

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
<u>3.1. Methodische Probleme</u>	1
<u>3.1.1. Generelle Probleme der Sozialepidemiologie</u>	1
<u>3.1.2. Probleme der Überprüfung von soziokulturellen Theorien</u>	6
<u>3.1.3. Methoden zur Abschätzung von Alkoholproblemen in Populationen</u>	8
3.1.3.1. Indirekte Methoden	8
3.1.3.1.1. Die Ipsen-Moore-Alexander-Methode	10
3.1.3.1.2. Die Jellinek-Methode	10
3.1.3.1.3. Die Methode von Ledermann (Alkoholverbrauch) ..	15
3.1.3.1.4. Andere indirekte Methoden	17
3.1.3.2. Direkte Methoden	19
3.1.3.2.1. Direkte Beobachtungen	19
3.1.3.2.1.1. Unstandardisierte Beobachtungen	19
3.1.3.2.1.1.1. Einzelfallstudien	19
3.1.3.2.1.1.2. Vergleichende Analysen	20
3.1.3.2.1.2. Standardisierte Beobachtungen	22
3.1.3.2.2. Systematische Befragungen	22
3.1.3.2.2.1. Parameter des Trinkverhaltens	23
3.1.3.2.2.2. Parameter der Trinkprobleme	31
<u>3.2. Soziokulturelle Theorien</u>	33
<u>3.2.1. Gesellschaftsstruktur und Lebensbedingungen</u>	34
<u>3.2.2. "Psychokulturelle" Spekulationen</u>	37
<u>3.2.3. Normen und Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum</u> ..	38
<u>3.2.4. Öffentliche Meinungen zur Wirkung und Funktion des Alkohols</u>	41
<u>3.2.5. Alkoholersatz</u>	42
<u>3.2.6. Das Verbrauchsverteilungsmodell</u>	43

	<u>Seite</u>
<u>3.2.7. Komplexe soziologische Theorien</u>	44
3.2.7.1. Strukturelle Ansätze (Anomie)	44
3.2.7.2. Die prozessuralen interaktionistischen Ansätze	48
<u>3.3. Empirische Ergebnisse der Sozialepidemiologie und der soziokulturellen Forschung</u>	56
<u>3.3.1. Art und Ausmass von Alkoholproblemen</u>	56
3.3.1.1. Gesundheitliche Probleme	58
3.3.1.1.1. Hospitalisierung aufgrund von Alkoholismus und damit verbundener Erkrankungen	59
3.3.1.1.2. Lebenserwartung, Todesraten, Krankheiten und Todesursachen	62
3.3.1.1.3. Unfallgefahr	65
3.3.1.1.4. Suizidalität	66
3.3.1.2. Verkehrsunfälle und -delikte	67
3.3.1.3. Arbeitsprobleme	73
3.3.1.3.1. Invalidität	74
3.3.1.3.2. Mangelnde Arbeitseffizienz.....	74
3.3.1.3.3. Arbeitsunfälle	75
3.3.1.3.4. Stellungswechsel	75
3.3.1.3.5. Absentismus	75
3.3.1.4. Ehe- und Familienprobleme aufgrund von Alkohol	76
3.3.1.5. Kriminalität	76
3.3.1.5.1. Trunkenheitsarreste	76
3.3.1.5.2. Andere Delikte	77
<u>3.3.2. Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern und Kulturen</u>	78
3.3.2.1. Anthropologische Feldstudien	79
3.3.2.2. Vergleichsdaten komplexer Gesellschaften	81
3.3.2.2.1. Vergleiche aufgrund indirekter Methoden	81
3.3.2.2.2. Transkulturelle Untersuchungen	85
3.3.2.2.3. Ergebnisse aus einzelnen Ländern	85
<u>3.3.3. Alkoholkonsum und Alkoholprobleme in bestimmten Bevölkerungsgruppen</u>	92
3.3.3.1. Geschlecht	94
3.3.3.2. Alter	116
3.3.3.3. Familienstand	124
3.3.3.4. Schicht	128

III

	<u>Seite</u>
3.3.3.5. Rasse und ethnische Herkunft	147
3.3.3.6. Religionszugehörigkeit und -involvierung	153
3.3.3.7. Wohnort	157
3.3.3.8. Spezielle Populationen	158
3.3.3.8.1. Jugendliche	158
3.3.3.8.2. Kriminelle und jugendliche Delinquente	160
3.3.3.8.3. "Skid Row"-Angehörige und andere Bewohner von Elendsquartieren	162
3.3.3.8.4. Andere spezielle Populationen	162
<u>3.3.4. Empirische Ergebnisse zu theoretischen Variablen</u>	<u>164</u>
3.3.4.1. Psychokulturelle Spekulationen	164
3.3.4.2. Normen und Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum ..	165
3.3.4.3. Öffentliche Meinungen zur Wirkung und Funktion des Alkohols	173
3.3.4.4. Alkoholersatz	178
3.3.4.5. Verfügbarkeit von Alkohol	180
3.3.4.5.1. Erreichbarkeit	181
3.3.4.5.2. Kosten	184
3.3.4.6. Ergebnisse zum Anomiekonzept	187
3.3.4.7. Einstellungen und öffentliches Verhalten gegenüber Alkoholikern	188
3.3.4.7.1. Einstellungen der allgemeinen Bevölkerung	189
3.3.4.7.2. Einstellungen von Personen, die beruflich mit Alkoholikern zu tun haben	192

Kapitel 3. Art und Verbreitung

3.1. Methodische Probleme

3.1.1. Generelle Probleme der Sozialepidemiologie

Nach Kisker (1966) befasst sich die Epidemiologie mit der "Feststellung der Häufigkeit bestimmter Krankheiten und Krankheitsbedingungen in bestimmten Populationen und (ihrem) Vergleich im Hinblick auf die Verteilung in Zeit und Raum". Sie untersucht systematisch den korrelativen Zusammenhang zwischen sozialen Variablen und dem Auftreten psychischer Störungen oder Verhaltensabweichungen. Als Unterbereich gilt die Ökologie, die die räumliche Verteilung solcher Probleme in kleinen Sozialsystemen (Gemeinden, Städte, Bezirke) erfasst.

Nach Morris (1964) fallen der Epidemiologie folgende Aufgaben zu: (1) Sie soll Krankheiten und die Veränderung ihres Charakters in Populationen feststellen. (2) Sie soll eine Bestandsaufnahme der Gesundheits- und Krankheitsverteilung in der Gesellschaft liefern; damit gesundheitspolitische Entscheidungen abgeleitet werden können. (3) Die Arbeitsweise des Gesundheitsdienstes soll untersucht werden. (4) Gruppenstatistiken sollen eine Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos ermöglichen. (5) Longitudinalstudien sollen das klinische Bild chronischer Krankheiten, das in der Regel nur zustandsmässig erfasst wird, in der Verlaufsform darstellen. (6) Abnorme Syndrome in der Bevölkerung sollen identifiziert werden und das gemeinsame sowie das getrennte Auftreten der Symptome soll festgestellt werden. (7) Schliesslich sollen über die reine Deskription hinausgehend die Ursachen von Gesundheit und Krankheit festgestellt werden.

Für den letzten Schritt, der gerade für die Entwicklung präventiver Massnahmen von entscheidender Bedeutung wäre, kann die Epidemiologie Hypothesen liefern, die als Grundlagen für empirische Überprüfungen dienen können. In dieser Hinsicht erscheint es besonders wichtig darauf hinzuweisen, dass sich die epidemiologische Forschung über den Alkohol bislang nahezu ausschliesslich mit Problemen des exzessiven Trinkens beschäftigt hat. Erst seit wenigen Jahren findet man eine, wenn auch sehr begrenzte Auskunft über das Verhalten von Personen, die in sozial akzeptabler Weise trinken. Deswegen werden Definitionen bezüglich des Trinkverhaltens in der Regel vom Alkoholismus her formuliert und nicht vom Gesichtspunkt des normalen Trinkens. Es ist natürlich wünschenswert, generell Verhaltensweisen auch durch die Brille der Abnormität zu betrachten, aber jedes abnorme Symptom durchläuft eine Entwicklung, die stets im Normalbereich beginnt. Die Kenntnis dieser Entwicklungsschritte und deren Entstehungsbedingungen ergibt Auskunft über die Alkoholismusgenese, die nicht oder nicht so gut vom vollzogenen Alkoholismus her erhalten werden kann. Und dies sind gerade jene Bedingungen, die für die Planung einer präventiven oder therapeutischen Intervention nötig sind.

In der Epidemiologie unterscheidet man prinzipiell die Messung von Inzidenzraten und Prävalenzraten. Die erste Form der Messung betrifft die Rate der Neuerkrankung, d.h. es werden alle jene Fälle erhoben, die innerhalb einer festgelegten Zeitspanne neu auftreten. So kann z.B. festgestellt werden, ob nach einer höheren Steuerbelastung alkoholischer Getränke die Aufnahmeziffern in klinische Institutionen wegen Delirium tremens fallen oder nicht. Unter Prävalenzraten verstehen wir die Bestandsraten, d.h. alle vorhandenen Fälle werden entweder zu einem bestimmten Zeitpunkt (Stichtagsprävalenz) oder für einen bestimmten

Zeitraum (Streckenprävalenz) erhoben. Es wird z.B. festgestellt, wieviele Trinkende und Abstinente es in diesem Jahr in einem Land gab, oder etwa wieviele Personen in einem Land und in einem bestimmten Zeitabschnitt wegen Alkoholismus behandelt wurden.

Je nach untersuchter Population lassen sich bei beiden Raten der Verbreitung des Alkoholismus zwei Haupttypen von Untersuchungen feststellen, nämlich die Erfassung von behandelten Fällen (treated cases) und die Erfassung aller vorhandener Fälle (true cases). Im ersten Fall werden alle jene Personen gedeckt, die bereits institutionell registriert wurden, z.B. in Krankenhäusern, bei der Polizei, bei sozialen Diensten usw. Die zweite Form der Untersuchung erfasst auch alle jene Fälle, die bisher nicht registriert wurden, z.B. durch eine Befragung einer unausgelesenen Bevölkerungsstichprobe.

Die Beschränkung auf bereits registrierte Fälle bietet zwar den Vorteil der leichteren Datenbeschaffung, hat aber einige Nachteile. Die Primärdaten, die z.B. aus Krankenblättern psychiatrischer Institutionen gewonnen werden, wurden gewöhnlich zu anderen Zwecken, und deshalb auch unter anderen hypothetischen Voraussetzungen, erhoben und informieren daher sehr selektiv. Man erhält eine nicht repräsentative Auswahl, da eine "Reihe von Prozessen sozialer Beurteilung, sozialer Kontrolle und sozialer Selektion" (Keupp, 1972, S. 56) bereits vor der Registrierung bzw. Hospitalisierung stattgefunden haben. So ist aus einem Ansteigen der Anzahl von Alkoholikerpatienten in einer bestimmten Klinik keineswegs ohne weiteres auf ein Ansteigen der Häufigkeit des Alkoholismus zu schliessen. Vielmehr könnten auch Faktoren wie die folgenden dafür verantwortlich sein: (1) Die Klinik oder ihre spezielle Alkoholismustherapie sind bekannter geworden. (2) Die Ärzte im Einzugsgebiet der Klinik sind für die stationäre Behandlung des Alkoholismus oder überhaupt für die Notwendigkeit einer

spezifischen Therapie aufgeschlossener geworden. (3) Die Betroffenen selbst oder deren Bezugspersonen zeigen ein grösseres Interesse. - Selbst wenn man alle Kliniken gleichzeitig erfassen würde und eine solche Veränderung in der Häufigkeit des Alkoholismus feststellen würde, könnten die genannten Faktoren noch durchaus eine Rolle spielen. Die Diagnose des Alkoholismus könnte leichter gestellt werden, eine neue besondere Therapie würde jetzt zur Verfügung stehen oder es setzte sich die Meinung durch, dass eine Klinikaufnahme das Bessere sei. Ausserdem dürfte die Klinikpopulation von Alkoholikern insgesamt eine vorselegierte Gruppe darstellen, so dass sich eine adäquate Aussage über den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Alkoholismus und sozialen Merkmalen kaum noch treffen lässt. Was allgemein für psychische Erkrankungen gilt, konnten Schmidt, Smart und Moss (1968) für unser Problem zeigen, nämlich dass auch beim Alkoholismus die Diagnose und Art der empfohlenen und von den Betroffenen akzeptierten Therapie von sozialen Faktoren, in diesem Fall der Schichtzugehörigkeit, abhängig sind. Untersucht man die Prävalenz oder Inzidenz aller vorhandenen Fälle, kommt man gewöhnlich zu höheren Störungs-raten. Das liegt nach Meinung von Keupp daran, dass "bestimmte Formen abweichenden Verhaltens nicht als solche bereits als Krankheiten anzusehen sind, sondern ihnen erst - gemessen an soziokulturellen Standards - über einen Prozess der sozialen Definition und deren gesellschaftlicher Durchsetzung Krankheitswert zugeschrieben wird" (Keupp, 1972, S. 56).

Ein weiteres Problem der epidemiologischen Forschung ergibt sich aus den Variationen und Unsicherheiten der Definition und Klassifikation. Verschiebungen der Definition dessen, was Alkoholismus ist, und des Punktes (cutting-point), wo der Alkoholismus anfängt, führen zu stark unterschiedlichen Raten des Vorkommens und zu unterschiedlichen kategorialen Zuordnungen. Früher hatte man den Alkoholismus in Übereinstimmung

mit dem traditionellen medizinischen Modell häufig als kategoriell unterschiedlich vom Nicht-Alkoholismus behandelt. Seitdem man das Trinkverhalten allgemein, d.h. über die gesamte Bevölkerung verteilt ansieht, und seitdem man den Versuch macht, Grade des Trinkens oder der Abhängigkeit vom Trinken zu bestimmen, gelangt man zu einer sehr viel differenzierteren Betrachtungsweise und auch zu neuen Gesichtspunkten. Wie Clark (1966) in einer besonders sorgfältigen Analyse über Problemtrinker in San Francisco zeigen konnte, hängt die Rate des Problemtrinkens stark von der Formulierung der Frage ab. Anstatt einfach über "Alkoholismus" oder "Grade der Alkoholabhängigkeit" zu sprechen, registrierte er die Problemtrinker nach verschiedenartigen Kriterien, die entweder in der Literatur oder in der Gesellschaft üblich sind, d.h. nach Kriterien wie Gesundheitszustand, soziale Probleme, ökonomische Probleme, Gefühl der Abhängigkeit usw. Wenn man die Problemtrinker nach solchen Kriterien einteilt, gibt es eine beträchtliche Variation nach der Anzahl von Personen, die jeweils als Alkoholiker zu klassifizieren wären. Aber selbst dort, wo zwei oder mehr Kategorien eine gleiche Anzahl von Alkoholikerraten ergeben, ist damit das Problem noch lange nicht gelöst, weil ganz unterschiedliche Personen nach den verschiedenen Kriterien als Alkoholiker zu klassifizieren wären. So ergab z.B. die Klassifikation nach sozialen und zwischenmenschlichen Problemen und diejenige nach Menge und Frequenz der Alkoholaufnahme eine gleichgrosse Anzahl von Alkoholikern, aber die beiden Arten der Klassifikation ergaben derart verschiedene Resultate, dass nur 27 % der erfassten Fälle in beiden Kategorien zu finden waren. Andere Kategorisierungsversuche ergaben noch stärker diskrepante Resultate. In ähnlicher Weise fand Knupfer (1967) eine starke Variation der Alkoholiker-rate, wenn Art und Dauer des Problems einzeln oder in Kombination miteinander verglichen wurden.

Es ist offensichtlich, dass das Kriteriumproblem eine komplexe Angelegenheit ist und dass man die Gefahr läuft, mit Einzelkriterien in der Erforschung der Alkoholabhängigkeit Aussagen von recht begrenzter Gültigkeit zu machen. Das Problem ist also ein vielschichtiges, d.h. im psychologischen (gemessenen) Sinne ein vieldimensionales, das uns dazu zwingt, zunächst eine Untersuchung über die Dimensionalität der Alkoholismussymptome und -kriterien durchzuführen. Eine solche Untersuchung würde erst die Grundlage für vergleichbare Ergebnisse bilden. Aus demselben Grunde ist natürlich ersichtlich, dass die vergleichende Interpretation der bisherigen Ergebnisse in der Erforschung der Alkoholabhängigkeit riskant ist und dass man vielleicht auf solche Vergleiche keine grossen Hoffnungen bauen sollte.

3.1.2. Probleme der Überprüfung von soziokulturellen Theorien

Allgemein haben Prävalenzraten den Nachteil, stets nur deskriptiv sein zu können, während Inzidenzmasse noch eher einen Rückschluss - wenn auch keinen Nachweis - für die Verursachung der jeweiligen Störung bieten. Dies ergibt sich aus dem korrelationsstatistischen Vorgehen, mit dem sich grundsätzlich keine kausalen Aussagen machen lassen. Bei den Prävalenzdaten ist es schwer durchschaubar, welche Faktoren mit in die Korrelation eingehen, und in welche Richtung eine vermutete kausale Verbindung überhaupt gehen soll. Auf beiden Seiten der Korrelation tritt eine Kontamination vieler unkontrollierter Faktoren ein. Eine jede Korrelation kann durch die Existenz vieler anderer, nicht direkt erfasster Faktoren auf beiden Seiten der Gleichung zustande gekommen sein. Bei Inzidenzmassen dagegen kann man eher damit rechnen, auf der einen Seite den intendierten Faktor etwas in den Griff zu bekommen. Selbst wenn es gelingt, die Unabhängigkeit einer Variablen von der anderen nachzuweisen, so ist doch niemals geklärt, ob nicht beide Variablen von einer unbekanntem dritten abhängen.

Ein klassisches Beispiel für das kausalanalytische Dilemma ist aus dem fortwährenden Streit um die Soziogenese versus Biogenese von Verhaltensstörungen zu entnehmen, wofür sich aus der Alkoholismusforschung folgendes Beispiel nennen lässt. Es wurde wiederholt festgestellt, dass verschiedene Einwanderungsgruppen in Amerika besonders hohe Alkoholismusraten aufweisen. Der soziokulturelle Konflikt, in dem sich die Gruppen befinden, führt zu einer Normenverunsicherung und damit zu einem Ansteigen des Alkoholismus. Die biogenetische Erklärung dagegen lautet: Es wandern vor allem Individuen mit starken persönlichen Problemen aus, daher das höhere Alkoholismuskommen in diesen Gruppen. Man ist hier als Forscher nicht in der Lage, das Problem ins Labor zu holen, wie es sonst in der Psychologie üblich ist um den interessierenden Faktor zu definieren, operationalisieren und seine Auswirkung unter Kontrolle der Ausschaltung von anderen Faktoren zu überprüfen.

Man kann zwar gewisse Bedingungen setzen oder ändern, z.B. den Preis alkoholischer Getränke ändern, doch derjenige, der die Möglichkeiten hat, solche Änderungen herbeizuführen, ist kaum derjenige, der die Theorie entwickelt hat. Ausserdem ist es unmöglich, auch nur einen Teil der anderen Faktoren, die sonst eine Rolle spielen können, konstant zu halten.

Eine grosse Schwierigkeit bereitet auch die Interpretation der epidemiologisch gewonnenen Korrelationen zwischen sozialen und Verhaltensmerkmalen. Es lässt sich den auf verschiedenen Ebenen gewonnenen Daten nicht ansehen, wie der theoretische Zusammenhang zwischen ihnen ist, welche Faktoren zwischen der sozial-strukturellen und der psychologischen Ebene vermitteln. So kann man zwar sagen, dass es in bestimmten Populationen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums und der Alkoholismushäufigkeit gibt, doch ist aus diesen Daten nicht ersichtlich, wie sich die

Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Subpopulation in ein bestimmtes Verhalten umsetzt. Diese Lücke versuchen die anthropologischen, soziokulturellen und sozialpsychologischen Theorien zu erfüllen, teils durch Analogiebildungen, wobei von einer Ebene ausgehend einfach eine Strukturgleichheit der anderen Ebene angenommen wird (z.B. bei dem Angstkonzept nach Horton (1943)), teils durch Füllung der Lücke mit intervenierenden Variablen (z.B. Rollenbegriff). Definitionsschwierigkeiten gibt es auch auf der anderen Seite der korrelativen Aussagen. So variieren Art und Gewichtung der Faktoren, die in das komplexe Merkmal "Schichtzugehörigkeit" eingehen in der Regel beträchtlich, was einen Vergleich der Untersuchungen und Aussagen über generelle Beziehungen ausserordentlich erschwert. Ohne dass die intervenierenden Variablen direkt erfasst werden, lässt sich in epidemiologische Daten alles mögliche hineinspekulieren. Wird dagegen eine Kovariation mit solchen intervenierenden Variablen festgestellt, ist zwar nicht das kausalanalytische Dilemma aufgehoben, die Spekulation aber eingeengt.

3.1.3. Methoden zur Abschätzung von Alkoholproblemen in Populationen

3.1.3.1. Indirekte Methoden.

Zweifellos befindet sich die Sozialepidemiologie beim Alkoholismus, Trinkverhalten und bei Alkoholproblemen in einer relativ günstigen Lage. Anders als beispielsweise bei neurotischen Symptomen liegen hier nicht nur die offiziellen Erfassungsdaten aus Kliniken und anderen Institutionen vor, sondern auch Daten über andere wichtige Parameter, so dass indirekte Abschätzungen ohne Rekurs auf die sehr aufwendigen Verfahren des direkten "Case-Finding", etwa durch Untersuchung repräsentativer Bevölkerungsstichproben, vorgenommen werden können. Man kann eine Reihe wichtiger Dinge feststellen,

etwa die Höhe des Konsums an Verbrauchs- und Verkaufsdaten, die gesundheitlichen Konsequenzen anhand von alkohol-spezifischen Erkrankungs- und Todesraten, die sozialen und ökonomischen Konsequenzen aufgrund von Ausfalldaten in der Industrie, oder das Auszählen der Unfälle unter Alkoholeinfluss, um so zu Schätzungen des Problemausmasses zu gelangen.

Die Definitionsabhängigkeit dieser Schätzungen und Erhebungen ist allerdings sehr bedeutend, obgleich sie häufig vernachlässigt wird. Da Alkoholismus kein einheitliches Syndrom ist, kann man einfach nicht erwarten, durch die Erfassung einer Variablen auf das Ausmass der anderen Variablen ohne weiteres schliessen zu können. Definiert man den Alkoholismus etwa im Sinne medizinischer Schäden, dann kann man mit Fug und Recht aus den Daten über körperliche Erkrankungen und Todesraten auf das Ausmass des Alkoholismus schliessen, allerdings eben nur soweit wie die Definition reicht. Aus diesem Grunde besitzen Methoden, die gewöhnlich zur indirekten Prävalenzabschätzung "des" Alkoholismus verwendet werden, nur einen begrenzten Generalisierungsgrad und sind nur zur Prävalenzabschätzung eines jeweiligen Problems zu verwenden.

Die generelle Schwierigkeit aller indirekten Methoden besteht darin, dass die auf den verschiedenen Wegen gewonnenen Daten kaum miteinander in Beziehung zu setzen sind und eigentlich nicht einfach korreliert werden dürfen, obwohl das häufig geschieht. Da bei solchen Methoden die Individuen, von denen sich die Daten rekrutieren, nicht mehr identifizierbar sind, ist es auch nicht möglich festzustellen, ob von den auf verschiedenen Wegen ermittelten Daten dieselben Individuen getroffen werden. Wir werden im folgenden die im Augenblick gebräuchlichsten "indirekten" oder besser problemspezifischen Methoden kurz darstellen, wobei wir uns an Popham (1970) anlehnen.

3.1.3.1.1. Die Ipsen-Moore-Alexander-Methode.

Diese Methode ist nach ihren Autoren benannt und wurde 1952 publiziert. Sie konnte sich nicht breiter durchsetzen, weil die zur Berechnung erforderlichen Daten fast nur am Untersuchungsplatz Massachusetts verfügbar sind, und weil bestimmte logische Mängel und empirische Diskrepanzen berichtet wurden. Die Autoren verwendeten Diagnosen auf Totenscheinen, die in diesem Staat bei allen gewaltsamen und plötzlichen Todesfällen von Amtsärzten ausgestellt werden müssen. Es wurde erwartet, dass die Amtsärzte objektivere Diagnosen stellen, d.h. Alkoholismus häufiger in der Diagnose miterwähnen als die durch Diskretionszwang gebundenen Hausärzte. Dies müsste dann den Effekt haben, dass der Anteil von Todesfällen mit Alkoholismus in Relation zu allen plötzlichen und gewaltsamen Todesfällen, in denen Alkoholismus keinerlei Rolle spielt, eine akkuratere Abschätzung der Prävalenz des Alkoholismus in der Allgemeinbevölkerung ermöglicht. Die Autoren korrigierten ihre Daten in bezug auf mehrere mögliche Fehlereinflüsse und kamen zu einer Rate, die eine Übereinstimmung mit Ergebnissen aufgrund der Jellinek-Methode aufzuweisen schien. Später wies Popham (1956) allerdings nach, dass die so ermittelte Rate um 74 % höher lag als nach Jellinek. Die logischen Fehler der Methode liegen nach Popham vor allem in folgenden Punkten: Amtsärzte urteilen kaum objektiver als Hausärzte, da sie zwar nicht so sehr unter dem Diskretionsdruck stehen, andererseits aber auch über bedeutend weniger Information verfügen. Es gibt praktisch keine plötzliche oder gewaltsame Todesart, die von Alkoholismus wirklich völlig unabhängig ist.

3.1.3.1.2. Die Jellinek-Methode.

Dies ist die bei weitem bekannteste und verbreitetste Methode zur Beurteilung der Alkoholismusrate. Sie geht von Todesfällen aufgrund von Leberzirrhosen aus, weil immer wieder beobachtet

wurde, dass disproportional viele Alkoholiker an dieser Erkrankung starben (Lipscomb, 1953; Schmidt und DeLint, 1963; Sundby, 1967). Auf dieser Formel basierende Schätzungen wurden bereits für folgende Länder publiziert: für jeden Staat der USA (Jellinek und Keller, 1952; Keller und Efron, 1955), für die grösseren Städte der USA (Keller und Efron, 1956), für Kanada und seine Provinzen (Popham und Schmidt, 1958), Australien, Chile, England und eine Reihe europäischer Staaten (WHO-Report, 1951; Popham und Schmidt, 1958). Die Formel selbst wurde zuerst 1951 beschrieben (WHO-Report), ein umfassender Bericht über die Methode und ihre empirische Evidenz erschien erstmals 1956 (Popham, 1956).

Mit der Jellinekschen Formel wird anhand der offiziell statistisch erfassten Todesfälle aufgrund von Leberzirrhose die Anzahl der Alkoholiker mit Komplikationen geschätzt, d.h. die Anzahl derjenigen, die aufgrund eines prolongierten, exzessiven Trinkens diagnostizierbare physische oder psychische Veränderungen aufweisen. Die ursprüngliche Formel lautet:

$$A = R \left(\frac{PD}{K} \right)$$

wobei:

R = das Verhältnis aller Alkoholiker zu den Alkoholikern mit Komplikationen

D = die Anzahl der in einem bestimmten Jahr berichteten Todesfälle aufgrund von Leberzirrhose

K = der Prozentsatz aller Alkoholiker mit Komplikationen, die an Leberzirrhose sterben

A = die Gesamtzahl von Alkoholikern, die in einem bestimmten Jahr am Leben sind.

3.1.3.1.3. Kritik und Änderungsvorschläge zur Methode von Jellinek.

Die Methode wurde von vielen mit Skepsis aufgenommen. Die folgenden Einwände sind am häufigsten gemacht worden. Die offiziellen Sterblichkeitsstatistiken geben gewöhnlich eine

unzuverlässige Schätzung der wahren Inzidenz der Todesfälle aufgrund von Leberzirrhosen ab, indem sie sie unterschätzen. Die Häufigkeit von Leberzirrhose wird durch viele andere Faktoren beeinflusst als durch Alkoholismus, insbesondere wird die Trendbewertung durch vorübergehende Ereignisse wie epidemische Hepatitis verdunkelt (Ipsen, Moore und Alexander, 1952). Mariátegui (1967) wies darauf hin, dass die Methode in den lateinamerikanischen Ländern nicht angewandt werden kann, da dort der Leberzirrhose hauptsächlich Unterernährung und nicht, oder nicht so sehr, Alkoholismus zugrunde liegt. In einer direkten Untersuchung der Sterblichkeitsdaten in Finnland (Bruun, Koura, Popham und Seeley, 1960) zeigte sich, dass die Auszählungen aufgrund von Autopsiebefunden mehr Leberzirrhosefälle ergaben als die aufgrund klinischer Diagnosen. Weil in den meisten Jurisdiktionen gewöhnlich nur ein sehr geringer Teil der Verstorbenen einer Autopsie unterzogen wird, wird diese Todesursache wahrscheinlich im allgemeinen als zu gering veranschlagt. Wie aus der finnischen Untersuchung hervorgeht, kann der Unterschied tatsächlich bis zu 50 % betragen. Andererseits vermag die spezielle Selektion für die Autopsie (z.B. Polizeifälle, Obdachlose) die Fallanzahl der Leberzirrhose erhöhen, so dass die tatsächliche Differenz vielleicht doch nicht so gross ist. In Ländern oder Zeitabschnitten mit einem grossen Vorkommen von infektiöser Hepatitis ist die Formel eigentlich nicht anwendbar (Sjövall, 1952). Es wurde weiterhin eingewendet, dass die Leberzirrhosesterblichkeit nicht nur von den soeben beschriebenen Faktoren beeinflusst wird, sondern offensichtlich auch den von Jahr zu Jahr feststellbaren zufälligen Schwankungen unterliegt. Dieser Tatbestand scheint besonders bei kleineren Populationen eine Rolle zu spielen (unter einer Million), ist jedoch nach Popham korrigierbar.

Die stärkste Kritik zogen die Jellinèkschen Methoden zur Ermittlung der Werte für die Faktoren P, K und R auf sich. Seeley (1959) wies nach, dass die Rechenprozedur zur

Ermittlung der P-Werte aus Trenddaten streng genommen nicht anwendbar ist. Der P-Wert variiert nicht nur von einem Land zum andern, sondern weist auch regionale Unterschiede und zeitliche Veränderungen in der Alkoholismusprävalenz innerhalb eines Landes auf. Den K-Wert betrachtete Jellinek als Konstante für alle Länder. Er ermittelte diesen Wert durch eine Mittelwertanalyse von Frequenzdaten, die auf Autopsiestichproben von "Alkoholikern mit Komplikationen" beruhten und von Autoren der verschiedensten Länder berichtet wurden (WHO-Report, 1951). Popham (1956) wandte dagegen ein, dass, selbst wenn die Sterblichkeitshäufigkeit an Leberzirrhose unter Alkoholikern konstant für alle Länder wäre, die Häufigkeit anderer organischer Komplikationen wahrscheinlich unterschiedlich sei. Daher würde das Vorkommen von Leberzirrhose unter Alkoholikern "mit Komplikationen", und damit auch die Todesrate, durch diese Krankheit in dieser Gruppe (also K) auch einer internationalen Variation unterliegen. Aus demselben Grunde könne keine Konstanz von K über die Zeit angenommen werden.

Sjövall (1952) stellte die Methode der Mittelwertanalyse aus einer Vielfalt von Befunden infrage, weil die Unterschiede hinsichtlich des Gebrauchs diagnostischer Kriterien bei verschiedenen Pathologen und der Einfluss solcher Bedingungen wie infektiöse Hepatitis das Vorkommen in den verschiedenen Regionen sehr beeinflussen könne. Seeley (1959) argumentierte, dass der auf Autopsiedaten beruhende Wert K logischerweise nicht die Todesrate an Leberzirrhose bei lebenden Alkoholikern mit Komplikationen gleichgesetzt werden könne. Dies müsste grobe Unterschätzungen ergeben, wenn nicht ein anderer kompensierender Fehler mit eingehe. Gegen den R-Faktor, dessen Wert auf Daten von klinischen Stichproben beruht, wandte Seeley (1959) ein, dass er wahrscheinlich unterschätzt werde, weil das Auftreten organischer Erkrankungen aufgrund des Alkoholismus ein Grund sei, der den Alkoholiker zum Aufsuchen

einer Klinik veranlasse. Es wird deshalb vermutet, dass der Anteil von "Alkoholikern mit Komplikationen" an der Gesamtzahl aller Alkoholiker grösser ist in der Klinik als in der Gesamtbevölkerung.

Vor allem auf Seeleys (1959) Kritik hin wurden eine Reihe von Änderungsvorschlägen vorgebracht. Jellinek (1959) selbst offerierte neue Werte für K und R und schlug eine alternative Methode vor. Um die genaue Abfassung der Formel von Jellinek hat es dann noch eine umfangreiche Diskussion gegeben (Brenner, 1959, 1960; Keller, 1962; Popham, 1970; Seeley, 1960). Schliesslich führten Popham und Schmidt (1962) eine Reihe von Minimalerfordernissen auf, um die Jellineksche Methode überhaupt in einem Land zu einem Zeitpunkt durchzuführen. Dies wird dann allerdings schon so komplex, dass man die Frage stellen muss, ob sich ein solcher Aufwand überhaupt noch lohnt, oder ob dann nicht das Verfahren des direkten Case-Finding billiger und weniger aufwendig sei.

Trotz der eben beschriebenen logischen Mängel wurde eine Validierung der Jellinekschen Methode versucht, indem die entsprechenden Werte und Rangreihen mit anderen Indizes in Beziehung gesetzt wurden. Es wurden Korrelationen festgestellt zwischen der Leberzirrhosesterblichkeitsrate und Hospitalisierung wegen Alkoholismus (Popham, 1956; Schmidt und Smart, 1959) - wobei diese beiden Variablen sicher nicht unabhängig voneinander sind, Verurteilungen wegen Trunkenheit (Bruun, Koura, Popham und Seeley, 1960), Prokopfverbrauchsdaten in verschiedenen Ländern (Bresard, 1959; Schmidt und Bronetto, 1962; deLint und Schmidt, 1971) und gewisse Feldstudien (Edwards et al, 1968; Lipscomb, 1966; Schmidt, 1968). Die Höhe der Korrelation war in der Regel relativ eng, aber es handelt sich hier um Beziehungen zwischen Ereignissen (z.B. Leberzirrhose und Arrest wegen Trunkenheit) und nicht zwischen Personen ("Wie häufig kommen Leberzirrhose und

Arrest wegen Trunkenheit bei denselben Personen vor?"). So kann man auch keine Aussagen über Gruppen von Personen machen. Verschiedene Daten oder Häufigkeiten können gleich sein ohne in der einzelnen Person korrelieren zu müssen. Dies zeigt etwa die Untersuchung von Bjurulf et al. (1971). Diese Autoren untersuchten bei 1091 autopsierten Todesfällen (70 % aller Tode innerhalb von 15 Monaten in einer Stadt), wer von den Betroffenen eine Registrierung wegen Trunkenheitsdelikten oder Behandlungen aufzuweisen hatte, und wer eine Lebererhärtung hatte. Es ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen den beiden Massen, dagegen gab es signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Massen und verschiedenen sozialen Variablen. So waren 44 % von denen, die bei Unfällen ums Leben gekommen waren, und 33 % derer, die Suizid begangen hatten, öffentlich wegen Trinkproblemen registriert, keiner von all diesen aber hatte eine Leberzirrhose.

Betrachtet man den Alkoholismus als ein Bündel von Problemen, so bleibt die Methode von Jellinek als eine, mit der sich ein spezifisches Problem, nämlich das Ausmass der alkoholbedingten Leberschäden abschätzen lässt. Nur eignet sich diese Methode nur in einer sehr beschränkten Weise zur Untersuchung des Alkoholismus im allgemeinen Sinne. Für die zahlreichen anderen Aspekte des Alkoholismus müssen andere Messmethoden entwickelt werden, z.B. psychologische (Trinkverhalten) oder sozialpsychologische (Gruppeneinfluss zum Trinken).

3.1.3.1.3. Die Methode von Ledermann (Alkoholverbrauch)

Die Methode, sich an Prokopfverbrauchsdaten zu orientieren, wie sie von offiziellen Wirtschaftsstatistiken geliefert werden, geht auf Ledermann (1956) zurück. Auch sie war ursprünglich für die Abschätzung der Alkoholismusprobleme

in Populationen vorgesehen worden. Aufgrund einer Analyse einer Vielzahl von Alkoholstatistiken und der Ergebnisse einer Reihe von direkten Untersuchungen von Trinksitten schloss Ledermann, dass die Verteilung des Alkoholverbrauchs in jeder Population theoretisch als logarithmische Normalverteilung beschrieben werden kann. Die Darstellung einer solchen Kurve ist in Abbildung 3.1. gegeben.

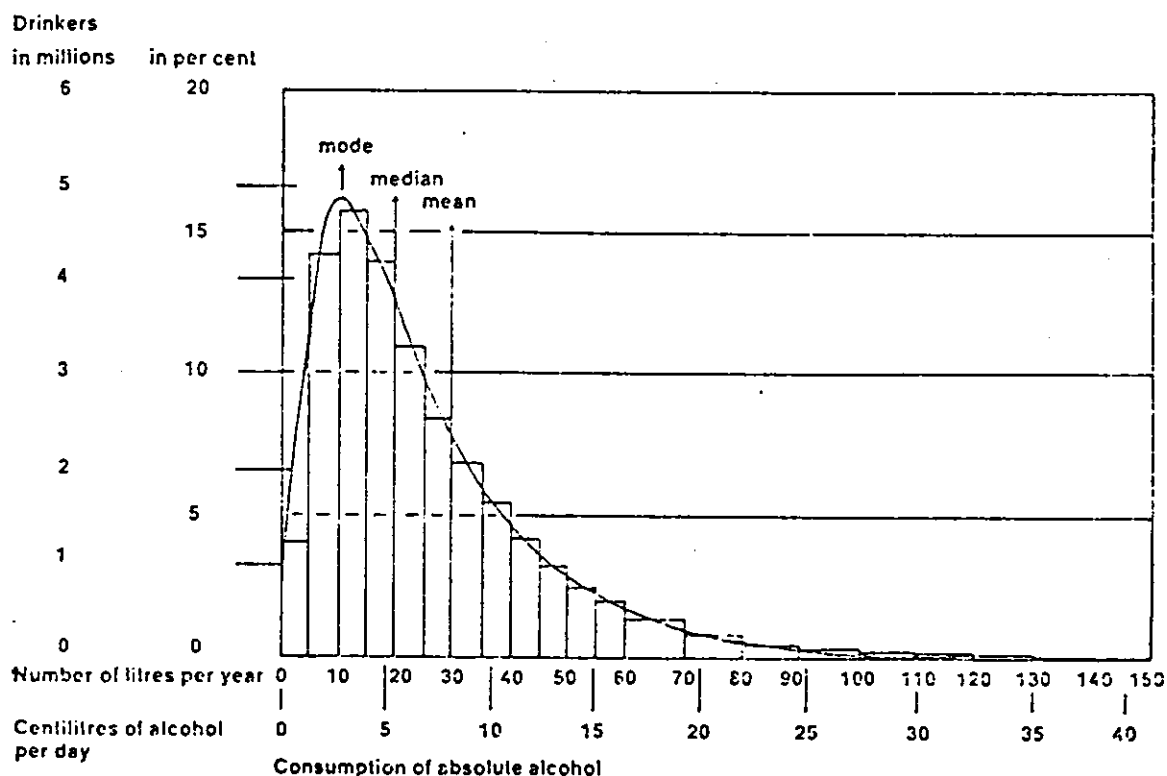


Abbildung 3.1. Theoretische Verteilung des Alkoholverbrauchs in Frankreich. (Aus Popham, 1970.)

Sollte es sich daher empirisch verifizieren lassen, dass der Alkoholverbrauch innerhalb von grossen Populationen prinzipiell dieselbe Form des Verlaufs zeigt - auch dann, wenn die Menge des Verbrauchs unterschiedlich ist - so genügt es, den Gesamtverbrauch an Alkohol eines Landes pro Jahr und die Anzahl seiner Einwohner zu wissen um festzustellen, wieviele Personen ein gesundheitsgefährdendes Quantum trinken.

Diese indirekte Methode ist also auf einen direkten Nachweis von Gesetzmässigkeiten angewiesen, was zum Teil allerdings schon gelungen ist. Seeley (1960), und konsistenter noch de Lint und Schmidt (1971) haben auf diesen Kurvenverlauf eine Theorie aufgebaut, die uns später noch beschäftigen soll. Physiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass der cutting-point etwa bei 15 bis 20 Zentiliter absoluten Alkohols pro Tag liegen muss. Dieses Quantum scheint mit Sicherheit gesundheitsgefährdend zu sein. Es scheint nach Untersuchungen von de Lint und Bronetto (1964, zitiert nach Popham, 1970) auch die Menge zu sein, die klinisch eingewiesene amerikanische Alkoholiker im Durchschnitt trinken.

Diese Methode stösst auf Schwierigkeit bei Ländern mit einem hohen Anteil von Abstinenten, wie USA und Kanada. Prokopfverbrauchsdaten unterschätzen hier den Verbrauch derer, die trinken und daher auch den Anteil derer, die sehr viel trinken. Änderungen im Prokopfverbrauch können Änderungen der Anzahl der Trinkenden versus Abstinenten darstellen anstelle Änderungen des durchschnittlichen individuellen Alkoholverbrauchers. Daher nehmen de Lint und Schmidt (1971) neuerdings korrigierte Werte für die einzelnen Länder und sprechen nicht mehr von Prokopfverbrauch sondern von Protrinkerverbrauch. Ausserdem stösst die Methode in den Ländern auf Schwierigkeiten, die eine hohe illegale Alkoholproduktion und illegale Einfuhren haben, wie es zum Beispiel in den skandinavischen Ländern der Fall ist.

3.1.3.1.4. Andere indirekte Methoden.

Um zu Abschätzungen aller irgendwo schon registrierten Fälle zu gelangen, werden zuweilen sogenannte "Community Reports" oder Feldstudien durchgeführt. Dieses Verfahren

eignet sich aber kaum für grössere Populationen wie ganze Länder. Es besteht darin, dass man möglichst viele und unterschiedliche Personen und Institutionen befragt, die auf irgendeine Art beruflich mit dem betreffenden Problem in Berührung kommen. Dies sind natürlich keine "wahren" Prävalenzdaten, geben aber gewöhnlich ein exakteres Bild als die Beschränkung auf Klinik- oder Institutionsdaten.

Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Zax et al. (1967) über ein Projekt in Monroe County, der eine Vielzahl von Quellen verwendete: Ärzte, Pfarrer, Kliniken und Gefängnisse. Ebenso zählen hierzu die Untersuchungen in Ontario von Gibbins (1954) und Newmann (1966).

In England verschickte Parr (1957) Fragebögen per Post an die Mitglieder des "College of General Practitioners". Ebenso sammelten Watts et al. (1964) Daten über die geistig/psychische Beeinträchtigung durch Alkohol bei Patienten in Praxen in England, Wales und Schottland. Hensman, Chandler et al. (1968) berichten über eine Untersuchung in England in einem Londoner Vorort: Befragung von Ärzten und Seelsorgern mittels Fragebogen per Post über die Anzahl von Alkoholikern und Problemtrinkern in den betreffenden Gemeinden. Bei den Einzelpraxen gab es eine negative Beziehung zwischen der Grösse der Praxis und den berichteten Prävalenzdaten. Die Seelsorger berichteten je nach Kirchenzugehörigkeit unterschiedliche Raten und identifizierten insgesamt nur 3.9 Alkoholiker auf je 10 von den praktischen Ärzten identifizierten.

3.1.3.2. Direkte Methoden

Direkte Methoden wollen wir solche nennen, bei denen eine Identifikation der einzelnen Personen noch möglich ist und bei denen nicht Daten verwendet wurden, die aus Statistiken, die zu anderen Zwecken erstellt wurden, stammen. Anders als bei den indirekten Methoden können hier die theoretisch interessanten Variablen, die die Verbindung zwischen epidemiologischen Daten und sozialen Strukturen bilden sollen, mit erfasst werden. Direkte Methoden eignen sich daher eher zur Überprüfung von Theorien.

3.1.3.2.1. Direkte Beobachtungen

3.1.3.2.1.1. Unstandardisierte Beobachtungen

Diese Methode ist vor allem bei den anthropologischen Feldstudien kleiner Stämme zu finden und bietet dann meist qualitative, nicht quantifizierte, nicht auf standardisiertem Wege gewonnene Einzelstücke. Wir unterscheiden hier mit Lemert (1969) (a) Einzelfallstudien und (b) vergleichende Analysen.

3.1.3.2.1.1.1. Einzelfallstudien

Solche Untersuchungen in verschiedenen kulturellen Einbettungen sind gewöhnlich primär deskriptiv, wobei auf theoretische Belange nur sekundär oder ganz am Rande eingegangen wird. Typischerweise werden in solchen Untersuchungen Trinkmuster beschrieben, entweder rein verbal oder mit Erhebungsdaten. Es werden interne Differenzen festgehalten und bestätigende Aussagen getroffen über die Beziehungen zwischen den Trinkmustern und ausgewählten soziokulturellen Faktoren. Dies ist also eine Methode der Bestätigung, die durch Illustrationen unterstützt wird. Einige der mehr

formalisierten Fallstudien versuchen Hypothesen zu testen, während andere pointierte Widerlegungen oder Ausnahmen von verbreiteten Meinungen über das Trinken von Alkohol herauszustellen versuchen. Das vorherrschende Bedürfnis, Behauptungen zu unterstützen oder Hypothesen in Frage zu stellen beeinflusst selektiv die Art der deskriptiven Fakten, die präsentiert werden. Es müssen aber auch einige der besser qualifizierten Untersuchungen über Trinkgewohnheiten unter diese Fallstudienklasse gerechnet werden, so die Arbeit von Snyder (1958) über Alkohol und die Juden, Barnett's (1955) Forschung über den Alkoholismus bei New York Cantones, Simmons' (1959, 1960) Untersuchungen über das Trinken bei den Peruanern, die Arbeit von Heath (1958) über Trinksitten bei den Bolivianischen Camba, die Darstellungen von Lolli und seinen Mitarbeitern (1958), Sadoun, Lolli und Silverman (1965) über das italienische und französische Trinkverhalten und eine Untersuchung von Haner (1969) über Trinken und Persönlichkeit bei den Potawatomi in Michigan.

Fallstudien über das Trinken in einzelnen Kulturen sind in ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft begrenzt, da sie über keine Kontrolldaten verfügen um ihre Hypothesen zu testen oder zu validieren. Sie können aber Behauptungen in Frage stellen oder ihre Grenzen aufzeigen. Ihr Hauptwert liegt in der Formulierung neuer Hypothesen und in der Erweiterung des Datenumfangs für vergleichende oder statistische Untersuchungen.

3.1.3.2.1.1.2. Vergleichende Analysen

Echte vergleichende Untersuchungen des Trinkverhaltens sind selten. Ein älterer Klassiker in dieser Kategorie ist Ruth Bunzel's (1940) Behandlung der Rolle des Alkoholismus in zwei zentralamerikanischen Kulturen. Glad's (1947) Vergleich der Trinksitten bei jüdischen und irischen

Jugendlichen und Erwachsenen zählt hierher, ebenso wie die Untersuchung über Alkoholismus, Zauberei und Mord in zwei mexikanischen Gemeinden von Viquiera und Palerm (1954). Vergleichende Analyse, die versucht, Unterschiede im Trinkverhalten mit Faktoren in Beziehung zu setzen, die in verschiedenen oder einer Reihe von Fällen vorhanden oder nicht vorhanden sind, wird in ihrer anspruchsvollsten Form typologische Analyse. Als Pionier in dieser Richtung kann Bales (1946) gelten mit seiner Unterscheidung zwischen dem rituell-geheiligten Trinken der Juden und dem gesellig-affektiven Trinken der Iren mit dem Untertyp des letzteren, den er utilitaristisches Trinken nennt. Lemert selbst (1964) hat eine dreifache Typologie vorgeschlagen, die sich in festliches Trinken, rituell diszipliniertes und säkulares Trinken gliedert, und sich auf Unterschiede bei den Trinkpraktiken bei verschiedenen Südseevölkern bezieht.

Jellinek's (1960) Klassifikation in alpha, beta, gamma, delta und epsilon Alkoholismus entwickelte sich aus der Beobachtung kultureller Unterschiede in den Manifestationen pathologischen Trinkens in Frankreich und in den USA.

Auch Fallding's (1964) Trinktypologie wäre hier noch zu erwähnen, die er mit dem, was er die "Last der Zivilisation" nennt, in Beziehung setzt. Sie beruht allerdings praktisch ausschliesslich auf Überlegungen statt auf empirischer Forschung.

Vergleichende Analysen stellen einen grossen Schritt von Einzelfallstudien in Richtung wissenschaftlicher Validierung dar. Sie stehen zwischen dem heuristischen Wert bestätigender Illustrationen und der objektiven Analyse, die durch geplante Testverfahren der Statistik möglich wird. Allerdings fehlen auch der vergleichenden Analyse Kontrolldaten. Sie ist auch unpräzise und nicht objektiv, wenn die Trinkdaten in bestimmte Typen passen sollen. Sie zwingt jedoch den Forscher,

Variablen, mit denen er arbeitet, zu isolieren, präzisiert die Beschreibung und kann für beschränkte Zwecke nützliche Erklärungen bieten.

3.1.3.2.1.2. Standardisierte Beobachtungen

Solche Untersuchungen über Trinkverhalten bei verschiedenen Völkern oder gesellschaftlichen Untergruppen existieren praktisch nicht. Eine der wenigen Ausnahmen bildet Ossenberg (1969), der Sozialverhalten, Geräuschpegel usw. in Lokalen verschiedener Schichten in Kanada registrierte.

De Lint und Schmidt (1968) führten in Ontario eine Analyse des Kaufs von alkoholischen Getränken durch. Dies ist allerdings eine Methode, die in den wenigsten Staaten durchführbar erscheint. In Ontario bestand nämlich die Vorschrift, bei jedem Kauf von Alkohol ein spezielles Formular mit Namen und Anschrift auszufüllen, so dass man durch Sichtung solcher Formulare feststellen konnte, wer wieviel Alkohol in welcher Zeit gekauft hat. Bei direkten Beobachtungen in den Verkaufsstellen liessen sich ausserdem pathologische Trinker aufgrund bestimmter Verhaltensweisen identifizieren, z.B. Kaufen kurz nach Öffnen der Verkaufsstelle, Bevorzugung der billigsten Getränke.

Von solchen wenigen Ausnahmen abgesehen existieren an direkten, standardisierten und quantifizierbaren Untersuchungen von Trinkverhalten und Trinkproblemen bis jetzt nur mehr oder weniger repräsentative Befragungen in einzelnen Ländern oder Städten.

3.1.3.2.2. Systematische Befragungen

Die systematische Befragung ist zur Zeit sicher die Methode, die am objektivsten Auskunft gibt über Trinkverhalten und Trinkprobleme in verschiedenen Gesellschaften und Gesell-

schaftsgruppen, weil die benutzten Populationen am wenigsten vorselegiert sind und quantitative Aussagen geliefert werden, die prinzipiell besser vergleichbar sind als die qualitativen. Sie weisen allerdings von Erhebungen zu anderen Themen wohlbekannte Mängel auf, z.B. die Schwierigkeit festzustellen, welche Bedeutung die Befragten den Fragen geben, und welchen Effekt die Interview-Interaktion auf die Antworten hat. So fanden Mulford und Miller (1963) und Cosper (1969) signifikante Unterschiede bei der Beantwortung eines Trinkfragebogens je nach der Einstellung des Interviewers gegenüber dem Trinken.

3.1.3.2.2.1. Parameter des Trinkverhaltens

Es wurden gewöhnlich ad hoc gebildete Fragebögen verwendet, über deren Reliabilität und Validität nichts bekannt ist. Bis jetzt kann man kaum sagen, dass diese Fragebögen das "Trinkverhalten" erfassen. Sie erfragen gewöhnlich nur das Trinkvorkommen, also Quantität und/oder Frequenz, z.T. zeitliche oder örtliche Variationen, Teile der sozialen und/oder situativen Einbettung und die Art der Getränke. Wir wissen bis jetzt nicht, ob das für die Entstehung von Trinkproblemen relevante Verhaltensparameter sind. Valide Aussagen zu erhalten scheint bei Fragen zum Trinkverhalten auf besondere Schwierigkeiten zu stossen. Das Trinken von Alkohol in verschiedenen Populationen ist einmal so stark mit emotionellen Einstellungen belastet, dass die Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit verzerrt sind (Haberman, 1963, 1970; Lennon, 1970).

Viele eventuell wichtige Verhaltensparameter entziehen sich der ungewichteten Selbstbeobachtung (z.B. die Schluckgrösse, Verlaufskurve des Blutalkoholgehalts). Dies sind Faktoren, die nach einigen neueren Untersuchungen zwischen Alkoholikern

und Normaltrinkern zu diskriminieren scheinen (Schaefer et al., 1971; Nathan und O'Brien, 1971; Sobell et al., 1972). Nach neueren experimentellen Untersuchungen scheint eine spezifische akute Alkoholwirkung in der Beeinflussung des Kurzzeitgedächtnisses zu liegen (Carpenter, 1965; Dornic et al., 1971; Goodwin, 1969; Ryback et al., 1971). Es ist deshalb sehr schwierig, das eigene Trinkverhalten im Nachhinein einigermaßen objektiv zu bewerten. Systematische Beobachtungen von Alkoholikern weisen jedenfalls darauf hin, dass bei ihnen grosse Diskrepanzen zwischen den nachträglichen Selbstbeschreibungen ihres Verhaltens und Fremdbeobachtungen bestehen (Tamerin et al., 1970; McNamee et al., 1968). Wir wissen bis jetzt nicht, in welchem Umfang das auch für Normaltrinker zutrifft. Eine Untersuchung zur Validität einer Befragung in Finnland (Makälä, 1971) erbrachte eine Abhängigkeit der Vergessenshäufigkeit von Trinkgelegenheiten und von der Trinkhäufigkeit. Ausser bei solchen, die nur einige Male im Monat tranken, nahm die Vergessenshäufigkeit mit abnehmender Trinkhäufigkeit zu. Insgesamt stimmten die Befragungsdaten schlecht mit den Verlaufsdaten überein.

Ebenso fraglich ist die Reliabilität solcher Befragungsergebnisse. Bei Überprüfung ergab sich häufig eine geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbefragungen (Young, 1966; Goldstein, 1966) und ebenfalls geringe Übereinstimmungen bei Befragungswiederholungen (Alexander und Bright, 1965; Bailey et al., 1966).

Das einfachste Kriterium zur Erfassung des Trinkverhaltens und des Alkoholismus scheint die Feststellung des Ausmasses des Alkoholkonsums zu sein. Exzessives Trinken ist eine sine qua non des Alkoholismus. In praktisch allen Erhebungen wurden Angaben über das Trinkvorkommen gesammelt. Es scheint sehr einfach, auf dieser Grundlage Vergleiche zwischen verschiedenen Gesellschaften und gesellschaftlichen Untergruppen anzustellen. Wir geben im folgenden jedoch einen kurzen

Überblick über einige neuere Bevölkerungsbefragungen, an dem die Schwierigkeit der Vergleichbarkeit der so gewonnenen Daten, selbst bei solch einfachen Parametern, deutlich werden soll.

Cahalan et al. (1969) unternahmen in den USA die Befragung einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 2746 Personen des ganzen Landes mittels eines standardisierten Fragebogens. Bemerkenswert ist dabei, dass die Ausfallrate lediglich 10 % betrug. Sie verwendeten einen kombinierten Quantitäts-Frequenz-Index, eine Weiterentwicklung der Indizes von Straus und Bacon (1953), Mulford und Miller (1960), Maxwell (1952) und Knupfer (1966) zur Klassifizierung der Befragten. Dieser Index bestand aus einer Kombination der folgenden Parameter: Quantität des bei einer Gelegenheit konsumierten Getränks, was getrennt für Wein, Bier und Spirituosen gemessen wurde, wie oft er von dem jeweiligen Getränk 5 oder 6, 3 oder 4, 1 oder 2 Gläser getrunken hatte. Frequenz, mit der jede dieser drei Getränkearten gewöhnlich getrunken wurde. Variabilität des Trinkens, wobei die gewöhnlich getrunkene Menge mit der höchsten, wenigstens gelegentlich getrunkenen Menge kombiniert wurde.

Es wurden zunächst 11 Klassen gebildet und zwar durch eine Kombination der Quantitäts- und Variabilitätsmasse (also der mittleren und der maximalen Quantität). Durch Kombination mit den Frequenzmassen wurde dann eine fünfstufige Unterteilung vom starken Trinker bis zum Abstinenzler vorgenommen. Das Endresultat der etwas komplizierten Ableitung ist in Abbildung 3.2. enthalten.

QUANTITY - VARIABILITY CLASS FOR BEVERAGE DRUNK MOST OFTEN

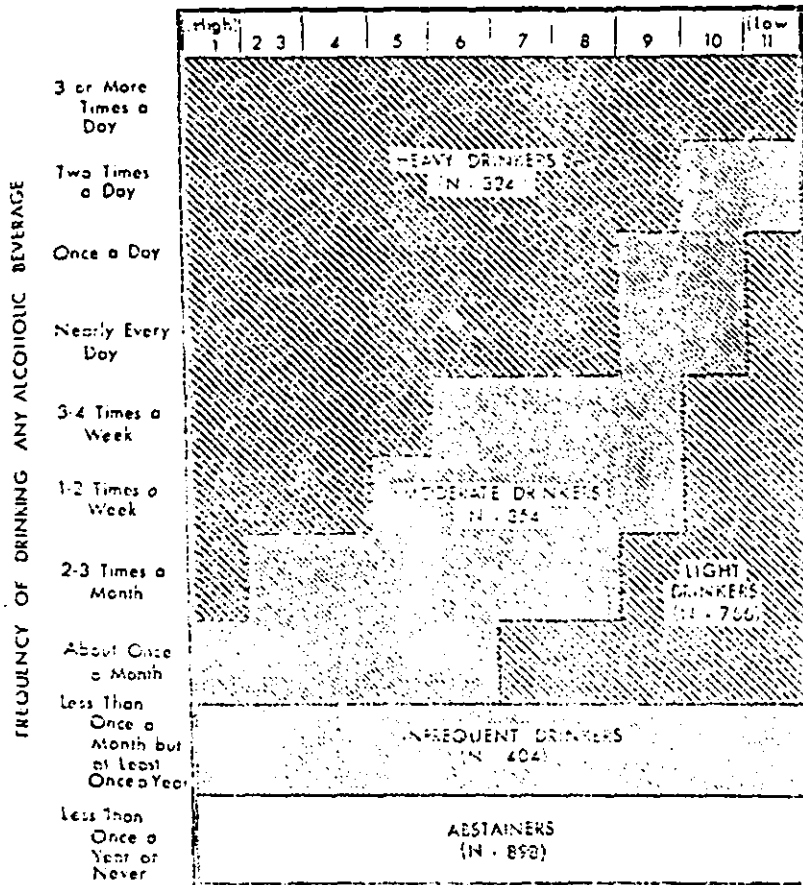


FIGURE 1.—Quantity-Frequency-Variability Classifications

Abbildung 3.2. Klassifikation des Trinkens nach kombinierter Berücksichtigung von Quantität, Häufigkeit und Variabilität des Trinkens (Cahalan et al., 1969).

Wie man sieht, umfassen dabei die ersten drei Klassen jeweils Leute mit sehr unterschiedlichen Trinkgewohnheiten. So umfasst die Klasse der "starken Trinker" sowohl Personen, die angaben, zwei- oder dreimal am Tag ein bis sechs Gläser zu trinken, als solche, die angaben, zwei- oder dreimal im Monat fünf oder sechs Gläser zu trinken. Massiertes starkes und ständiges leichtes Trinken geraten in eine Rubrik.

Es ist dadurch zwar möglich, sehr viele Informationen in sehr wenigen Klassifikationen unterzubringen und handhabbar zu machen, andererseits haben die so gebildeten Klassifizierungen sehr uneinheitliche Inhalte, und es kommt zu einem Informationsverlust. Cahalan und Cisin (1968) haben in einer anderen Arbeit einen neuen Index entwickelt, der diese Mängel reduziert und in die Gruppe der starken Trinker zum Beispiel nur noch Personen mit hohem Trinkvolumen und gleichzeitig hoher Maximal-Quantität gelangen.

Encel et al. (1972) unternahmen in Australien eine standardisierte Befragung einer stratifizierten Zufallsstichprobe in Sidney. Es wurden insgesamt Personen aus 1000 Haushalten befragt, wobei je fünf Haushalte zu einer Unterstichprobe zusammengeschlossen wurden. Die ganze Region wurde in 20 Zonen unterteilt, jede Zone umfasste 11 Unterstichproben. Die Ausfallsrate betrug 18,7 %; es nahmen also 820 Personen an der Befragung teil. Auch hier wurde ein kombiniertes Quantitäts-Frequenz-Mass gebildet. Dabei bleibt aber in den Kategorien mit mittlerer und geringer Quantität eine Unterteilung in verschiedene Frequenzklassen bestehen. Die Autoren kommen auf diese Weise zu einer Unterteilung in sechs Klassen des Ausmasses des Alkoholkonsums, wie folgt.

1. Heavy drinkers: (a) Those who drink at least two or three times a month with modal quantity of five or more drinks on an occasion; (b) those who drink at least three or four times a week, with any modal quantity and a range of five or more drinks; (c) those who drink nearly every day or more often, with any modal quantity and a range of three or more drinks.

2. Moderate-frequent drinkers: Those who drink one to four times a week, with a modal quantity of three to four drinks or less, and a range of three to four or more.

3. Moderate-infrequent drinkers: (a) Those who drink two or three times a month, with a modal quantity of three to four drinks or less, and a range of three to four or more; and, (b) those who drink about once a month, or less than once a month but at least once a year, with any modal quantity and a range of three to four or more.

4. Light-frequent drinkers: Those who drink nearly every day or more often, with a modal quantity of one to two drinks and no range.

5. Light-infrequent drinkers: Those who drink at least once a year but less often than once a week and never drink more than one or two drinks on an occasion, with a modal quantity of one to two and no range.

6. Abstainers: Those who drink none of the alcoholic beverages as often as once a year.⁶

⁶The term "abstainer" as used here denotes "nondrinkers," and the question of abstinent attitudes to alcohol will be discussed in more detail in a further paper. The use of a different question yields a different answer, as shown in the results obtained by Nelker. Using a probability sample, Nelker reported that 16% of Aus-

Wie man sieht, ist die Uneinheitlichkeit des Erfassten nur noch in der ersten Kategorie, der "starken" Trinker, gegeben, während sie in den anderen Kategorien weitgehend aufgelöst ist.

Edwards et al. (1972) aus England berichteten über eine standardisierte Befragung von 928 Personen über 18 Jahren in 555 Haushalten, die mit einer Ausfallrate von 11 % in einem Londoner Stadtteil durchgeführt wurde. Es wurden sechs grosse bebaute Grundstücke ausgewählt, deren Bewohner nach lokaler Information und nach den Vermögenssteuerangaben sozioökonomisch breit streuten. Die Auswahl der Probanden richtete sich nach der Repräsentation unterschiedlicher Vermögenssteuergruppen. Zur Quantifizierung und Kategorisierung des Trinkverhaltens wurde ein einfacher Quantitätsfrequenzindex verwendet. Die Frequenz erstreckte sich auf acht Kategorien, angefangen vom täglichen Trinken bis zur Abstinenz für das letzte Jahr. Die Quantität wurde hier als die Menge definiert, die gewöhnlich maximal bei einer Gelegenheit getrunken wird. Es wurde eine

grobe Umrechnung der einzelnen Getränke je nach Alkoholgehalt in "Biereinheiten" vorgenommen. Dabei wurden die folgenden sechs Frequenzquantitätskategorien gebildet:

1. *Abstainer*. Reported no alcohol at all consumed during the previous 12 months.
2. *Occasional*. Frequency was not more than once or twice in 6 months. Quantity might be any amount, but inspection of the data showed in fact that subjects reporting low frequency almost without exception also reported low quantity.
3. *Infrequent light*. Frequency was once or twice a month and quantity was taken as up to 3 pints of beer (or the equivalent of 6 drinks) on a usual occasion.
4. *Frequent light*. Once or twice a week or more frequently, with up to 2 pints of beer on a usual occasion.
5. *Moderate*. This category embraced those who drank moderately and frequently, and those who drank heavily but only moderately often; as Figure 1 indicates the range of drinking behavior included in this category was rather wide.
6. *Heavy*. More than 3 pints of beer on a usual occasion, and at least once or twice a week.

The words chosen to label these categories have the advantage of being simply indicative of the mean point in each category, but the

*The imperial pint = 20 oz (imperial) = 0.57 liter. All measures herein are British imperial.

Wallace (1972) führte in Norwegen eine standardisierte Befragung von 3964 Personen durch, die eine nach sozioökonomischen Faktoren repräsentative Stichprobe der norwegischen Bevölkerung darstellten. Hierbei wurde die folgende einfache Quantitätsunterteilung vorgenommen: Abstinenz (überhaupt kein Trinken im vergangenen Jahr) und Trinken irgendeiner Quantität innerhalb eines Jahres. Die Frequenz wurde dann wie folgt unterteilt: Neun Klassen von "einmal im Jahr" bis "mindestens dreimal die Woche" (Genaueres nicht angegeben). Teilweise wurde auch eine Unterteilung in "regelmässige" (mindestens einmal die Woche) und "weniger regelmässige" Trinker und Abstinenzler vorgenommen.

In der BRD befragte Wieser (1968) in standisierter Form eine Stichprobe von 408 Personen, die über 14 Jahre alt und repräsentativ für die Bremer Bevölkerung war. Die Trinkfrequenz

wurde in einer vierstufigen Skala erfasst: (1) Fast täglich, (2) ein- bis zweimal in der Woche, (3) ein- bis zweimal im Monat, (4) ein- bis zweimal im Vierteljahr oder noch seltener. Es wurde keine Befragung zur Quantität vorgenommen, bis auf die Frage, ob man es gern zu einem kleinen Schwips oder zu einem Rausch kommen lasse.

Die referierten Arbeiten, die sich fortsetzen liessen, sind durchaus typisch für ihre Anlage.

Relativ leicht lassen sich die verschiedenen Untersuchungen hinsichtlich der Proportionen Trinker-Nichttrinker vergleichen, obgleich auch hier schon die Grenze unterschiedlich angesetzt wird, so dass bei manchen Untersuchungen die gleichen Personen noch in die unterste Kategorie fielen, die bei anderen schon in die zweitunterste fallen. Dieses einfachste Kriterium (ob überhaupt Alkohol getrunken wird) wird also innerhalb von Gesellschaften, wo es praktisch keine Nichttrinker gibt, schon sinnlos. Immerhin lässt sich feststellen, dass z.B. in den Vereinigten Staaten ein weitaus höherer Bevölkerungsanteil alkoholabstinent lebt als beispielsweise in Deutschland. Je weiter man in diesen Kategorien des Trinkvorkommens hinaufgeht, desto schwieriger wird ein Vergleich zwischen den einzelnen Untersuchungen, da nur die Erfassung von mindestens zwei Parameters möglich ist (Quantität und Frequenz), die unterschiedlich berücksichtigt, konstruiert und gewichtet werden können mit mehr unterschiedlichen cutting points zwischen den einzelnen Kategorien, unterschiedlicher Anzahl von Kategorien und unterschiedlich genauen Alkoholeinheiten. Man kann anhand solcherart erhobener Daten nicht mehr zu Aussagen gelangen wie z.B.: Die deutsche Bevölkerung hat einen um so und so viel höheren Prozentsatz an starken Trinkern als die amerikanische; Vielmehr ist man auf Vermutungen und auf das Über-den-Daumen-peilen angewiesen. Die Vergleichbarkeit wird auch durch die unterschiedliche Repräsentativität der

Stichproben für das jeweilige Land beeinträchtigt.
Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den hier
ausgewählten Untersuchungen der Repräsentativität nach
um die besten ihrer Art handelt.

3.1.3.2.2.2. Parameter der Trinkprobleme

Zur Erfassung von Trinkproblemen wurden in Erhebungen
verschiedener Art häufig Skalen eines bestimmten Formats
in wechselnd abgewandelter Form verwendet. Hierzu rechnen
die Skalen des problematischen Trinkens ("Präokkupation
mit Alkohol"), die auf Jellinek's Phasenlehre des Alkoholismus
zurückgehen (Jellinek, 1952) und von Trice und Wahl (1958),
Jackson (1957; 1958), Jackson und Connor (1954) überprüft
und weiterentwickelt wurden. Wir bringen als Beispiel die
von Mulford und Miller (1960, S. 281) verwendete Skala in
deutscher Übersetzung. Sie gliedert sich in vier Teile, wie
folgt.

- (a) Ich bleibe mehrere Tage hintereinander angetrunken.
Ich habe Sorge, nichts zu trinken zu bekommen, wenn
ich etwas brauche.
Ich trinke heimlich, wenn niemand hinschaut.
- (b) Wenn ich zu trinken anfangen, ist es schwierig für
mich aufzuhören, bevor ich ganz betrunken bin.
Ich bin auch an Arbeitstagen angetrunken.
Alkohol trinken ist das erste, was ich morgens tue.
- (c) Wenn ich am nächsten Tag aufwache, kann ich mich
nicht an manche Dinge erinnern, die ich während des
Trinkens getan habe.
Ich nehme schnell ein paar Gläschen zu mir, bevor ich
zu einer Einladung gehe um sicher zu sein, dass ich
genug habe.
Ich vernachlässige meine regelmässigen Mahlzeiten,
wenn ich trinke.

(d) Ich genieße das Trinken nicht sehr, ich schütte alles sehr schnell herunter.

Ich trinke wegen des Alkoholeffekts, ohne besonders auf die Art oder die Marke des Getränks zu achten.

Alkohol hat heute weniger Wirkung auf mich als früher.

Wie man sieht, enthalten solche Skalen eine Mischung von Trinkverhaltensweisen, die wegen ihrer Dauer oder besonderen zeitlichen, örtlichen und sozialen Umstände auffällig sind, Trinkbegleitumständen, Motivationen und Problemen des physiologischen Alkoholismus.

Die Skalen zur Erfassung von Trinkproblemen sind sehr unterschiedlich im Hinblick auf Umfang und Präzision. Am bekanntesten und in vielen Variationen verwendet wurde die "problem-drinking" Skala von Park (1958), die er aufgrund von Daten der Untersuchung von Straus und Bacon (1953) entwickelte, und die von Williams (1967) partiell validiert wurde. Neuere Untersuchungen (Orford und Postoyan, 1970) sprechen dafür, dass Skalen dieser Art mehr die Stärke des "concern over drinking" als die Anzahl der Probleme messen. Sie sind daher also eher unter die vorher erwähnten Fragebogen zu rechnen, da es sich mehr um Ein-Personen-Probleme handelt. Es wurden aber auch Skalen entwickelt, die zwar auch zum Teil Items aus den eben dargestellten Präokkupationsskalen, etwa als Abhängigkeits- oder Gesundheitsprobleme erfragen, zusätzlich aber zwischenmenschliche Probleme wie Unannehmlichkeiten mit dem Ehepartner, Fremden, Familienangehörigen wegen des Trinkens, und soziale wie Unannehmlichkeiten mit der Polizei, in der Arbeit und Klinik einweisung. Sie sind zum Teil sehr offen und verschwommen formuliert ("Hatten Sie wegen Ihres Trinkens Unannehmlichkeiten mit ...") (z.B. Mulford und Miller, 1960), zum Teil qualitativ, quantitativ und zeitlich präziser.

3.2. Soziokulturelle Theorien

Die meisten der Theorien auf diesem Gebiet resultieren aus den 40er und 50er Jahren, als man erstmals darauf stiess, dass unterschiedliche Kulturen und soziale Gruppen unterschiedliche Alkoholismusraten aufweisen. Es imponierten besonders die Iren wegen ihrer hohen Alkoholismusraten und die Juden wegen ihrer niedrigen. Sie gingen von solchen Einzelgruppen aus und versuchten, daraus eine allgemeine Alkoholismustheorie zu entwickeln. Erst in neuerer Zeit finden sich Theorien, die mehr in allgemeinen soziologischen Theorien verankert sind. Wir haben die Theorien nach ihren zentralen Konzepten geordnet, soweit dies möglich war.

Die meisten Theorien gehen davon aus, dass es so etwas wie "den" Alkoholismus gibt, dass also über ein einheitliches Phänomen theoretisiert werden kann. Wir werden hier versuchen, die Faktoren herauszuarbeiten, die in den meisten Theorien von Bedeutung sind, und immer wieder hervorgehoben werden. Die Theorien selbst bestehen dann in einer mehr anordlichen Zusammenstellung dieser Faktoren, je nachdem welcher Kausalzusammenhang zwischen ihnen angenommen wird, welche überhaupt verwendet wurden. Generell ist das Denkvorgehen etwa wie folgt: Unterschiedliche Gesellschaftsstrukturen oder unterschiedliche Lebensbedingungen bewirken eine unterschiedliche Verfügbarkeit von Alkohol; und/oder unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen, Bedürfnisse, Ängste, Spannungen, Stress usw. bei ihren Mitgliedern; und/oder unterschiedliche Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum; und/oder unterschiedliche Definitionen über Wirkung oder Funktion des Alkohols; und/oder unterschiedliche Reaktionen gegenüber erhöhtem Alkoholkonsum; und/oder unterschiedliche Angebote von Alternativformen des Verhaltens; und schliesslich unterschiedliche Alkoholismusraten.

Rangposition und Abfolgebedingungen der einzelnen eben aufgeführten Faktoren werden in den einzelnen Theorien sehr unterschiedlich behandelt. Auch werden je nach Theorie einige der Faktoren für unwesentlich oder für wesentlich oder aber gesellschaftlich bedingt erachtet. Alle Theorien dieser Art sehen Alkoholismus in Zusammenhang mit dem in einer Kultur oder gesellschaftlichen Gruppen typischen oder normalen Trinkverhalten, keine hat ein Krankheitskonzept. Die meisten lassen die unterschiedlichen Gesellschaftsstrukturen ausser acht, und setzen statt dessen bei einem der anderen Faktoren ein.

Die gezeigte Idiosynkrasie stellt eine Reflexion der grundsätzlichen Unfähigkeit dar, allein mit dem freien Denken Sinn und Ordnung in die Situation zu bringen.

3.2.1. Gesellschaftsstruktur und Lebensbedingungen

Wie oben erwähnt, werden diese Ausgangsfaktoren meist nur sehr unsystematisch in Theorien einbezogen (und in der Empirie praktisch nie mit untersucht, ausser in anthropologischen Feldstudien, die sich mit kleinen überschaubaren Sozialsystemen befassen, die mit den komplexen Gesellschaften wohl nur sehr wenig gemeinsam haben).

Als allgemeine gesellschaftliche Faktoren, die in den heutigen komplexen Gesellschaften Alkoholismus oder vermehrten Alkoholkonsum begünstigen sollen, werden, zumeist in essayistischer Form, folgende genannt:

"Fortschreitende Zivilisation", die Leere erzeuge.
(Lustig, 1966)

"Anpassungsdruck", der zu einem Regressionszwang der Werktätigen führe.

(Morin und Courtois, 1969)

Überbewertung von Produktion und Konsum, bei Vernachlässigung instinktueller Befriedigung, wobei Alkohol ein Konsumsymbol darstelle (da der beim Konsum ganz verschwinde), und ein verbreitetes Vergnügen in einer Gesellschaft mit Leistungszwang.

(Morin und Courtois, 1970)

Biologisches Schicksal von Alter und Tod, sowie die immer neuen Forderungen von seiten der Gesellschaft, die zu Anpassungsschwierigkeiten führen. Alkohol als Mittel der Jugend, Vergangenheit zu vergessen und nicht an die Zukunft zu denken.

(Catovic, 1968)

Gestörte Sozialisation.

(Andorka, Buda, Kiss, 1970)

Kultureller Konflikt, der sich auch in der Trinknorm zeige, innerhalb der Kultur, der zu Angst und Schuld führe.

(Bacon, 1957; Straus und Bacon, 1953)

Wertkonfusion, ambivalente Einstellungen.

(Falk, 1970)

Kulturelle Ambivalenz, die mangelnde Identifikationsmöglichkeiten biete und zu Gefühlen der Hohlheit und des Zufallgebrachtseins führe.

(Reinhardt, 1969)

Mangel an kulturellen Modellen.

(Straus, 1966)

Soziale Unordnung, die Stress bewirke, gegen den Alkohol einen Entweichungsmechanismus darstelle.
(Smythe, 1966)

Soziale Ambivalenz, die Stress bewirke.
(Reader, 1967)

Heterogenität von sozialen Gruppen und kulturellen Traditionen, die zu Ambivalenz führe, da eine Gruppe der anderen ihre Gewohnheiten aufdrängen wolle. Ambivalenz der Trinknormen stellt nur ein Beispiel der allgemeinen Ambivalenz dar.
(Verden, 1968)

Diese Theorien wurden fast ausschliesslich von Amerikanern oder doch mit Blick auf Amerika entwickelt, das in der Tat einen beträchtlichen kulturellen Konflikt aufzuweisen hat. Häufig beziehen sie sich auch auf Volksstämme, die sich in der Akkulturationsphase befinden.

Selten wurden ganz andere Faktoren genannt, zum Beispiel das Klima (Lynn, 1971a, 1971b). Starke Sonnenhitze bewirke ein Ansteigen der nervösen Aktivität bei den Bewohnern der betreffenden Länder, was sich als erhöhtes Angstniveau manifestiere und wogegen vermehrt Alkohol getrunken werde. Überproduktion von Wein (Amiel, 1968), die zu verstärkter Ausbildung des sozialen Habits Alkoholkonsum führe, wird gelegentlich genannt. Dieses Problem wird uns bei späteren Theorien über die Verfügbarkeit von Alkohol noch beschäftigen. Nahrungsmangel, Akkultivation und Krieg, die zu Ängsten und Restriktionen führen, gegen die Alkohol eingesetzt wird (Horton, 1943).

3.2.2. "Psychokulturelle" Spekulationen

Wie aus den obigen Ausführungen ersichtlich, denkt man hier vor allem an Angst-, Schuld- und Entfremdungsgefühle. Zum Teil handelt es sich hier um psychistische Kulturtheorien, d.h. Gesellschaften werden in ihrer Gesamtheit wie Einzelindividuen betrachtet, so bei Horton's (1943) Theorie, die eine Übersetzung Freud'scher und Hull'scher Konstrukte auf die Gesellschaftsebene darstellt, wonach Alkohol sowohl gegen Ängste eingesetzt wird, als auch selbst wieder Gegenängste hervorruft, und zwar durch die Freisetzung von Sexualität und Aggressivität. Der Alkoholgebrauch regelt sich durch das Wechselspiel der Ängste. Alkoholkonsum wird als Angstindikator gesehen. Ähnlich bei Lynn (1971), der verschiedenste psychische "Symptome", wie z.B. Alkoholismus mit dem generellen Angstniveau in Gesellschaften in Beziehung sehen will.

Andere Autoren, wie Lemert (1954), glauben, dass Alkohol nicht so sehr zur Angstreduktion genommen wird, sondern dass sich Gesellschaften und Gruppen danach unterscheiden lassen, welche Art von Kontaktverhalten in ihnen herrscht. Alkohol diene dazu, den formalisierten, zu Entfremdungsgefühlen führenden Kontakt zu durchbrechen. Wilkinson (1971) spricht von einer unvollständigen Unterdrückung aggressiver Impulse, die erhöhten Alkoholkonsum bewirken. Wieder andere Theorien verlagern die Persönlichkeitsfaktoren mehr auf die individuelle Seite (z.B. Jellinek und Sargent, 1968; DeLint und Schmidt, 1971). Erst wenn diese persönlichen Faktoren, die persönliche Vulnerabilität für Alkoholismus (z.B. emotionale Unangepasstheit, Neurotizismus, Angst, aber auch elterliche Deprivation, Konflikte über das Trinken in der Kindheit, Verhaltensmodell durch Verwandten, der Alkoholiker ist) mit bestimmten kulturellen Faktoren, die spezifisch auf das Alkoholtrinken bezogen sind, zusammentreffen, komme es

zu Alkoholismus. Sargent hat z. B. drei mögliche Abfolgen aufgezählt: (a) Vulnerabilität - Bestätigung durch Trinkgruppen - starkes Trinken - Alkoholismus. (b) Bestätigung durch Trinkgruppen - starkes Trinken - präzipitierender Faktor - Alkoholismus. (c) Vulnerabilität - einsames Trinken - soziales Trinken - Alkoholismus.

3.2.3. Normen und Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum

Anders als die oben erwähnten handelt es sich hier um trinkspezifische Faktoren, die in einzelnen Gesellschaften oder gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich sein können. Zum Teil werden sie auf allgemein gesellschaftliche Faktoren bezogen, und als Teil dieser oder durch diese bedingt, häufig aber isoliert betrachtet. Am häufigsten wird auf Unklarheit und Widersprüchlichkeit von Trinknormen hingewiesen, oder auf deren mangelnde Spezifität (Zeit, Menge, Umstände) oder mangelnde Integration mit anderen normativ geregelten Praktiken.

Bacon (1962) spricht von einer Fragmentierung der Sanktionen. In einer komplexen Gesellschaft sei die Sanktionsgewalt jeder Gruppe potentiell geschwächt durch die andersartigen Normen anderer Gruppen. Das Individuum habe daher verschiedene, inkompatible Trinknormen zu befolgen. Auch die Kontrollfunktion werde von verschiedenen Gruppen ausgeübt, so dass die Sanktionen einer einzelnen Gruppe kaum signifikant sein könnten. Der Mangel an klaren Definitionen akzeptablen Trinkverhaltens führe via Erzeugung von Schuld- und Angstgefühlen zu höheren Alkoholismusraten (s.a. Bacon, 1957; Straus and Bacon, 1953).

Es wird hier vor allem auf die hohen Alkoholismusraten bei amerikanischen Einwanderergruppen, wie die Iren, und bei Personen aus Abstinenzmilieus (wie Mormonen und Methodisten), die zu trinken begonnen haben, hingewiesen. Die letztgenannten

verfügten über keinerlei Normen in bezug auf adäquates Trinken. Skolnik (1958) meint allerdings, dass diese Personen sehr wohl über eine "evidente" Norm in bezug auf das Trinken verfügen, nämlich über die des abschreckenden Beispiels.

Nach Field (1962); Lolli (1958), Lolli et al. (1953) ergibt sich ein geringes Vorkommen von sozialen und familiären Problemen infolge von Alkohol, wenn der Alkohol eine institutionalisierte Rolle innerhalb des Familienlebens hat..Diese Hypothese bezieht sich vor allem auf die Chinesen und Italiener, die ein niedriges Alkoholismusvorkommen haben (d.h. hier: wenig soziale Probleme infolge von hohem Alkoholkonsum), und die von klein auf in den Alkoholkonsum sozialisiert werden. Wie bei den Juden stellt bei den Chinesen Alkohol einen Teil ihres religiösen Rituals dar, nicht aber bei den Italienern. Bei allen drei Gruppen hat er aber eine institutionalisierte Rolle im Familiensystem und ist mit familiären Ritualen verbunden, wie z.B. Ferien, Feiern, Mahlzeiten.

