den Alkoholiker die Chance, das Problem herunterzuspielen. Außerdem mag ein jeweils konformes 'Mithal-

ten' in unterschiedlichen Gruppierungen sich zwar zu insgesamt pathologischen Höhen summieren, bezogen auf die jeweilige Situation aber eben ein konformes Trinkverhalten darstellen, was der Alkoholiker dann auch sich selbst und anderen gegenüber betont. Ein solches Verhalten verhilft ihm dazu, sein konformes Selbstbild aufrechtzuerhalten, und hindert die Umgebung, die tatsächlich vorhandene Problematik überhaupt wahrzunehmen.

In welchem Bereich also fällt der Alkoholkonsum des zukünftigen Patienten zuerst auf bzw. wird er zuerst sanktioniert? Nach unseren Daten scheint die erste reagierende Instanz die Familie zu sein. Das war nicht unbedingt zu erwarten, da viele Patienten keine eigene Familie haben und nicht in engen familiären Beziehungen leben. Außerdem widmen selbst Patienten mit eigener Familie dieser oft nur relativ wenig Zeit.
Die ersten Sanktionierungen der Ehepartner - oder auch, bei vielen Patienten, der Eltern - sind gewöhnlich zunächst bloße Bemerkungen, die sich auf das allgemeine Auftreten der Patienten beziehen. Unter allgemeinem Auftreten verstehen wir hier etwa eine dauernde Fahne, ohne daß weitere Anzeichen von Betrunkenheit wahrzunehmen wären, oder auch ständiges Einschlafen abends vor dem Fernsehgerät, o.ä. Es sind eben nicht spektakuläre Ereignisse, es ist gerade die alltägliche Wiederkehr stets gleichbleibender Verhaltensabläufe unter Alkoholeinfluß, die normalerweise in Einzelfällen übersehen werden, die die Familie mit der Zeit aber nicht mehr kommentarlos hinnimmt. Diese ersten Reaktionen der Familie treten fast immer ein, bevor der Patient in zentralen Rollenanforderungen versagt, also etwa seine Versorgungsleistung nicht mehr ausreicht. Mangelnde Versorgungsleistung als erster Kritikpunkt tritt übrigens typischerweise bei Frauen auf, vermutlich deswegen, weil gerade bei Hausfrauen der Arbeitsbereich und der familiäre Bereich weitgehend identisch sind. Männer dagegen können die Berechtigung von Sanktionen lange Zeit unter Verweis auf ihre noch wahrgenommene Rolle als Haupternährer abstreiten. Alkoholkonsum läßt sich dann erklären als ein Freizeitverhalten, das demjenigen, der arbeitet, auch zusteht. Die Familie ist oft geneigt, den Ausfall des Alkoholikers als teilnehmendes und kommunikationsfähiges Familienmitglied hinzunehmen; sie entwickelt eine Rollenstruktur, in der der Abweichende nur noch am Rande figuriert. Das ist eine

Anpassung an einen Status quo, in dem der hohe Alkoholkonsum eines Familienmitgliedes zwar berücksichtigt (und damit auch negativ sanktioniert) wird, aber nicht zu weiteren Konsequenzen, etwa der Verweisung an einen ärztlichen Spezialisten, führt.