Ullnan (1958) versucht, die bisher genannten Hypothesen mit folgender Aussage zu vereinen: in jeder Gruppe oder Gesellschaft, in der die Trinksitten, -werte und -sanktionen zusammen mit den Einstellungen aller Segmente der Gruppe oder Gesellschaft fest etabliert, allen bekannt und von allen anerkannt sind, und konsistent sind mit der übrigen Kultur, wird die Alkoholismusrate niedrig sein. Unter Bedingungen, unter denen der individuelle Trinker nicht weiss, was erwartet wird, oder wenn die Erwartung von Situation zu Situation wechselt, wird er ambivalente Gefühle in bezug auf das Trinken entwickeln. Da diese Hypothese zwar den hohen Alkoholismusraten der Iren und Nordostamerikaner, und den niedrigen der Juden, Chinesen und Italiener Rechnung trägt, nicht aber dem hohen der Franzosen, die ebenfalls bereits als Kinder an den Alkohol

gewöhnt werden, wurde sie von Blacker (1966) dahingehend erweitert, dass für ein niedriges Alkoholismusvorkommen zusätzlich preskriptive Normen für mässiges Trinken und proskriptive Normen gegen exzessives Trinken vorhanden sein müssen. Blacker verwendet daher einen Ansatz von Mizruchi und Perucci (1962), wonach starke proskriptive Normen (d.h. solche, die eine negative Zielsetzung aufweisen und das Abstandnehmen von gewissen Aktivitäten fordern) gewöhnlich zu vermehrter Pathologie führe, wenn abweichendes Verhalten auftritt, als es preskriptive Normen tun (d.h. solche mit positiver Zielbestimmung, die eine bestimmte Art des Betragens vorschreiben). Nach dieser Hypothese ist das häufige Auftreten von exzessivem Trinken bei Personen aus Abstinenzfamilien, die zu trinken beginnen, zu erklären, da sie nur über proskriptive Normen verfügen. Den Franzosen dagegen mangelt es an proskriptiven Normen gegen exzessiven Alkoholgenuss und Trunkenheit.

Larsen und Abu-Laban (1968) und Abu-Laban und Larsen (1968) glauben, dass "non-skriptive" (i.e. undifferenzierte, unklare, widersprüchliche) Normen zu den höchsten Alkoholismusraten führen; proskriptive insgesamt zu den niedrigsten (ausser bei Personen, die sie überschreiten) und preskriptive Normen eine Mittelstellung einnehmen. Bei ihnen läuft allerdings ebenso wie bei Knupfer dieser Prozess noch über eine weitere Variable, nämlich die Erzeugung persönlicher Alkoholdefinitionen, d.h. Personen aus nonskriptivem und proskriptivem Normhintergrund trinken eher aus persönlicher Motivation (da sie keine soziale gelernt haben), was erst zu erhöhter Alkoholismusgefährdung führt.

Rollenspezifische Normen innerhalb einer Gesellschaft (dass also je nach Geschlechts-, Alters-, Status- und Berufszugehörigkeit ein anderes Trinkverhalten erwartet wird) sind wenig systematisch theoretisch integriert. Es wird gewöhnlich

nur behauptet, dass solche doppelten Standards bestehen (Straus, 1966; Bruyn, 1966). Knupfer und Room (1964) meinen, dass vor allem für solche Personen restriktive Normen bestehen, die sich in grösserer finanzieller Abhängigkeit befinden, und dass die restriktiven Normen gegenüber Frauen damit zusammenhängen, dass auch die sexuellen Normen bei ihnen restriktiver sind, deren Einhaltung bei hoher Alkoholaufnahme gefährdet wäre. Von Männern dagegen gehöre es eher zur gesellschaftsspezifischen Norm, generelle Normen zu brechen.

3.2.4. Öffentliche Meinungen zur Wirkung und Funktion des Alkohols

Dieser theoretische Ansatz geht auf Bales (1962; frühere Arbeit 1944, 1946) zurück. Nach dieser Theorie, wie der von Snyder (1962), hängt das Ausmass des Alkoholismus in einer Gesellschaft nicht nur davon ab, welche Bedürfnisse nach Ausgleich persönlicher Spannungen sie in ihren Mitgliedern erzeugt, und welche Alternativmittel sie zur Lösung dieser Spannungen zur Verfügung stellt, sondern auch davon, welchen Verwendungszweck des Alkohols deren normative Struktur positiv sanktioniert. Bales unterscheidet folgende Alkoholdefinitionen oder Verwendungszwecke:

- a) die utilitaristische oder persönliche (Alkohol unter dem Aspekt des eigenen individuellen Nutzens, z.B. Erleichterungstrinken)
- b) die zeremonielle (z.B. Alkohol zur Verwendung bei religiösen Ritualen)
- b) die soziale Alkoholdefinition (zum Geselligkeitstrinken).

Bales nennt ausserdem die Abstinenznorm, die hier jedoch nicht ganz hinzupassen scheint: Alkohol ist dort für alle Zwecke

verboten, es wird kein Zweck positiv sanktioniert.

Der Bales'sche Ansatz wurde inzwischen in mehrere andere theoretische Konzepte eingebaut. So stellten Knupfer et al. (1963) eine "cross-pressure"-Hypothese auf: Personen, von denen erwartet wird, dass sie nicht stark trinken, wie Frauen, Personen mit strengen religiösen Glaubensgrundsätzen, solche, die den mehr konservativen, protestantischen Richtungen angehören, und diejenigen, deren Eltern dem Trinken ablehnend gegenüberstanden, haben, wenn sie stark trinken, eher persönliche Motivationen, während diejenigen, die aus Gruppen kommen, die keine negativen Sanktionen gegen das Trinken haben, wenn sie stark trinken, eher soziale Gründe angeben. Ähnlich argumentieren auch Larsen und Abu-Laban (s.o.).

Jessor et al. (1970) stellten die Hypothese auf, dass nur dann ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsvariablen und Alkoholkonsum bzw. Trinkproblemen innerhalb einer Gesellschaft besteht, wenn in dieser Gesellschaft gleichzeitig die persönliche Alkoholdefinition besteht, d.h. wenn Alkohol als Mittel zur Lösung persönlicher Schwierigkeit (z.B. angst-reduzierend) angesehen wird. Es wurden inzwischen eine Reihe anderer Verwendungszwecke hinzugenommen, z.B. Alkohol als gesundes Nahrungsmittel (bei den Italienern), als Genussmittel wegen des Geschmacks (Frankreich), als notwendiges Stärkungsmittel bei körperlicher Anstrengung, doch hat sich die Diskussion immer mehr um die soziale und persönliche Alkoholdefinition konzentriert.

3.2.5. Alkoholersatz

Als Ersatzmittel, die für den Alkoholkonsum eingesetzt werden könnten bzw. die als Bewältigungsmittel empfohlen werden, werden hauptsächlich aufgeführt: Einnahme von Drogen der

verschiedensten Art (Glatt, 1969; Archibald, 1969; Irgens-Jensen, 1971; Pittman, 1970; Adler, 1966), Essen von Nahrungs- und Genussmitteln (Cloud, 1966; Markham, 1966; Gerard, 1971), Spielen von Glücksspielen (Adler und Goleman, 1969; Adler, 1966).

3.2.6. Das Verbrauchsverteilungsmodell

Der Ansatz wurde von Ledermann (1956) erstmals ausgearbeitet, weiterentwickelt von Seeley (1960) und von 1960 bis zur Gegenwart vor allem von DeLint und Schmidt (DeLint und Schmidt, 1968, 1971; Schmidt und DeLint, 1970). Er geht von dem Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Verbrauch in einzelnen Ländern und dem Vorkommen von Leberzirrhose in diesen Ländern aus. Alkoholismus wird hier ausschliesslich als Leberzirrhosevorkommen definiert. Vertreter des Modells meinen, dass Pro-Kopf-Verbrauchskurven innerhalb von grossen Populationen (Jurisdiktionen) unveränderbar einer logarithmischen Normalverteilung gleichen.

Der generelle Charakter der Verteilung ist nach Meinung der Autoren stabil, er variiert weder mit der Höhe des Verbrauchs noch mit der Art des normativen Symptoms, das den Alkoholkonsum regelt. Weiter wird angenommen, dass Leberzirrhose- und damit Alkoholvorkommen eine direkte Funktion der Höhe des Pro-Kopf-Verbrauchs ist, und dass die Höhe des Pro-Kopf-Verbrauchs ausschliesslich durch die Erreichbarkeit und die relativen Kosten des Alkohols geregelt wird. Als Erreichbarkeit gelten z.B. die Anzahl und die Öffnungszeiten von Lokalen mit Alkoholausschank, als Kosten die Alkoholpreise im Vergleich zu den Preisen anderer Lebens- und Genussmittel und dem Einkommen. Die Benutzung des Pro-Kopf-Verbrauchs als Kriterium des Alkoholismus ist bereits diskutiert worden. Auf empirische Untersuchungen wird noch Bezug genommen.

3.2.7. Komplexe soziologische Theorien

3.2.7.1. Strukturelle Ansätze (Anomie)

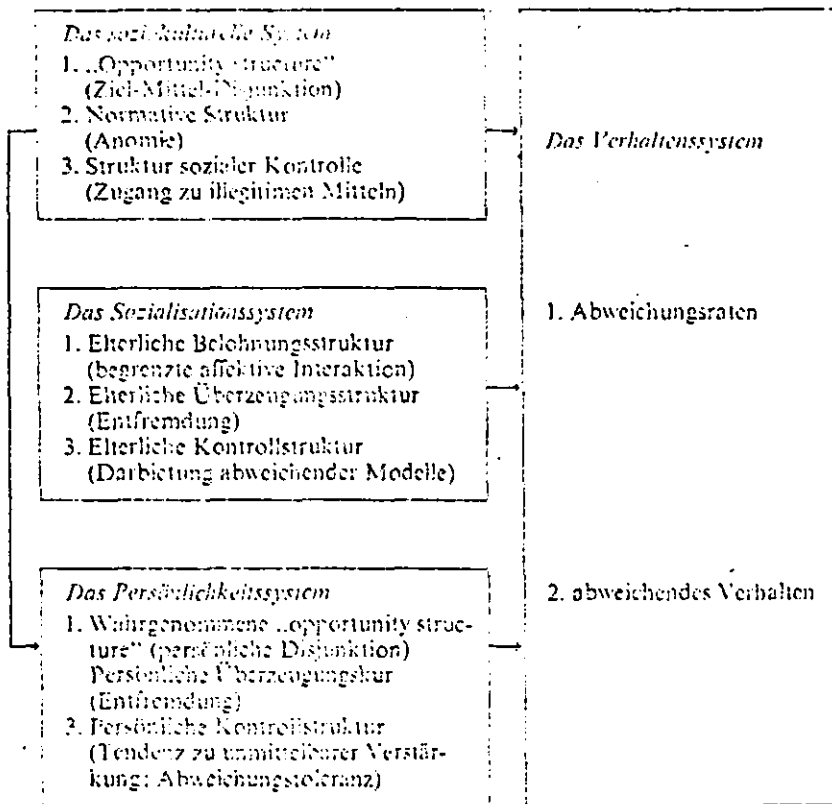
Die am besten ausgearbeitete theoretische, soziologische Konzeption des Alkoholismus stammt von Jessor und Mitarbeitern, die noch wiederholt zitiert werden. Sie basiert vor allem auf der Anomietheorie von Merton, die die neuere Soziologie in erheblichem Umfang beeinflusst hat, und die im folgenden kurz umrissen werden soll. Abweichendes Verhalten ist nach Merton eine Form der Situationsbewältigung. Die Situation, zu deren Bewältigung es dient, ist der Zustand der Anomie. Anomie, der Zustand der Unwirksamkeit sozialer Normen, entsteht bei einem Auseinanderklaffen von kultureller Zielen oder Werten und den Möglichkeiten oder Mitteln, diese Ziele zu erreichen. Wenn also Individuen oder Gruppen keine oder nur beschränkte Möglichkeiten haben, die ihnen von ihrer Kultur als positiv oder wünschenswert vermittelten Ziele mit legitimen Mitteln, d.h. solchen, die durch Normen sanktioniert sind, zu erreichen, tritt der Zustand der Anomie ein. Dieser Zustand übt auf die betroffenen Personen oder Gruppen einen solchen Druck aus, dass sie abweichendes Verhalten produzieren. Beispiel: Wenn in einer Gesellschaft materielles Wohlergehen als allgemein anerkanntes kulturelles Ziel gilt, einen Teil der Gesellschaft aufgrund der Herkunft, Ausbildung usw. aber die Mittel und Zugangswege zu diesem Ziel verschlossen bleibt, wird eben dieser Teil zu nichtkonformen, abweichenden Verhalten neigen. Merton erstellte eine Typologie der Bewältigungsstrategien für diesen Zustand. Er unterscheidet Innovation, Ritualismus, Rückzug, Rebellion, die sich darin unterscheiden, ob die kulturellen Ziele oder aber die institutionalisierten Mittel, oder aber beides abgelehnt wird. Chronisches Trinken zählt bei Merton unter die Rückzugsstrategie, die sowohl Ziele wie Mittel verwirft, und sich aus dem unsinnigen Wettlauf zurückzieht.

Jessor et al. (1968a, 1968b, 1970) ergänzten diesen Ansatz um Überlegungen von Cloward (1959), wonach es nicht nur Unterschiede in der Erreichbarkeit legitimer Mittel gibt, sondern auch der Zugang zu illegitimen Mitteln unterschiedlich geregelt ist. Jessor unterscheidet innerhalb eines soziokulturellen Systems folgende Substrukturen: Die "opportunity" Struktur, die die Grade der Ziel-Mittel-Disjunktion beinhaltet, also die Chancen, mit legitimen Mitteln Ziele zu erreichen bzw. den Zwang, es mit illegitimen Mitteln zu versuchen; die normative Struktur, der Grad an vorhandenem Gruppenkonsensus über Normen, der diesen Verbindlichkeit verleiht und damit Abweichungen entgegensteuert; und die soziale Kontrollstruktur, der Sanktionsmechanismen angehören, die die Manifestierung abweichenden Verhaltens und den Zugang zu illegitimen Mitteln steuern.

Jessor et al. (1968a) nehmen nun an, dass das Individuum sich entsprechend seinen Positionen in den sozialen Strukturen verhält, weil seine Persönlichkeitsstruktur die Verhältnisse in der soziokulturellen Struktur identisch widerspiegelt. Die Gleichschaltung geschieht durch den Sozialisationsprozess, da die Familie ihrerseits ein Abbild der Gesellschaftsstruktur darstellt. Keupp (1972) hat diese Zusammenhänge folgendermassen schematisch dargestellt:

Tabelle 3.2.

Tabelle 3.2. Konzeptuelles Schema zur Untersuchung von Häufigkeitsraten abweichenden Verhaltens. Nach R. Jessor, T.D. Graves, R.C. Hanson & S.L. Jessor (1968a), aus Keupp, 1972, S. 145.



Der Anomie im gesellschaftlichen Rahmen entspricht also die Entfremdung auf persönlicher Ebene. Soziologische und psychologische Faktoren werden hier also derart in Beziehung gesetzt, dass via Analogieschluss von den soziologischen Faktoren ausgehend, Gleichheit der psychologischen Ebene postuliert wird (umgekehrtes Verfahren wie bei Horton (1943)).

Das Modell eignet sich am besten zur Erklärung von Unterschieden in Alkoholismusraten zwischen Subpopulationen innerhalb einer Kultur und wurde in diesem Zusammenhang auch zuerst auf seine empirische Brauchbarkeit untersucht.

Zur Erklärung von Unterschieden zwischen verschiedenen Kulturen haben Jessor et al. (1970) das Modell spezifiziert und mit einer Untersuchung belegt: Ob nämlich Alkohol als Bewältigungsmittel für die oben dargelegten Schwierigkeiten auf der Persönlichkeitsebene eingesetzt wird, ist davon abhängig, wie das Trinken von Alkohol in einer Gesellschaft definiert und gelernt wird. Hier greifen die Autoren auf die Theorie von Bales (1946) zurück, die auch von Mulford und Miller (1960b), wie auch von anderen Autoren aufgegriffen wurde, und wonach die Alkoholismusquote innerhalb einer Gesellschaft davon abhängt, welche Funktionsdefinition des Alkohols vorherrscht: die zur Lösung persönlicher Schwierigkeiten bestimmte, die soziale, die gesundheitliche oder die zeremonielle. Nach Jessor et al. (1970) ist dann mit einem Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsvariablen und Alkoholproblemen zu rechnen, wenn Alkohol als Bewältigungsmittel dieser persönlichen Schwierigkeiten in einer Kultur angesehen wird. Die drei Strukturen ("opportunity"-, Normen- und Kontrollstruktur) werden hier also auf der Ebene des Persönlichkeitssystems (nicht wie oben auf der Ebene des Sozialsystems) untersucht und mit kulturellen Bewältigungs- oder Devianzstrategien in Verbindung gesetzt. Auf der Persönlichkeitsebene werden folgende Variablen für wichtig gehalten: Erwartung

der Erreichung von hochbewerteten Zielen (wahrgenommene Chancen (perceived opportunity), Entfremdung (Gefühle sozialer Isolation und Bedeutungsmangel in täglichen Rollenaktivitäten), wahrgenommene Möglichkeit der internen Kontrolle (über die Zukunft und die Ergebnisse des eigenen Verhaltens).

Es scheint sich hier eine lohnenswerte Möglichkeit abzuzeichnen, und zwar durch die Entwicklung von multifaktoriellen Konzepten, die widersprüchlichen Ergebnisse von einfaktoriellen Ansätzen zu integrieren und damit zu einer durchstrukturierten, auf mehreren Ebenen empirisch überprüfbaren Alkoholismustheorie zu gelangen. Untersuchungen, die von diesem Ansatz abgeleitet sind, und die sich auf die Persönlichkeitsebene beschränken, werden uns in einem späteren Abschnitt noch beschäftigen.

3.2.7.2. Die prozessuralen interaktionistischen Ansätze

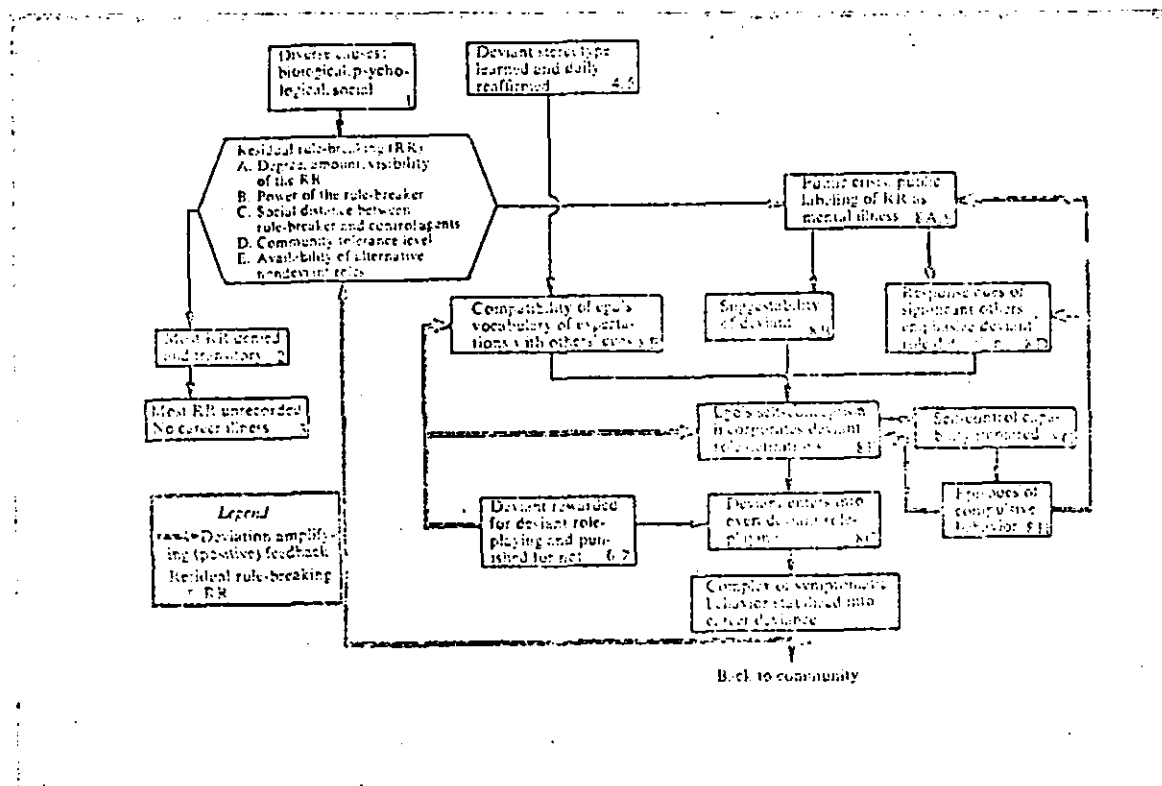
Bei diesem Ansatz handelt es sich um eine neue, noch sehr fließende und noch nicht ganz etablierte Strömung in der Soziologie. Im Gegensatz zum strukturellen Ansatz wird hier nicht angenommen, dass eine "Norm etwas zweifelsfrei Gegebenes und mühelos Erfassbares sei, das sich dem objektiven Beobachter mühelos erschliesst" (Keupp, 1972, S. 161). Es geht hier eher darum zu erklären, dass und wie Normen in konkreten sozialen Interaktionen angewandt werden, wie Normverletzungen registriert und behandelt werden. Im Mittelpunkt steht hier nicht, dass und warum gewisse Individuen oder Gruppen von vorgegebenen Normen abweichen, sondern wie andere auf Abweichungen reagieren bzw. sie zementieren, oder Individuen in Abweichungsrollen drängen, und wie die Individuen ihrerseits darauf reagieren. Es ist also nicht so sehr gefragt, wie Normübertretungen zustande kommen, sondern wie Normanwendungen funktionieren. Devianz wird hier nicht als Verhaltensmerkmal verstanden,

sondern als soziale Rolle, die jemandem zugeschrieben wird. Ein Abweichender ist jemand, bei dem diese Zuschreibung funktioniert hat. Erst als Endprodukt einer Reihe von Aktionen ist dieser Zustand am Individuum beobachtbar, also der Zustand ist Teil des Individuums geworden. Als "labelling" wird die Anwendung und Durchsetzung von Interpretationsschemata und Stereotypen verstanden, der Prozess, anderen Personen solche Schemata aufzupressen, bis sie ihnen in ihrem Verhalten entsprechen. Prozess des "labelling" und der Abweichung hängt sich an minimalen primären Abweichungen oder besser gesagt Unterschiedlichkeiten auf, die verschiedenster Natur sein können, sofern deren Normalisierung durch Änderung des Interpretationsrahmens nicht gelingt. Aus der Unsicherheit, die durch die Verletzung von Normalitätsvorstellungen und Selbstverständlichkeiten entsteht, reagiert die Umgebung mit Strafen und Zurückweisung, was zu einem stärker abweichenden Verhalten bei dem Betreffenden führt. Diese Wechselwirkung entwickelt sich soweit, bis es zur formalen Aktion der Gemeinschaft, der Stigmatisierung und Statusdegradierung des Individuums kommt, und endlich das Individuum die deviante Rolle akzeptiert, um sich ihr anzupassen. Es zeigt sich hier innerhalb der Theorie eine mikrosoziale Schwerpunktbildung (die uns in einem anderen Kapitel noch beschäftigen wird). Dagegen finden sich kaum Erklärungen, woher die Regeln und Normen und aufgedrückten Stereotypen kommen, welchen Interessen ihre Anwendung dient, und wodurch primäre Devianz entsteht.

Die allgemeine Theorie kann in diesem Rahmen nicht breiter dargestellt werden. Wir bringen hier lediglich ein Flussdiagramm von Scheff (1966), der versuchte, den komplexen Prozess der Interaktion der einzelnen Variablen schematisch darzustellen. Siehe Tabelle 3.3.

Tabelle 3.3. Stabilisierung von Abweichung in einem sozialen System (Fließdiagramm).

Aus T.J. Scheff (1966, S. 100), nach Keupp (1972, S. 182).



Im Rahmen des Alkoholismus könnte die labelling-Theorie zumindest zur Klärung folgender Phänomene und Fragen herangezogen werden: (1) Unterschiede in der Anzahl der registrierten Fälle nach Institutionsstatistiken und nach repräsentativen Erhebungen. Welchen Gruppen gelingt es eher, sich der öffentlichen Erfassung zu entziehen. (2) Welche Stereotypen über "den Trinker" liegen in der Bevölkerung vor, wie korrelieren sie mit dem Ausmass des Alkoholismus? Welche Wirkung haben unterschiedliche Stereotypen? (3) Welche Auswirkung haben unterschiedliche Alkoholismusmodelle bei der Diagnose und Behandlung durch diejenigen, die sich professionell mit Alkoholismus befassen und welche bei ihrer Übernahme in die Bevölkerung. (4) Welche Möglichkeiten des "relabelling" gibt es und wie werden sie genutzt?

Zur interaktionistischen labelling-Theorie: Der labelling-Ansatz, d.h. also die Etikettierung einer Person als Alkoholiker geht von eben den Daten aus, die den anderen Forschungsrichtungen als Fehlerfaktoren gelten. So werden Unterschiede zwischen "true-prevalence-Daten" und offiziellen Daten nicht als durch Störvariablen verursacht betrachtet, sondern eben die Quelle dieser Unterschiede in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt. Nach Schätzungen gibt es z.B. in den USA etwa 5 Millionen Alkoholiker (wobei meist Modifikationen der Jellinek-Formel zugrundegelegt wurden). Rubington (1972) schätzt, dass davon nur 30 % offiziell bekannt sind, und zwar sind etwa 300.000 den Anonymen Alkoholikern bekannt, eine halbe Million den offiziellen Behandlungsinstitutionen, eine zweite halbe Million juristischen und pädagogischen Einrichtungen. Die sichtbarsten aller Alkoholiker sind die Skid-Row-Alkoholiker und die Täter mit chronischen Trunkenheitsdelikten..

Bezogen auf den Alkoholismus wird als wichtiges Faktum hervorgehoben, dass in gewissen Gesellschaften bzw.

gesellschaftlichen Gruppen Trinken zwar positiv sanktioniert wird, der exzessiv Trinkende dann aber mit sozialer Isolation und Zurückweisung von den akzeptabel Trinkenden bestraft wird. Die Isolierung und Abstempelung führe den Betreffenden zum Anschluss an Trinkgruppen, in denen sein abweichendes Verhalten verstärkt werde (Lemert, 1954; Trice, 1956; Saint, 1969; Sargent, 1968). Bei ihm selbst führe die Zurückweisung zu den für den Alkoholiker charakteristischen Schuldgefühlen und Verleugnungstaktiken (Lemert, 1954). Auch der Kontrollverlust ist nach Trice (1956) erst ein Produkt der mit der Zurückweisung einhergehenden immer stärkeren Trinkabweichung.

Es scheint wahrscheinlich, dass, je höher starkes Trinken mit anderen Verhaltenscharakteristika einer Kultur integriert ist, deren Mitgliedern umso inadäquater erscheint, alkoholisches Verhalten als Krankheit irgendwelcher Art zu betrachten. So messen in Frankreich, wo der Delta-Alkoholismus, d.h. Gewohnheitstrinken ohne psychische Abhängigkeit, prädominiert, relativ wenige Ärzte psychologischen Aspekten irgendwelche Bedeutung bei (Sadoun, Lolli, Silverman, 1966). In Amerika, wo der Gamma-Alkoholismus dominiert, wird jedoch psychologischen und moralischen Aspekten eine grosse Bedeutung beigemessen (Sargent, 1968; Rubington, 1972).

Sargent (1968), Rubington (1972) und Roman und Trice (1971) glauben, dass der labelling-Prozess erst in einer späteren Phase des Alkoholismus von Bedeutung ist. Zunächst finde durch Stress und verunsichernde Faktoren in der Umgebung (Roman und Trice, 1970) eine primäre Abweichung von seiten des Individuums statt, das sich dann davor zu schützen sucht, unter die Trinker eingereiht zu werden und sich damit eine Statusdegradierung zuzuziehen, wobei es zum Teil von anderen Personen unterstützt wird. Roman und Trice (1971), die sich vor allem mit Reaktionen auf Alkoholkonsumenten am Arbeitsplatz befassen, glauben, dass dort der Druck zur Normalisierung

der primären Abweichung zunächst erheblich grösser ist, als der Druck, die Devianz zu erkennen. Der Druck zur Normalisierung und Verheimlichung rühre nicht von Ignoranz oder humanistischen Strebungen her, sondern von der Gefahr der "Bumerang-Etikettierung" und des Abbruchs der Interaktion mit dem bisher nicht oder nur privat etikettierten abweichenden Trinker.

Niedrige Visibilität und Supervisionsmangel lassen nach Roman und Trice (1970) die Abweichung lange Zeit unerkannt. Auch Bacon (1969) hebt die Bedeutung der primären Devianz hervor und glaubt, dass folgende Faktoren zu ihrer Weiterentwicklung beitragen: (a) ein undefiniertes Toleranzniveau der Gesellschaft, (b) unsichere, irreguläre, inkonsistente Sanktionen, (c) Desinteresse oder Vermeidung von Engagement gesellschaftlicher Autoritäten, (d) mangelnde oder nicht rollenentsprechende Reaktionen der zuständigen Funktionäre. Ob dann ein labelling-Prozess in Gang kommt, hängt nach Sargent (1968) unter anderem von folgenden Faktoren ab, und zwar zunächst von der Art der Trinknormen. Je stärker prohibitiv eine Norm ist (Extremfall: Abstinenzvorschrift), desto seltener sind Normverstösse und desto eher wird sich einer, der die Norm bricht, die Bezeichnung Alkoholiker zuziehen, desto stärker wird die Verurteilung ausfallen, desto eher wird Druck ausgeübt, sich einer Behandlung oder Bestrafung zu unterziehen. Als Beweis wurden hier Untersuchungen an Personen aus Abstinenzler-Traditionen herangezogen (Straus und Bacon, 1953; Mizrucchi und Perucci, 1962). Von dieser Population trinken zwar wenige, aber von denen, die trinken, entwickeln viele die Alkoholismuszeichen sehr rasch.

Der zweite Faktor ist die Frequenz und Art der Regelverletzungen. Starke, ernste, plötzliche und gewalttätige Regelverstösse sind am wenigsten vorhersagbar und rufen Reaktionen fast gleicher Stärke hervor. Beleg: Untersuchungen der Beziehungen

von Frauen und Alkoholikermännern (s. Jackson und Kogan, 1963) weisen darauf hin, dass die Ehefrauen bei den ersten Anzeichen von Gewalttätigkeit ihre Männer als Alkoholiker bezeichnen, starke Unzufriedenheit zeigen, ihre Männer bei einer Reihe anderer Personen exponieren, und die strengsten negativen Sanktionen vornehmen, die ihnen zu Gebote stehen. Ebenso fallen nach Rubington die Reaktionen auf der Arbeitsstelle umso massiver aus, je grösser der angerichtete Schaden.

Faktor 3: Anzahl der Regelverletzenden im Verhältnis zur Anzahl der Nichtregelverletzenden. Je geringer die Anzahl der Regelverletzenden in einer Gruppe, desto stärker fallen die Sanktionen und das "labelling" aus. Belege: Stärkere Reaktionen gegen Frauen, bei diesen gleichzeitig stärkere Wirkungen ihrer Alkoholprobleme; höhere Toleranz und geringere Reaktionen z.B. in trinkfesten Berufsgruppen.

Faktor 4: Status des Regelverletzers. Je höher der soziale Status des Regelverletzers, desto langsamer erhält er das Etikett Alkoholiker, desto später wird ihm die Alkoholikerrolle zugewiesen, aber desto stärker ist die Reaktion privater Bezugspersonen. Falls nämlich bei hohem Status die Abweichung im Verhalten und die Konsequenzen für andere bekannt würden, würde das sehr starke gesellschaftliche Reaktionen hervorrufen, die kostspieligen Schäden entsprechen würden. Belege: Eine Anzahl von Untersuchungen (Trice, 1962; Warkov, Bacon und Hawkins, 1965) erbrachte, dass ungelernte Arbeiter durch Vorgesetzte und Kollegen sehr viel schneller als Alkoholiker identifiziert wurden als höhergestellte "white-collar"-Arbeiter. Andererseits sind Sanktionen auf der Arbeitsstelle gegenüber Arbeitern von niedrigem Status in dieser Beziehung relativ milde im Vergleich zu den Sentiments und Aktionen gegenüber Vorgesetzten, wenn ihr Alkoholismus bekannt und durch ihr Verhalten klar sichtbar wird. Aus der Industrie liegen dementsprechend fast nur Untersuchungen über Alkoholismus bei "white-collar"-Arbeitern vor (Trice, 1970).

Nach den Ergebnissen von Warkov et al. scheint es zu sein, dass bei niedrigem Status die Wahrscheinlichkeit, dass abweichendes Verhalten in bezug auf Alkohol bekannt wird, grösser ist; aber andererseits auch eine grössere Anzahl von Personen am Arbeitsplatz hilft, den Alkoholismus des Betreffenden zu verbergen. Dagegen wird nach Rubington der Alkoholismus privat eher bei höherem Status von anderen geduldet und verheimlicht. So wird bei niedrigem Status eher bei Trunkenheitsdelikten die Polizei gerufen.

Der Zeitpunkt des labelling lässt sich nach Sargent (1968) festlegen und findet zu den folgenden Gelegenheiten statt:

- (1) während der Hospitalisierung wegen akuter Alkoholschäden durch Ärzte und andere Patienten;
- (2) durch einen Mitalkoholiker, der das Verhalten als das seine dem von Anonymen-Alkoholiker-Mitgliedern ähnlich erkennt;
- (3) durch praktische und andere Ärzte, wenn die Diagnose "physischer Komplikationen" des Alkoholismus, wie periphere Neuropathie, gestellt wird;
- (4) durch Angestellte, Verwandte, Freunde, Polizei und Verwaltungsorgane, die auf das Versagen des Alkoholikers, seine soziale Rolle zu erfüllen, hinweisen.

Zum selben Zeitpunkt wird der Betreffende häufig durch Hospitalisierung abgesondert, durch Gefängnis bestraft, von seiner Frau geschieden. Er wird von der Gesellschaft als abweichend zurückgewiesen und möglicherweise gleichzeitig als Mitglied einer nicht konformen Gruppe, wie Anonyme Alkoholiker oder einer ausschliesslich aus praktizierenden Alkoholikern bestehenden Gruppe, akzeptiert. Dadurch wird er in seiner abweichenden Rolle verstärkt. Der Weg zurück ist nur wenigen möglich. Trice und Roman (1970) glauben, dass das Konzept der Anonymen Alkoholiker geradezu daraufhin angelegt ist, Individuen in eine normale Rolle in der Gesellschaft

zurückzuführen. Der Alkoholiker nimmt hier die Krankenrolle ein, distanziert sich völlig von seinem früheren Verhalten und bekennt sich zu Werten, die von der Gemeinschaft hoch bewertet werden (wie Selbstkontrolle). Erst wenn er ein sichtbar geändertes Verhalten (Abstinenz) aufweise, habe er Anspruch darauf, von der Gemeinschaft wieder akzeptiert zu werden.

Von verschiedenen Autoren (Roman und Trice, 1968; Sargent, 1968; Johnson, 1969; Tremper, 1972) wird neuerdings das Krankheitsmodell des Alkoholikers angegriffen, da die Krankheitsrolle die Reintegration des Alkoholikers in die Gemeinschaft erschwere, wiewohl sie ihm das moralische Stigma nimmt. Statt dessen wird vorgeschlagen, den abweichend Trinkenden weiter als sozial verantwortliche Person zu betrachten. Zum Teil wird auch behauptet, dass die Behandlung als Kranker den Alkoholiker erst zur eigentlichen Sucht führe (Johnson, 1968), bzw. erst seine passive Abhängigkeitshaltung (die ihm sonst als Persönlichkeitszug zugeschrieben wird) bewirke (Tremper, 1972).

3.3. Empirische Ergebnisse der Sozialepidemiologie und der soziokulturellen Forschung

3.3.1. Art und Ausmass von Alkoholproblemen

Was sich bei der Untersuchung von Individuen als Problem aufgrund von Alkoholaufnahme feststellen lässt, lässt sich zu einem Grossteil auch in grossen Populationen oder gesamtgesellschaftlich untersuchen, da jede Gesellschaft auf Verhaltensweisen, die ihr problematisch erscheinen, reagiert, Schäden feststellt, Massnahmen ergreift und registriert. Gerade hier wird allerdings die Kulturabhängigkeit der Definition deutlich sichtbar. Je nachdem, was in einer Gesellschaft als problematisch erscheint, werden unterschiedliche

Reaktionen und Registrierungen vorgenommen, deren Daten dann für Prävalenzuntersuchungen herangezogen werden können. Solche Daten lassen sich aber keinesfalls unmittelbar vergleichen. Probleme entstehen nicht von sich aus, sondern müssen erst als solche definiert werden. Dabei entstehen in der Definition und Reaktion sowohl quantitative wie qualitative Unterschiede: quantitative je nach Toleranz - oder auch Intoleranzniveau, qualitative, je nachdem, ob ein bestimmtes Verhalten überhaupt als Schaden oder Problem gilt. Deutlich sichtbar ist der qualitative Unterschied z.B. bei den Arretierungen wegen öffentlicher Trunkenheit, die in den USA und einigen skandinavischen Ländern ein ernstes öffentliches wie individuelles Problem darstellen, da sie für den Staat mit Aufwand und Kosten verbunden sind und für das Individuum weitreichende Konsequenzen haben können. Bei uns in Deutschland dagegen scheint öffentliche Trunkenheit eine relativ unproblematische Verhaltensweise darzustellen, wegen der einzuschreiten man sich staatlicherseits nicht aufgefordert fühlt. Daher gibt es natürlich auch keine Registrierung solcher Daten. Weiter wird die Problemhäufigkeit beeinflusst durch die Güte, Erstreckung und Selektivität des Erfassungs- und Betreuungssystems. Da aber bei den meisten dieser Probleme bereits offizielle Massnahmen bestehen, muss man sich die Häufigkeit des Auftretens solcher Probleme von vornherein als durch das Wissen um die jeweiligen Massnahmen beeinflusst darstellen.

Hier ist nicht nur an Unterlassen von problematischem Verhalten wegen der Sanktionen zu denken, sondern auch an Verstecken, Verleugnen, Decken und Unterlassen von Registrierungen. Andere Probleme entstehen sogar im Anschluss an Massnahmen, wie z.B. Schwarzhandel und Schmuggel von Alkohol in Ländern mit Prohibition. Am häufigsten erfuhren in den verschiedenen Staaten folgende Vorkommnisse, die mit Alkohol in bezug stehen, eine Problembefinition. Gesundheitliche Schäden: erhöhte Mortalität (inklusive Suizid) bei erhöhter Alkoholaufnahme,

Hospitalisierung wegen Alkoholismus, Alkoholfolgekrankheiten. Fahren unter Alkohol, Verkehrsunfälle, andere Unfälle. Arbeitsausfälle, Invalidität. Familiäre Probleme wie Ehescheidungen. Kriminalität.

Bei einer Reihe dieser Probleme (wie Suizidalität, Unfallgefahr, Kriminalität), geht es sowohl darum, ob sie gehäuft bei Personen auftreten, die aktuell unter Alkoholeinfluss stehen, als auch darum, ob sie gehäuft bei Populationen auftreten, die gewöhnlich in grösserem Ausmass als die Durchschnittsbevölkerung trinken oder andere Alkoholprobleme haben.

Wir werden hier zunächst Untersuchungen referieren, die den Zusammenhang zwischen aktueller oder chronischer Alkoholaufnahme und den oben aufgeführten Vorkommnissen oder Verhaltensweisen dokumentieren. Das am häufigsten unreflektiert angewandte Denkmodell für diese Zusammenhänge ist gewöhnlich unikausal und unidirektional, d.h. Alkohol wirke auf Individuen derart, dass es zu solchen Vorkommnissen kommt. Wie aber bereits im methodischen Teil dargestellt, ist dies nur die einfachste Hypothese, andere sind fast in allen Fällen mit gleicher Berechtigung möglich.

3.3.1.1. Gesundheitliche Probleme

Generell lässt sich wohl sagen, dass bei übermässigen chronischen Alkoholgenuss mit einer verkürzten Lebenserwartung zu rechnen ist. Eine Schweizer Untersuchung (Cimopi und Eisert, 1969) spricht z.B. von einer Verkürzung der Lebenserwartung nach Ersthospitalisierung um 15 % bei Männern und 12 % bei Frauen. Das ist einerseits auf das häufigere Auftreten von Erkrankungen zurückzuführen, die eine direkte physiologische Folge durch übermässige Alkoholaufnahme zu sein scheinen, wie Delir, Alkoholpsychosen, Leberzirrhose, andererseits auf Erkrankungen, bei denen der korrelative Zusammenhang kausal ungeklärt ist, wie Tuberkulose, Krebs der Atmungsorgane usw.

Es handelt sich dabei jedoch um einen gradweisen Prozess. Auch bei der Leberzirrhose z.B. lässt sich eine indirekte Verursachung durch Änderung der Ernährungsgewohnheiten bei Alkoholismus nicht ausschliessen. Bei den Krebserkrankungen kann z.B. das mit starkem Alkoholkonsum häufig liierte starke Rauchen der pathogene Wirkstoff sein. Noch unklarer sind die Zusammenhänge bei der Lungentuberkulose, z.T. tritt nämlich der übermässige Alkoholkonsum erst infolge der TBC auf, z.T. ist wohl das Auftreten von TBC auf die bei vorgeschrittenem Alkoholismus veränderten Lebensbedingungen, Vernachlässigung der Hygiene usw. zurückzuführen.

Neben diesen bei übermässigem Alkoholkonsum häufigen Erkrankungen, die die Lebenserwartung verringern, werden die Todesraten auch durch erhöhte Neigung zu Unfällen, Suiziden und der erhöhten Gefahr, Opfer von Gewaltverbrechen zu werden, in die Höhe getrieben. Bei diesen Faktoren ist der Kausalzusammenhang überhaupt nicht geklärt.

Wir geben im folgenden wieder beispielhafte Belege an. Die Raten schwanken natürlich von Land zu Land, wir wollen hier jedoch nur einen allgemeinen Einblick in die Grösse der Problematik vermitteln und aufweisen, welcher Art die Probleme sind, die wohl in den meisten Ländern auftreten.

3.3.1.1.1. Hospitalisierung aufgrund von Alkoholismus und damit verbundener Erkrankungen

Hier liegen am meisten Daten über den Anteil von Patienten mit der Diagnose Alkoholismus an der Gesamtpopulation psychiatrischer Klinikfälle vor. Wir bringen im folgenden eine tabellarische Aufstellung solcher Daten aus den letzten Jahren, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Tab. 3.4.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	% Anteil in der Population
Bahn und Chandler	USA	1961	alle 1958/59 ambulante behandelten psychiatrischen Klinikpatienten	4390	exzessive und Problemtrinker	17 %
Kearney et al.	USA	1967	stationäre und ambulante Patienten eines Allgemeinen Krankenhauses	651	Alkoholismus	8,7 % der stationären Patienten 13,4 % der ambulanten Patienten
Barchha et al.	USA	1968	alle Patienten, die in 5 Monaten in ein Allg. Krankenhaus aufgenommen wurden	392	Alkoholismus	27 % der Männer 6 % der Frauen
Moore	USA	1971	Patienten eines Allg. Krankenhauses in Maryland	200	Diagnose Alkoholismus aufgrund von Fragebogenergebnissen	18 % der Männer 5,5 % der Frauen
McCourt et al.	USA	1971	alle Neuaufnahmen in 3 Monaten im Boston State Hospital	115	Diagnose Alkoholismus oder Anzeichen dafür aufgrund von Fragebögen	49 %
Marcello	Italien	1967	Alle Patienten Psychiatr. Provinzkrankenhaus 1946 - 1950 1961 - 1965	?	Alkoholismus	5,19 % 7,84 %
Sacchi	Italien	1967	Alle Patienten Neurolog. Abt. eines Städt. Krankenhauses 1966	615 m. 424 w.	Alkoholismus	29,3 % der Männer 0,3 % der Frauen
Tomazzoni und Morini	Italien	1967	Patienten einer inneren Abt. eines öffentl. Krankenhauses in Bozen	1000 m. 500 w.	Diagnose Alkoholismus bei Einlieferung alkoholbedingte Schäden	8 % der Männer 15 % der Frauen

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>% Anteil in der Populat.</u>
Dibiasi et al.	Italien	1969	Psychiatr. Kliniken in Turin 1961-62	10.940 (5900 m.) (5040 w.)	Alkohol- psychosen	41 % Männer 7 % Frauen
Orthmayr	Ungarn	1968	alle Patienten der Psychiatr. Kliniken Ungarns	?	Alkoholismus	20 %
Bresard	Frankreich	1969				42 % des Klinikbudget Frankreichs wird für Alkoholismus ausgegeben
Hudolin	Jugoslawien	1969	alle stat. psychiatr. Institutionen	ca. 8000	Alkoholismus	ca. 50 % aller mit Erinnerung
Petrovic et al.	Jugoslawien	1970	alle Erstaufnahmen Psychiatr. Klinik Belgrad 1967	1105	Alkoholismus Alkohol- psychosen	8,1 % Männer 5,4 % Frauen
Achté et al.	Finnland	1969	Krankenblätter aller psychiatr. Krankenhäuser Helsinkis 1950; 1960	385	Alkohol- psychosen	6 % Männer 5 % Frauen
Walsh	Irland	1968	psychiatr. Erstaufnahmen Dublin 1962	?	Diagnose Alkoholismus	25 %
Walsh	Irland	1969	psychiatr. Erstaufnahmen 1964 alle öffentl. und priv. Anstalten	6500	Diagnose Alkoholismus	10,6 %
Martin et al.	Martinique	1963	Aufnahmen in die psychiatr. Klinik 1961	?	Alkoholismus als Anlass der Internierung	30 % Männer 25 % Frauen (insgesamt 476 Alkoholiker)

Einen ausgezeichneten systematischen Überblick über solche Daten in den einzelnen lateinamerikanischen Ländern geben Saaavedra und Mariategni, 1970. Der Anteil an Klinikaufnahmen mit der Diagnose Alkoholismus reicht dabei von 1,2 % in Venezuela 1962 bis zu 51 % aller psychiatrischer Klinikbehandlungen in Honduras 1956.

3.3.1.1.2. Lebenserwartung, Todesraten, Krankheiten und Todesursachen

Schmidt und DeLint (1972) analysierten die Sterblichkeit und Todesursachen bei 6478 Personen (1119 davon Frauen), die in einer Alkoholikerklinik in Kanada in den Jahren 1951 bis 1964 behandelt worden waren. Das Verhältnis von beobachteten zu erwarteten Todesfällen insgesamt betrug 2.02 (für die Männer) und 3.19 für die Frauen, d.h. die Sterblichkeit war zwei- bis dreimal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung. Am höchsten fielen die überdurchschnittlichen Todesraten in den Altersgruppen von 35 bis 44 Jahre aus: bei Männern 3,63 bis 4,17, bei Frauen 6,84 bis 8,72. Für die einzelnen Todesursachen betrug das Mehr an Sterblichkeit

- Krebs des oberen Verdauungs- und des Atmungstrakts:
2,79 Männer; 1,88 Frauen
- "Alkoholismus": 24,00 Männer; 33,33 Frauen
- Arteriosklerotische Herzerkrankung:
1,74 Männer; 4,10 Frauen.
- Lungenentzündung: 3,07 Männer; 7,14 Frauen
- Leberzirrhose: 11,49 Männer; 25,00 Frauen
- Magen- und Darmgeschwüre: 3,55 Männer; 6,66 Frauen
- Unfall: 2,52 Männer; 12,40 Frauen
- Suizid: 6,02 Männer; 8,69 Frauen.

Nach den von Immonen (1969) zitierten offiziellen Todesursachenstatistiken von Finnland kommen dort auf 100.000 Menschen 0,7 Tote durch Alkoholvergiftung pro Jahr.

Nach der oben erwähnten Untersuchung in der Schweiz (Cimopi und Eisert, 1969), in der die Todesursachen von 1468 wegen Alkoholismus stationär behandelten Personen untersucht wurden, die alle in den Jahren von 1873 bis 1887 geboren waren, ergab sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine signifikante Verringerung der Lebenserwartung um 12 % bei den Frauen und um 15 % bei den Männern. Insbesondere ergab sich eine starke Verringerung der Lebenserwartung bei schwerem Alkoholismus mit cerebralen Störungen. Häufiger als in der allgemeinen Bevölkerung waren folgende Todesursachen: Suizid, Leberzirrhose, Delirium tremens, Störungen des Nervensystems. Weniger häufig waren dagegen Kreislaufstörungen.

Gillis (1969), Südafrika, kam bei seiner Untersuchung von 802 wegen Alkoholismus behandelten Personen zu dem Ergebnis, dass die Todesrate für diesen Personenkreis etwa viermal so hoch wie in der Vergleichspopulation erwartet wird (3,9:1 bei Männern, 4,5:1 bei Frauen). Die Proportion war mit 12,5:1 am höchsten bei Männern zwischen 25 und 29 Jahren und wurde Mitte der Vierzigerjahre plötzlich sehr viel niedriger. Nach Todesursachen aufgeschlüsselt waren

24,1 % der Todesfälle gewaltsam (8,7 % in der Allgemeinbevölkerung),
19,0 % auf direkt durch Alkoholismus hervorgerufene medizinische Störungen,

1,87% auf Leberzirrhose (0,007 % in der Allgemeinbevölkerung) zurückzuführen. Alha et al. (1969) untersuchten die 87 Todesfälle bei 143.000 Arretierungen wegen Trunkenheit und ähnlicher Vergehen in den Jahren 1963 bis 1967 in Finnland. Die Todesursachen wurden wie folgt klassifiziert:

Unfall: 33 (23 Alkoholvergiftungen)

Suizid: 31

"Natürlicher" Tod: 16 (9 Herzerkrankungen)

Totschlag: 4

Nach der Untersuchung von Brummer (1969) korreliert jedoch die Sterblichkeit an Herzerkrankungen nicht mit dem Alkoholverbrauch in zwanzig Ländern. Erhöhte Todesraten bei Alkoholikern wurden auch von Lipscomb (1959), Viel et al. (1970), Munoz et al. (1971) nachgewiesen.

Eine besonders hohe Korrelation scheint zwischen Alkoholismus und Tuberkulose zu bestehen (siehe z.B. Lecoz et al., 1969; Martinez, 1969). Nach Schätzungen von Rhodes, Hames und Campbell, 1969, die eine Befragung aller TBC-Heilstätten in USA durchführten, sind 22 % aller dieser Patienten als Alkoholiker einzustufen. Der Kausalzusammenhang ist hier jedoch sehr unklar.

Wilkinson et al. (1971) untersuchten 1000 Alkoholikerpatienten einer Alkoholikerklinik in Australien auf physische Erkrankungen. Sie fanden als häufigste akute Erkrankungen:

Leberkrankheiten (25,1 % aller Fälle)

periphere Neuropathie (19 %)

erhöhten Blutdruck (16,8 %)

Gastritis (13,3 %).

Als häufigste chronische Erkrankungen fanden sie:

chronische Bronchitis (17,3 %)

Zirrhose (9,8 %)

chronische hirnorganische Schäden (8,8 %)

Epilepsie (7,8 %)

Magen-Darm-Geschwüre (7,2 %)

Zalokar (1968) analysierte Versicherungsstatistiken in Jugoslawien. 69 Alkoholiker, die stationär in einer Klinik untergebracht waren, wiesen zweimal soviel Krankheitstage auf als die übrigen Versicherten. Besonders häufig waren Erkrankungen des Verdauungstraktes (elfmal soviel Krankheitstage wie die Vergleichspopulation) und der Atmungsorgane (fünfmal soviel Krankheitstage). Böttner (1968) führte von 200 Fällen von Fettleber in einem Krankenhaus in der BRD 10,6 % auf Alkoholismus zurück.

Besondere Aufmerksamkeit haben die erhöhte Unfall- und Suizidneigung bei Alkoholikern gefunden.

3.3.1.1.3. Unfallgefahr

Wir referieren hier einige Untersuchungen zur Unfallgefahr allgemein, wobei wir später auf Verkehrsunfälle besonders eingehen. Wechsler et al. (1969) nahmen Atemproben von 5622 Patienten einer Unfallstation eines Allgemeinkrankenhauses in den USA. Sie fielen positiv aus bei 22,3 % der Heimunfälle, BAC > 0,05 % bei 11,3 %, 29,5 % der Verkehrsunfälle, BAC > 0,05 % bei 17,1 %, 15,5 % der Berufsunfälle, BAC > 0,05 % bei 4,9 %, 24,1 % bei "anderen" Unfällen, BAC > 0,05 % bei 13,2 %, 56,0 % bei Patienten mit Verletzungen aus Kämpfen oder Prügeleien, BAC > 0,05 % bei 39 %.

Bei 1222 Nicht-Unfallpatienten betrug der Anteil an solchen mit positiver Alkoholprobe dagegen nur 8,9 % ($p < .001$).

Brenner (1967) machte eine Nachuntersuchung bei 1343 Alkoholikern, die in den Jahren 1954 bis 1957 bei vier verschiedenen Institutionen der USA behandelt worden waren. 1961 waren von diesen Patienten 217 gestorben, 35 durch Unfälle, 10 bei Verkehrsunfällen, 14 durch Stürze, 6 durch Vergiftungen und 5 in anderen Unfällen. Brenner kommt zu der Schätzung, dass Alkoholiker das siebenfache Risiko haben, Opfer tödlicher Unfälle zu werden, mit einer Rate von 480 Todesfällen auf 100.000 Menschen pro Jahr, verglichen mit einer Rate von 68 in der Gesamtpopulation.

Amann et al. (1960) untersuchten 515 Schädelverletzte in Österreich 1957. 63 % von ihnen waren alkoholisiert.

Baumgärtel et al. (1968) fanden unter den unfallverletzten Patienten einer Notfallstation in Berlin im Jahre 1965 4 % Betrunkene.

Abdel-Fattah und Raic (1970) weisen auf die Möglichkeit hin, dass Alkohol nicht nur kriminogen sondern auch victimogen ist, was durch Untersuchungen von Wolfgang und Strohm (1956) und Zamorono und Munizaga (1963) bereits für die USA und Lateinamerika mit Zahlen untermauert ist. Medina (1970) sortiert Daten des medizinisch-juristischen Instituts in Santiago, wonach unter den Opfern von Totschlag bei 62 % der Männer und bei 35 % der Frauen ein Blutalkoholspiegel von 50 mg/100 ml gefunden wurde.

3.3.1.1.4. Suizidalität

Nach Schneidman und Ferberow (1956) variiert die Alkoholverteilung bei Suiziden je nach Land von 2 bis 10 %.

Watson, 1969, England: in einer Population von 33.848 Eihweisungen in eine Unfall- und Notfallstation eines Londoner Krankenhauses war Alkohol bei 10 % aller Patienten mit Suizidversuch erwähnt. Koller und Castanos (1968) fanden bei einer Alkoholikerklinikpopulation in Australien 20 % Patienten mit Suizidversuchen. Guskov und Pantykshkin (1969) entdeckten bei 30 Suiziden, die in geistiger Unwissenheit geschahen, bei zwanzig eine Alkoholbeteiligung: 7 waren stetige exzessive Trinker, 13 gelegentliche, hatten aber direkt vor dem Suizid getrunken. Kapamadzija (1969) untersuchte 2281 Suizide in Jugoslawien von 1960 bis 1965. Er kam auf einen Anteil von 32 % Alkoholikern und 33 % zur Zeit des Suizids Intoxikierte (81 % der Alkoholiker und 11 % der Nichtalkoholiker).

Von 500 Alkoholikern, deren Anamnesen bekannt waren, hatten 35 % Suizidversuche oder -impulse gehabt. Nach Ritson (1968) kam es unter 300 Alkoholikern einer klinischen Alkoholstation achtmal zum Selbstmord. Nach Medina (1970) spielt Alkohol in Chile bei 36 % der männlichen und 14 % der weiblichen Suizide eine Rolle (BAC über 49 mg/100 ml). Whitlock und Shapira (1967): Von 274 Patienten (180 Frauen, 94 Männer), die mit Suizidversuchen in ein städtisches Allgemeinkrankenhaus in Australien

eingeliefert wurden, standen 32 % unter Alkohol.

Lang et al., 1967, Jugoslawien, fanden bei 19,8 % ihrer Alkoholismuspatienten Suizidversuche oder -gedanken.

Pavlovic, 1967, Jugoslawien, fand bei 35 Suiziden im Militär in den Jahren 1963 bis 1968 Alkohol in 20 % der Fälle beteiligt.

Virkkunen und Alha (1970): Von den 933 in Finnland verübten Selbstmorden wurde bei 15 % der Einfluss von Alkohol registriert.

Dabei dürfte es sich allerdings um eine Unterschätzung handeln,

da dieses Datum nicht systematisch erfasst wurde. Nach Wolff

(1968) eignet sich Alkohol jedoch kaum als direktes Suizid-

mittel. Selbstmorde durch Überdosierung von Alkohol seien relativ selten. Wahrscheinlich werden zu grosse Alkoholmengen

benötigt. Bei Suiziden von Angestellten eines Betriebs in

Frankreich waren nach Blein (1970) 30 % Alkoholiker (insgesamt

in dieser Population 4,6 % Alkoholiker). Nach Rushing (1968),

der Leberzirrhoseraten mit Suizidraten in Bevölkerungsgruppen

korrelierte, lässt sich aus den Ergebnissen nicht entscheiden,

ob Alkoholismus und Suizid auf gemeinsame andere Faktoren

zurückgehen (wie soziale Disorganisation, Urbanisierung), oder

ob Alkoholismus zu gestörten Sozialbeziehungen und dann zu

Suizid führt.

3.3.1.2. Verkehrsunfälle und -delikte

Am häufigsten wurden Verkehrsunfälle untersucht. In den letzten Jahren hat sich die Diskussion darum zentriert, ob die erhöhte Unfallgefahr eine einfache Funktion des Blutalkoholspiegels sei, oder ob Personen mit sonstigen Alkoholproblemen (Alkoholiker) einen zusätzlichen Risikofaktor beisteuern. Ganz sicher ist unter Alkohol die Unfallgefahr erhöht, ganz sicher ist auch bei Alkoholikern die Unfallgefahr erhöht, möglicherweise allerdings nur wegen ihres im Durchschnitt höheren BACs. Wir bringen im folgenden kurz einige beispielhafte Belege für das erhöhte Unfallrisiko unter Alkohol und bei Alkoholikern.

Im Obersteg (1967) untersuchte 328 Spitalunfallpatienten in der Schweiz: bei 24 % der Verkehrsverletzten und bei 15 % der Arbeits- und Freizeitverletzten war die Blutalkoholprobe positiv. Dabei wiesen zwei Drittel der alkoholpositiven Verkehrsverletzten Blutalkoholwerte von über 0,8 Gewichtspro mille auf. Alha und Tamminen (1970) berichten über BAC-Bestimmungen bei 7981 Fahrern in Finnland, die der Trunkenheit verdächtigt wurden. Bei 55 % wurden BACs zwischen 1,2 und 2,2 ‰ gefunden, nur 3,3 ‰ wiesen überhaupt keinen Alkohol auf. Die Autoren setzten einen Anstieg in diesen Zahlen mit einem Anwachsen des Prokopfverbrauchs in Beziehung. Nelker (1970) untersuchte die schwedischen Automobil-Unfallstatistiken. Sie bestätigen, dass Abstinente eine niedrigere Unfallrate als Trinkende haben. Packowski (1970) führte einige Belege dafür an, dass Alkohol in über der Hälfte der tödlichen Autounfälle in den USA eine bedeutende Rolle spielte. Ebenso ergab eine Untersuchung von Fattah, Galbraith und Mann (1969) des Blutalkoholgehalts von 169 bei Autounfällen in Virginia ums Leben gekommenen Personen bei 63 % positive Blutalkoholwerte. Aus Jugoslawien (Hudolin, 1969) wird berichtet, dass in den letzten Jahren 12 % aller Verkehrsunfälle auf Trinken oder Alkoholismus zurückzuführen waren. Die BAC-Bestimmungen an 507 bei Verkehrsunfällen getöteten Autofahrern in USA, von den von Laessig und Waterworth (1970) berichtet werden, ergaben, dass 18 % dieser Personen BACs zwischen 0,08 und 14 ‰ aufwiesen, und weitere 37 % BACs von 0,15 und höher. Offizielle, ältere Daten vom National Safety Council (Accident Facts) (1960) aus den USA sprechen davon, dass sich 20 bis 30 % aller tödlichen Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol ereigneten. Bei den nicht-tödlichen Unfällen in den USA soll die Rate dagegen 50 bis 60 betragen. Aus England wird von Jethcoate (1958) berichtet, dass sich 18 % aller tödlichen Verkehrsunfälle unter Alkohol ereignet hätten. Watson (1969) fand dagegen in einer Analyse von 33.648 Einweisungen in die Unfallstation einer Londoner Klinik nur bei 5 % aller Verkehrsverletzten eine Alkoholbeteiligung.

Medina (in Popham, 1970) zitiert eine schwedische Untersuchung, bei der die Blutalkoholwerte von Unfällen mit einer zufalls-mässigen Kontrollgruppe verglichen wurden, und die Unfallhäufigkeit festgestellt wurde. Danach beträgt das Unfallrisiko bei 1,0 BAC schon das Zehnfache wie bei nüchternen Fahrern, das Risiko steigt etwa bei 1,25 BAC nochmals stark an, und ist bei einem BAC von 1,5 schon fast vierzigmal so hoch wie im nüchternen Zustand. Smart und Schmidt (1970) stellten die Behauptung auf, dass die Verwicklung in Verkehrsunfälle eine einfache positiv akzelerierte Funktion des BAC ist, die einer logarithmischen Normalverteilung folgt. Sie zogen dabei Untersuchungen über die BACs bei nicht in Unfälle verwickelten Fahrern heran. Dem wurde jedoch von verschiedenen Seiten widersprochen. (O'Neill und Wells, 1971; Hurst, 1971). Insbesondere wird hervorgehoben, dass das Risiko für ernste und tödliche Unfälle ab einer bestimmten BAC (0,10) steiler ansteigt. Die Diskussion dürfte in diesem Punkt noch nicht abgeschlossen sein, so dass auch Entscheidungen zwischen verschiedenen Präventionsvorschlägen (Herabsetzen des durchschnittlichen BACs aller Fahrer via Einschreiten nur bei besonders hohen BACs) verfrüht erscheinen. Auf ein besonderes Problem, die Kombination von Alkohol und Drogen, wies Finkle (1969) hin. Aus Daten von Routineuntersuchungen von 10.436 Autofahrern in den USA ging hervor, dass, wenn ein signifikanter Drogenanteil im Blut oder Urin gefunden wurde, Alkohol bei 6 % der Fälle fehlte. Doch den kombinierten Effekt zeigten manche Personen schon bei einem BAC von weniger als 0,15 % grosse Intoxikationserscheinungen. Ebenso stellten Witwicki, Zacharjasiewicz und Ziubrynawicz bei der Untersuchung von 482 Patienten einer Unfallstation in Polen fest, dass 57 % nur unter Alkohol standen, 14 % aber gleichzeitig unter Tranquilizern und Alkohol. Blume (1969, USA) interviewte 46 männliche und 46 weibliche, nichtpsychotische Alkoholiker, freiwillige Patienten eines Rehabilitationsprogramms. 63 % der Fahrer gaben zu, wenigstens einen Unfall unter Einfluss von Alkohol

verschuldet zu haben. Selzer (1969a) verglich die Fahrgeschicklichkeit von 36 in tödliche Unfälle verwickelten Alkoholikern und 118 wegen Alkoholismus hospitalisierten Patienten. Die Unfallfahrer waren im Schnitt 12 Jahre jünger und wiesen höhere Raten an Verkehrsunfällen und Verletzungen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand auf. Selzer (1969b) beurteilte anhand von Interviews mit den Betroffenen oder deren Bezugspersonen, Verkehrs- und Haftstrafenberichten 96 Personen, die in tödliche Unfälle verwickelt waren und eine gleichgrosse Kontrollgruppe von Autofahrern. In der Gruppe mit den tödlichen Unfällen waren chronische Alkoholiker überrepräsentiert (36 zu 3). Ausserdem wurden 11 in der Gruppe mit den tödlichen Unfällen, 6 Kontrollfahrer als Alkoholverbraucher hoher Frequenz und Quantität klassifiziert. Die Alkoholiker hatten insbesondere mehr Unfälle, in die nur ein Fahrzeug involviert war und solche, die nachts geschehen waren. Sie hatten signifikant mehr frühere Unfälle (1,2 vs. 0,8) und Regelverletzungen (3,1 vs. 1,7). Eine weitere Analyse dieser Daten durch Brenner und Selzer (1969) bestätigte, dass "Alkoholismus, häufige Alkoholaufnahme in grossen Mengen, gewisse Psychopathologiemanifestationen und sozialer Stress" das Risiko für tödliche Unfälle erhöhen. Crancer und Quiring (1969) benutzten die Kartei eines Verkehrsamtes um zu erfahren, wieviele von 515 mit der Diagnose "chronischer Alkoholismus" in einem Krankenhaus aufgenommene Personen eine regelmässige Fahrerlaubnis hatten. Bei 375 von ihnen war die Fahrerlaubnis nicht in Ordnung. Die restlichen 140 Fahrer wurden mit 228 regelrecht zugelassenen Fahrern desselben Gebiets verglichen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Alkoholiker signifikant mehr Unfälle und Ordnungsstrafen, mehr Strafen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand, wegen rücksichtslosen Fahrens, Fahrerflucht, Fahren ohne Führerschein, nachlässigen Fahrens, mehr Unfälle mit Körperverletzungen, weniger Geschwindigkeitsübertretungen, Nichtbeachtung der Stopzeichen und mangelhafte Ausrüstung.

Zu teilweise ähnlichen Ergebnissen kommen Waller und Goo (1969), die die Verkehrsregister von Alkoholikern, Personen mit anderen psychosozialen Störungen, Personen mit medizinischen Störungen und einer Normalpopulation vergleichen. Alkoholiker wiesen signifikant mehr Unfälle mit einem Versagen des Fahrers auf, mehr Unfälle mit erhöhter Geschwindigkeit, mehr Überholunfälle, mehr Unfälle, die nur ein Fahrzeug oder abgestellte Fahrzeuge involvieren, mehr Verkehrsstrafen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand, häufiger multiple Verkehrsstrafen, häufiger Strafen wegen Fahrens ohne oder mit ungültigem Führerschein.

Waller (1967) sammelte Informationen über frühere Kontakte mit Gemeinde-Institutionen, insbesondere wegen Trinkproblemen von 150 Fahrern in angetrunkenem Zustand, 33 alkoholisierten, aber nicht arrestierten, in Unfälle verwickelte Fahrer, 117 nüchternen Unfallfahrern, 131 Fahrern mit Verkehrsregelverletzungen, 150 vorkommnisfreien Fahrern. Als Auslesekriterium für Problemtrinken galten zwei oder mehr frühere Arreste wegen Trinkens oder Identifikation als Problemtrinker durch die Institutionen. Es fand sich eine hohe Korrelation zwischen zwei und mehr Arretierungen wegen Trinkens und dem Eindruck von Problemtrinken. 87 % der angetrunkenen Fahrer waren den Institutionen bekannt. Waller (1969) (s. Smart und Waller, 1969, USA) glaubt zusammenfassend sagen zu können, dass die Unfallraten von Alkoholikern etwa doppelt so hoch sind wie die von Nichtalkoholikern. Die mittlere BAC bei Unfällen ist 150 mg/%, wobei das Risiko bei dieser Konzentration etwa 25-mal grösser sei als bei 0 BAC. Er schätzt, dass nur etwa 5 bis 10 % des Fahrens bei Alkoholikern unter solch hohen BAC-Werten stattfindet. Waller (1969) glaubt nach Analyse der Daten, dass Alkoholismus oder Problemtrinken in mindestens einem Drittel aller schweren oder tödlichen Verkehrsunfälle eine Rolle spielt. Zu dem Problem, ob die höhere Beteiligung von Alkoholikern an Unfällen auf deren höheren Blutalkoholgehalt oder auf sonstige Merkmale zurückzuführen sei, gibt es eine interessante Arbeit von Smith (1970). Er zog eine Zufallsstichprobe (N = 100) aus einer Population von wegen Trunkenheit am Steuer einsitzenden Personen in den USA, die er interviewte, und von denen er

Daten aus Strafregistern, Fahrberichten und Krankengeschichten sammelte. Er unterteilte danach die Population in solche, die nur dieses aktuelle Trunkenheitsdelikt aufwiesen und solche, bei denen mehrere Trinkprobleme vorlagen (z.B. Arbeitsausfälle, Blackouts, Ehescheidung aufgrund des Trinkens usw.). 74 % der Stichprobe wiesen eine multiple Trinkproblemsymptomatik auf. Nur solche Personen hatten Blutalkoholwerte von über 0.25 %, keiner von ihnen lag unter 0.12 %. Mit ansteigendem BAC stieg die Anzahl von Trunkenheitsdelikten und die Anzahl der Klinikeinweisungen wegen Alkoholproblemen. Daraus könnte man folgern, dass Problemtrinker oder Alkoholiker höhere BACs aufweisen und daher ein erhöhtes Verkehrsrisiko darstellen. Smart (1969) gibt einen Überblick über Untersuchungen der Unfälle trinkender Fahrer und meint, aus den Daten folgern zu können, dass die Fahrtüchtigkeit von Alkoholikern auch in nüchternem Zustand herabgesetzt ist und sie auch dann ein höheres Unfallrisiko haben. In einer Diskussion zwischen Smart und Waller (1969) kommt jedoch Waller aufgrund derselben Daten zu dem Schluss, dass Alkoholiker in nüchternem Zustand kein höheres Unfallrisiko haben. Zylman hat insbesondere aufgrund der Nachanalyse der Daten der gross angelegten Grand-Rapid-Studies in den USA (Borkenstein et al., 1964) beständig darauf hingewiesen, dass es für die Verkehrsdelikte unter Alkohol bestimmte Risikopopulationen gibt, nicht nur Alkoholiker (Zylman, 1968; 1970; Zylman et al., 1971).

Eine ausführlichere Darstellung des Problems Alkohol und Strassenverkehr würde hier zu weit führen. Interessierte seien hingewiesen auf die Arbeiten von

Aarvala (1970),
Alonso-Fernandez (1966),
Arner (1970),
Bacon (1968a, 1968b)
Bonnichsen et al. (1970)
Carpenter (1968)
Cosper (1968)

Hyman (1968),
Janiszewski (1968),
Kibrick und Smart (1970),
Leistner (1971),
Little (1968, 1970)
Perrin (1970),
Purdy (1971),
Reid (1968),
Schaub (1968),
Selzer et al. (1971),
Smart und Schmidt (1967),
Steigleder (1968),
Stumpfe und Eggert (1970),
Wagner (1969),
Waller (1970),
Zylman (1970, 1971),
Zylman und Bacon (1968).

Sie bieten sowohl einen Einblick in den gegenwärtigen Stand der Diskussion auf diesem Gebiet als auch Hinweise auf frühere Arbeiten. Eine umfassende Darstellung des Problems würde eine gesonderte Arbeit erfordern.

3.3.1.3. Arbeitsprobleme

Hier liegen nur sehr lückenhafte Berichte vor, da die meisten Probleme wohl intern in den Unternehmen abgehandelt werden. Am häufigsten genannt wurden folgende alkoholbezogenen Probleme:

- Arbeitseffizienz, qualitativ und quantitativ
- Arbeitsausfälle, Absentismus
- Arbeitsunfälle
- häufiger Stellenwechsel
- Invalidität infolge exzessiven Alkoholverbrauchs
- berufliche Abstiege bzw. mangelnde Aufstiege.

In gewissem Sinne wären hier auch die bei uns unter der Rubrik "spezielle Populationen" abgehandelten alkoholfreundlichen Berufe zu erwähnen. Trice, einer der Spezialisten auf dem Gebiet alkoholbezogener Arbeitsprobleme in den USA macht in einer Übersicht (1970) darauf aufmerksam, dass auf diesem Gebiet fast nur Untersuchungen über einfache Arbeiter vorliegen, nicht jedoch über Angestellte in höheren und leitenden Positionen. Das Ausmass der alkoholbedingten Mehrkosten kann daher kaum abgeschätzt werden, da z.B. ein leitender Angestellter mit alkoholbedingten Arbeitsproblemen einem Betrieb wahrscheinlich bedeutend mehr Schaden zufügen kann, wenn er nur als halbe Kraft zu rechnen ist, als ein einfacher Arbeiter. Weitere Übersichten und allgemeine Diskussionen der alkoholbezogenen Arbeitsprobleme finden sich für die neuere Zeit bei Maciver (1968), Thurber (1971), Zentner (1969).

3.3.1.3.1. Invalidität

Hudolin (1969): In Jugoslawien waren von etwa 18.000 Personen, die jährlich um Invalidenrente ansuchten, 1964 5 % Alkoholiker, 1967 11 %. Spicer (1969) verwendet ebenfalls die offiziellen jugoslawischen Daten, und zwar von 1964 - 66 und kommt auf einen Schnitt von 6,5 % Anteil Alkoholiker an Invaliden. 61 % waren bis zu einem Jahr behindert, 58 % vollständig. Stojiljkovic et al. (1969) untersuchten ebenfalls jugoslawische Invaliditätsfälle, und zwar eine Stichprobe von 6000 aus der Belgrader Gegend. 61 % von ihnen wurden als Alkoholiker identifiziert, sie waren vorher nicht als solche registriert.

3.3.1.3.2. Mangelnde Arbeitseffizienz

Nach Trice (1970) wird von den Vorgesetzten von Alkoholikern unter den einfachen Arbeitern immer wieder über deren mangelnde Arbeitseffizienz, sowohl quantitativ wie qualitativ geklagt. Schätzungen über die dadurch verursachten Kosten liegen unseres Erachtens nicht vor.

3.3.1.3.3. Arbeitsunfälle

Sie wurden bereits weiter oben bei den Unfällen allgemein abgehandelt. Bereits dort war abzulesen, dass Arbeitsunfälle unter Alkohol im Vergleich zu anderen Alkoholunfällen zahlenmässig relativ gering sind. Trice (1970) erwähnt eine Untersuchung von 1962, wonach Alkoholiker wenig Arbeitsunfälle haben, auch wenn die Zahl ihrer Unfälle auf anderen Gebieten stark erhöht ist. Er meint, der Alkoholiker wolle damit sich selbst beweisen, dass mit ihm alles stimmt.

3.3.1.3.4. Stellungswechsel

Der nach klinischen Eindrücken oft behauptete häufige Stellungswechsel des chronischen Alkoholikers ist nach Trice (1962 und 1970) empirisch nicht zu belegen. Er erwähnt eine Untersuchung, wonach Alkoholiker in einem Unternehmen 20 bis 30 Jahre lang treu blieben. Dies scheint aber kein einheitlicher Trend zu sein. Von 500 Alkoholikerpatienten in Belgrad, über die Vasev et al. (1968) berichten, hatten 87 % ihren Arbeitgeber mindestens einmal gewechselt und 48 % hatten die Stelle innerhalb derselben Organisation gewechselt. Besonders häufig, nämlich alle 10 Monate, hatten diejenigen ihren Arbeitsplatz gewechselt, die weniger als 5 Jahre im Berufsleben standen. Die Instabilität sei der Hauptgrund der niedrigen Bezahlung bei Alkoholikern gewesen. Auch die Arbeitslosigkeit in dieser Population sei vor allem auf Alkoholarbeitsprobleme zurückzuführen, wie Absentismus, Verspätung, Disziplinlosigkeiten.

3.3.1.3.5. Absentismus

Hudolin (1969) berichtet über ein Industrieunternehmen mit 1000 Arbeitern, unter denen sich 35 Alkoholiker befanden, die für 50 % der Arbeitsabwesenheit verantwortlich waren. Für ebenfalls 50 % der Fehlzeiten macht Hajdukowicz in einem polnischen Industrieunternehmen den Alkohol verantwortlich.

Untersuchungen von Observer und Maxwell (1959) und Trice (1965) weisen darauf hin, dass Alkoholiker in Arbeiterpositionen der Arbeit drei- bis fünfmal so häufig fernbleiben wie andere. Die Abwesenheit gehe häufig chronisch über längere Zeit und werde häufig nicht berichtet. Zu etwas niedrigeren Raten gelangten Pell und D'Alonzo (1970), die die Abwesenheitszeiten wegen Krankheit bei 764 angestellten Alkoholikern über ein Jahr (1965) mit denen einer Kontrollgruppe von 863 Personen verglichen. Bei den Alkoholikern gab es 984 Krankheitsfehlzeiten mit 9941 Arbeitsunfähigkeitstagen, in der Kontrollgruppe 569 Abwesenheiten mit 5046 Tagen. Im Durchschnitt fehlten jeweils soziale Probleme.

3.3.1.4. Ehe- und Familienprobleme aufgrund von Alkohol

sind schlecht dokumentiert. Wir fanden eine Analyse aus der Schweiz (Hedri, 1971) über 1350 Ehepaare aus relativ wohlhabenden Familien, die um Scheidung nachsuchten. 20 % von ihnen gaben Alkoholismus eines Partners als Hauptgrund an. Hedri spricht von "Wohlstandsehekrise".

3.3.1.5. Kriminalität

Abdel-Fattah und Raic geben einen Überblick von 82 Titeln über die einschlägige Literatur und weisen darauf hin, dass der Mechanismus des Zusammenhangs keineswegs geklärt ist.

3.3.1.5.1. Trunkenheitsarreste

Wie bereits oben angedeutet, ist in einigen Ländern schon Trunkenheit selbst strafbar, so z.B. in Finnland, Norwegen, Schweden, Dänemark (wobei allerdings noch Störverhalten hinzukommen muss), USA, Tschechoslowakei, wobei allerdings noch jeweils unterschiedliche Bestimmungen bestehen, und die Gesetze unterschiedlich streng oder lax gehandhabt werden. Jedenfalls scheinen für diese Länder Arretierungen wegen Trunkenheit z.T.

ein immenses Problem darzustellen. So wird z.B. aus den USA (Zax, 1964; Stern, 1967; Pittman, 1968) berichtet, dass diese Vergehen ein Drittel aller Arretierungen ausmachen (von Edstein, 1970, der über 46.600 Arretierungen in San Francisco registrierte, dass dieses Delikt 45 % aller Vergehen bei den Personen unter 60 Jahren und 82 % bei den Personen über 60 Jahren ausmacht. Den Kostenaufwand für dieses Problem schätzt Pittman, 1968 mit 100 Millionen Dollar jährlich.), aus Schweden (Collette, 1969), dass allein in einem Monat im Jahre 1969 2.205 Personen wegen Trunkenheit festgenommen wurden. In Norwegen (Kleppestö, 1969) kamen 1968 12,9 Trunkenheitsarreste auf 1000 Erwachsene, 1967: 13,3. In Finnland (Harvola, 1969) kamen 1968 43 Trunkenheitsarreste auf 1000 Personen über 15 Jahre, 1967: 45, in Dänemark (Madsen, 1969) im Jahre 1968 5,2 (Copenhagen 12,7) Trunkenheitsarrestierungen auf 1000 Personen über 15 Jahre. Besonders in den USA wurden die betreffenden Gesetze in den letzten Jahren häufig kritisiert, und Änderungsvorschläge unterbreitet (Hollister, 1970; Pittman, 1968; Warren, 1969), da der Aufwand in keinem Verhältnis zu dem Nutzen zu stehen scheint, den diese Gesetze in bezug auf Abwendung von Gefahr und Prävention grösserer Probleme bieten.

3.3.1.5.2. Andere Delikte

Medina (1970) erwähnt eine Untersuchung des Kriminologischen Instituts eines Männergefängnisses in Santiago de Chile, wonach ein Drittel aller kriminellen Delikte unter Alkohol begangen wurde. Bei 58 % dieser Straftaten handelte es sich um Mord, bei 28 um gewaltvollen Raub, bei dem Rest um Diebstähle und andere Delikte. Nach Lange und Trübsbach waren nach offiziellen Statistiken der DDR 1962 23 % und 1966 32 % aller Delikte von Jugendlichen unter Alkohol begangen worden. Pavlovic (1969), Jugoslawien, untersuchte 135 kriminelle Handlungen im Militär in den Jahren 1963 - 1968. 39 (= 29 %) hätten unter Alkohol stattgefunden. Tardif (1968) untersuchte 356 Personen in Kanada, die dort im Jahre 1964 wegen Gewalttätigkeitsdelikten verurteilt

worden waren. Das Ausmass an angerichteten Verletzungsschäden bei Personen, die Alkohol konsumiert hatten, war bei diesen erheblich grösser. Aus einer Untersuchung aus London (Gibbens und Silberman, 1970) an 7.404 Gefangenen aus drei Gefängnissen geht hervor, dass etwa die Hälfte all dieser Kriminellen schwere Trinkprobleme hatten, obwohl die meisten nicht wegen Trunkenheitsdelikten verurteilt worden waren. Nedoma et al. (1969), Tschechoslowakei, kamen bei der Untersuchung von 20 Inzesttätern sogar zu dem Schluss, dass 60 % von ihnen entweder aus sehr niedrigen sozialen Schichten kamen und/oder chronische Alkoholiker waren. Auch Marinkovic (1968) weist auf das hohe Vorkommen von Alkoholikern unter Inzesttätern in Jugoslawien hin. Davis et al. (1968) berichten über einen Anteil von 22 % Alkoholikern bei Scheckbetrügern. Es findet zur Zeit eine extensive Diskussion über die juristische Bewertung von Delikten unter Alkohol und Alkoholikern als Täter statt, insbesondere was deren Verantwortlichkeit für ihre Taten betrifft (Angyal und Halász, 1968; Blair, 1969; Holder, 1971a; 1971b; Jääskinen, 1971; von Keyserlingk, 1969; Kuhlmann, 1971; Lear, 1969; Lieb, 1968; Liebhardt, 1971; Marshall, 1968; Moore, 1966; Palmieri, 1970; Pogády, 1970; Stuchlík, 1970; Tao, 1969; Winter, 1971; U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1965).

3.3.2. Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern und Kulturen

Wiewohl Vergleiche von Trinkvolumen, Trinksitten und Alkoholproblemen bzw. Alkoholismusraten zwischen verschiedenen Ländern und Kulturen das Kernstück der soziokulturellen Theorien darstellen, hat es sich als äusserst schwierig erwiesen, auf diesem Gebiet exakte, vergleichbare empirische Daten zu erhalten. Viele der mit grosser Selbstverständlichkeit tradierten Behauptungen über das hohe oder niedrige Alkoholismuskommen in verschiedenen Ländern sind in letzter Zeit ins Wanken geraten. Die Situation ist zur Zeit sehr unübersichtlich. Zum Teil rührt die Verwirrung wahrscheinlich daher, dass je nach

Definition andere Dinge verglichen werden. So gelten z.B. die Italiener den Vertretern des Verbrauchsverteilungsmodells als Paradebeispiel für eine Nation mit besonders hohem Alkoholismusvorkommen, während sie sonst in der soziokulturellen Literatur immer als Paradebeispiel für eine Nation mit besonders niedrigem Alkoholismusvorkommen zitiert werden. Vertreter des Verbrauchsverteilungsmodells nehmen dabei Leberzirrhosesterblichkeitsraten als Alkoholismusindices (z.B. de Lint und Schmidt, 1971), Vertreter des soziokulturellen Modells im engeren Sinne verwenden lückenhafte Daten über soziale Schwierigkeiten aufgrund von Alkoholkonsum. Es besteht bis jetzt ein ausgesprochener Mangel an transkulturellen Untersuchungen, deren Daten mit denselben Methoden erhoben sind. Nur so aber liessen sich tatsächlich Vergleiche aufstellen. Nur in diesem Fall nämlich weiss man, ob man tatsächlich Vergleichbares gemessen hat. Die auf indirekten Wege erhobenen Daten kranken generell daran, dass sie via unterschiedlicher Selektion, Erfassung, Definition und Toleranz in den einzelnen Ländern mit einem nicht abschätzbaren Fehler behaftet sind. Wie wir im methodischen Teil gesehen haben, sind aber auch die moderneren direkten Methoden der Bevölkerungsbefragung selbst in den einfachsten Parametern so angelegt, dass sich bis jetzt keine auch nur annähernd exakten Vergleiche ziehen lassen. Sie lassen sich bis jetzt höchstens zur Erfassung der Probleme innerhalb der einzelnen Länder verwenden.