Auch dann, wenn die betroffenen Familien das Trinkverhalten ihres Angehörigen für ein schwerwiegendes Problem halten, bevorzugen sie nämlich familieninterne Lösungen gegenüber Therapieversuchen. Warum, das ist nicht eindeutig erklärbar: Sei es, daß sie die mit der Diagnose Alkoholismus verbundene Etikettierung und Stigmatisierung für den Patienten und genauso für sich selbst fürchten, sei es, daß sie das Problem nicht als therapiebedürftig und -zugänglich ansehen.
Wie schon angedeutet, bietet der Arbeitsbereich dem Patienten oft ein Refugium gegenüber der Familie. Refugium hier im doppelten Sinne: zum einen kann der Patient gegenüber der Familie darauf hinweisen, daß seine Arbeit ihr ja zugute kommt, zum anderen scheint für Alkoholiker Arbeit die dominante Sinngebung des Lebens zu sein. Im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung bevorzugen die Patienten nämlich deutlich häufiger die Arbeitszeit gegenüber der Freizeit. Das hindert sie nicht unbedingt, ihre Arbeitsstelle durch Alkoholkonsum oder dessen Folgeerscheinungen aufs Spiel zu setzen. Auslösend für Schwierigkeiten ist nur selten der Alkoholkonsum im Betrieb selbst - der wird, trotz meist bestehenden Alkoholverbots, häufig toleriert -, sondern Sanktionen setzen erst dann ein, wenn der Patient seinen Posten nicht mehr zuverlässig ausfüllt, indem er öfter zu spät kommt, unentschuldigt fehlt oder die geforderte Arbeitsleistung nicht mehr erbringt. Die Patienten reagieren auf Sanktionen oft mit Vermeidungsverhalten, indem sie freiwillig die Stelle wechseln, ehe es zur Entlassung kommt. Solche Wechsel sind aber bei rezessiver Konjunktur nicht mehr unbegrenzt möglich. Es kommt dann zur Arbeitslosigkeit, aus der oft Dauerarbeitslosigkeit geworden ist: immerhin ist fast die Hälfte der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos, und dies seit durchschnittlich eineinhalb Jahren.
Erstaunlicherweise spielt der öffentliche Bereich - darunter haben wir wie gesagt Nachbarn, Freunde und Bekannte gefaßt - für die erste Sanktionierung eine genauso große Rolle wie der Arbeitsbereich. Dennoch erscheint die Bedeutung dieses Bereichs relativ gering, wenn man berücksichtigt, daß mehr als die Hälfte

der Patienten regelmäßig mit Freunden und Bekannten trinkt. Das mag in der speziellen Funktion von Alkohol für Alkoholiker begründet sein: Sie nutzen nämlich mehrheitlich den Alkohol, um Ängste vor Kontakten abzubauen und ihre kommunikativen Fähigkeiten zu steigern. Die so gewonnene Wertschätzung der anderen reicht allerdings nicht über den Dunstkreis der Theke hinaus. Der ständige Verlust von Verhaltenskontrolle wird auch hier negativ wahrgenommen und bewertet.

Erlauben Sie abschließend noch einige Worte über die Bedeutung des Gesundheitsbereichs. Er steht in der Reihenfolge der auftretenden Sanktionen an letzter Stelle. Das wird freilich verständlich, bedenkt man, daß der Arzt in aller Regel nicht am Leben seiner Patienten teilnimmt und sie nur sieht, wenn sie ihn aufsuchen. Dann allerdings müßte für ihn die Möglichkeit bestehen, beginnende Alkoholpathologie bereits frühzeitig zu erkennen, auch wenn der Patient ihn mit nicht recht festzumachenden physiologischen Beschwerden aufsucht. Hier spielt jedoch offensichtlich eine gewisse Scheu der Ärzte eine Rolle, die Patienten direkt auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen: sie vermeiden dies oft und beschränken sich auf die meist medikamentöse Behandlung der mehr oder weniger diffusen Symptome, die der Patient anbietet. Dabei sind es gerade die mit überhöhtem Alkoholkonsum verbundenen körperlichen Beschwerden, die den Patienten überhaupt erst ein Problembewußtsein schaffen, auch wenn sich dies eher auf die Folgen des Alkoholkonsums als auf seine Ursachen bezieht. Dem Arzt kommt also eine bedeutende Rolle für die Früherkennung zu, zumal er als anerkannter Spezialist viel eher als andere Personen den Patienten von seiner Behandlungsbedürftigkeit überzeugen könnte. Allerdings reicht in der Regel selbst die ärztliche Autorität nicht aus, um beim Patienten eine Behandlungsbereitschaft zu erzeugen.

Diese tritt in aller Regel erst ein, wenn zwei Bereiche gemeinsam auf den Alkoholiker einwirken. Dabei ist die Koalition zwischen Arzt und Familie die typische Konstellation: der Patient kann die Beschwerden der Familie dann nicht mehr zurückweisen, wenn sie durch ärztliches Urteil für berechtigt erklärt werden. Umgekehrt kann der Patient gegenüber dem Arzt seinen Alkoholkonsum nicht mehr bagatellisieren, wenn der Arzt dazu über Angaben aus der Familie verfügt. Sanktionen

bzw. Sanktionsdrohungen aus nur einem Bereich müssen dagegen schon besonders schwerwiegend sein, um eine Wirkung zu zeigen: das ist in der Familie die Drohung einer Scheidung, beim Arzt die Drohung einer Zwangseinweisung, u.U. im Arbeitsbereich die Drohung mit Entlassung. Beim Patienten dagegen bedarf es gewöhnlich des physischen Zusammenbruchs, bevor er sich spontan zu einer alkoholspezifischen Behandlung entschließt.