3.3.2.1. Anthropologische Feldstudien

Sie umfassen meist irgendwelche kleinen Volksstämme und stellen mehr oder minder direkte Beobachtungen des Trinkverhaltens, des sozialen und situativen Settings und der Trinkpathologien dar. Innerhalb der einzelnen Stämme sind zwar die Faktoren relativ gut überblickbar und die Ergebnisse für irgendeine Theorie heranzuziehen, untereinander aber sind diese Studien meist überhaupt nicht vergleichbar und schon gar nicht übertragbar auf Gesellschaften wie die unsere. Als erwiesen kann

sicher gelten, dass die Akkulturation bei vielen ein Ansteigen der Alkoholprobleme zur Folge hat. Um einen kurzen Eindruck zu vermitteln, zählen wir im folgenden einige dieser Untersuchungen aus den letzten Jahren auf.

Midgley (1971): Drinking and attitudes toward drinking in a Muslim community.

Lobban (1971): Cultural problems and drunkenness in an Arctic population.

Westermeyer (1970): Alcohol related problems among Ojitsway people in Minnesota: a social psychiatry study.

Kunitz (1970): Navaja drinking patterns.

Maynard (1969): Drinking as part of an adjustment syndrome among Oglala Sioux.

Lomnitz (1969): Función del alcohol en la sociedad Mapuche.

Barry (1969): Cross-cultural research with matched pairs of societies

Hamer (1969): Guardian spirits, alcohol and cultural defense mechanisms. (Forest Potawatomi Indianer)

Westermeyer (1971): Use of alcohol and opium by the Neo and Naos.

Irgens-Jensen (1970): The use of alcohol in an isolated area of Northern Norway.

Robbins (1969): Drinking patterns and acculturation in rural Buganda

Kearney (1970): Drunkenness and religious conversion in a Mexican village.

Korochantsev (1969): What the Bamileke chiefs agreed on.

Lubart (1969): Field study of the problems of adaptation of Nachensic Delta Eskimos to social and economic change.

Lomnitz (1969): Patrones de ingestión de alcohol entre emigrantes mapuches en Santiago.

Lomnitz (1969): Patterns of alcohol consumption among Napuche.

Es gibt auf diesem Gebiet auch transkulturelle Untersuchungen, in denen ganze Gesellschaftssysteme, Gesellschaftscharaktere, Trinksitten und Trinkprobleme verglichen werden, so die frühe Studie von Horton (1945) und der Vergleich von 159 primitiven Gesellschaften von Child, Bacon und Barry (Child, Bacon und

Barry, 1965; Bacon, Barry, Child und Snyder, 1965; Barry, 1965; Bacon, Barry und Child, 1965; Barry, 1969). Auch Field's (1972) transkulturelle Analyse ist hierher zu rechnen. Child, Bacon und Barry liessen die verschiedenen primitiven Gesellschaften von zwei Beurteilern hinsichtlich 49 Variablen einstufen. Wir können kaum abschätzen, wie stark die Übereinstimmung der Urteile aus theoretischer Voreingenommenheit resultiert. Jedenfalls dürfte die unterschiedliche Beobachtungsfähigkeit von einer solchen Aufgabe bei weitem überfordert sein. Die Ergebnisse, wie z.B. dass die Trunkenheitsfrequenz mit niedriger analer Sozialisationsangst zusammenhängt, sind praktisch nicht überprüfbar und schon gar nicht auf komplexe Gesellschaften übertragbar.

3.3.2.2. Vergleichsdaten komplexer Gesellschaften

Systematische Datensammlungen existieren bis jetzt nur für Prokopfverbrauchsdaten und Todesfälle an Leberzirrhose.

Unseres Wissens bestehen über alle sonstigen Probleme keine systematischen, viele Länder umfassenden Vergleichsdaten. Es wäre möglich, systematische Gegenüberstellungen auch von allen oben referierten Alkoholproblemen zu geben. Wir verzichten aber darauf, da wir solche Vergleiche wegen der unterschiedlichen Erhebungsmethoden in den einzelnen Ländern für irreführend halten. Auch die Repräsentativerhebungen, die in jüngster Zeit in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden, lassen bis jetzt kaum rechnerische Vergleiche zu. Wie oben dargestellt, sind dafür die Messmethoden zu unterschiedlich. Ansonsten existieren über die einzelnen Länder mal diese, mal jene Daten. Trinksitten werden meist in aphorisierte Manier, nach Art der anthropologischen Feldstudien geschildert.

3.3.2.2.1. Vergleiche aufgrund indirekter Methoden

Wir geben im folgenden eine neuere Tabelle von de Lint und Schmidt (1971) wieder, in der die Anzahl der Alkoholiker pro Land

enhand der Lederman'schen Methode geschätzt wurde. Ausserdem sind die Leberzirrhosesterblichkeitsraten wiedergegeben, die bei der Jellinek'schen Methode verwendet wurden.

Tab. 3.5.

TABLE 2. ANNUAL PER DRINKER CONSUMPTION IN LITRES OF ABSOLUTE ALCOHOL, ESTIMATED RATES OF DRINKERS IN EXCESS OF A DAILY AVERAGE OF 15 CL. OF ABSOLUTE ALCOHOL AND RATES OF DEATH FROM LIVER CIRRHOSIS

Country	Per Drinker Consumption (1966 or 1967) ¹	Estimated Rates of Drinkers in Excess of a Daily Average of 15 cl. of Absolute Alcohol per 100,000 Population Aged 15 and Older ²	Rate of Death from Liver Cirrhosis per 100,000 Population Aged 15 and Older (1963, 1964, or 1965) ³
France	25.9	3105	17.3
Italy	20.0	3077	27.3
Portugal	19.5	5632	12.7
Spain	17.1	1635	24.3
Austria	16.0	1212	35.0
W. Germany and W. Berlin	16.0	3973	26.7
Switzerland	15.3	3601	19.7
Luxembourg	12.5	2953	31.2
Hungary	12.4	2652	12.9
U.S.A.	12.0	2193	13.4
C.S.S.R.	11.3	2675	13.1
Canada	11.1	2272	19.6
England and Wales	10.9	1956	3.7
Rep. of Ireland	10.9	1946	1.5
Denmark	9.3	1313	10.2
Belgium	9.3	2652	12.9
Poland	9.0	1752	3.6
Sweden	8.3	1515	7.9
Netherlands	7.7	1156	4.9
Finland	5.9	915	4.6
Norway	5.9	915	4.7

¹ Alcohol consumption data were taken from the 1968 Annual Report of the Dutch Distillers' Association (42).

² The numbers of drinkers in excess of a daily average of 15 cl. of absolute alcohol were tabulated on the basis of data provided in J. Highland and S. Scott, "Alcohol consumption tables: an application of the Lederman equation to a wide range of consumption averages" (50).

³ Demographic Yearbook of the United Nations, 1966 (31).

North America and the United Kingdom no relationship was found in time or space between per capita consumption and the number of public drinking places. Whether these observations are attributable to a recent trend towards home consumption, to an increase in the size of public drinking places, or to some other factor, is not clear.⁴ At any rate, in areas such as rural Finland where public outlets are quite rare, the introduction of government stores for beer and wine led to marked increases in the sales of these beverages.⁵ More recently the Danish Government allowed beer to be sold in a wide variety of stores and eating places. Within a year after the introduction of this measure alcohol consumption increased approximately 50 per cent.^{6,7}

3.3.2.2.2. Transkulturelle Untersuchungen

Bei der Durchsicht der Literatur waren folgende transkulturelle Arbeiten zu finden, die mit denselben direkten Methoden Populationen in verschiedenen Ländern untersuchten. In den skandinavischen Hauptstädten wurde eine Fragebogenerhebung zum Trinkverhalten (Quantität und Frequenz) bei Jugendlichen durchgeführt (Bruun und Hauge, 1963; Bruun, 1965; Bruun, 1967). Bei der Nachuntersuchung ergab sich, dass zwar in Helsinki, Oslo und Stockholm das Alter und die Art des Getränks bei Trinkbeginn mit der späteren Trinkfrequenz korrelierte, nicht aber in Copenhagen, was von Bruun darauf zurückzuführen ist, dass Trinken in Dänemark keine Frage der Moral darstellt. Im übrigen ergaben sich verblüffend ähnliche Ergebnisse in den einzelnen Ländern. Park (1962) verglich Untersuchungen von finnischen und englischen Alkoholikern mit dem Fragebogen von Jellinek (1952) zum phasisch festgelegten Verlauf des Alkoholismus mit über 100 chronologisch geordneten Items. Die englischen Patienten hatten früher regelmässig zu trinken begonnen. Park und Whitehead liessen verschiedene Samples amerikanischer und finnischer Alkoholiker eine Kurzfassung des Jellinek'schen Fragebogens mit 63 Items beantworten. Es stellte sich heraus, dass eine Symptomabfolge, wie Jellinek sie fand, eher für die amerikanischen als für die finnischen Alkoholiker zutraf. Die kulturellen Unterschiede fanden sich besonders in der Reihenfolge des Auftretens verschiedener Problemdimensionen (soziale Probleme, Präokkupation mit Alkohol, wirtschaftliche Probleme und familiäre Probleme). Für die chronologische Reihenfolge der Symptome innerhalb jeder Dimension ergaben sich für die beiden Länder zum Teil sehr gute Übereinstimmungen. Soziale und familiäre Probleme ergaben sich jedoch bei den amerikanischen Samples eher als bei den finnischen, während sich bei den Finnen die wirtschaftlichen Probleme eher einstellten. Diese Untersuchung erscheint uns insofern besonders relevant, als sie von dem üblichen Vorgehen, lediglich

Alkoholismusraten und deren Kulturabhängigkeit aufzuweisen, abweicht und deutlich macht, dass sich je nach Kultur unterschiedliche Alkoholismuskonzepte und Verlaufsformen anbieten. Die Ergebnisse sind auch insofern bemerkenswert, als sie erkennen lassen, dass wir die Ergebnisse der Alkoholismusforschung, deren Hauptanteil aus den USA stammt, nicht unbesehen auf deutsche Verhältnisse übertragen können. Um eine direkt vergleichende transkulturelle Studie handelt es sich auch bei der schon mehrfach erwähnten Untersuchung von Jessor et al. (1970). Diese Autoren befragten männliche junge Erwachsene in Italien und den USA bezüglich bestimmter Trinkparameter und führten Persönlichkeitsuntersuchungen durch, und erhielten folgende Ergebnisse: Die Stichproben unterscheiden sich nicht bezüglich des Trinkvorkommens insgesamt (gemessen an einem Quantitäts-Frequenz-Index), nur wenn man den Weinkonsum allein betrachtete, erhielten die Italiener höhere Werte. Dagegen bestanden Unterschiede hinsichtlich der Trunkenheitsfrequenz. Hier lag das amerikanische Sample signifikant höher. Bezüglich der Sozialisation des Trinkverhaltens zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede: die Italiener hatten in einer früheren Altersstufe mehr oder weniger regelmässig zu trinken begonnen. Sie hatten häufiger mit Wein zu trinken begonnen, in einer grösseren Anzahl der Fälle waren bei den Italienern bei den ersten Trinkerfahrungen die Eltern zugegen als bei den Amerikanern. Diese Ergebnisse stimmen mit früheren Gegenüberstellungen von amerikanischem und italienischem Trinkstil (Lolli et al, 1958) überein. Ausserdem konnte nachgewiesen werden, dass nur bei den Amerikanern, nicht bei den Italienern, eine signifikante Korrelation zwischen bestimmten Persönlichkeitsvariablen und Trinkparametern bestand, was wir in einem späteren Abschnitt ausführlicher darstellen werden. Ausserdem gibt es noch eine transkulturelle Untersuchung von Sargent (1971), die in ihre Quantitäts-Frequenz-Befragung bei Studenten ausser verschiedenen australischen Einwanderungsgruppen auch eine japanische Gruppe einschloss. Die Japaner, die eine soziale Alkoholdefinition haben, hatten im Vergleich

zu den australischen Gruppen einen sehr geringen Prozentsatz an Personen, die grosse Mengen Alkohol trinken. Der transkulturelle Vergleich von strukturellen Charakteristika des Gruppentrinkens in Lokalen von Csikszentmihalyi (1968) ist lediglich eine historische und impressionistische Analyse

3.3.2.2.3. Ergebnisse aus einzelnen Ländern

Wir können hier nur kurze Hinweise und Literaturverweise geben, da eine detaillierte Darstellung des Trinkverhaltens und der Alkoholprobleme in jedem einzelnen Land wohl den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Wir haben jedoch das nächste Unterkapitel, das die Unterschiede nach demographischen Merkmalen darstellt, auch geographisch geordnet, so dass von daher ein breiterer Einblick in kulturelle und nationale Unterschiede gewährt wird. Die Anzahl von Berichten aus den einzelnen Ländern kann keineswegs als Indikator für das Ausmass der Probleme in diesen Ländern genommen werden. So sind zum Beispiel die Verhältnisse in Finnland exzellent dokumentiert, wiewohl es nur ein sehr geringes Alkoholismusvorkommen hat, während andererseits über Frankreich nur sehr vereinzelte Daten vorliegen, obgleich - soweit aus diesen bis jetzt ersichtlich - Alkoholismus dort eines der grössten nationalen Probleme überhaupt darstellen dürfte.

Vereinigte Staaten von Amerika und Kanada: Über die USA sind wir relativ gut durch Feldstudien (Zax et al., 1967; Jones und Helrich, 1972) und Bevölkerungsbefragungen orientiert, mit denen dort relativ früh begonnen wurde. Zu nennen sind hier vor allem die Arbeiten von Mulford und Mitarbeitern (Mulford und Miller, 1960a, b, 1963; Mulford, 1964), Knupfer und Mitarbeitern (Knupfer et al., 1963; Knupfer, 1967, 1970) und der Forschungsgruppe Cahalan, Cisin und Crossley (Cahalan und Cisin, 1967; Cisin und Cahalan, 1968; Cahalan et al., 1968, 1969; Cahalan, 1970; Cahalan und Room, 1972).

Ausserdem erscheinen fast jährlich Dokumentationen vom National Institute of Mental Health. Einen ausgezeichneten Überblick vermittelt auch Plaut, 1967. Übereinstimmend werden gut 30 % der erwachsenen amerikanischen Bevölkerung als alkoholabstinent eingestuft. Nach der jüngsten amerikanischen Repräsentativbefragung sind 32 % der Bevölkerung über 21 Jahre abstinent, 15 % gehören zu den infrequenten Trinkern, 41 % zu den mässigen Trinkern, 12 % sind unter die starken Trinker einzureihen. Die Bedeutung dieser Klassifikation ist im methodischen Teil dargestellt. Der typische amerikanische Problemtrinker weist folgende demographischen Merkmale auf: männlich, mehr als 25 Jahre, niedriger sozioökonomischer Status, Stadtbewohner, Mobilität von ländlichen Gebieten oder Kleinstädten in Grossstädte, Trennungen in der Herkunftsfamilie, Katholik oder liberaler Protestant, Nicht-Kirchenbesucher, ledig oder geschieden. In diesen Bevölkerungsgruppen werden die höchsten Raten alkoholbezogener Probleme gefunden. Die Zahl der Alkoholiker in den USA wird gewöhnlich mit 5 Millionen geschätzt. In Kanada werden neuerdings epidemiologische Untersuchungen von der Addiction Research Foundation in Toronto durchgeführt, vor allem von de Lint, Schmidt und Whitehead (de Lint und Schmidt, 1968; Schmidt und de Lint, 1969, 1970; Whitehead, 1971). Die Verhältnisse in Kanada scheinen denen in den USA weitgehend zu ähneln.

Deutschsprachige Länder - BRD, DDR, Schweiz und Österreich: Wir konnten über diese Länder kaum epidemiologische Studien finden. Aus der BRD gibt es die Umfrage von Wieser (1968) bei einer repräsentativen Stichprobe der Bremer Bevölkerung und eine Befragung von Grüntzig und Blohmke (1970) bei 40- bis 50-jährigen Beschäftigten der Städtischen Betriebe Heidelbergs. Ausserdem liegt eine Veröffentlichung von Jüngling (Erscheinungsjahr unbekannt) vor, die eine ziemlich lückenhafte epidemiologische Feldstudie über die Alkoholismusverbreitung auf dem Lande darstellt. Weiter fanden wir eine Arbeit von Schmidt (1966), der Prokopfverbrauchsdaten in

Westberlin darstellt und eine Aufschlüsselung der demographischen Merkmale offiziell erfasster Alkoholiker in dieser Stadt gibt. Wie Schmidt hervorhebt, lässt sich für die BRD wie auch für Westberlin "keine gesicherte Aussage über die Zahl der Alkoholkranken machen. Es gibt keine einheitliche Fassung, keine einheitliche Aktenführung, keine gesonderte Alkoholkrankenfürsorge und damit auch keine gesicherte Gesamtstatistik". Das gerade erschienene Buch von Wieser (1973) über eine Befragung in der gesamten BRD konnte für diesen Bericht noch nicht berücksichtigt werden. Aus der Untersuchung in Bremen (1968) geht hervor, dass von der Bevölkerung dort 24 % täglich trinken, 37 % ein- bis zweimal wöchentlich, 18 % ein- bis zweimal im Monat, 20 % ein- bis zweimal im Quartal oder seltener. Über Quantität und Vorkommen von Trinkproblemen wurden leider keine Fragen gestellt. Von der Heidelberger Stichprobe gaben 66 % an, täglich zu trinken, 7,6 % waren unter die Nicht-Trinker zu rechnen. Es wurden im Durchschnitt 252,8 Gramm absoluter Alkohol pro Woche getrunken. Ausser einigen medizinischen Daten wurden auch in dieser Untersuchung keine Alkoholprobleme erfasst. Fischer (1950) untersuchte den Gesundheitszustand von 1958 Schulkindern des südbadischen Weinbaugebiets am Kaiserstuhl. Dort erhalten die Kinder bereits mit dem zweiten Lebenstag den ersten Wein. Der Gesundheitszustand war altersentsprechend ohne spezifische Schädigungen. Soweit uns bekannt, liegen über die BRD ansonsten nur Publikationen aus einzelnen Kliniken vor. Insbesondere gibt es keine detaillierte Studie über Trinkverhalten bei Alkoholikern und in der Allgemeinbevölkerung. Wir wissen nicht, was in der BRD in bezug auf Trinkverhalten als normal angesehen wird, was positiv oder negativ sanktioniert wird, oder wie der Übergang von normalem zu abweichendem Trinkverhalten aussieht. Die wenigen transkulturellen Untersuchungen sollten uns jedoch warnen, die in Fülle vorliegenden Daten aus anderen Ländern einfach auf die BRD zu übersetzen. Es mag sein, dass bei uns der Alkoholismus anders verläuft als in anderen Ländern. Aus der DDR fanden wir ausser Klinikberichten nur eine Umfrage zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen

(Kneist und Petermann, 1963). Einen Überblick über einen Teil der offiziell erfassten Alkoholikerpopulation in diesem Land gibt von Kevserlingk (1959). Aus Österreich gibt es eine unsystematische Beobachtung des Trinkverhaltens von Honigmann (1963), aus der Schweiz eine Befragung zum Trinkverhalten bei Alkoholikern von Devrient und Lolli (1962). Berichte aus einzelnen Kliniken liefern widersprüchliche Ergebnisse in bezug auf die Alkoholismusprävalenz: Bleuler (1971) liefert Daten, die für eine enorme Zunahme der gesundheitlichen Alkoholprobleme von der Kriegszeit bis 1969 sprechen. Battegay und Rauchfleisch (1971) fanden in der Baseler Klinik dagegen eine stetige Abnahme der Alkoholismuseinweisungen von 1956 bis 1969.

Grossbritannien und Irland: Aus England gab es bis in jüngster Zeit nur einige Alkoholismusprävalenzuntersuchungen in der Bevölkerung mittels Feldstudien (Parr, 1957; Moss und Beresford-Davies, 1967) und in speziellen Gruppen Glatt und Whiteley, 1956; Rose und Glatt, 1961; Cook et al., 1969). Direkte Erhebungen über Trinkverhalten und Trinkprobleme gibt es erst aus den letzten Jahren: eine Untersuchung von Orford und Postoven (1970) an Universitätsstudenten und die Bevölkerungsbefragung in einem Londoner Vorort von Edwards und Mitarbeitern (1972). Nach der letztgenannten Untersuchung sind dort 17 % der Männer und 36 % der Frauen abstinent oder fast abstinent, 9 % der Männer und 20 % der Frauen zählen zu den selten und mässig Trinkenden, 27 % der Männer und 6 % der Frauen zu den mässigen Trinkern, 25 % und 28 % zu den häufig aber mässig Trinkenden und 14 % der Männer (0 % der Frauen) zu den starken Trinkern. (Die Bedeutung der Kategorien ist im methodischen Teil dieser Arbeit erklärt.) 6 % der Männer sind als Problemtrinker zu bezeichnen, d.h. sie gaben mehr als fünf Probleme aufgrund des Trinkens an. Die Autoren schätzen, dass von den Problemtrinkern etwa 20 % als alkoholabhängig zu bezeichnen sind. Nach einer Übersicht von Walsh (1968) beträgt die Ersteinweisungsrate wegen Alkoholismus auf 100.000 der Gesamtbevölkerung in England und Wales 3,6 bei den Männern

und 1,0 bei den Frauen, in Schottland 20,6 bei den Männern und 3,3 bei den Frauen, in Dublin (Irland) 40,2 bei den Männern und 7,8 bei den Frauen. Das legendär hohe Alkoholismusvorkommen der Iren wird jedoch neuerdings bestritten (Lynn, 1970). Wie bereits aus der obigen Tabelle ersichtlich, liegt Irland nach Prokopfverbrauchsdaten und Leberzirrhoseraten niedrig im Vergleich zu anderen Ländern. Ebenso verhält es sich bei den Todesraten und Trunkenheitsdelikten. In ähnlicher Weise umstritten sind die Verhältnisse in Schottland (Whittet, 1970).

Skandinavische Länder: Die skandinavischen Länder, insbesondere Finnland, sind unter die führenden Länder auf dem Gebiet der Alkohol- und Alkoholismusforschung zu rechnen, was vor allem der Finnish Foundation of Alcohol Studies zu danken ist. Übersichten für skandinavische Länder insgesamt finden sich bei Bruun (1967) und Kjolstad (1970). Spezifisch über Finnland informieren Ekholm (1968), Achté et al. (1969), Immonen, 1967, 1969), Kiviranta, (1969), Alha und Tamminen (1970), Achté et al. (1971), über Finnland und Dänemark Ahlström-Laakso, (1969), über Dänemark Hadsen (1969) und über Norwegen Wallace (1972). Zu Finnland, Schweden und Norwegen gibt es einen speziellen Trinkstil mit speziellen Trinkproblemen, was empirisch erwiesen ist. Prokopfverbrauch und Alkoholabhängigkeit sind niedrig. Etwa ein Drittel der jeweiligen Bevölkerung lebt völlig alkoholabstinent, ein weiteres Drittel trinkt sehr mässig, so dass sich der Alkoholverbrauch auf das restliche Drittel konzentriert. Es wird gewöhnlich sehr selten getrunken und Trinken ist hauptsächlich ein Wochenendphänomen. Allerdings werden dann sehr grosse Quantitäten getrunken. Nach Bruun (1967) nehmen 43 % der finnischen trinkenden Männer im Durchschnitt mehr als $7,5 \text{ cm}^3$ absoluten Alkohol pro Trinkgelegenheit und etwa 17 % mindestens 15 cm^3 absoluten Alkohol pro Gelegenheit (was einer halben Flasche Wodka entspricht) zu sich. Das Hauptalkoholproblem dieser Länder, insbesondere Finnlands, ist die Trunkenheit, die dort charakteristischerweise mit erheblich aggressivem Verhalten verbunden ist, was gewöhnlich historisch erklärt wird. In Dänemark ist der Alkoholkonsum allgemein

verbreiteter, es gibt weniger Abstinenzler, es gibt keine solchen Extremverteilungen. Dänemark hat sich hauptsächlich infolge legislativer Massnahmen in den letzten 50 Jahren von einem Land, wo vor allem Spirituösen getrunken wurden, in ein Land der Biertrinker gewandelt, während in den übrigen skandinavischen Ländern immer noch der Spirituosenkonsum bei weitem überwiegt.

Frankreich, Italien und Spanien: Diese Länder zeichnen sich dadurch aus, dass die Alkoholproduktion, insbesondere der Weinanbau, einen wesentlichen wirtschaftlichen Faktor darstellt, der Wein sehr billig und das Trinken sehr verbreitet ist. Eine Tendenz der Problematisierung macht sich erst in den letzten Jahren bemerkbar. Es liegen bis jetzt relativ wenig Forschungsergebnisse vor. Einen Eindruck vermitteln für Frankreich Anderson (1968), Bresard (1969), Fréour et al. (1969), Fleck (1970), Elein (1970), für Italien Bernocchi (1961), Vercelotti und Vanini (1968), Carrasco (1968), Dibiasi (1969), für Spanien Rojas Ballesteros und Rojo Sierra (1965), Alonso Fernandez (1970). Der immer wieder beschriebene italienische Trinkertic zeichnet sich dadurch aus, dass in grosser Frequenz aber geringer Quantität getrunken wird, und zwar hauptsächlich zu den Mahlzeiten. Charakteristisch ist weiterhin, dass Kinder früh an Alkohol gewöhnt werden. In Frankreich soll die Meinung vorherrschen, dass Alkohol muskelstärkend und zur Erhaltung der Gesundheit nötig sei. Alkoholismus verläuft in diesen Ländern wahrscheinlich zum grössten Teil unerkannt. So ermittelten Sadoun und Lolli (1962) in Frankreich bei einer Umfrage 120 Alkoholiker, von denen nur 6 % je eine Behandlung erfahren hatten. Eine Behandlung kommt wahrscheinlich meist erst bei groben Auffälligkeiten wie Alkoholpsychosen infrage. Klinikberichte (Riva, 1964; Municchi, 1967; Maddedu et al., 1968) sprechen von einer ständigen Zunahme der Alkoholismuseinweisungen in Italien. Die Schätzungen der Alkoholismusprävalenz in der Gesamtbevölkerung zeigen starke regionale Differenzen: von 0,26 % in Trapani bis 40 - 50% in Varese, Norditalien (Maddedu et al., 1968).

Jellinek's (1960) Typologie entstand hauptsächlich aufgrund der beobachteten Unterschiede zwischen Amerikanern und Franzosen bzw. Italienern. Angeblich entsteht bei den letztgenannten Nationen hauptsächlich die Form des Gewohnheitsalkoholismus mit der Unfähigkeit vom Alkoholtrinken abzusehen ("inability to abstain"), während in den USA der Alkoholismustyp mit Kontrollverlust ("inability to stop") typischer ist.

Ostblockländer: Über manche Länder sind schwer Informationen zu erhalten, da entweder Daten nicht vorliegen oder nicht veröffentlicht werden. Einen Überblick gibt Chafetz (1962). Viele epidemiologische Informationen liegen aus Jugoslawien vor (Bosnjak, 1963; Cuk, 1963; Hudolin, 1969; Kapamadzija und Backovic, 1969; Novakovic, 1969; Stoliljkovic und Jovanovic, 1969; Kapamadzija und Backovic, 1970; Massignan, 1970; Petrovic et al., 1970; Stoliljkovic, 1970). Es wird einheitlich von einem enormen, rapide ansteigenden Alkoholproblem berichtet. Nach verschiedenen epidemiologischen Studien sind 14 - 22 % aller Männer zwischen 20 und 50 Jahren Alkoholiker (Hudolin, 1969). Auch hier wird bereits Kindern Alkohol gegeben, im Glauben an dessen gesundheitlichen Wert (Stoliljkovic und Jovanovic, 1969; Kapamadzija und Backovic, 1970). Aus Ungarn (Orthmayr, 1969; Buda, 1970; Nagy, 1970), Bulgarien (Chichkova, 1969), Polen (Moczarski, 1969; Sidorowicz, 1969), der Tschechoslowakei (Skala, 1970, 1971) und der UdSSR (Efron, 1960; Lustig, 1960) liegen bis jetzt auf epidemiologischem Gebiet wohl nur Klinikstatistiken vor.

Andere Länder: Neuerdings werden qualifizierte epidemiologische Datensammlungen und soziokulturelle Untersuchungen auch in Australien, Japan und Lateinamerika, vor allem Chile, angestellt. Aus Australien liegt bereits eine Befragung der Allgemeinbevölkerung vor, die den Ruf der Australier als grosse Alkoholkonsumenten bestätigt (Encel und Kotowicz, 1970; Encel et al., 1972). Es wurden 48 % der Männer und 15 % der Frauen als "starke Trinker" eingestuft, 19 % und 12 % als mässig-frequente

7 % und 12 % als mässig-seltene, 6 % und 14 % als leichte-frequente, 11 % und 29 % als leichte-infrequente Trinker, 11 % und 29 % als Abstinente (Erklärung der Kategorien im methodischen Teil). Einen Überblick über epidemiologische Daten aus Lateinamerika geben Saavedra und Mariategui, (1967) und Negrete, (1969), speziell über die chilenischen Verhältnisse Camus-Gundian (1968), Romero (1969), Marconi (1969), Bailly-Salin (1970). Die Alkoholprobleme haben hier wohl zum Teil ein beträchtliches Ausmass. Es liegen aber noch keine Ergebnisse aus direkten Untersuchungen vor.

In Japan dagegen wurden ansatzweise bereits direkte Befragungen von Bevölkerungsstichproben vorgenommen (Sargent, 1967; Ando und Hasegawa, 1970; Hirayama et al., 1970). Aus Israel fanden wir lediglich einen Bericht (Shuval und Krasilowsky, 1963). Er bestätigt die niedrige Alkoholprävalenz bei den Juden. In ganz Israel wurden in den Jahren 1961 und 1962 nur 25 Alkoholiker aufgefunden.

3.3.3. Alkoholkonsum und Alkoholprobleme in bestimmten Bevölkerungsgruppen

Es existiert eine ungeheure Fülle von Untersuchungen, in denen unterschiedliche Problemraten bei unterschiedlichen sozialen Gruppen festgestellt wurden. Die am häufigsten verwendeten sozialen Merkmale, mit denen Alkoholprobleme in Beziehung gesetzt werden, sind Geschlecht, Alter, Schicht oder Status, Familienstand, Rasse und ethnische Herkunft, Religionszugehörigkeit. Die wenigsten dieser Untersuchungen weisen irgendwelche Beziehungen zu theoretischen Konzepten auf. Sie entstanden zumeist nicht als im vorhinein geplante, kontrollierte Untersuchungen, sondern stellen eine Analyse sowieso vorhandener Daten dar. Der simpelste und häufigste Type dieser Art besteht in der Analyse von sozialen Primärdaten (wie eben: Geschlecht, Alter usw.), wie sie routinemässig in Krankengeschichten erfasst werden. Wir haben es also meist mit Prävalenzuntersuchungen behandelte oder zumindest offiziell erfasster Fälle zu tun. Das untersuchte

Problem, dessen Prävalenz gemessen wird, wird meist global mit "Alkoholismus" bezeichnet, wobei man sich nach den von anderen vorgenommenen Diagnosen richtet. Beigefügt sind gewöhnlich zeitkritische oder common sense-Sentenzen, die die unterschiedlichen Raten erklären sollen. Am häufigsten findet sich ein Verweis auf differentielle soziale Normen, die mit unterschiedlichen sozialen Positionen und Rollen verbunden sind. Jedoch sind meist auch alle anderen oben skizzierten theoretischen Konzepte möglich. Die Bedeutung dieser Untersuchung liegt mehr darin, auf die Korrelation von Trinkverhalten und Trinkproblemen mit sozialen Daten hinzuweisen, Risikopopulationen aufzuweisen und, bei den differenzierten ihrer Art, festzustellen, worin genau die Unterschiede liegen. Ausserdem gibt es bestimmte Populationen, deren Alkoholverhalten immer wieder das Interesse auf sich zog, teils weil man sie für besonders wichtig hält in bezug auf die weitere Entwicklung und die Prävention (wie z.B. Kinder, Jugendliche und Adoleszenten), teils weil sie schon aus der Alltagserfahrung besonders alkoholgefährdet scheinen (wie die Skid-Row-Bewohner in Amerika, Tuberkulosekranke usw.). Auffallend wenig findet sich hier über die Zugehörigkeit zu bestimmten alkoholfreundlichen Berufen, obgleich jedem Kliniker, zumindest in Deutschland, bekannt ist, dass Berufe der Alkoholverarbeitung und des Alkoholverkaufs sowie bestimmte andere Berufe mit festen speziellen Trinknormen (z.B. Bauarbeiter) eine ganz bestimmte Alkoholgefährdung aufweisen. Wir sind in folgenden so vorgegangen, dass wir die meisten Ergebnisse der Forschung auf diesem Gebiet nach einzelnen Merkmalen tabellarisch geordnet haben. Wir haben die Arbeiten weiter geographisch (nach dem Land, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde) und chronologisch geordnet. Dabei haben wir insbesondere darauf geachtet, alle frühen Untersuchungen und alle aus den letzten Jahren zu erfassen um etwaige Entwicklungstendenzen sichtbar zu machen. Alle in diesem Kapitel folgenden Tabellen sind wie folgt angeordnet: Autor, Land, Erscheinungsjahr, untersuchte Population, Grösse der Population,

untersuchtes Problem, Unterschiede nach dem betreffenden demographischen Merkmal. Soweit es möglich war, haben wir die Zahlenangaben vereinfacht, z.B. in Prozente oder Proportionen umgerechnet.

3.3.3.1. Geschlecht

In praktisch allen gegenwärtigen Gesellschaften lässt sich eine bemerkenswerte Geschlechtsspezifität hinsichtlich des Alkoholkonsums und damit verbundener Probleme feststellen. Auf eine grobe Formel gebracht, könnte man sagen: alle bisherigen Untersuchungen - und das sind eine ganze Menge - haben erbracht, dass Alkoholkonsum und Alkoholismus bei Männern verbreiteter und ausgeprägter ist als bei Frauen. Neuere Untersuchungen haben / ausserdem ergeben, dass Trinkmuster und Problemmuster bei Männern und Frauen unterschiedlich sind. Die Zahlen zur Geschlechtsproportion schwanken allerdings beträchtlich, je nach Art der untersuchten Population und je nach Trink- oder Problemedefinition, und je nach der Erfassung der Interaktion mit anderen Variablen. Wir führen hier zunächst Ergebnisse einiger der neueren Befragungen detailliert auf, um einen Eindruck vom neuesten Stand der Forschung auf diesem Gebiet zu vermitteln, während wir die übrigen Ergebnisse tabellarisch anfügen.

Ergebnisse der amerikanischen Repräsentativbefragung von Cahalan et al. (1969): Mehr Frauen (40 %) als Männer (23 %) trinken weniger als einmal im Jahr. Kombinierte Frequenz/Quantitätsindizes: Mehr Männer (21 %) als Frauen (5 %) sind starke Trinker. Bei den Frauen, die trinken, überwiegt das infrequente und leichte bis mässige Trinken. Diese Unterschiede sind in allen Altersgruppen und allen Schichten feststellbar, wenn sie auch ein verschiedenes Ausmass haben. Der Unterschied in den Abstinenzraten ist in den Unterschichten grösser. Der Unterschied im Ausmass des starken Trinkens zeigt jedoch keinen konsistenten Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit, es zeigt sich aber eine Tendenz, dass starkes Trinken bei

Frauen häufiger in der untersten sozialen Schicht anzutreffen ist. Abstinenzunterschiede sind in ländlichen Gebieten am grössten, der Unterschied im Ausmass des starken Trinkens ist in grossstädtischen Gebieten am grössten.

Soziales und situatives Setting: Bei sozialen Zusammenkünften mit anderen wird bei den Frauen seltener Alkohol serviert als bei den Männern (z.B. bei Treffen mit Nachbarn). Frauen trinken eher mehr als gewöhnlich im engsten Familienkreis, Männer eher bei Treffen mit Arbeitskollegen oder engen Freunden. Weniger Frauen als Männer trinken allein.

Geschlecht und Alter: Die höchste Proportion von starken Trinkern findet sich bei Frauen in den Altersgruppen zwischen 21 und 24 Jahren und zwischen 45 und 49 Jahren; bei den Männern zwischen 30 und 34 Jahren und 45 bis 49 Jahren. Es hat den Anschein, als sei der Alkoholkonsum bei den Männern gleichgeblieben in den letzten Jahren, nehme jedoch bei den Frauen zu. Nach einer Untersuchung von Knupfer und Room (1964) in San Francisco liegt der Unterschied in den Trinkgewohnheiten zwischen Männern und Frauen nicht so sehr in der Frequenz als vielmehr in der Quantität (was bei Cahalan nicht zu unterscheiden ist). Auch in dieser Untersuchung waren die Unterschiede in jeder Altersgruppe, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, sichtbar. Immer fanden sich unter Frauen mehr Abstinenzler und weniger starke Trinker, wobei Alter und Geschlechtszugehörigkeit einen kumulativen Effekt haben. Dabei kommt es zu einer Angleichung der Geschlechter hinsichtlich der Abstinenz (Absinken der Abstinenz bei jüngeren Frauen), jedoch nicht in der Proportion der schweren Trinker. Die grössten Unterschiede hinsichtlich des geschlechtsspezifischen Trinkverhaltens zeigen sich in der untersten sozialen Schicht. In einer anderen Untersuchung, ebenfalls in San Francisco, schlüsselte Knupfer die alkoholbezogenen Probleme entsprechend den gängigen operationalen Alkoholismusdefinitionen auf: Exzessiver Alkoholkonsum (prolongiertes Trinken, frequent hoher Konsum), Abhängigkeitszeichen (Sorge um das eigene Trinken, Gebrauch des Alkohols als Bewältigungsmittel für persönliche Schwierigkeiten),

Abhängigkeitssymptome wie Morgentrunken und heimliches Trinken, soziale Konsequenzen (Unannehmlichkeiten durch das Trinken bei der Arbeit, gegenüber Freunden, mit der Polizei, mit dem Ehepartner, Hospitalisierung). Dabei erwies sich, dass die Frauen in allen Problembereichen niedrigere Raten hatten als die Männer. Die grössten Unterschiede fanden sich beim prolongierten Trinken und bei den Unannehmlichkeiten mit der Polizei. Das Alkoholismus-Pattern scheint also bei Frauen und Männern unterschiedlich zu sein. Dabei bleibt natürlich unklar, ob Frauen weniger aufgrund des Trinkens polizeiauffällig werden (z.B. weil sie zu Hause bleiben), oder die Polizei Frauen ungern in Arrest nimmt. Jedenfalls scheinen insgesamt die sozialen Konsequenzen, verglichen mit der Höhe des Alkoholkonsums bei den Männern disproportional höher zu liegen als bei den Frauen. Das passt zu der häufig gemachten klinischen Beobachtung, dass der Frauenalkoholismus viel länger unentdeckt bleibt und verheimlicht wird, entweder, weil gerade Frauen, die sowieso nicht viel Kontakt zur Öffentlichkeit haben, ^{hypoth.} exzessiv trinken, oder weil sie die Diskriminierung wegen des Trinkens fürchten und sich daher reaktiv zurückziehen. In ähnlicher Weise löste Clark (1966) die gängigsten operationalen Definitionen in Einzelprobleme auf und untersuchte deren Vorkommen in einer repräsentativen Stichprobe in San Francisco, und kam zu folgendem Ergebnis: Wie immer man Alkoholismus oder Problemtrinken auch definiert (durch unterschiedliche Kombination der Einzelprobleme), haben Männer höhere Raten als Frauen, aber diese Differenz ist nicht für alle Probleme konstant. Die Raten bei den Frauen kommen denen der Männer fast gleich in bezug auf das Trinkvorkommen, das exzessive Trinken nach Qualität und Frequenz und bei der subjektiven Alkoholmotivation (Alkohol zu trinken um Angst und andere Spannungszustände zu bewältigen). Dagegen haben Männer bedeutend höhere Raten als Frauen bei allen Trinkproblemen, die Unannehmlichkeiten mit Personen und Institutionen beinhalten. Wanberg und Knapp (1970) führten in einer Alkoholismusklinik in Denver eine Untersuchung von 1657 männlichen und 365 weiblichen

Patienten mit dem "Drinking History Questionnaire" durch und kamen zu folgenden Ergebnissen bei der Korrelation von Geschlechtszugehörigkeit mit den einzelnen Items:

Frauen beginnen zu einem späteren Zeitpunkt erstmals zu trinken und werden zu einem späteren Zeitpunkt erstmals betrunken (was in Alkoholismuskliniken immer wieder festgestellt wurde), sie erreichen die Alkoholismuskliniken ~~dam~~ aber etwa im gleichen Alter wie die Männer. Da sich ~~zu~~ ^{zumindest} in den physiologischen Symptomen (wie Blackouts, ~~Appetit~~ ^{Appetit}verlust, Schlafverlust, Zittern, Konvulsionen, Delir) keinerlei Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen, ist anzunehmen, dass die Alkoholismusedwicklung bei Frauen rascher verläuft als bei Männern. Prolongiertes Trinken ist eher ein Verhalten der Männer als der Frauen. Die Dauer einer Zeitspanne, in der fortlaufend getrunken wird, ist bei ~~Männern~~ ^{Männern} grösser.

Dafür könnten sowohl physiologische Unterschiede wie unterschiedliche Rollenvorschriften verantwortlich sein.

Trinkmotivation/Arbeitsprobleme: Frauen ~~berichten~~ ^{berichten} eher, dass sie Alkohol nehmen um ihre Arbeit besser ~~zu~~ ^{zu} bewältigen, Männer berichten häufiger als Frauen, dass sie ihren Arbeitsplatz aufgrund des Trinkens verloren haben. Leider sind diese Korrelationen jedoch nicht darauf kontrolliert, dass weniger Frauen berufstätig sind. Es ist ~~wahrscheinlich~~ ^{wahrscheinlich}, dass diese Variable den Unterschied bewirkte, denn ~~hinsichtlich~~ ^{hinsichtlich} der Trinkumstände gab ein höherer Prozentsatz von ~~Frauen~~ ^{Frauen} an, zu Hause (nicht auswärts) und allein zu trinken. ~~Das~~ deutet nach Ansicht der Autoren darauf hin, dass unter den Alkoholikerinnen viele Hausfrauen sind, deren Mann zur Arbeit geht, und die sich zu Hause in ihrer Rolle langweilen. Gleichzeitig gaben auch mehr Frauen an, zu Hause mit dem Ehepartner zu trinken. Da diese Variable negativ mit dem Alleintrinken korreliert, gibt es möglicherweise bei den Frauen verschiedene, voneinander unabhängige Trinkstile.

Familienstand: Hinsichtlich der Lebensumstände fanden sich bei den Frauen mehr solche, die allein mit ihren Kindern leben. Möglicherweise stellt dies eine typische Lebenssituation

(geschieden und allein mit den Kindern lebend) dar, die bei Frauen mit Alkoholismus verquickt ist.

Hypothese

Über die BRD liegen - wie erwähnt - kaum Daten vor. Es lässt sich aber vermuten, dass die Situation ähnlich wie in den USA ist, wenn auch nicht so ausgeprägt. Auch in Deutschland überwiegen bei den institutionell erfassten Alkoholikern die Männer bei weitem, wobei häufig sorgenvoll auf einen Anstieg des weiblichen Alkoholismus hingewiesen wird. Aus der Arbeit von Wieser (1968) über eine repräsentative Umfrage in der Bremer Bevölkerung über 14 Jahre in den Jahren 1966/67 lässt sich folgendes ablesen:

Tab. 3.6. Geschlechtsspezifische Trinkfrequenz in Bremen.
Aus Wieser, 1968, S. 494.

Alkoholische Getränke trinken:	Insgesamt n = 408	Männer n = 198	Frauen n = 215
Täglich, fast täglich	24 %	25 %	24 %
1-2mal in der Woche	37 %	45 %	30 %
1-2mal im Monat	19 %	10 %	27 %
1-2mal im Vierteljahr oder noch seltener	20 %	20 %	19 %
	100 %	100 %	100 %

Es fällt auf, dass sich hier die Zahlen im Vergleich zu den amerikanischen Untersuchungen kaum unterscheiden. Es ergibt sich eine überraschend analoge Verteilung in den Extremkategorien. Lediglich in den mittleren Kategorien ist eine stärkere Vertretung der Männer beim höheren Konsum festzustellen. Man muss hier aber nachdrücklich darauf hinweisen, dass hier lediglich die Frequenz, nicht aber die Quantität beurteilt wurde. Nach den amerikanischen Untersuchungen und nach der Alltagserfahrung zu schliessen, sind wahrscheinlich die Unterschiede bezüglich der Quantität erheblich grösser. Ein gewisser Beleg dafür ist aus den Ergebnis abzulesen, dass der prozentuale Anteil derer,

die Spirituosen vor anderen Getränken bevorzugen, bei den Männern um das Doppelte höher liegt als bei den Frauen (44 zu 22 %). Ausserdem konsumieren nach ihren Angaben Männer viermal so häufig Bier wie Frauen (28 zu 4 %), während Frauen abgesehen von Spirituosen am häufigsten Wein, Sekt und Bowle trinken. Aus der Alltagserfahrung lässt sich sagen, dass Bier eher ein Artikel ist, der in grossen Mengen konsumiert wird, während die von den Frauen vorzugsweise konsumierten Getränke eher solche sind, die in der BRD eher in kleinen Mengen getrunken werden. Spirituosen sind zwar nicht volumen-, aber prozentmässig die Getränke mit der höchsten Alkoholquantität. Auffällig war in der Bremer Untersuchung ferner, dass sich nur bei den Frauen, nicht aber bei den Männern, eine starke Abhängigkeit der Trinkfrequenz von der Schichtzugehörigkeit zeigte. Was aus soziologischen Erwägungen zu erwarten ist und sich in den amerikanischen Untersuchungen andeutungsweise zeigte, ist in der deutschen Untersuchung offensichtlich: die Trinkhäufigkeit nimmt bei den Frauen parallel mit der Sozialschicht zu. Die Anzahl derer, die täglich Alkohol konsumieren, nahm bei den Frauen der Unterschicht (7 %) zu den mittleren sozialen Schichten (23 %) zur Oberschicht (33 %) zu. Gleichermassen nahm der Anteil der Frauen, die selten trinken, von der Unterschicht (41 %) zur Mittelschicht (19 %) bis zur Oberschicht mit 10 % ab. Weiter zeigte sich in der Bremer Untersuchung eine geschlechtsspezifische Altersabhängigkeit des Trinkens. Bei den Männern zeigte sich mit zunehmendem Alter eine Polarisierung in zwei Gruppen. Es nimmt einerseits der Prozentsatz derer, die täglich trinken mit zunehmendem Alter zu (bis 39 % bei den 60-jährigen), andererseits aber auch der Prozentsatz derer, die selten und unregelmässig Alkohol konsumieren. Bei Frauen lässt sich eine solche Polarisierung nicht beobachten. Während die jüngeren Frauen bezüglich der angegebenen Frequenz den gleichaltrigen Männern nicht nachstanden, tendierten die älteren eher zur Mässigung bis Abstinenz.

Aus der englischen Befragung von Edwards, Chandler und Hensman (1972) ergeben sich für die Bevölkerung eines Londoner Vororts folgende geschlechtsspezifischen Unterschiede im Trinkverhalten.

Frequenz/Quantität: Generell befinden sich mehr Frauen als Männer in den Kategorien Abstinente, gelegentliche, infrequent-leichte Trinker, etwa gleich viele in der Kategorie frequent-leicht und weniger Frauen als Männer in den Kategorien der mässig und stark Trinkenden.

Zeitliche Variabilität: Bei den Frauen noch stärkere Konzentration auf das Wochenende, auch in den oberen Schichten.

Art des Getränks: Männer tranken bevorzugt Bier, Frauen Spirituosen (unabhängig von der Schichtzugehörigkeit).

Situatives Setting: Unabhängig von der Schichtzugehörigkeit tranken Frauen bedeutend seltener in "pubs". *Abb. 7*

Interaktion von Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit: Auch in England zeigen sich in den unteren Schichten grössere geschlechtsspezifische Unterschiede im Trinkverhalten als in den oberen, insbesondere in bezug auf Quantität und Frequenz: Frauen der oberen Schichten trinken mehr.

Hinsichtlich der Alkoholprobleme ergaben sich bei Edwards et al. (1972) folgende Unterschiede: Frauen tranken generell weniger und hatten generell weniger Trinkprobleme (Abhängigkeitszeichen, gesundheitliche Schäden, soziale und finanzielle Probleme).

Männer und Frauen, die dieselbe Quantität tranken, gaben nicht signifikant unterschiedlich viele Probleme an. Siehe Tab. 3.7.

Tab. 3.7. Alkoholkonsum von Männern und Frauen in Prozent und mittlerer Problemwert in den Konsumgruppen. Aus Edwards et al., 1972, S. 124.

TABLE 4.—*Alcoholic Beverage Consumption of Men and Women, in Per Cent, and Mean Trouble Score in Consumption Groups*

Consumption ¹	Men	Women	Mean Trouble Score	
	(N=408)	(N=520)	Men	Women
0	29	51	0.4±0.3 ²	0.1±0.1
0.5-5	33	40	0.5±0.2	0.3±0.1
5.5-10	17	9	0.9±0.4	0.7±0.1
10.5-15	8	1	1.3±0.7	1.5±2.0
Over 15	13	<1 ³	3.7±1.1	1.0

¹ Pints of beer or equivalent in last 7 days.

² 95% confidence limits.

³ N=1.

Edwards et al. geben für eine Reihe von Problem-Items die Proportion männlich-weiblich an. Sie sind jedoch kaum dahingehend verwertbar, welche Probleme bei Frauen bzw. Männern häufiger auftreten, da die Zahlen insgesamt sehr gering sind. Wir wissen daher nicht, ob zwar die Anzahl der Trinkprobleme bei Männern und Frauen gleicher Konsumhöhe gleich ist, oder jeweils andere Probleme unterschiedlich häufig auftreten. Edwards et al. (1972) präsentieren offizielle Daten aus Grossbritannien. Siehe Tab. 3.8.

Tab. 3.8.

DRINKING TROUBLES AMONG MEN AND WOMEN						121
TABLE 1.—Problems Related to Drinking: Official Statistical Data for 1968 ¹						
	MEN		WOMEN		M:F Ratio of Rates	
	N	Rate ²	N	Rate ²		
<i>Drunkenness Arrests</i>						
England & Wales	74,226	41.7	4844	2.5	16.7	
Scotland	9932	55.4	1005	4.9	11.2	
<i>Inpatient Mental Hospital Admissions for Alcoholism and Alcoholic Psychoses (primary diagnoses)</i>						
England & Wales	3034	2.8	1357	0.7	4.0	
Scotland	2630	14.7	465	2.3	6.4	
<i>Deaths from Liver Cirrhosis</i>						
England & Wales	750	0.52	712	0.29	1.1	
Scotland	145	0.61	109	0.51	1.5	
<i>Deaths Certified as due to "Alcoholism" or Alcoholic Psychoses</i>						
England & Wales	46	0.026	35	0.0175	1.5	
Scotland	28	0.16	4	0.02	8.0	

¹ Sources: General Register Office (4, 5), Home Office (6) and Department of Health and Social Security (private communication, 1971) and Scottish Home and Health Department (private communications, 1971).

² Per 10,000 adults aged 15 years or over.

Demnach gibt es hier die geringsten Unterschiede bei den gesundheitlichen Problemen, die höchsten bei den Arretierungen wegen öffentlicher Trunkenheit. Auch hier also ist die Differenz bei den sozialen Problemen unverhältnismässig hoch zu Ungunsten der Männer. Entsprechendes ergab sich auch aus einer englischen Befragung von Anonyme Alkoholiker-Mitgliedern

(Edwards, Hensman et al., 1967).

Die übrigen Ergebnisse sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 3.9. Geschlechtsspezifität von Alkoholkonsum und Alkoholproblemen

(M:F = Verhältnis Männer zu Frauen;
M:F (korrigiert) = Anteile umgerechnet auf Anteile an Männern und Frauen in der Ausgangs-
population)

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechtsspezifität</u>
Jellinek et al.	USA	1952	Gesamtbevölkerung	?	Schätzungen der Alkoholumsätzen anhand von Leberzirrhosedaten	6.848 Alkoholiker auf 100.000 bei den M. 1.148 auf 100.000 bei den F. M:F = 6:1
Slater	USA	1952	High-School Studenten	1177	Anteil Trunkende (vs. Abstinente)	44 % bei den Jungen 20 % bei den Mädchen M:F = 2,2:1
Scott	USA	1954	wegen Trunkenheit Arretierte	212856	Trunkenheitsarreste) Alter bei Trunkenheitsstrafen)	Überwiegen der Männer bei den Frauen höher
Keller et al.	USA	1955	Gesamtbevölkerung	?	Schätzungen der Alkoholumsätzen anhand von Leberzirrhosedaten	7.590 auf 100.000 bei den M. 1.320 auf 100.000 bei den F. M:F = 5,7:1
Malzberg	USA	1955	Ersteinweisungen wegen Alkoholpsychosen im Staate New York 1939-1941	46.471	Vorkommen von Trunksucht	sowohl bei Weissen als auch bei Negern höher bei Männern als bei Frauen

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechtsspezifität</u>
Lemere	USA	1956	Alkoholikerpatienten	7828	Vorkommen von Alkoholismus	M:F = 7:6
Wolfgang	USA	1956	Totschlagsopfer (588) und -täter (621)	1209	Häufigkeit Totschlagsopfer unter Alkohol	etwas grösser bei Männern
Keller et al.	USA	1958	Gesamtbevölkerung	?	Schätzung der Alkoholismusraten anhand von Leberzirrhosedaten	M:F = 5,3 bis 6,3:1
Rogers	USA	1958	Collegestudenten	725	Anteil Trinkende (vs. Abstinente)	insgesamt 56 % M = 61 % F = 38 % M:F = 1,6:1
Terman et al.	USA	1959	Hochbegabte (IQ 140 oder mehr)	1401	Anpassungsstörungen einschliesslich Alkoholismus	Tendenz zu höheren Raten bei den weiblichen Probanden
Locke et al.	USA	1960	Erstaufnahmen Klinikpopulation 1948-1952	?	Alkoholpsychosen	M:F = 4:1
Malzberg	USA	1960	Erstaufnahmen wegen Alkoholpsychosen unter allen psychiatrischen Klinikpatienten im Staate New York 1949-1951		Alkoholpsychoseraten	höher bei den männlichen Patienten
Strayer	USA	1961	Psychiatrische Klinikpatienten 1077 männl. Weisse 187 weibl. Weisse 26 männl. Neger 18 weibl. Neger	1308	Anteil Alkoholiker	bei den Negern Geschlechtsspezifität bedeutend geringer als bei den Weissen

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechtsspezifität</u>
X Fort et al.	USA	1961	weibliche Mitglieder der Anonymen Alkoholiker	34	Entwicklungszeit des Alkoholismus; Abgrenzbarkeit der einzelnen Phasen; Häufigkeit von emotionalen Stressfaktoren vor Ausbruch des Alkoholismus	kürzer bei den Frauen als bei den Männern; bei den F. weniger ausgeprägt als bei den M.; bei den F. grösser als bei den M.
Whittaker	USA	1962	Sioux-Indianer unter 15 Jahre	208	Anteil Trinkende (vs. Abstinente); Anteil Trinkende (vs. Abstinente) bei den 15- bis 17-Jähr.	insgesamt 70 % M = 82 % F = 55 % M:F = 1,5:1 ; insgesamt 50 % M = 60 % F = 40 % M:F = 1,5:1
Cisin et al.	USA	1968	Allgemeinbevölkerung repräsentative Stichprobe	2746	Trinkvolumenkategorisierung "starke Trinker"	häufiger bei Männern
Hyman	USA	1968	wegen Trunkenheit am Steuer festgenommene Fahrer, Kalifornien und Ohio	1718	BAC über 0.23 %; Unfallverwicklung	häufiger bei F. Häufiger bei F.
Curlee	USA	1968, 1969	Alkoholiker, Klinikpat., (100 M. bis 100 F.) obere Mittelschicht	200	Beginn des Alkoholismus; Verlauf des Alkoholismus; Angabe von spezifischen auslösenden Problemen;	bei den Frauen später; bei den F. rapider; Häufiger bei F. (bei 8 % der M. bei 30 % der F. spezifisches auslösendes Problem bei den F.: Identitätskrise im mittleren Lebensalter;

Fortsetzung Tab. 3.9

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Fortsetzung Curlee					Beeinträchtigung in der Kindheit durch Scheidung, Tod, Trennung, psychiatrische Erkrankung der Eltern; frühere psychiatrische Erkrankungen; Suizidversuche	bedeutend häufiger bei den Frauen; häufiger bei den Frauen; häufiger bei den Frauen (7 M., 11 F.)
Simon et al.	USA	1968	Ersteinweisung psychiatrische Klinik (Alte)	534 (122 Alk.)	Alkoholismus	häufiger bei den Männern
Room	USA	1968 (1890)	Allgemeinbevölkerung lt. Zensus von 1890	?	alkoholbezogene Todesfälle	höhere Raten bei den Männern
Miles	USA	1969	Allgemeinbevölkerung, Trinkende	108 (60w. 48m.)	für verschiedene Trinkgelegenhelten bevorzugte Alkoholquantität	kein Unterschied nach Geschlecht
Spencer	USA Bahamas	1969	Klinikpatienten	?	Vorkommen alkoholbezogener Probleme	M:F = 5,7:1
Weast	USA	1969	Indianerjugend	90	Tendenz zum Alkoholismus	stärker bei den männlichen Probanden
Gorwitz et al.	USA	1970	diagnostizierte Alkoholiker, Klinikeinweisungen	6432	durchschnittliche Einweisungshäufigkeit pro Pat. in einer 3-jahresperiode; durchschnitt. Alter bei Einweisung	Männer: 1,68 (Weisse), 1,51 (Farbige) Frauen: 1,55 (Weisse), 1,44 (Farbige); M: 46,1 F: 44,1 (Weisse) 38,1 (Farbige)

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechtsspezifität</u>
Mayer et al.	USA	1970	ambulante Alkoholikerpatienten Boston	393	Alkoholismusanteile	71 % M. 29 % F. M:F = 2,4:1
Laessig et al.	USA	1970	bei Unfällen getötete Fahrer in Wisconsin	507 (475m. 34 w.)	Vorkommen von Alkoholisierung oder Betrunkenheit	M:F = 19:1 (bei den nüchternen Fahrern: M:F = 3:1)
Rimmer et al.	USA	1971	Alkoholiker, Klinikpat. (öffentl. Klin. 112, priv. Klin. 147)	259	Alkoholismus; Beginn von Alkoholproblemen; Alter beim ersten Trinken; Vorkommen von: täglich trinken; Morgentrinken; period. Trinken; Delirium tremens; blackouts; alkoholbezogene Vorstrafen; Suizidversuche	M:F = 2,1:1 in öff.Klin.; M:F = 1,2:1 in priv.Klin.; früher bei M. früher bei M. (15 vs. 19 J.) häufiger bei M. 87 vs. 78 %; häufiger bei F. 78 vs. 64 %; häufiger bei M. 67 vs. 47 %; häufiger bei F. 40 vs. 21 %; häufiger bei M. 74 vs. 62 %; häufiger bei F. 55 vs. 21 %; seltener bei M. 26 vs. 44 %
Gibbins	Kanada	1954	Allgemeinbevölkerung	66.099	Vorkommen von "aktiven abnormen Trinkern"	insgesamt 698 M:F = 8:1
Pullman	Kanada	1958	Allgemeinbevölkerung (Telefonbefragung)	122	Akzeptierens des Trinkens von Alkohol	74 % der M. 58 % der F. M:F = 1,5:1

Fortsetzung Tab. 3.9

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechtsspezifität</u>
Whitehead	Kanada	1969	Schüler Grad 7 - 12 in Halifax	1606	Anteil derer, die innerhalb der letzten 6 Monate Alkohol getrunken hatten; ein- oder zweimal; drei- oder viermal; sieben- oder mehrmal	insgesamt 640 24 % der Jung 21 % der Mäd. 11 % der Jung 3 % der Mäd. 11 % der Jung 2 % der Mäd.
Schmidt et al.	Kanada	1969	Alkoholiker, Klinikpatienten	6514 (5395m. 1119w.)	Todesraten; Todesursachen;	bei den M. etwas höher als bei den F. gleich bei M. und F., F. etwas seltener Erkrankungen des oberen Verdauungstrakts der Atmungsorgane und des Herzens
Moss	Kanada	1970	Institutionen und Personen in direktem Kontakt mit Alkoholikern	142.664	Alkoholikervorkommen nach Anzahl der von anderen berichteten Probleme	62 auf 10.000 der Gesamtbevölkerung über 14 J. bei den M., 14 auf 10.000 bei den F. M:F = 4,4:1
Smart et al.	Kanada	1970	High-School Studenten	>12.000	Anteil Trinkende (vs. Abstinente)	M:F = 1:1
Smart	Kanada	1970	High-School Studenten	480	Trinkfrequenz	höher bei den männl. als bei den weibl. Probanden
Schmidt et al.	Kanada	1972	Patienten einer Alkoholismus-klinik	6478 (5359m. 1119w.)	Lebenserwartung, Verh. beobachtete zu erwartete Tode; Altersgruppen	M. F. 35 - 39 J. 3,63 6,84 40 - 44 J. 4,17 8,72 55 - 59 J. 2,04 3,29 60 - 64 J. 1,50 1,00

Fortsetzung Tab. 3.9

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Jaeckel	DDR	1962	Alkoholiker Klinikpat. 1955-1962	277	Alkoholismus	Anteil F.= 22 M:F = 11,6:1
Ohne Autor (Therapie der Gegenwart 109, S.130-131)	BRD	1970	Allgemeinbevölkerung	?	Schätzung des Vorkommens von Alkoholgefährdeten und Alkoholikern in der BRD; Schätzung des Vorkommens von Alkoholikern	Insgesamt: 600.000 M. = 500.000 F. = 100.000 M:F = 5:1 einige Jahre zuvor M:F = 10:1; jetzt M:F = 7:1 mit 70.000 bei 90.000 Frauen
Baumgärtel et al.	Westberlin	1968	Unfallverletzte Notfallstation 1965	?	Trunkenheit bei Unfallverletzung	M:F = 6,7:1
X Bochnik et al.	BRD	1967	Alkoholiker stationäre Klinikpat.	304	signifikante Korrelation von versch. Merkmalen mit männlich und weiblich	sign. Korrel. m. " <u>männlich</u> " schwerer chronischer Alkoholismus, Delirium tremens, Korsak fast tägliche Trunkenheit, internistische Erkrankungen, primär geringe seelische Belastbarkeit, primär Selbstunsicherheit, primär gedrückte Stimmung, primär affekt erregbar; sign. Korrel. m. " <u>weiblich</u> " Alter bei Südbeginn über 24 J., deutl. Deprivation,

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Fortsetzung Bochnik						Motiv Genuss, viel leere Zeit viel freies Geld, gute primäre Kontakt- fähigkeit
Godourek	Holland	1961	Allgemein- bevölkerung aus 85 Gemeinden	1382	Anteil Trinkende (vs. Ab- stinente)	je nach Frage zwischen 79 und 85 % bei den M. zwischen 78,8 und 86 % bei F. M:F ≈ 1:1
Ringel et al.	Öster- reich	1957	Patienten mit Suizid- versuch	506	Suizid unter Alkohol; Anteil Alkoholiker; Anteil Personen, die sich Müt an- getrunken hatten; Anteil Personen, die schwer into- xikiert waren, aber sonst nicht stark tranken	insgesamt 74, (55 M., 19 F.) M:F = 2,9:1; 32 M., 10 F., M:F = 3,2:1; 15 M., 4 F., M:F = 3,8:1; 8 M., 5 F., M:F = 1,6:1
Cimopi et al.	Schweiz	1969	hospitali- sierte Alkoholiker Psychiatr. Klinik	1468	Lebenser- wartung im Vergleich zur Normal- population	Verkürzung nach Ersthospitali- sierung um 15 % bei M. und 12 % bei F.
Batchelor	Eng- land	1954	Patienten mit Suizid- versuchen	200	Suizide unter Alkohol	insgesamt in 30 % der Fälle M:F = 2:1
Walsh	Irland	1969	Alkoholiker, stationäre Patienten Psychiatr. Klinik 1964	690	Erstaufnahmen wegen Alkoholismus	M:F = 7:1 Anteil der Frau aus höheren Schichten gröss

Fortsetzung 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Perceval	Irland	1969	Klienten des Alkoholikerberatungsdienstes 1967-1969	561	Alkoholiker	M:F = 7:1 (1967/68) M:F = 6:1 (1968/69)
Achté et al.	Finnland	1969	alle psychiatr. Klinikpat. 1926-1960	2404	Alkoholpsychosen	M:F = 2:1
Makala	Finnland	1970	Allgemeinbevölkerung 1968	1823	Vorkommen Kontrollverlust; Probleme aufgrund des Trinkens	M:F = 16%:3 % = 5,3:1; M:F = 24 %:4 % = 6:1
Virkkunen et al.	Finnland	1970	Selbstmörder 1967	933 (davon 204 weibl.)	Suizid unter Alkohol	141 M., 12 F. M:F = 10,7:1
Hofstein	Schweden	1969	17- bis 19jährige Schüler (1901m. 1590w.)	3491	Anteil regelmässige Spirituosen-trinker; Anteil Wein-trinkende; Anteil Stark-biertrinkende; Anteil "Mittel-bier"-Trinkende; Anteil regelmässige Alkoholkonsumenten insgesamt	insgesamt 26 % 35 % der Junge 15 % der Mädch 30 % bei beide Geschlechtern; insgesamt 23 % 28 % der Junge 15 % der Mädch 50% der Junge 33% der Mädch M:F = 2:1
Noren	Schweden	1970	Besucher von Lokalen	?	Anteil Spirituosen-konsumenten	grösser bei den Männern
Lederman	Frankreich	1953	Allgemeinbevölkerung 1920-1938	?	TBC-Tode aufgrund von Alkohol	250.000 M. 75.000 F. M:F = 3,3:1
Bresson	Frankreich	1970	Beschäftigte eines Industriebetriebs (484m. 106w.)	590	Anteil Alkoholiker	23 % der M. 5 % der F. M:F = 22,6:1 M:F = 4,6:1 (korrigiert)

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Marcello	Italien	1967	Alkoholpsy- chosen, psychiatr. Klinikpat. 1946-1965	?	Anteil Alkohol- psychosen	M:F = 370:1
Ronchi et al.	Italien	1967	weibliche Alkoholiker, psychiatr. Klinikpat.	50	Durchschnitts- alter; Alter bei Ersteinweisg.; durchschnitt- liche Zahl der Einwei- sungen; Familien- stand	51 Jahre; 45 Jahre; 4 52 % verh. 26 % verw.
Sacchi	Italien	1967	Patienten Neurolog. Klinik	1039	Anteil Alkoholiker	29,3 % der M. 0,3 % der F. M:F = 97,7:1 (korrigiert)
X Ravasmi et al.	Italien	1968	psychiatr. Klinikpat... Alkoholiker insgesamt .. 75	?	Anteil Alkoholiker; pathologische Zeichen; Zusammenhang mit sozialen und Umwelt- faktoren; Zusammenhang mit Persön- lichkeits- störungen und Stressreaktionen	4,6 % der F. 32,4 % der M. M:F = 7,2:1 (korrigiert); bei Frauen ausgeprägter; bei Männern ausgeprägter;
Diblasi et al.	Italien	1969	Alkohol- psychosen, stationäre Klinikpat.	2779 (2426m. 353w.)	Anteil Alkohol- psychosen	M:F = 7:1 41 % aller männ Patienten 7 % aller weibl Patienten M:F = 5,9:1 (korrigiert)
Carasco	Spanien	1968	Alkoholi- ker, Klinik- patienten in ganz Spanien	?	Anteil Alkoholiker	im Süden M:F = 10:1, im Norden M:F = 3:1

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechtsspezifität</u>
Murcia-Valcarcel	Spanien	1969	weibliche Alkoholiker Klinikpat.	103	Vorkommen Kopfschmerzen; Vorkommen von alkoholischer Neuro-pathie;	häufiger bei den Frauen; häufiger bei den Frauen;
Hudolin	Jugoslawien	1969	psychiatr. Klinikpat. 1967	4000	Anteil Alkoholiker	M:F = 9:1
Stojiljkovic et al.	Jugoslawien	1969	Invaliden in Belgrad (3677m. 2323w.)	6000	Anteil Alkoholiker	M:F = 8:1 10 % der M. 2 % der F. M:F = 5:1 (korrigiert)
Kapamadžija	Jugoslawien	1969	Beschäftigte der Industrie	2668	Anteil Trinkende (vs. Abstinente); Anteil täglich Trinkende	81 % der M. 60 % der F. M:F = 1,4:1 (korrigiert); 14 % der M. 4 % der F. M:F = 3,5:1 (korrigiert)
Petrovic et al.	Jugoslawien	1970	station. Pat. Psychiatr. Klinik; ambulante Alkoholikerpatienten	1105 566	Anteil Alkoholiker; Anteil Alkoholpsychosen; Anteil Alkoholiker	insgesamt 90 M:F = 9:1; insgesamt 106 M:F = 9,6:1 M:F = 22,5:1
Kapamadžija	Jugoslawien	1970	Schulkinder (ohne Altersangabe) (1101m. 1299w.)	2400	Anteil Trinkende (vs. Abstinente); Anteil derer, die erst einmal betrunken waren; Anteil derer, die schon mehrfach betrunken waren	M:F = 1,4:1 72 % der Jungen 43 % der Mädch. M:F = 1,7:1 (korrigiert); 24 % der Jungen 9 % der Mädch. M:F = 2,6:1 (korrigiert); 26 % der Jungen 3 % der Mädch. M:F = 3,7:1 (korrigiert)

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Simkó et al.	Ungarn	1969	Alkoholiker	60 (30m. 30w.)	Vorkommen Verlangen nach Intoxikation	häufiger bei F (bei 15 F und 4 M.)
Kardos et al.	Ungarn	1970	Alkoholiker Klinikpat.	?	Anteil Alkoholiker; Vorkommen "psychopatho- logische Mo- tivation"	M:F = 10-12:1; bei 30 % der M. und bei der Meh- heit der F. Bei M. häufiger psychokulturell Einflüsse
Chich- kova	Bulga- rien	1969	Alkoholiker, ambulante Klinikpat.	170	Anteil Alkoholiker	M:F = 41:1
Sido- rowicz	Polen	1969	Alkoholiker, Klinikpat. 1956-1966 .. 813 1966 126		Anteil Alkoholiker	M:F = 9,4:1 M:F = 8:1
Muller- Dietz	UdSSR	1957	staatlich durch- registrierte schnittl. Alkoholiker 2800 ab 1913; pro Jahr; staatlich ? registrierte Todesfälle durch Er- trinken ab 1924		Anteil Alko- holiker; Vorkommen von Intoxi- kation bei Ertrunkenen	M:F = 14:1; 54 % der M. 31 % der F.
Koller et al.	Austra- lien	1968	Alkoholiker, stationäre Klinikpat., davon 41 mit Suizidversuch, 41 ohne Sui- zidversuche	82	Vorkommen Suizid	häufiger bei männlichen Alkoholikern als bei weib- lichen
Wilkin- son et al.	Austra- lien	1969	Alkoholiker Klinikpat.	220	Anteil Alkoholiker; durchschnitt. Alkoholver- brauch pro Tag;	179 Männer 41 Frauen M:F = 4,4:1; 220 gr absolute Alkohol bei den Männern, 155 gr bei den

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Fortsetzung Wilkinson					Vorkommen periodisches Trinken; Berufs- tätigkeit; Beginn regel- mässiges Trinken; Dauer des exzessiven Trinkens vor der Klinik- aufnahme; physische Sekundär- erkrankungen	bei 20 % der M. bei 7 % der F., M:F = 3:1 (korrigiert); M:F = 1,2:1; vor dem 20. Le- bensjahr bei M. nach dem 20. Le- bensjahr bei F 10 - 15 Jahre bei den M., kurze Zeitspann bei den F.; häufiger bei den Frauen
Encel et al.	Austra- lien	1970	Allgemein- bevölkerung über 15 J. repräsentativ für Sidney	822	Anteil starke Trinker; leichte Trinker; Abstinente; Altersvertei- lung des Al- koholkonsums	48 % M., 15 % F 11 % M., 29 % F 8 % M., 18 % F Männer: Zunahme der Ab- stinenten von 5 % bei den 20- 24-Jährigen auf 14 % bei den über 60-Jährige Zunahme der sta- Trinkenden von 42 % in der jün- sten Gruppe auf 45 % in der äl- testen. Frauen: Zunahme der Ab- stinenten von 14 % bei den 20 24-Jährigen auf 36 % bei den über 60-Jährige Stark trinkende am häufigsten i der Altersgrup 40-59 Jahre.

Fortsetzung Tab. 3.9.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Geschlechts-spezifität</u>
Moya et al.	Chile	1969	Allgemeinbevölkerung, 3 Stichproben aus 2 Schichten	2238	Vorkommen Alkoholiker; Vorkommen Abstinente	4,5 % in der Gesamtstichprobe 9,5 % bei den männlichen Probanden; M:F = 1:2
Baya et al.	Argentinien	1964	Alkoholikervereinigung	105	Anteile Alkoholiker	M:F = 20:1
Canelos et al.	Ekvádor	1967	alle Bewohner eines Indiodorfes	?	Vorkommen psychischer oder körperlicher Probleme aufgrund von Alkohol; Beginn des Alkoholismus	bei 36 % der M. bei 12 % der F. M:F = 3:1 (korrigiert); bei F. im höheren Alter als bei M.
Gillis	Südafrika	1969	Alkoholiker Klinikpat.	802	Todesraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung	bei den M. 3,9 mal so hoch bei den F. 4,5 mal so hoch

3.3.3.2. Alter

Eine Altersspezifität von Trinkverhalten und Trinkproblemen ist zum Teil schon dadurch gegeben, dass in den meisten Ländern Kindern das Trinken von Alkohol untersagt oder nur in geringem Mass gestattet wird. Die meisten Klinikberichte und Bevölkerungsbefragungen beschränken sich auf Erwachsene. Alkoholprobleme, insbesondere klinischer Behandlung bedürftiger Alkoholismus, weisen natürlich eine zeitliche Verzögerung zum Auftreten von Alkoholkonsum auf. Im höheren Alter (ab 50 oder 60 Jahren) scheint eine Reduktion der Bevölkerungsanteile mit starkem Alkoholkonsum und Alkoholproblemen stattzufinden, was zum Teil wohl auf die höhere Mortalitätsrate bei starken Trinkern zurückzuführen ist, zum Teil auf veränderte Alkoholverträglichkeit und Rollenerwartungen im Alter. Da wir altersspezifische Raten bereits in der Interaktion mit der Geschlechtszugehörigkeit breiter dargestellt haben, beschränken wir uns hier auf die tabellarische Wiedergabe von Ergebnissen. Einen kurzen Überblick über den Zusammenhang von Alter und Alkoholismus geben Varder und Ross (1971). Spezielle Untersuchungen bei Jugendlichen werden im Abschnitt 3.3.3.8.1. behandelt.

Tabelle 3.10.

Tab. 3.10. Altersspezifität von Alkoholkonsum und Alkoholproblemen

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Altersspezifität</u>
Lemere	USA	1956	Alkoholikerpatienten	7828	Vorkommen bei Alkoholikerinnen	bei Frauen mehr ältere als jüngere
Blacker et al.	USA	1965	männliche delinquente Jugendliche Durchschnittsalter 15 J.	500	Anteil Trinkende vs. Abstinente	21 % der unter 13-Jährigen, 83 % der über 16-Jährigen
Sand	USA	1966	psychiatr. Klinikpat.	?	Alkoholismusvorkommen	häufiger bei älteren als bei jüngeren Pat.
Hyman	USA	1968	wegen Trunkenheit am Steuer arrestitierte Fahrer Kalifornien und Ohio	1718	Vorkommen BAC über 0,23 % ; Unfallvorkommen; Arretierungen wegen Trunkenheit am Steuer	steiler Anstieg mit dem Alter bis zu 35 - 39 Jahre in Kalifornien und 30 - 34 Jahre in Ohio; wenig Varianz nach dem Alter; Vulnerabilität am höchsten bei M in den Altersgruppen 21 - 54 J in Kalifornien und 25 - 54 J. in Ohio
Kissin et al.	USA	1968	männliche chronische Alkoholiker	?	Therapieerfolg	bei Jüngeren besser als bei Älteren
Cisin et al.	USA	1968	Allgemeinbevölkerung repräsentativ USA	2746	Vorkommen stark Trinkende	häufiger in den jüngeren Altersgruppen
Cahalan et al.	USA	1968	Allgemeinbevölkerung repräsentativ USA	2746	Anteil Trinkende vs. Abstinente	Alter M. F. 21-29 84% 70% 30-39 86% 72% 40-49 79% 65% 50-59 73% 50% 60 + 65% 44%

Fortsetzung Tab. 3.10.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Altersspezifität																		
Fortsetzung Cahalan					Anteil starke Trinker an Trinkenden	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alter</th> <th>M.</th> <th>F.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21-29</td> <td>28 %</td> <td>9 %</td> </tr> <tr> <td>30-39</td> <td>30 %</td> <td>9 %</td> </tr> <tr> <td>40-49</td> <td>31 %</td> <td>12 %</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>29 %</td> <td>3 %</td> </tr> <tr> <td>60 +</td> <td>20 %</td> <td>2 %</td> </tr> </tbody> </table>	Alter	M.	F.	21-29	28 %	9 %	30-39	30 %	9 %	40-49	31 %	12 %	50-59	29 %	3 %	60 +	20 %	2 %
Alter	M.	F.																						
21-29	28 %	9 %																						
30-39	30 %	9 %																						
40-49	31 %	12 %																						
50-59	29 %	3 %																						
60 +	20 %	2 %																						
					Anteil starke Trinker mit Fluchtmotivation an Trinkenden	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alter</th> <th>M.</th> <th>F.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21-29</td> <td>12 %</td> <td>6 %</td> </tr> <tr> <td>30-39</td> <td>15 %</td> <td>7 %</td> </tr> <tr> <td>40-49</td> <td>14 %</td> <td>6 %</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>16 %</td> <td>3 %</td> </tr> <tr> <td>60 +</td> <td>10 %</td> <td>1 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bei den M. also Abnahme des Trinkens und des starken Trinkens nach dem 60., bei Frauen nach dem 50. Lebensjahr</p>	Alter	M.	F.	21-29	12 %	6 %	30-39	15 %	7 %	40-49	14 %	6 %	50-59	16 %	3 %	60 +	10 %	1 %
Alter	M.	F.																						
21-29	12 %	6 %																						
30-39	15 %	7 %																						
40-49	14 %	6 %																						
50-59	16 %	3 %																						
60 +	10 %	1 %																						
Simon et al.	USA	1968	Ersteinweisungen in psychiatr. Kliniken (ältere Pat.)	534 (122 Alkoholiker)	Alkoholismusvorkommen	geringeres Alter bei den Alkoholikern als bei den übrigen Patienten																		
Miles	USA	1969	Allgemeinbevölkerung Trinkende	108 (davon 50 % 30-49 Jahre)	Alkoholkonsum; soziales und situatives Setting	<p>sinkend mit zunehmendem Alter. Quantität Stärke durch die Situation determiniert</p> <p>50-Jährige und Ältere meist nicht öffentlich, mit Familienmitgliedern, zur Entspannung und integrativ mit Mahlzeiten. 30-Jährige und Jüngere meist öffentlich, nicht unbedingt mit Familienmitgliedern oder engen Freunden, bei speziellen Gelegenheiten, nicht integrativ mit Mahlzeiten</p>																		

Fortsetzung Tab. 3.10.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Altersspezifität																																																			
Laessig et al.	USA	1970	bei Unfällen getötete Fahrer in Wisconsin	507 (475m. 34w.)	Blutalkoholquote bei tödlichen Unfällen	<table border="1"> <tr> <td>BAK %</td> <td>BAK %</td> <td>BAK %</td> </tr> <tr> <td>.02-.07</td> <td>.08-.14</td> <td>.11</td> </tr> <tr> <td colspan="3">16-17 Jahre:</td> </tr> <tr> <td>M.: 23 %</td> <td>31 %</td> <td>12 %</td> </tr> <tr> <td>F.: 40 %</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">18-20 Jahre:</td> </tr> <tr> <td>M.: 12 %</td> <td>32 %</td> <td>30 %</td> </tr> <tr> <td>F.: 9 %</td> <td>9 %</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="3">21-35 Jahre:</td> </tr> <tr> <td>M.: 13 %</td> <td>20 %</td> <td>53 %</td> </tr> <tr> <td>F.: 9 %</td> <td>9 %</td> <td>36 %</td> </tr> <tr> <td colspan="3">36-65 Jahre:</td> </tr> <tr> <td>M.: 8 %</td> <td>12 %</td> <td>46 %</td> </tr> <tr> <td>F.: -</td> <td>12 %</td> <td>19 %</td> </tr> <tr> <td colspan="3">über 65 Jahre:</td> </tr> <tr> <td>M.: 9 %</td> <td>6 %</td> <td>9 %</td> </tr> <tr> <td>F.: 20 %</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table> <p>Unfallhäufigkeitsrate der Altersklasse 21 - 35 Jahre nur halb so hoch wie der Altersklasse 16 - 21 Jahre</p>	BAK %	BAK %	BAK %	.02-.07	.08-.14	.11	16-17 Jahre:			M.: 23 %	31 %	12 %	F.: 40 %	-	-	18-20 Jahre:			M.: 12 %	32 %	30 %	F.: 9 %	9 %	-	21-35 Jahre:			M.: 13 %	20 %	53 %	F.: 9 %	9 %	36 %	36-65 Jahre:			M.: 8 %	12 %	46 %	F.: -	12 %	19 %	über 65 Jahre:			M.: 9 %	6 %	9 %	F.: 20 %	-	-
BAK %	BAK %	BAK %																																																							
.02-.07	.08-.14	.11																																																							
16-17 Jahre:																																																									
M.: 23 %	31 %	12 %																																																							
F.: 40 %	-	-																																																							
18-20 Jahre:																																																									
M.: 12 %	32 %	30 %																																																							
F.: 9 %	9 %	-																																																							
21-35 Jahre:																																																									
M.: 13 %	20 %	53 %																																																							
F.: 9 %	9 %	36 %																																																							
36-65 Jahre:																																																									
M.: 8 %	12 %	46 %																																																							
F.: -	12 %	19 %																																																							
über 65 Jahre:																																																									
M.: 9 %	6 %	9 %																																																							
F.: 20 %	-	-																																																							
Gross et al.	USA	1971	männliche Patienten mit Alkoholentzugssymptomen	400	Vorkommen Halluzinationen	häufiger bei den Älteren als bei den Jüngeren																																																			
Schmidt et al.	Kanada	1972	Patienten einer Alkoholikerklinik	6478	Todesrate (Verhältnis beobachtete zu erwartete Todesfälle)	<table border="1"> <tr> <td>Alter</td> <td>M.</td> <td>F.</td> </tr> <tr> <td>35-39</td> <td>3,63</td> <td>6,8</td> </tr> <tr> <td>40-44</td> <td>4,17</td> <td>8,7</td> </tr> <tr> <td>55-59</td> <td>2,04</td> <td>3,2</td> </tr> <tr> <td>60-64</td> <td>1,50</td> <td>1,0</td> </tr> </table> <p>erhöhte Sterblichkeit vor allem in den jüngeren Altersgruppen</p>	Alter	M.	F.	35-39	3,63	6,8	40-44	4,17	8,7	55-59	2,04	3,2	60-64	1,50	1,0																																				
Alter	M.	F.																																																							
35-39	3,63	6,8																																																							
40-44	4,17	8,7																																																							
55-59	2,04	3,2																																																							
60-64	1,50	1,0																																																							
Dietrich et al.	BRD	1963	männliche chronische Alkoholiker Klinikpat.	300	Anteile an Alkoholikern	<table border="1"> <tr> <td>Alter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>31-40</td> <td>21 %</td> </tr> <tr> <td>41-50</td> <td>41 %</td> </tr> <tr> <td>51-60</td> <td>23 %</td> </tr> </table>	Alter		31-40	21 %	41-50	41 %	51-60	23 %																																											
Alter																																																									
31-40	21 %																																																								
41-50	41 %																																																								
51-60	23 %																																																								

Fortsetzung Tab. 3.10.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Altersspezifität</u>
Baumgärtel	Westberlin	1968	Unfallverletzte Notaufnahme 1965	?	Vorkommen von Betrunknen	Altersgipfel im 3. und im 6. Lebensjahrzehnt
ohne Autor Therapie der Gegenwart 1970, S.130-131	BRD	1970	Allgemeinbevölkerung Frauen Schätzung		geschätzte Anteile an Alkoholikern	17,5 % unter 35 25 % zwischen 35 und 40 J.
Wieser	BRD	1968	Allgemeinbevölkerung über 14 J. repräsentativ Bremen	408	Alter beim ersten Alkoholkonsum; erster Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit; Korrelation früher Beginn und spätere Trinkfrequenz; Bevorzugung bestimmter Getränke Trinkfrequenz;	vereinzelt bereits unter 6 J., häufiger mit 10 J.; Gipfel zwischen 14 und 16 J. Kein Unterschied nach Geschlecht und Schicht; im allgemeinen 3 Jahre später als bei Frauen erster Alkoholkonsum. Bei Frauen 2 Jahre später als bei Männern (18. bis 20. Lebensjahr maximum) keine; Vorliebe für Bier sinkend mit steigendem Alter; Vorliebe für Spirituosen steigend mit steigendem Alter, Vorliebe für Wein gleichbleibend; bei den Männern steigender Anteil derer, die täglich trinken mit zunehmendem Alter (von 15 % bei den 14- bis 29-Jährigen bis 39 % bei den 60-Jährigen)

Fortsetzung Tab. 3.10.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Altersspezifität</u>
Fortsetzung Wieser						steigender Anteil derer, die selten oder unregelmässig trinken (von 15 % auf 27 % bei den Frauen: keine derartige Extremisierung mit zunehmendem Alter, sondern Abnahme der Trinksfrequenz
Norén	Schweden	1970	Lokalbesucher	?	Alkoholkonsum	ältere (über 30) trinken mehr, bessere Qualität haben individuell Präferenzen
Christie et al.	Norwegen	1962	männliche Jugendliche 14-18 J.	502	Anteil derer, die bereits Alkohol konsumiert hatten	60 % der 14-Jährigen, 84 % der 16-Jährigen, 97 % der 18-Jährigen
Foulds et al.	England	1969	männliche Alkoholiker in Behandlung	?	Alkoholprobleme: Stellungswechsel, Polizeikont., Gefängnis, Selbstmordversuche, Scheidungen; Alter bei Beginn des Alkoholismus unter 30 J.; Alter bei Beginn des Alkoholismus über 30 J.;	häufiger bei den jüngeren Alkoholikern (unter 30) mehr Persönlichkeitsstörungen; mehr Neurotiker
Moss	England	1970	Allgemeinbevölkerung Cambridgeshire über 15 J.	142.664	Anteil Alkoholiker auf 10.000 Pers.	über 14 J.: 76, 35-54 J.: 230
Rosin et al.	England	1971	ältere Pat. psychiatr. und geriatr. Klin.	103	Persönlichkeitsstörungen; Demenz, Einsamkeit	weniger bei älteren Alkoholikern; häufiger bei älteren Alkoholikern

Fortsetzung Tab. 3.10.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Altersspezifität</u>
Edwards et al.	England	1972b	Stichprobe Allgemeinbevölkerung Londoner Vorort	928	Anteil Personen, die keinerlei Trinkprobleme angaben; Anteil Personen, die 3,4,5 und mehr Trinkprobleme angaben	steigend mit zunehmendem Alter von 31 % (18-24-Jährige) auf 82 % (über 60-Jährige); abnehmend mit zunehmendem Alter von 31 % (18- bis 24-Jährige) auf 5 % (über 60-Jährige)
Warder et al.	England	1971	Alkoholiker Klinikpat.,... Häftlinge ... mit alkoholbezogenen Delikten	40 18	Häufigkeit Trunkenheitsarreste, Suizidversuche, Eheprobleme, Trinkprobleme des Vaters, Kontrollverlust	kein Unterschied zwischen denen, die früh exzess zu trinken begannen und denen die spät beginnen
Perceval	Irland	1969	Alkoholiker, die sich an das Irish National Council on Alcoholism wandten	561	Anteile an Alkoholikern	die "meisten" waren zwischen 30 und 49 Jahren alt
Walsh	Irland	1969	Klinikersteinweisungen wegen Alkoholismus	690	Risikoperiode für Alkoholismus	25 - 70 Jahre
Bresson	Frankreich	1970	Beschäftigte der Industrie	590 (484m. 106w.)	Anteile an Alkoholikern	insgesamt 118 Alkoholiker, davon 24 % zwischen 50 und 60 Jahren
Vercelotti et al.	Italien	1968	Arbeiter eines Industriebetriebs	1938	Vorkommen Abstinenz; Vorkommen starkes Trinken und Alkoholismus	häufiger bei den Jüngeren (20 bis 30 Jahre); häufiger bei den Älteren (40 bis 50 Jahre)

Fortsetzung Tab. 3.10.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Altersspezifität																					
Spicer	Jugoslawien	1969	Invalide	54.907	Anteil Alkoholiker	von insgesamt 3594 Alkoholikern 48 % zwischen 50 und 59 J.																					
Sidorowicz	Polen	1969	Alkoholiker, Klinikpat.	813	Anteil Alkoholiker	86 % unter 50 J.																					
Falewicz	Polen	1970	Industriearbeiter zwischen 16 und 24 J.	1000	Alkoholkonsum	am höchsten im Alter von 20-21 J. (Frauen: 22-24 J.)																					
Koller et al.	Australien	1968	Alkoholiker, Klinikpat.	82	suizidale Tendenzen	häufiger bei frühem Beginn der süchtigen Trinke																					
Encel et al.	Australien	1970	Allgemeinbevölkerung über 15 J. repräsentativ Sidney	822	Anteil Abstinente	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alter</th> <th>M.</th> <th>F.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>20-24</td><td>5 %</td><td>14 %</td></tr> <tr><td>25-29</td><td>4 %</td><td>16 %</td></tr> <tr><td>30-39</td><td>8 %</td><td>9 %</td></tr> <tr><td>40-49</td><td>9 %</td><td>10 %</td></tr> <tr><td>50-59</td><td>7 %</td><td>13 %</td></tr> <tr><td>60 +</td><td>14 %</td><td>36 %</td></tr> </tbody> </table>	Alter	M.	F.	20-24	5 %	14 %	25-29	4 %	16 %	30-39	8 %	9 %	40-49	9 %	10 %	50-59	7 %	13 %	60 +	14 %	36 %
Alter	M.	F.																									
20-24	5 %	14 %																									
25-29	4 %	16 %																									
30-39	8 %	9 %																									
40-49	9 %	10 %																									
50-59	7 %	13 %																									
60 +	14 %	36 %																									
					Anteil stark Trinkende	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Alter</th> <th>M.</th> <th>F.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>20-24</td><td>42 %</td><td>15 %</td></tr> <tr><td>25-29</td><td>53 %</td><td>8 %</td></tr> <tr><td>30-39</td><td>46 %</td><td>16 %</td></tr> <tr><td>40-49</td><td>58 %</td><td>24 %</td></tr> <tr><td>50-59</td><td>55 %</td><td>27 %</td></tr> <tr><td>60 +</td><td>45 %</td><td>6 %</td></tr> </tbody> </table>	Alter	M.	F.	20-24	42 %	15 %	25-29	53 %	8 %	30-39	46 %	16 %	40-49	58 %	24 %	50-59	55 %	27 %	60 +	45 %	6 %
Alter	M.	F.																									
20-24	42 %	15 %																									
25-29	53 %	8 %																									
30-39	46 %	16 %																									
40-49	58 %	24 %																									
50-59	55 %	27 %																									
60 +	45 %	6 %																									
Wilkinson et al.	Australien	1969	Patienten einer Alkoholikerklin. 1966-1967	220	Alter bei Beginn des regelmässigen Trinkens; Alter bei Beginn des exzessiven Trinkens; Alter bei Klinikaufnahme	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>M.</th> <th>F.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alter bei Beginn des regelmässigen Trinkens;</td><td>18,4 ± 5,6</td><td>23,4 ± 6,4</td></tr> <tr><td>Alter bei Beginn des exzessiven Trinkens;</td><td>26,4 ± 7,5</td><td>35,5 ± 9,4</td></tr> <tr><td>Alter bei Klinikaufnahme</td><td>45,3 ± 9,9</td><td>46,9 ± 7,9</td></tr> </tbody> </table>		M.	F.	Alter bei Beginn des regelmässigen Trinkens;	18,4 ± 5,6	23,4 ± 6,4	Alter bei Beginn des exzessiven Trinkens;	26,4 ± 7,5	35,5 ± 9,4	Alter bei Klinikaufnahme	45,3 ± 9,9	46,9 ± 7,9									
	M.	F.																									
Alter bei Beginn des regelmässigen Trinkens;	18,4 ± 5,6	23,4 ± 6,4																									
Alter bei Beginn des exzessiven Trinkens;	26,4 ± 7,5	35,5 ± 9,4																									
Alter bei Klinikaufnahme	45,3 ± 9,9	46,9 ± 7,9																									
Gillis	Südafrika	1969	Alkoholiker Klinikpat.	802	Verhältnis beobachtete zu erwarteten Todesfällen	12,5:1 bei M. zwischen 25-29 J rasch abnehmend Mitte der Vierziger Jahre																					

3.3.3.3. Familienstand

Bei diesem Merkmal ist die Richtung der Verursachung sehr fraglich. Zwar weisen die Ergebnisse einheitlich auf ein höheres Vorkommen von Alkoholproblemen bei Unverheirateten, getrennt Lebenden und Geschiedenen. Wie wir jedoch bereits bei der Darstellung der Alkoholprobleme gesehen haben, treten Partnerprobleme häufig infolge des Alkoholabusus auf. Andererseits ist denkbar, dass Alkoholabusus sich im Gefolge von Partnerproblemen entwickelt. Auf jeden Fall scheinen Alleinstehende eine besondere Risikopopulation mit hoher Prävalenz von Alkoholabusus und Alkoholproblemen darzustellen. Auf die Rolle von Ehepartnern bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholismus wird in einem anderen Kapitel eingegangen werden. Wir bringen hier zunächst wieder eine tabellarische Übersicht der Ergebnisse.

Tabelle 3.11.

Tab. 3.11. Alkoholkonsum, Alkoholprobleme und Familienstand

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschied nach Familienstand</u>
Scott	USA	1954	wegen öffentlicher Trunkenheit Arretierte und Normalpopulation	212.856	Arretierung wegen öffentlicher Trunkenheit	mehr Geschiedene bei den Arretierten als in der Kontrollpopulation, männliche Arretierte häufiger ledig, weibliche häufiger verheiratet
Lemere	USA	1956	Alkoholikerpatienten	7.828	Vorkommen von Frauen unter Alkoholikerpatienten	am höchsten bei verwitweten Pat. mit wenig oder keinen Kindern, am niedrigsten bei alleinstehenden oder geschiedenen Pat. mit 3 oder mehr Kindern
Rodgers	USA	1958	Collegestudenten	725	Anteil Trinkende vs. Abstinente	bei Verheirateten 68 % Trinkende, bei Unverheirateten 53 % Trinkende
Malzberg	USA	1960	alle psychiatr. Klinikpat. im Staat New York 1949-1951	?	Anteil Erstaufnahmen wegen Alkoholpsychosen	höher unter den Geschiedenen und Getrennten als unter den Verheirateten
Zax et al.	USA	1961	wegen öffentlicher Trunkenheit verurteilte Männer	187	Länge des Verbleibens in der Therapie	bei ehelicher Stabilität grösser
Gynther et al.	USA	1967	Alkoholiker Klinikpat. verh. 40 alleinst. 40	80	Wiedereinweisung	bei 26 der Verheirateten, bei 14 der Unverheirateten (p < .0,1)
Simon et al.	USA	1968	Ersteinweisung in psychiatr. Klinik, ältere Pat.	534 (122 Alkoholiker)	Alkoholiker vs. übrige Klinikpat.	mehr Geschiedene und Getrennte als in der übrigen Klinikstichprobe

Fortsetzung Tab. 3.11.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschied nach Familienstand</u>
Curlee	USA	1968	Einweisungen wegen (100m. Alkoholis-100w.) mus	200	Alko- holismus	von den Männern lebten 69 mit dem 1. Ehepartner zu- sammen, von den Frauen 54
Rosen- blatt	USA	1969	wegen Alkoholis- mus einge- wiesene Männer	567	multiple vs. ein- zelne Ein- weisungen	bei den Getrennten, Geschiedenen und Verwitweten häufige multiple Einweisungen
Pisani et al.	USA	1970	männliche ambulante Alkoholiker- patienten	30	Therapie- persistenz (Gruppen- therapie)	späteres Heirats- alter bei 16 Pat., die die Therapie vorzeitig beendeten
Rosen- blatt	USA	1971	stationäre Alkoholiker- patienten Psychiatr. Klinik	805	multiple Einweisungen wegen Alkoholis- mus	häufiger bei den Geschiedenen, Ver- witweten und Getrennten
Charest	Kanada	1970	Einwohner North Shore St.Lawrence River	?	Alkohol- konsum	bei alleinstehenden Männern höher als bei verheirateten
Die- trich	BRD	1963	männliche stationäre Alkoholiker Klinikpat.	300	Alko- holismus	72 % verheiratet (49,6 % der Ehen gestört)
Lolli	Italien	1958	hospitali- sierte Alkoholiker	178	Alkho- lismus	nur 3 % waren ver- heiratet und lebten mit dem Partner zusammen
Dibiasi	Italien	1969	Einweisungen in psychiatr. Kliniken wegen Alkohol- psychosen	2426 353	Alkohol- psychosen w.	Anteil Verheiratete bei den Männern 68 %, bei den Frauen 56 %
Igle- sias	Spanien	1966	Alkoholiker, Klinik- population	173	Alkho- lismus	Verheiratete:Unver- heiratete Proportion 1:1
Murcia- Valcarcel	Spanien	1969	wegen Alko- holismus in Klinik einge- wiesene F.	103	Alkho- lismus	83 % verheiratet

Fortsetzung Tab. 3.11.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Unterschied nach Familienstand
Woodside	England	1961	Häftlinge, alkoholbedingte Delikte Frauen	26	alkoholbedingte Delikte	12 getrennt Lebende 3 Verheiratete 3 Geschiedene 3 Verwitwete 5 Alleinstehende
Moss	England	1970	Allgemeinbevölkerung über 15 J. Cambridge-shire	142644	Anteil Alkoholiker laut Betragung	bei Geschiedenen 153 Alkoholiker auf 10.000, bei Ledigen 75 auf 10.000, bei Verheirateten 71 per 10.000
Edwards et al.	England	1972	Häftlinge mit kurzen Strafen	188	Alkoholabhängigkeit Skala von 0 (keine Abhängigkeit) bis 4 (hohe Abhängigkeit)	durchschnittlicher Abhängigkeitswert bei Geschiedenen: 2,3 Verheirateten: 0,7
Perceval	Irland	1969	Alkoholiker die das Irish National Council on Alcoholism kontaktierten	561	Alkoholismus	die "meisten" waren alleinstehend
Walsh	Irland	1969	Ersteinweisungen wegen Alkoholismus	690	Alkoholismusrisiko	am höchsten bei der Verwitweten beiderlei Geschlechts
Chichkova	Bulgarien	1969	ambulante Alkoholiker(4w.) Klinikpat.	170	Alkoholismus; "Ursache" des Alkoholismus	93 % verheiratet; bei 23 % Auseinanderbrechen der Familie und Scheidung
Spicer	Jugoslawien	1969	Invalide	54.907	Alkoholismus	von den 3584 Alkoholikern waren 90 % verheiratet
Saint et al.	Australien	1952	chronische Alkoholiker	78	Alkoholismus	32 Verheiratete (15 unglückliche Ehen), 21 Geschiedene oder Getrennte, 5 Verwitwete, 13 Ledige
Sasaki	Japan	1969	Beschäftigte eines Elektrounternehmens	174	Anteil Problemtrinker	bei den Unverheirateten höher

3.3.3.4. Schicht

Auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht scheint das Trinkverhalten und die Alkoholprobleme wesentlich zu beeinflussen. Doch sind die Ergebnisse bedeutend uneinheitlicher als bei der Geschlechtszugehörigkeit. Die Schichtzugehörigkeit scheint je nach Land Trinkverhalten und -probleme unterschiedlich zu bestimmen.

Die Ergebnisse der amerikanischen Repräsentativbefragung von Cahalan et al. (1969) bezüglich des Zusammenhangs dieser Variablen lassen sich wie folgt zusammenfassen. Es wurde eine Schicht-einteilung nach dem Hollingshead-Index vorgenommen, der Bildung und Beschäftigung des Hauptgeldverdieners der Familie kombiniert und die mit der Beschäftigung assoziierte Macht- oder Statusposition berücksichtigt. (Anmerkung: nicht berücksichtigt ist das Einkommen.) Bei allen Unterschieden im Alter und Geschlecht war doch der Anteil der Trinkenden (Nicht-Abstinenten) in den unteren sozialen Ebenen konsistent niedriger. Trinkende waren am seltensten unter älteren Frauen (60 Jahre und darüber) der untersten sozialen Schicht anzutreffen mit einem Prozentsatz von 34 %, und am häufigsten unter jüngeren Männern (zwischen 21 und 39 Jahren) der höchsten Schicht (68 %). Es fanden sich mehr leichte und mässige Trinker in den unteren Schichten als in den höheren, während der prozentuale Anteil an starken Trinkern in der Gesamtstichprobe auf allen sozialen Ebenen in etwa der gleiche war. Bezogen nur auf die Anzahl der überhaupt Trinkenden war jedoch der prozentuale Anteil an starken Trinkern in den unteren sozialen Schichten etwas höher. Diese Fakten sollten die häufig zitierten Bemerkungen Dollard's (1945) über die enthaltssame Mittelschicht modifizieren: relativ mehr Angehörige der mittleren und oberen Schicht gaben an, wenigstens gelegentlich zu trinken, aber weniger von denen, die trinken, gaben an, stark zu trinken.

Berufszugehörigkeit: In Amerika scheinen die Farmbesitzer die Gruppe mit den meisten Abstinenten und den wenigsten starken Trinkern zu sein. Freiberufliche und Geschäftsleute haben dagegen den geringsten Prozentsatz an Abstinenten, wobei Geschäftsleute einen etwas höheren Anteil an starken Trinkern hatten (25 %). Ebenso war bei den angelernten Arbeitern und Personen in Dienstleistungsbetrieben der Prozentsatz an stark Trinkenden etwas überdurchschnittlich: etwa 25 %.

Schulbildung: Sowohl bei Männern wie bei Frauen mit weniger als einem High-School Abschluss fanden sich am ehesten Abstinenten, während die Majorität aller College-Absolventen unter die Rubrik leichte und mässige Trinker fielen. Am ehesten starke Trinker waren Männer, die die Highschool abgeschlossen hatten und solche, die das College nicht abgeschlossen hatten.

Einkommen: Das Einkommen wurde in der Untersuchung als zusätzliche Variable aufgeführt. Es liessen sich beträchtliche Unterschiede bezüglich dieser Variable feststellen: Der Prozentsatz an Abstinenten reichte von 56 % in Einkommensschichten von weniger als 2000 Dollar im Jahr bis 16 % in Familien mit einem Einkommen von 15.000 Dollar und mehr Einkommen pro Jahr. Bei den Frauen war dieser Kontrast sogar noch grösser: 63 und 17 %. Der Prozentsatz an starken Trinkern war in den beiden Einkommensklassen unter 4000 Dollar pro Jahr am niedrigsten. Diese Diskrepanz ist hauptsächlich auf das unterschiedliche Verhalten der Männer zurückzuführen, da der Prozentsatz an starken Trinkern in den niederen Einkommensschichten bei den Frauen nicht geringer als durchschnittlich war.

Knupfer (1967) fand bei ihrer Befragung in San Francisco in der oberen Schicht ein höheres Vorkommen von starken Trinkern (Frequenz/Quantitäts-Kombination) und ein häufigeres Vorkommen von Abhängigkeitszeichen, in der unteren dagegen prozentual weniger starke Trinker, aber mehr soziale Probleme.

Trice (1970) weist daraufhin, dass aus der Industrie fast nur Untersuchungen über Alkoholprobleme bei einfachen Arbeitern vorliegen. Da das Verhalten dieser Gruppe eine grössere Versibilität besitze, werden ihre Mitglieder viel eher in Statistiken in öffentlichen Kliniken oder Gefängnissen erfasst, was von Wellman, Maxwell und O'Hollaren bestätigt wurde.

Trice (1959) (zitiert nach Falkey, 1962), unterteilte die Alkoholiker verschiedener Unternehmen in den USA nach beruflichem Status. Dann unterteilte er die Gruppen danach, ob sie von Kliniken betreut wurden oder zu privaten Möglichkeiten Zuflucht nahmen. Es ergab sich, dass die Eigner, Manager und leitenden Angestellten 25 % der Alkoholikerpopulation ausmachten (womit sie überrepräsentiert waren), 47 % der Patienten ausmachten, die private Hilfe in Anspruch nahmen und 20 % der Alkoholiker, die Klinikhilfe in Anspruch nahmen, während bei den unteren Berufsschichten die Verhältnisse umgekehrt lagen. Wir haben es hier wahrscheinlich mit einem erheblichen Bias der Alkoholismusuntersuchungen zu tun. Wegen der besseren Erreichbarkeit und Verfügbarkeit wurden nämlich die meisten Untersuchungen an Populationen öffentlicher Institutionen durchgeführt, so dass wahrscheinlich generell die oberen Schichten in den Untersuchungen unterrepräsentiert sind.

Trice (1970) weist auf spezielle schichtspezifische Arbeitsprobleme aufgrund von Alkohol hin. Nach seinen Untersuchungen in der Industrie neigen leitende Angestellte und Unternehmer, die Alkoholiker sind, eher dazu, nur einen Teil des Tages der Arbeit fernzubleiben und auch mit einem schweren Kater noch zu erscheinen, während einfache Arbeiter eher ganze Tage der Arbeit fernbleiben, z.T. mehrere Tage hintereinander (Trice, 1962).

Schmidt, Smart und Moss (1968) legten eine Monographie über Schichtzugehörigkeit und Alkoholismusdiagnose und -behandlung vor. Sie analysierten die Krankengeschichten von 412 Patienten, Ersteinweisungen einer kanadischen Alkoholikerklinik innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren. Sie fanden folgende schichtspezifische Unterschiede:

Die unterste Schicht (III) kam deutlich im Schnitt auf ein jüngeres Alter, Patienten aus der obersten Schicht (I) waren deutlich die ältesten. Hinsichtlich der Überweisungsquelle zeigten sich mit einer Ausnahme (gleiche Überweisungsraten durch Familienangehörige und Freunde) deutliche Schichtunterschiede. Patienten der oberen Schicht wurden eher von niedergelassenen Ärzten geschickt, Patienten der mittleren Schicht häufiger durch Anonyme Alkoholiker, Patienten der unteren Schicht eher durch Allgemeinkliniken und soziale Institutionen. Letzteres führen die Autoren darauf zurück, dass die Patienten der unteren Schicht an ihren Arbeitsplätzen eher ersetzt werden können, daher eher entlassen werden und dann Wohlfahrtsinstitutionen aufsuchen. In der Tat war Arbeitslosigkeit bei der Schicht III zum Zeitpunkt der Überweisung sehr häufig anzutreffen. Ein häufiger Überweisungsgrund war in der unteren Schicht das Auftreten von Alkoholpsychosen, eine Folge von sehr starkem Alkoholabusus innerhalb kurzer Zeit, der zur Aufnahme ins Allgemeinkrankenhaus und von dort weiterführte. Es bestand eine inverse Beziehung zwischen Häufigkeit und Alkoholpsychosen und Schichtzugehörigkeit. Dass sich Überweisungen durch die Anonymen Alkoholiker hauptsächlich in der mittleren Schicht fanden, stimmt mit anderen Ergebnissen überein, wonach die Anonymen Alkoholiker eine Mittelschichtbewegung sind (Trice, 1957).

In bezug auf die Diagnose ergaben sich folgende Unterschiede. Die unterste Schicht wies deutlich am häufigsten die Diagnose Alkoholpsychose auf, und zwar sowohl akute (Delirium tremens, Alkoholhalluzinationen) wie chronische Alkoholpsychosen (Korsakoff, Wernicke und unspezifische Encephalopathien). Das häufige Auftreten von chronischen Alkoholpsychosen in der Schicht III ist wahrscheinlich nicht nur auf ein spezifisches Trinkverhalten zurückzuführen, sondern auch auf eine unterschiedliche Ernährungsvernachlässigung in den Schichten. Ähnliche Differenzen bezüglich der Häufigkeit dieser Erkrankungen wurden z.B. von Malzberg (1960) berichtet.

Die Diagnose "soziopathische" Persönlichkeitsstörung fand sich überraschenderweise am häufigsten in der mittleren, nicht in der unteren Schicht. Die Autoren meinen allerdings, dass das darauf zurückzuführen ist, dass es sich ausschliesslich um freiwillige Patienten handelte, wobei Unterschichtalkoholiker eher Gefahr laufen, wegen solcher Verhaltensstörungen zwangsweise arretiert oder einer Behandlung zugewiesen zu werden.

Patienten der Schicht III wurden von den untersuchenden Ärzten eher in Verhaltenstermini beschrieben (ruhig, sich zurückziehend, niedrige Intelligenz, schlechtes Auftreten, unreif, Mangel an Einsicht, schlecht motiviert), Patienten der Schicht I und II dagegen eher in Gefühlstermini (aktiv und intelligent), an Schuldgefühlen leidend, unzufrieden, unzufrieden mit sich selbst). Es ist nicht klar auszumachen, ob das auf einen realen Unterschied zwischen den Patienten oder einem Mittelschicht-Bias der Untersucher beruht, deren soziale Distanz zu den höheren Schichten geringer ist, so dass sie diese eher "einführend", die Unterschicht eher "von aussen" beschreiben. Weitere Beobachtungen innerhalb der Klinik lassen die Autoren mehr für die letztere Lösung plädieren.

Nicht-psychiatrische Erkrankungen wurden in der höheren Schicht häufiger diagnostiziert, was mit ihrer Überweisung primär durch niedergelassene Ärzte übereinstimmt. Das häufigere Vorkommen von Leberzirrhose in der oberen Schicht ist nach Schmidt et al. nur ein Effekt des höheren Alters in dieser Schicht und scheint darauf hinzuweisen, dass das Auftreten von Leberzirrhose eher zur totalen Konsummenge an Alkohol in einem Lebenslauf in Beziehung steht als zu spezifischen Trinksitten.

Hinsichtlich der Behandlung ergaben sich folgende Unterschiede: Die Prognose wurde von den Psychiatern bei der unteren Schicht für ungünstiger gehalten. Die Therapieempfehlungen wiesen eine Tendenz dahingehend auf, Unterschichtpatienten von aufdeckenden und stützenden Psychotherapieformen auszuschliessen und ihnen

statt dessen eher protektive Medikamente und - in geringerem Ausmass - Gruppentherapie nahelegen. Die Therapieempfehlung hatte weniger mit der Diagnose als mit der Schichtzugehörigkeit zu tun.

Patienten der Unterschicht erhielten eher Behandlungen von praktischen Ärzten, Patienten der oberen Schicht eher von Psychiatern. Die Anzahl der Behandlungskontakte differenzierte nicht zwischen den Schichten.

Edwards, Chandler und Hensman (1972) fanden bei ihrer Befragung in London folgende schichtspezifische Trinkstile:

Quantität und Frequenz: Angehörige der oberen Schichten (I und II) trinken meist in höherer Frequenz und geringer Quantität, Angehörige der unteren Schichten (III - V) eher weniger häufig, aber wenn, dann grössere Quantitäten.

Zeitliche Variabilität: Männer der Schichten I und II trinken mehr oder weniger dieselbe Quantität an jedem Wochentag, während bei Männern der unteren Schichten sich der Alkoholkonsum auf das Wochenende konzentriert.

Art des Getränks: Männer der oberen Schichten bevorzugen Spirituosen, die der unteren Bier.

Situatives Setting: Männer der oberen Schichten trinken bevorzugt bei sich oder anderen zu Hause sowie im Restaurant, während die der unteren Schichten "Pubs" bevorzugen.

Die Analyse der Trinkprobleme derselben Stichprobe (Edwards, Chandler, Hensman und Peto, 1972) führte zu folgenden Ergebnissen: Es ergab sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der berichteten Probleme in den Schichten. Edwards et al. klassifizierten alle, die mindestens 5 Trinkprobleme angaben, als Problemtrinker. Die Prävalenz war in jeder von 3 Schichten 6 %.

Sie schlüsseln allerdings nicht die Art der Probleme auf, so dass möglicherweise ein qualitativer Unterschied besteht.

Das negative Ergebnis steht nicht im Einklang mit anderen englischen Untersuchungen (Moss und Beresford-Davies, 1967), die eine höhere Alkoholismus-Prävalenz in den privilegierten Schichten vermuten liessen, und auch nicht mit Chandler, Hensman und Edwards, 1971, die bei Anonymen Alkoholiker-Mitgliedern und einer Gruppe mit Privatbehandlung ein grösseres Spektrum von Komplikationen bei niedrigerem Sozialstatus fanden. Allerdings wurden in der Anonymen Alkoholiker-Untersuchung bedeutend weniger Problemitems verwendet, möglicherweise hauptsächlich solche, die Probleme erfragen, die hauptsächlich in der Unterschicht vorkommen (z.B. Gefängnis, Arbeitsverlust). Die Differenzen sind wahrscheinlich auf die Selektivität der letztgenannten Untersuchungen zurückzuführen.

Die Bevölkerungsbefragung in Bremen (Wieser, 1968) ergab, wie bereits bei der Darstellung der Geschlechtsspezifität erwähnt, keine Unterschiede in der Trinkfrequenz der männlichen Probanden. Dagegen zeigten die Frauen eine deutliche Zunahme der Trinkfrequenz mit steigender Schicht. Auch hinsichtlich der Beliebtheit und Bevorzugung bestimmter alkoholischer Getränke ergaben sich kaum schichtspezifische Unterschiede. Es kann lediglich festgestellt werden, dass in der untersten Schicht seltener Wein konsumiert wird und dass schichtabhängig unterschiedliche Spirituosen bevorzugt werden. Die Untersuchung von Grüntzig et al. (1970) in Heidelberg ergibt allerdings ein anderes Bild (siehe Tab. 3.12.). Ob in der BRD wie in England schichtspezifische Trinkstile existieren, kann bis jetzt nicht ausgemacht werden.

Weitere Ergebnisse sind aus Tabelle 3.12. zu entnehmen.

Tab. 3.12. Schichtspezifität von Alkoholkonsum und Alkoholproblemen

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Schichtspezifität
Scott	USA	1954	wegen Trunkenheit Verhaftete	212.856	Anteile bei Trunkenheitsarrestierungen	Konzentration auf gelernte, ungelernte und angelernte Arbeiter, höchste Konzentration auf ungelernte Arbeit
Terry et al.	USA	1957	Alkoholiker in Kalifornien	531	bevorzugtes Getränk	mangelhaft ausgebildete und unter ihrem Niveau arbeitende Alkoholiker bevorzugen Spirituosen
Malzberg	USA	1960	alle Pat. psychiatr. Kliniken im Staate New York 1949-1951	?	Vorkommen Alkoholpsychosen	häufig umgekehrt proportional zum beruflichen Einkommen und zum formalen Bildungsgrad
Blacker et al.	USA	1965	delinquente Jugendliche	500	Alkoholismusgefahr	bei Personen mit höherem Einkommen grösser als bei Personen mit niedrigerem Einkommen
Sand	USA	1966	stationäre psychiatr. Patienten	?	Alkoholismusgefahr	grösser bei höherem Einkommen
Cisin et al.	USA	1968	Allgemeinbevölkerung repräsentativ USA	2746	Anteil Kategorie stark. Trinkende	grösser bei den Einkommensstärkeren
Hyman	USA	1968	wegen Trunkenheit am Steuer festgenommene Fahrer Kalifornien und Ohio	1718	Vulnerabilität für Arrestierungen wegen Trunkenheit am Steuer	grösser bei den unteren sozioökonomischen Gruppen
Cahalan	USA	1969	Allgemeinbevölkerung repräsentativ Stadt Herford	325	trinkbezogene Probleme (lockere Trinkproblemdefinition);	nach multivariater Analyse mit Problemen verbunden hoher soziokultureller Status;

Fortsetzung Tab. 3.12.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Schichtspezifität
Fortsetzung	Cahalan		nationale Stichprobe	> 2000	trinkbezogene Probleme (striktere Trinkproblemdefinition)	mit Problemtrinken verbunden: niedriger sozio-kultureller Status
Weast	USA	1969	Indianerjugend	90	Alkoholismuskvorkommen	am höchsten bei Ausbildung in technischen und kaufmännischen Kursen, niedrigstem Berufsstatus und höchstem Familieneinkommen
Selzer	USA	1969b	in tödliche Unfälle verwickelte Fahrer 96 und gleich-grosse Kontrollgruppe 96		Unfälle mit tödlichem Ausgang unter Alkohol	mehr Unterschichtpersonen in Gruppe tödl. Unfälle als Kontrollgruppe: 76 % : 54 %, weniger Oberschichtpersonen: 5 % : 29 %
Gorwitz et al.	USA	1970	alle derzeit bei psychiatr. Diensten in Maryland in Behandlung stehenden Alkoholiker	6432	Anteile an Alkoholikern	Ausbildungsniveau praktisch gleich wie in Allgemeinbevölkerung Marylands
Mayer et al.	USA	1970	ambulante Patienten einer Alkoholiker-klinik	?	soziale Zusammensetzung Alkoholiker; Therapieerfolg	fast wie Allgemeinbevölkerung; hoher Status: häufiger mässiges Trinken, mittlerer und niedriger Status: häufiger Abstinenz
Pisani et al.	USA	1970	männliche Alkoholiker, ambulante Patienten	30	Therapiepersistenz	Drop-Outs meist aus der Unterschicht

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Smith	USA	1970	wegen Trunkenheit am Steuer inhaftierte Zufallsstichprobe	100	Vorkommen multipler Alkoholprobleme bs. nur eines Trinkdelikts	niedriges Einkommen bei Personen mit multiplen Trunkenheitsdelikten
Gross et al.	USA	1971	männliche Patienten mit Alkoholentzugssyndrom	400	Vorkommen Bewusstseinsstörungen	häufiger bei den weniger Gebildet
Mayer et al.	USA	1971	ambulante Alkoholikerpatienten	222	Therapiepersistenz Anteil Personen, die mehr als 5 Sitzungen absolvieren;	54 % der oberen Schicht, 32 % der unteren Schicht;
Pratt	USA	1971	Mütter von 9-13-jährigen Kindern	401	Anteil Trinkende vs. Abstinente; Trinkquantität; Trinkfrequenz	geringer in Untere als in Oberschicht geringer in Untere als in Oberschicht geringer in Untere als in Oberschicht
Rimmer et al.	USA	1971	Alkoholikerpatienten öffentl. Klinik 112 Privatklin. 147		Beginn der Alkoholprobleme; Durchschnittsalter beim 1. Trinken; Anzahl der Hospitalisierungen; Anteil periodische Trinker; Morgentrinker; Vorkommen Delirium tremens;	Pat. öffentl. Kliniken verglichen mit Pat. Privatkliniken früher; früher (15 vs. 18 J.); häufiger nicht die erste 29 % vs. 18 %, mehr 3,8 % vs. 3,0 %; größer 79 vs. 44 %; mehr 86 vs. 63 %; häufiger 51 vs. 18 %;

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Fortsetzung Rimmer et al.					Vorkommen Blackouts; Alkoholhalluzinose; alkoholbezogene Inhaftierungen; Familienstand; Diagnose primärer Alkoholismus	häufiger 79 vs. 63 %; häufiger 40 vs. 11 %; mehr 65 vs. 27 %; weniger verheiratet; 27 vs. 53 %; seltener 60 vs. 73 %
Rosenblatt	USA	1971 a,b	männliche Patienten mit Alkoholentzugssymptomen Städt. Krankenhaus	567	Häufigkeit von Pat. mit Entzugssymptomen pro Wohngegend	positive Korrelation der Anzahl der Einweisungen pro Stadtzone mit der Häufigkeit von Arbeitslosigkeit, geringem Ausbildungsniveau, geringem bis mittlerem Einkommen, Überbevölkerung, hohen Raten an Jugendkriminalität, Tuberkulose, Totschlag, geringer Wohnstabilität
Hoffmann et al.	USA	1972	männliche Alkoholiker, stationäre Klinikpat.	325	Verteilung Alkoholiker; Trinkverhalten und -einstellungen;	mehr Patienten d. Oberschicht in privaten Instit. keine praktisch bedeutsamen Unterschiede feststellbar
Pullman et al.	Kanada	1958	Allgemeinbevölkerung, Telefonbefragung	122	Akzeptierung des Trinkens	86 % der höchsten Einkommensgruppe 60 % der mittleren Einkommensgruppe, 45 % der niedrigsten Einkommensgruppe, 77 % der Selbständigen und leitenden Angestellten,

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Fortsetzung Pullman						62 % der Angestellten, 44 % der Arbeiter 79 % mit Universitätsausbildung 62 % mit High-School-Ausbildung 47 % mit Volks- oder Berufsschulbildung
La Forest	Kanada	1968	Haushaltsvorstände in St. Lawrence-Ortschaften (20-70 Jahre)	593	Vorkommen "pathologische" Einstellung gegenüber Alkohol; Art des Getränks	häufiger bei den sozioökologisch Benachteiligten; Selbständige und Angestellte trinken meist Spirituosen, gelernte und angelernte Arbeiter Bier
Ossen-berg	Kanada	1969	Lokalbesucher ? während eines Volksfests von Unter-, Mittel- und Oberschicht-lokalen		Aktivitäts- und Lärm-pegel; Trennung von Männern und Frauen; Kostümie-rung	in der Unterschicht wie immer, in der Mittelschicht erhöht, in der Oberschicht gering in der Unterschicht aufrecht erhalten, in der Mittelschicht aufgehoben; in der Unterschicht kaum, in der Mittelschicht bei 90 % in der Oberschicht mehr als in der Unterschicht
White-head	Kanada	1969	Schüler	1606	Anteil Trinkende vs. Abstinente	keine Beziehung zum Berufsstatus des Vaters

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Dietrich	BRD	1963	männliche chronische Alkoholiker Klinikpat.	300	Anteile Alkoholiker	Mehrheit gehörte zur Mittel- und Unterschicht, 28 % Geschäftsleute und gelernter Arbeiter, 24 % Busfahrer, Maurer und ungelernete Arbeiter
Feuerlein	BRD	1967	chronische Alkoholiker München	118	Anteile Alkoholiker	Überwiegen der Arbeiter (63 % der Alkoholiker gegenüber 42 % im Bevölkerungsdurchschnitt)
Grüntzig	BRD	1970	männliche Beschäftigte der städt. Betriebe Heidelberg 40-59 J.	1038	Trinkfrequenz, Anteil tägliche Trinker; Trinkquantität; Gramm Alkohol pro Woche; Art des Getränks	steigend mit sinkender Schicht Schicht I: 36 % " II: 54 % " III: 74 % " IV: 85 %; höher mit sinkender Schicht Schicht I: 160,9 " II: 173,4 " III: 286,5 " IV: 382,9 insbesondere Schnaps und Bierkonsum in den unteren Schichten erhöht
Busche et al.	DDR	1970	Alkoholiker, station. Pat. psychiatr. Klinik	545	Vorkommen Alkoholismus und Delir	häufiger bei niedrigerer sozioökonomischer Entwicklung aufgrund "geringer prä-morbider" Intelligenz
Kiviranta	Finnland	1969	Alkoholiker, Patienten von 4 versch. Institutionsarten	550	Schwere des Alkoholismus Probleme aufgrund des Trinkens	1) Anonyme-Alkoholiker-Mitgl.: hauptsächlich Mittelschicht mit Mittelschicht Eltern, schwere Trinkvorgeschichte gute interpersonelle Fertigkeit

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Fortsetzung Kiviranta						<p>2) Ambulante Klinikpatienten: hauptsächlich gelernte Arbeiter, sozial aufgestiegen, Erhaltung einiger sozialer Fertigkeiten durch Trinken nicht so stark beeinträchtigt</p> <p>3) Pat. totaler (freiwillig, zwangsweise) Institutionen für Alkoholiker: ungelernete Arbeiter, teilweise sozial abgestiegen, teilweise Herkunft aus derselben Schicht wenig soziale Fertigkeiten, nicht sehr abhängig von Alkohol häufige Arrestierungen und Gesundheitsprobleme</p> <p>4) Pat., die alle Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch nahmen: Angehörige oberer Schichten, sozial abgestiegen (höchste Herkunft), schwere Trinkvorgeschichte, zerstörte soziale Beziehungen</p>
Mäkälä	Finnland	1970	Allgemeinbevölkerung 1968	1823	<p>Integration und soziale Kontrolle des Trinkens; Frequenz/Quantität; Alkoholismusinzidenz; Anzahl Probleme aufgrund des Trinkens;</p>	<p>in Mittelstärke als in Unterschicht; nicht geringer in Mittel- als in Unterschicht; kein Unterschied; höher in Unterschicht;</p>

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Fortsetzung Makala, 1970					Arretierungen wegen Trunkenheit	häufiger in Unterschicht
Mäkälä	Finnland	1971	Allgemeinbevölkerung Männer, Stadt	?	für das Trinken angegebene Gründe	in der Mittelschicht häufiger Rechtfertigung durch soziale Normen und Rituale in der Unterschicht Alkohol als Medizin gegen psychologischen Stress und körperliche Spannung
Hjortzberg	Schweden	1968	delinquente Alkoholiker 50 J. männl. und Kontrollgruppe	390	Alkoholismusedelinquenz	in der Population häufiger als in der Kontrollgruppe: niedrige Wohnkomfort, niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit, geringe Schulbildung
Dahl	Schweden	1967	Alkoholiker > 800 Klinikpat.		Anteile an Alkoholikern	90 % der Population Arbeiter
Woodside	England	1961	wegen alkoholbezogenen Delikten verurteilte Frauen	26	alkoholbezogene Delikte	hauptsächlich Unterschicht, 15 ungelernete, 4 angelernte Arbeiterinnen
Carney et al.	England	1967	männliche Alkoholiker Patienten psychiatr. und anderer Kliniken	128	Alkoholismuserkrankung und -perpetuierung	schichtspezifische Lebensbedingungen, externer Stress höchstens bei der Entstehung des Alkoholismus von Bedeutung, dann autonome Entwicklung

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Moss	England	1970	Allgemeinbevölkerung über 15 J. in Cambridge-shire	142.664	Anteile Alkoholiker	bei Frauen: 22 % Führungspositionen, 38 % Mittelschicht bei Männern: 8 % Führungspositionen, 18 % Mittelschicht
Edwards et al.	England	1972	Häftlinge mit kurzen Strafen	188	Alkoholabhängigkeit	keine Korrelation mit Schichtzugehörigkeit
Walsh	Irland	1969	Alkoholiker psychiatr. Klinikpat.	690	Anteile Alkoholiker; lokale Differenzen; Interaktion Schicht- und Geschlechtszugehörigkeit	relative Anteile bei mittleren und Führungspos. grösser als bei landwirtschaftl. und manuellen Tätigkeiten; Alkoholismus häufiger in reich. Provinzen; Anteil weibliche Alkoholiker in höheren Schichten grösser
Kearney	Irland	1969	Obdachlosen- asylbewohner	?	Alkoholismusvorkommen	hohes Vorkommen in der untersten Schicht, führt nicht zu medizinischer Betreuung sondern eher zu psychiatrischer Erkrankung eines anderen Familienmitglieds
Anderson	Frankreich	1968	Allgemeinbevölkerung französische Ortschaft	?	Trinkquantität bei Kindern; Beginn des Trinkens bei Kindern	in Unterschicht höher als in Mittelschicht; in Unterschicht früher als in Mittelschicht
Bresson	Frankreich	1970	Beschäftigte Industrie	590	Alkoholismusvorkommen	bei manuellen Arbeitern: 28 - 48 %, bei Bürotätigkeiten: 3 %

Fortsetzung Tab. 3.12.

Autor	Land	Jahr	Population	N	Untersuchtes Problem	Schichtspezifität
Cotta-Ramusino et al.	Italien	1967	Alkoholiker Klinikpat. Provinz Vercelli 1962-1963	?	Anteile Alkoholiker	am häufigsten Industriearbeiter gefolgt von Bauern und Rentnern. Bürgerlicher Mittelstand weit weniger vertreten.
Marcello	Italien	1967	psychiatr. Klinikpat. mit Alkohol- psychosen 1946-1965	?	Vorkommen Alkohol- psychosen	häufiger bei Bauern, Hand- werkern und Hilfs- arbeitern, und bei diesen häufiger bei Analphabeten und geringer Schulbildung
Sacchi	Italien	1967	Alkoholiker, Pat. neurol. Klinik 1966	1039	Anteile Alkoholiker	30 % Arbeiter 24,9 % Bauern 35,8 % Rentner und Arbeitslose
Diblasí et al.	Italien	1969	Klinikpat. mit Alkohol- psychosen	2779	Anteile Alkoholiker	67 % Arbeiter 19 % Bauern bei Frauen: 55 % Hausfrauen
Carasco	Spanien	1968	Allgemein- bevölkerung	?	Vorkommen tägliches Weintrinken	untere Schicht: 70 %, höhere Schicht: 40 %
Murcia-Valcarcel	Spanien	1969	weibliche Alkoholiker in Behandlung	103	Anteil Alkoholiker	28 Arbeiterschicht 26 Mittelschicht 30 arbeitende in Haushalt
Stojiljkovic et al.	Jugoslawien	1969	Invalide in Belgrad (3677m. 2323w.)	6000	Anteile bei Alkoholikern und Nicht- alkoholikern	Ungelernte: Alk. 29 % Nichtalk. 43 %, Angelernte: Alk. 13 % Nichtalk. 10 %, Gelernte: Alk. 40 % Nichtalk. 23 %
Chichkova	Bulgarien	1969	Alkoholiker ambulante Klinikpat.	170	Anteile bei Alkoholikern	65 % ungelernete Arbeiter, 62 % nur Volks- schulabschluss

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Kardos et al.	Ungarn	1970	Alkoholiker Klinikpat.	?	Anteile Alkoholiker	häufig gut verdienende ungelernete Arbeiter
Maria et al.	Ungarn	1969	Kliniküberweisungen	100	Anteile Alkoholiker	am häufigsten junge Arbeiter mit Volksschulbildung
Sidorowicz	Polen	1969	Alkoholiker psychiatr. Klinikpat. 1956-1966 .. 813 1966 126		Anteile Alkoholiker	mit Beschäftigten 74 %, ungelernete Arbeiter: 50 %, Volksschulabschluss: 38. %
Falewicz	Polen	1970	junge Arbeiter	1000	Trinkfrequenz	bei jungen Arbeitern und Studenten geringer als bei anderen Populationen gleichen Alters, bei Söhnen gelernter Arbeiter geringer als bei Söhnen von Bauern ungelerneten Arbeitern und "white-collar"-Arbeiter
Saint et al.	Australien	1952	chronische Alkoholiker	78	Anteile Alkoholiker	25 ungelernete Arbeiter, davon 13 Rentner, 9 gelernte Arb., 7 habituell Arbeitslose, 6 Geschäftsbesitzer
Wilkinson et al.	Australien	1969	Alkoholiker Klinikpat.	220	Anteile Alkoholiker	alle sozioökonomischen Gruppen vertreten
Encel et al.	Australien	1970	Allgemeinbevölkerung stadtrepräsentativ	823	Trinkverhalten nach Quantität/Frequenz	Vorkommen von starkem Trinken bei Frauen schichtabhängig, bei Männern nicht

Fortsetzung Tab. 3.12.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Schichtspezifität</u>
Moya et al.	Chile	1969	Allgemeinbevölkerung Unter- und Mittelschicht	?	Alkoholismusvorkommen	steigt bei sinkendem sozioökonomischem Niveau mittlere Rate insgesamt: 4,5 % Unterschicht allein: 7,6 %
Canelos et al.	Ekuador	1967	alle Bewohner eines Indio- dorfes	?	Alkoholismusvorkommen	in der Unterschicht häufiger als in anderen Schichten
Sasaki	Japan	1969	Beschäftigte eines Industrie- unternehmens	174	Vorkommen Problemtrinker	insgesamt 12. Von "white-collar" Arbeitern höhere Prozentsatz von Problemen angegeben als von anderen

3.3.3.5. Rasse und ethnische Herkunft

Hauptsächlich in den USA wurde der Zusammenhang von Trinkverhalten und Trinkproblemen und ethischer bzw. rassistischer Herkunft untersucht. Die unterschiedlichen Raten werden häufig als empirische Belege soziokultureller Theorien herangezogen. Nach der amerikanischen Repräsentativbefragung (Cahalan, 1969) hatten Befragte, deren Väter ausserhalb der USA geboren waren, einen höheren Anteil an Trinkenden (80 %) als solche, deren Väter in den USA geboren waren (64 %). Der Unterschied in bezug auf das Vorkommen starker Trinker war jedoch relativ gering (15 % vs. 11 %). Personen irischer Herkunft hatten den höchsten Prozentsatz an Trinkenden (93 %) und an stark Trinkenden (33 %). Befragte, deren Väter aus Lateinamerika kamen, wiesen den niedrigsten Prozentsatz an Trinkenden (61 %), aber einen relativ hohen Prozentsatz an stark Trinkenden (28 %) auf.

Zwischen Negern und Weissen wurden bei grossen Bevölkerungsbefragungen in den USA gewöhnlich keine grossen Unterschiede gefunden. Die Befragung von Cahalan et al. erbrachte einen höheren Anteil an Abstinenten bei den Negern (38 %) als bei den Weissen (31 %), aber unter den Trinkenden einen etwas höheren Prozentsatz an starken Trinkern bei den Negern. Es lässt sich eine Interaktion mit der Geschlechtszugehörigkeit feststellen: Männliche Weisse waren häufiger abstinent als männliche Neger, aber weibliche Weisse seltener abstinent als weibliche Neger.

Die übrigen Ergebnisse werden wiederum tabellarisch wiedergegeben.

Tabelle 3.13.

Tab. 3.13.a. Rassenspezifität von Alkoholkonsum und Alkoholproblemen

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschiede nach Rassenzugehörigkeit</u>
Ullman	USA	1960	College- studenten	1524	Umstände bei erstem Trin- ken und Al- koholpräva- lenz	in ethnischen Gruppen mit hoher Alkoholismuspräva- lenz findet das erste Trinken sta- - eher unter Be- dingungen, die von Erwachsenen nicht sanktioniert sind - zu einem späte- ren Zeitpunkt, - eher an einem anderen Ort als zu Hause, - eher mit andere Personen als Fami- lienmitgliedern, - es führt eher zur Betrunkenheit
Malz- berg	USA	1955a	Ersteinwei- sungen wegen Alkoholpsycho- sen im Staate New York 1939-1941 Weisse	42.563	Rate Einwei- sungen wegen Alkoholpsy- chosen auf 100.000 Personen	bei im Lande Ge- borenen: 11,4 auf 100.000, bei ausserhalb des Landes Geborenen: 7,1 auf 100.000
Malz- berg	USA	1955b	Ersteinwei- sungen wegen Alkoholpsy- chosen Staat New York 1939-1941	46.471 (42.563 Weisse, 3908 Neger)	Trunksucht- rate (Intempe- rance)	bei den Erstein- weisungen der Neger höher als bei den Weissen
Scott	USA	1954	Allgemein bevölkerung	212.856	Anteil In- haftierte wegen Trun- kenheit	höher bei Negern und amerikanischen Indianern
Wolfgang et al.	USA	1956	Totschläger und Tot- schlagopfer	1209 (621 Täter, 588 Opfer)	Totschlag unter Alkohol	67 % der Fälle hatten Neger als Täter, 58 % Weiss in 70 der Fälle das Opfer ein Neg in 49 % ein Weiss
Malz- berg	USA	1960	alle Pat. psychiatr.Klin. im Staat New York 1949-1951 Ersteinweisungen wegen Alkohol- psychosen	?	Ersteinwei- sungsrate wegen Alko- holpsychose	bei Negern höher als bei Weissen

Fortsetzung Tab. 3.13.a.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschiede nach Rassenzugehörigkeit</u>
Maddox et al.	USA	1961	männliche College-Studenten	48 (24 Weisse, 24 Neger)	Einstellung gegenüber Alkohol im TAT	kein signifikant Unterschied. Negative Ambivalenz bei Negern und Weissen. Tendenz stärker bei den Negern
Strayer	USA	1961	Alkoholiker Klinik-population	1308 (1077m. Weisse, 187w. Weisse, 26m. Neger, 18w. Neger)	Fähigkeit den Kontakt zur Klinik aufrechtzu-erhalten als Indikator für Nüchternheitsmotivation	grösser bei den Negern, insbesondere der Frauen
Whittaker	USA	1962	Sioux-indianer über 15 J.	208	Anteil Abstinente; Anteil derer, die grosse Quantitäten pro Gelegenheit trinken	31 % bei den Indianern wie in Allgemeinbevölkerung; 49 % bei den Indianern gegenüber 39 % in der Allgemeinbevölkerung
Blacker et al.	USA	1965	delinquente Jugendliche	500	Alkoholkonsum; Vorkommen pathologisches und Erleichterungstrinken	bei Negern geringer als bei Weissen; bei Negern geringer als bei Weissen
Globetti et al.	USA	1966	Highschool-Studenten Mississippi	528 (314 Weisse, 214 Neger)	Supervision des Trinkens durch Erwachsene	stärker bei Negern als bei Weissen. Trinker der Weisse häufig aus Abstinenzhintergrund
Cisin	USA	1968	repräsentative Stichprobe Erwachsene	2746	Vorkommen starke Trinker	höher bei Weissen als bei Negern

Fortsetzung Tab. 3.13.a.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschiede nach Rassenzugehörigkeit</u>
Kissin et al.	USA	1968	männliche Alkoholiker	?	Therapieerfolg	bei den Negern signifikant geringer als bei den Weissen, was auf niedrige soziale Anpassung, Erziehung etc. zurückgeführt wird
Hyman	USA	1968	wegen Trunkenheit am Steuer Arretierte	1718	Vorkommen Arretierungen wegen Trunkenheit am Steuer	doppelt so bei Negern wie bei Weissen
Gross et al.	USA	1971	männliche Alkoholiker Klinikpopulation	1400	Entzugssymptome, Vorkommen von Halluzinationen	mehr Neger als Weisse halluzinierten
Lowe et al.	USA	1971	Einweisungen wegen Alkoholismus 1966-1968 psychiatr. Klinik	1652	durchschnittliche Rate neuer Einweisungen auf 100.000 Personen	56,9 auf 100.000 bei männl. Weisse 29,6 auf 100.000 bei männl. Negern
Rosenblatt	USA	1971	Klinikpat., Alkoholiker mit Entzugssyndrom	567 (222 Weisse, 333 Neger)	Einweisungsraten wegen Entzugserrscheinungen	bei Personen aus Gebieten geringster Siedlungsdichte unter Negern 12mal höher als unter Weisse bei Pers. aus Gebieten höchste Siedlungsdichte unter Negern 3,5 mal höher als unter Weissen

Tab. 3.13.b. Alkoholkonsum, Alkoholprobleme und ethnische Herkunft

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschied nach Herkunftsland</u>
Saint et al.	Australien	1952	chronische Alkoholiker	78	Tendenzen in Richtung Alkoholismus	mehr bei Australiern als bei Engländern
Landman	USA	1952	jüdische Kinder (5-17 J.)	229	Trinksozialisation	Einführung alkoholischer Getränke in familiären Situationen, in denen es wichtig ist, den Eltern zu gefallen
Malzberg	USA	1960	alle Psychiatr. Kliniken des Staates New York 1949-1951	?	Einweisungsraten wegen Alkoholpsychosen	niedriger für in einem anderen Land geborene Weisse als für im Land geborene, sehr hoch bei den Iren niedrig bei den Italienern, am niedrigsten bei den Juden
Sand	USA	1966	Klinikpatienten	?	Alkoholismusvorkommen	unter den Weissen am höchsten bei irischer Abkunft
Room	USA	1968 (1890)	Allgemeinbevölkerung nach dem Census von 1890	?	Alkoholismusvorkommen; Sterblichkeitsexzess an alkoholbezogenen Todesfällen	aufsteigende Rangfolge nach Herkunftsland: Juden aus Russland, Italien, Deutschland, England, Irland; am höchsten bei deutschen Einwanderern, am niedrigsten bei irischen
Simon	USA	1968	Ersteinweisungen psychiatr. Klinikpat. über 60 J.	534	Alkoholismusvorkommen	Tendenz zu irischer Abkunft
Hyman	USA	1968	Strafen wegen Trunkenheit am Steuer	1718	Trunkenheit am Steuer	Vulnerabilität für Strafen bei Amerikanern spanischer Herkunft zweimal so hoch wie bei den übrigen Weissen

Fortsetzung Tab. 3.13.b.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschied nach Herkunftsland</u>
Knupfer et al.	USA	1968	Allgemeinbevölkerung durch Befragung	1212	Intoxikation	häufiger von Iren berichtet als von Protestanten und Juden gleichen Ausbildungsstands, Einkommens und Alters
Wechsler et al.	USA	1970	Patienten einer Notaufnahme-station	8461	positive Indikatoren von Alkoholkonsum; Selbstkategorisierung als "mässige bis starke Trinker"	Raten bei den Juden am niedrigsten. Raten am höchsten bei den Iren, Katholiken und in den USA geborenen Katholiken und Protestanten; 18 % der Juden, 32 % der Katholiken italien. Herkunft 45 % aller andere Gruppen (kombiniert)
Edwards et al.	England	1972	Gefängnisinsassen mit kurzen Haftstrafen	188	Abhängigkeit von Alkohol, Skala von 0 bis 4 aufsteigend	Engländer $\bar{x} = 1,1$ Iren $\bar{x} = 1,9$ Schotten $\bar{x} = 2,5$

3.3.3.6. Religionszugehörigkeit und -involvierung

Auch dieses Merkmal scheint vor allem in den USA bei der Determinierung des Trinkverhaltens eine Rolle zu spielen. In den USA gibt es verschiedene grössere Religionsgemeinschaften, die ihren Mitgliedern das Trinken von Alkohol untersagen. Grüntzig et al. (1970) fanden in der BRD keine Unterschiede nach Religionszugehörigkeit. Nach Cahalan et al. (1969) korreliert in den USA häufiger Kirchbesuch mit niedrigem Alkoholkonsum. Katholiken wiesen mehr Trinkende und mehr starke Trinker auf als liberale Protestanten. Juden und Mitglieder der episkopalischen Kirche hatten von allen Glaubensgemeinschaften den höchsten Prozentsatz an Trinkenden, dabei aber einen relativ niedrigen Prozentsatz starker Trinker.

Tab. 3.14.

Tab. 3.14. Alkoholkonsum, Alkoholprobleme und Religionszugehörigkeit

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschiede nach Religionszugehör</u>
Landman	USA	1952	jüdische Kinder (5-17 J.)	229	Trinksozialisation	Einführung alkoholischer Getränke in familiären Situationen, in denen es wichtig ist, den Eltern zu gefallen
Snyder	USA	1955	männliche jüdische Erwachsene	717	Trinken von Alkohol vor dem Alter von 11 Jahren; Art des Getränks; Einstellung gegenüber Trunkenheit; Trinkfrequenz; Anteil derer, die berich- ten, noch nie betrunken ge- wesen zu sein; Anteil an Abstinenten	85 % der Juden, 52 % der irische Katholiken, 33 % der britischen Protestanten mehr Bier- und Spirituosenkonsum bei den Juden als bei den britisch Protestanten und den irischen Katholiken; kein Unterschied zwischen den Gruppen; höher bei den Juden als bei den übrigen Gruppen; höher bei den Juden (44 %) als bei den übrigen Gruppen; geringer bei den Juden als bei den irischen Katholiken und britisch Protestanten
Lemere	USA	1956	Alkoholikerpatienten	7828	Anteil weibliche Alkoholiker	höher bei den Katholiken als bei Personen ohne bestimmte Religionszugehörigkeit
Skolnik	USA	1958	männliche College-Studenten	?	Angabe von sozialen Komplikationen aufgrund des Trinkens bei denen, die trinken	bei 4 % der Juden 39 % der Episcop- lischen, 50 % der Methodisten, 57 % der nicht kirchlich gebundenen mit Abstinenz- hintergrund

Fortsetzung Tab. 3.14.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschiede nach Religionszugehör</u>
Rogers	USA	1958	College- Studenten	725	Anteil Trin- kende vs. Abstinente	grösser bei den religiös nicht aktiven
Gustfield et al.	USA	1961	männliche College- Studenten	185	Anteil Per- sonen mit hohem Bier- konsum	63 % bei Prote- stanten, 66 % bei Katholiken, 23 % bei Juden
Sand	USA	1966	psychiatr. Klinikpat.	?	Vorkommen Alkoholab- hängigkeits- störungen	bei Katholiken u. Protestanten häu- figer als bei de übrigen Religion
Globetti	USA	1966	Highschool- Studenten	169	Vorkommen Problem- trinken	höher bei den re- ligiös inaktiven wenig kirchlich gebundenen
Gadou- rek	Holland	1966	Allgemein- bevölkerung	1300	Teilnahme am Trinken und Rauchen;	häufiger bei den römisch-katholi- schen als bei solchen ohne Re- ligionsangabe;
Carman	USA	1968	Armee- angehörige (Trinkende)	188	Trink- verhalten	keine Korrelatio mit religiösen Einstellungen
Knupfer et al.	USA	1968	Allgemein- bevölkerung, repräsentat.	1212	Angaben von Intoxikations- vorkommen	bei den Iren kei Unterschied nach Religions- zugehörigkeit, sondern generell bei Iren häufige als bei Prote- stanten und Jude anderer Provenie bei den Juden ok kirchliche Bindu häufiger als bei Juden der konser- vativen und re- formatoren Richtung
Weast	USA	1969	Indianer im High- School-Alter	90	Alkohol- konsum	höher bei Luthe- ranern und Metho- disten als bei c übrigen, höher bei seltenem Kirchenbesuch

Fortsetzung Tab. 3.14.

<u>Autor</u>	<u>Land</u>	<u>Jahr</u>	<u>Population</u>	<u>N</u>	<u>Untersuchtes Problem</u>	<u>Unterschiede nach Religionszugehör.</u>
Whitehead	Kanada	1969	Highschool-Studenten	1606	Anteil Trinkende nach Selbstaussage	Katholiken 39 %, Protestanten 41 %, Juden 52 %, keine Religionszugehörigkeit 41 %
Wechsler et al.	USA	1970	Patienten einer Notaufnahme-station	8461	positive Indikatoren von Alkoholkonsum	Raten am geringst bei den Juden

3.3.3.7. Wohnort

Innerhalb einzelner Länder gibt es noch regionale Unterschiede im Alkoholkonsum, die darzustellen hier aber zu weit führen würden.

Immer wieder wurde festgestellt, dass Großstädte im Vergleich zu anderen Siedlungsgebieten den höchsten Anteil an Nichtabstinenten aufweisen (siehe z.B. Mulford, 1964; Cahalan et al., 1969; Andelkovic et al., 1970). Nach Edwards et al. (1972) weist vor allem die Wohnmobilität einen Zusammenhang mit der Häufigkeit von Alkoholproblemen auf.

3.3.3.8. Spezielle Populationen

3.3.3.8.1. Jugendliche

Wohl nicht nur aus präventivem Interesse sondern hauptsächlich wegen der guten Erreichbarkeit dieser Population existieren sehr viele Untersuchungen über das Trinkverhalten und die Prävalenz von Problemtrinkern bei Schülern und Studenten. Amerikanische College-Studenten stellen die Population dar, deren Trinkverhalten bis jetzt am intensivsten erforscht wurde. Beginnend mit der Untersuchung von Straus und Bacon (1953) zogen sie immer wieder die Aufmerksamkeit auf sich. 1970 veröffentlichte Maddox eine Monographie mit 21 Artikeln verschiedener Autoren über das Trinken von College-Studenten. Maddox selbst hat eine Reihe von Arbeiten veröffentlicht (Maddox und Borinski, 1964; Maddox, 1966; Maddox, 1968; Maddox, 1968), und zwar hauptsächlich über Neger. Globetti untersuchte hauptsächlich College-Studenten mit Abstinenzhintergrund (Globetti, 1966; Globetti und McReynolds, 1966; Globetti, 1967; Globetti und Windham, 1967; Globetti, 1969a, 1969b; Globetti und Harrison, 1970). Highschool-Studenten der USA und Kanada stehen den College-Studenten hinsichtlich der Arbeiten über ihr Trinkverhalten kaum nach. Zu nennen sind hier vor allem Alexander (1967), Alexander und Campbell, (1968), Riester (1967, 1968), Milgram (1969), Forslund und Gustafson (1970) Smart (1970), Smart et al. (1970). In den letzten Jahren fand der Alkoholkonsum von Jugendlichen, insbesondere Schülern und Studenten, in Zusammenhang mit der Drogenwelle neuerliches Interesse.

Untersuchungen über Trinkverhalten und Trinkprobleme von Jugendlichen liegen auch aus Schweden (Nylander, 1963; Takman, 1963; Hanson und Saarman, 1970), Finnland, Schweden, Dänemark und Norwegen (Bruun und Hauge, 1963; Bruun, 1965), der Tschechoslowakei (Mecir, 1960, 1961; Novotny, 1970), Polen (Falewicz, 1970), Italien (Colucci d'Amato, 1968), England (Glatt und Hills,

1968; Rosenberg, 1969; Orford und Postoyan, 1970) vor. Kinderalkoholismus tritt wahrscheinlich nur in alkoholfreundlichen, weinbauenden Ländern als soziales Problem auf (siehe dazu Senini und Bertuzzi, 1967).

Stacey und Davies (1970) legten eine kritische Übersicht über das Trinkverhalten bei Kindern und Jugendlichen vor, die allerdings fast ausschliesslich auf amerikanischen Arbeiten basiert. Grob zusammengefasst lassen sich die Ergebnisse auf diesem Gebiet wie folgt darstellen: In den USA und anderen Ländern (nicht aber z.B. in Italien) bildet das Trinken von Alkohol bei Jugendlichen einen Teil der Sozialisierung in die Erwachsenenrolle. Es korreliert in dieser Population wie in den übrigen mit Alter, Geschlechtszugehörigkeit, rassischer und ethnischer Herkunft, sowie Religionszugehörigkeit und städtischer bzw. ländlicher Wohngegend. In Ländern mit einer hohen legalen Altersgrenze für den Kauf und Verzehr von Alkohol trinken Jugendliche häufig vor diesem Zeitpunkt illegal, heimlich und ohne Wissen der Eltern. Eine besondere Bedeutung in der Trinksozialisierung kommt den Peer Groups zu: Trinkende Jugendliche haben meist Freunde, die ebenfalls trinken. Trinken scheint hier ein Mittel der Gruppenkohäsion und -integration zu sein. Vereinzelt bilden sich Trinkgruppen, deren einziger Zweck im Trinken besteht, und die ein hohes Vorkommen an Problemtrinkern haben. Als weitere Bezugsgruppe sind gewöhnlich die Eltern relevant. Umstritten ist, ob der Einfluss der Eltern oder der Gleichaltrigen bei der Entwicklung des Trinkverhaltens als grösser zu veranschlagen ist. Es existieren wenige Untersuchungen, die elterliche Trinkverhaltensweisen, -einstellungen, Interessen an den Aktivitäten der Jugendlichen oder Sozialisierungsgrad mit jugendlichen Trinkgewohnheiten in Beziehung setzen. Die meisten verwenden zu grobe Messungen, z.B. Klassifizierung der Eltern als Trinkende oder Abstinente, oder als solche mit positiven oder negativen Einstellungen zum Trinken.

Die generelle Crux der Untersuchungen liegt in folgendem: College- oder Highschool-Studenten sind nicht repräsentativ für Jugendliche allgemein. Die Ergebnisse in einem Land lassen sich kaum auf andere übertragen, da jugendliches Trinken nicht überall den Aspekt der Sozialisierung in die Erwachsenenrolle oder der symbolischen Ablösung von den Vorschriften des Elternhauses hat. Die gewöhnlich angenommene Stabilität des in dieser Zeit erworbenen Trinkverhaltens für das Erwachsenenalter ist bis jetzt praktisch nirgends erwiesen. Trice und Belasco (in Maddox, 1970) führten eine retrospektive Untersuchung an Berufstätigen mit College-Abschluss durch, die zeigte, dass sehr viele ihrer Probanden Symptome von Problemtrinken erst innerhalb der Berufskarriere entwickelten.

3.3.3.8.2. Kriminelle und jugendliche Delinquente

Wie bereits bei der Darstellung der Alkoholprobleme erwähnt, existiert eine Beziehung zwischen Alkoholkonsum und kriminellen Akten. Darüberhinaus wurde immer wieder erwiesen, dass das Vorkommen von Alkoholikern oder Problemtrinkern unter Delinquenten besonders hoch ist, und zwar auch unter solchen, die die Straftat nicht unter akutem Alkoholeinfluss begangen haben (Glatt, 1958; Murata, 1960; Pinatel, 1960; MacKay et al., 1963; Quensel, 1964; Guze et al., 1968; Lange und Trübsbach, 1969; Nedoma et al., 1969; Gibbens und Silberman, 1970; Maddocks, 1970; Zackova, 1970; Bean, 1971; Edwards et al., 1971, Jähnig und Szewczyk, 1971; Widseth und Mayer, 1971). Vergleichsuntersuchungen zwischen delinquenten und nichtdelinquenten Jugendlichen (Blacker et al., 1965; Schonfield, 1966; MacKay und Philipps, 1967; Pearce und Garret, 1970) ergaben folgendes: Der Prozentsatz an Alkoholkonsumenten ist bei Delinquenten nicht höher als bei Nichtdelinquenten mit vergleichbarer Herkunft (Blacker et al., 1965). Pearce und Garrett (1970) fanden allerdings in ihrer Stichprobe bedeutend mehr Probanden, die mindestens einmal Alkohol getrunken hatten, bei den Delinquenten, als bei der

Kontrollgruppe. Dies mag aber auch daran liegen, dass unter den Delinquenten die Mädchen stark unterrepräsentiert waren. Bei der Befragung von Pearce und Garrett (1970) gaben mehr Delinquente als Nichtdelinquente an, zuerst ohne elterliche Erlaubnis getrunken zu haben. Delinquente hatten häufiger zuerst bei einem Freund getrunken und auch weiter hauptsächlich im Zusammenhang mit Gleichaltrigen, während Nichtdelinquente häufiger zuerst zu Hause mit ihren Eltern getrunken hatten und das auch fortsetzten. Delinquente tranken nach ihrem ersten Alkoholkonsum in einem früheren zeitlichen Abstand wieder als Nichtdelinquente. Ein geringer Prozentsatz der Delinquenten hörte nach dem ersten Alkoholkonsum wieder zu trinken auf. Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der sozialen und situativen Einbettung des Trinkens kam Schonfield (1966). Schonfield stellte ausserdem fest, dass die Delinquenten seiner Stichprobe häufiger rauchten und stärkere heterosexuelle Aktivität zeigten als die Nichtdelinquenten. Auch die Trunkenheitsfrequenz lag bei den Delinquenten höher. MacKay und Phillips (1967) fanden wie Pearce und Garret (1970), dass ein grösserer Prozentsatz von Delinquenten nach der ersten Alkoholerfahrung das Trinken fortsetzte. Zusätzlich fanden sie bei den Delinquenten eine höhere Frequenz von "ernstem" Trinkverhalten und Erleichterungstrinken. Stacey und Davies (1970) fassen das Problem Delinquenz und Trinken wie folgt zusammen: Jugendliche, die delinquentes Verhalten zeigen, trinken mit grösserer Wahrscheinlichkeit als Jugendliche, die kein delinquentes Verhalten zeigen. Die empirischen Belege weisen jedoch nicht auf eine einfache Kausalverbindung zwischen Trinken und delinquentem Verhalten hin. Diejenigen, die antisozial oder unangepasst sind, verhalten sich in vielfältiger Weise atypisch, wovon Alkoholkonsum eine Art darstellt.

3.3.3.8.3. "Skid Row"-Angehörige und ~~andere~~ Bewohner von Elendsquartieren

Besonders in den USA gibt es in Großstädten Elendsquartiere wie die New Yorker Bowery, die von einer ~~Subkultur~~ Subkultur sozialer Aussenseiter und Gescheiterter bewohnt ~~wirden~~ werden. Sie werden zwar nicht ausschliesslich von sozial-~~heruntergekommenen~~ heruntergekommenen Alkoholikern bewohnt, diese bilden aber ~~einen~~ einen grossen Prozentsatz der sogenannten "Skid Row". Diese ~~Subkulturen~~ Subkulturen verfügen über eigene soziale Normen, insbesondere ~~proskriptive~~ proskriptive Trinknormen. In den letzten Jahren mehren ~~sich~~ in den USA Untersuchungen über das Sozialgefüge der "Skid Row" und Rehabilitationsversuche zur Vermeidung des "Drehtüreneffekts" polizeilicher Massnahmen (Pittman und Gordon, 1958), ~~da~~ die Betroffenen immer wieder in die Elendsquartiere ~~zurücktreibt~~ zurücktreibt. In Deutschland scheint zwar auch der Alkoholismus unter ~~Obdachlosen~~ Obdachlosen weit verbreitet zu sein, doch finden sich ~~wahrscheinlich~~ wahrscheinlich keine solchen Subkulturbildungen. Beschreibungen des Skid Row-Kreises liefern Giffen (1966), Doctor (1967), Bahr und Langfuhr (1967), Lovald (1968), Wallace (1968), Rhodes (1969), Bahr (1969a, 1969b, 1969c), Kyle (1969), Levinson (1970), Atkinson (1970), Goldfarb (1970), Miller et al. (1970), Blumberg et al. (1971), Rubington (1971). Über ähnliche Populationen nicht-~~stehender~~ stehender Personen berichten Madsen (1964), Dumont (1967), Elkin (1970), McCusker et al. (1971), Raj (1971). Unter Zigeunern soll ~~nach~~ nach einem Bericht von Vasev und Milosavcevic (1970) Alkoholismus ebenso verbreitet sein wie in der jugoslawischen Bevölkerung.

3.3.3.8.4. Andere spezielle Populationen

Es liegen mehrere Berichte über Alkoholismusprobleme bei älteren Personen (meist Altersheiminsassen) vor: Simon et al. (1967), Lucas (1969), Graux (1969), Baer et al. (1970), Kryspin-Exner (1970), Gaitz und Baer (1971), Rosin und Glatt (1971). Das hohe Alkoholismuskommen ~~bei~~ bei Insassen von TBC-Sanatorien wurde mehrfach in verschiedenen Ländern bestätigt

(Benoit, 1959; 1961; Bonfiglio, 1963; Le Coz, 1968; Boucaud, 1968; Kerambrun, 1968; Angelini, 1969; Le Coz et al., 1969; Knapstein, 1970; Kryspin-Exner, 1970). Rhodes et al. (1969) schätzen nach einer Umfrage in allen TBC-Sanatorien der USA den Anteil an Alkoholikern bei diesen Patienten auf 22 %.

Kryspin-Exner und Zapotoczky kamen bei ihrer Analyse von 426 Tuberkulösen aus 3 Heilstätten auf 36,1 % Alkoholiker. Aus den USA liegen insbesondere aus den Veterans Administration Hospitals Statistiken über die Alkoholgefährdung von Armeeingehörigen vor (Anonymus, 1967; Braatz und Lumry, 1969; Talbott, 1969; Philippson, 1970). Der Alkoholikeranteil in VA-Hospitälern wird auf 37 % geschätzt. Durch den Vietnamkrieg soll das Alkoholismusvorkommen besonders bei den jungen Soldaten stark zugenommen haben (Braatz und Lumry, 1969).

Wie oben erwähnt, gibt es wenig Untersuchungen über spezielle alkoholismusgefährdete Berufe. In den USA fand das Alkoholismusvorkommen bei Ärzten besondere Aufmerksamkeit (Vincent, 1969; Vincent et al., 1969; Simon und Lumry, 1969). Rose und Glatt (1961) stellten ebenso wie Brun-Gulbrandsen und Irgens-Jensen eine extrem hohe Alkoholismusprävalenz bei Seeleuten fest.

Poleksic schätzt nach einer Untersuchung bei Bergbauarbeitern den Alkoholikeranteil in diesem Beruf auf 69 %. Vanderveldt und McAllister (1962) geben deskriptive Daten über katholische Priester mit der Diagnose Alkoholismus. Auch der Alkoholismus bei Schriftstellern fand schon Beachtung (Enachescu, 1970a, 1970b).

3.3.4. Empirische Ergebnisse zu theoretischen Variablen

3.3.4.1. Psychokulturelle Spekulationen

Es finden sich bis jetzt kaum Belege dafür, dass unterschiedliche Alkoholismusraten aus der unterschiedlichen Ausprägung oder Verbreitung von Persönlichkeitsstörungen in verschiedenen Ländern oder gesellschaftlichen Gruppen resultieren. Dies mag bei speziellen Populationen (wie TBC-Kranke) anders sein.

Im methodischen Teil und bei den anthropologischen Feldstudien wurde bereits auf die Schwierigkeiten von Vergleichen ganzer Nationen oder Kulturen in bezug auf dort vorherrschende Persönlichkeitsstrukturen hingewiesen. So sind die Arbeiten von Horton (1943) und Child, Bacon und Barry (1965) methodisch wohl kaum haltbar.

Neuerdings versucht Lynn (1971a, 1971b) seine Klima-Theorie auf ähnliche Weise zu validieren. Er sammelt Inzidenzraten von Suiziden, Geisteskrankheiten, Unfällen, Alkoholismus usw. in verschiedenen Nationen als Angstindikatoren. Diese Daten interkorreliert und faktorenanalysiert er dann, als ob sie Testwerte von Nationen wären. Die unterschiedliche geographische Verteilung dieser "Angstwerte" führt er dann auf das Klima zurück. Hier wird Angst als Kausalfaktor bewiesen, obgleich die Angst überhaupt nicht gemessen wird, sondern ein hypothetisches Konstrukt bleibt. Einfachere Erklärungsmöglichkeiten wären zum Beispiel: in warmen Ländern wächst der Wein besser und er wird daher mehr getrunken. Oder aber: Warmes Klima macht mehr Durst, auch auf Alkohol.

Einen etwas direkteren Beweis wählten Lynn und Hampson (1970): Sie verglichen Cattell'sche Fragebogendaten von Universitätsstudenten aus verschiedenen Ländern. Die Rangreihe nach Angst-scores verglichen sie mit Leberzirrhosesterblichkeitsraten. Die Daten sind jedoch ziemlich unvollständig und ungenau berichtet, so dass nicht gesagt werden kann, ob es sich nicht

um einen Selektionsfehler handelt. Die transkulturelle Untersuchung von Jessor et al. (1970) wies jedenfalls darauf hin, dass die Unterschiede (hier zwischen USA und Italien) nicht in Persönlichkeitsvariablen zu finden sind, sondern dass der kulturelle Einfluss darin besteht, ob Alkohol als Mittel zur Lösung persönlicher Schwierigkeiten definiert wird.

Auch für demographische Merkmale liegen bis jetzt praktisch keine Korrelationen mit Persönlichkeitsmerkmalen vor, die die unterschiedlichen Trinkstile und Problemraten klären könnten. Chandler et al. (1971), fanden zwar Unterschiede in den Neurotizismuswerten zwischen Angehörigen verschiedener Schichten und gleichzeitig unterschiedliche Problemraten. Das ist aber wahrscheinlich hauptsächlich auf die Institutionsselektivität zurückzuführen, da ihre Probanden je nach Schicht aus anderen Institutionen kamen. Jedenfalls war in der englischen Bevölkerungsbefragung von 1972 ein Unterschied in der Anzahl der Trinkprobleme zwischen den Schichten schon nicht mehr festzustellen, wenngleich die Anzahl der Trinkprobleme mit dem Neurotizismuswert korrelierte.

Murphy (1956) verglich die Werte im Rosenzweig-PF-Test von Mittel- und Unterschicht-Alkoholikern. Dabei ergaben sich zwar unterschiedliche Reaktionsmuster, die aber wahrscheinlich nur mit der Schichtzugehörigkeit, nicht aber mit dem Alkoholismus zu tun haben.

3.3.4.2. Normen und Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum

Viele Autoren haben die Bedeutung der Korrelation zwischen Attituden und Prävalenzdaten betont, der Zusammenhang wurde jedoch kaum systematisch erforscht, über die Höhe der Korrelation ist fast nichts bekannt. Meist wurden die unterschiedlichen Attituden und Normen einfach als bekannt

vorausgesetzt, und kaum systematisch gemessen. So werden die unterschiedlichen Raten von Trinkenden, stark Trinkenden und Trinkproblemen in verschiedenen Ländern und Subpopulationen meist auf die unterschiedlichen Trinkkulturen und die unterschiedlichen sozialen Kontrollsysteme zurückgeführt, es sind aber für diesen Zusammenhang kaum Daten vorhanden. Oder es werden Einstellungen und Normen beschrieben oder gemessen, ohne dass diese nun wieder direkt mit Alkoholkonsum oder Alkoholproblemen in Beziehung gesetzt wurden. (Beispiele für solche Arbeiten: Globetti, 1967; Sargent, 1967; Dahl, 1967; Preston, 1968; Demogeot et al., 1969; Valseschini, 1969; Globetti und Pommeroy, 1970) Es gibt keine direkten Vergleichsuntersuchungen der Einstellungen in verschiedenen Ländern.

Die meisten Untersuchungen haben die Attituden anhand einfacher Fragen oder Statements gemessen, für die Entscheidung zwischen Zustimmung und Ablehnung verlangt wird. Knupfer und Room (1967) verwendeten z.B. in ihrer Erhebung bei Iren, Juden und Protestanten innerhalb Amerikas sechs Wahr-Falsch-Items über Einstellungen zur Trunkenheit wie "Die meisten Betrunkenen sind vollständig harmlos, man braucht nichts von ihnen zu fürchten".

Andere Autoren verwendeten freie Interviews wie z.B. Maddox und McCall (1964). Maddox und Allen (1961) verwendeten eine modifizierte TAT-Version, bei der die Befragten sich vorzustellen hatten, dass alle Tafeln direkt oder indirekt den Gebrauch von Alkohol involvierten.

Encel, Kotowicz und Resler (1971) verwandten bei ihrer Erhebung in Australien fünf Bilder, von denen jedes eine andere Trinksituation zeigte und forderten zur Meinungsabgabe auf.

Bis jetzt gibt es kaum Untersuchungen, die mehr als die Dimension Positivität oder Negativität von Einstellungen messen. Ausnahmen bilden die folgenden Arbeiten.

Orford und Postoyan (1970) legten 1907 Londoner Studenten von 17 bis 19 Jahren ein semantisches Differential "Alkohol ist für mich ..." mit 16 Adjektiv-Polaritäten vor und führten anschliessend eine Faktorenanalyse durch. Sie fanden drei Faktoren, die einen Zusammenhang mit Konsumvolumen und Trinkproblemen aufwiesen: einen Bewertungsfaktor, einen Wichtigkeitsfaktor und einen Wirkungsstärkefaktor.

Carman (1968) fand bei ihrer Untersuchung von Pflegepersonal von Kliniken, dass sich das Trinkverhalten bei Männern eher anhand individueller Attituden, bei Frauen eher anhand von Familieneinstellungen vorhersagen lässt.

Haines und Green (1970) befragten Marihuana-Konsumenten bezüglich der physischen und psychischen Gefährlichkeit von Alkohol im Vergleich zu Marihuana. Die Befragten hielten erwartungsgemäss Alkohol für gefährlicher.

Relativ viele Untersuchungen liegen zur Trinkprävalenz und Trinkproblemprävalenz in Abstinenzsubkulturen vor. Dass in solchen Kreisen die Einstellung zum Trinken generell ablehnender ist als in der trinkenden Bevölkerung, wurde häufig bestätigt. Generell haben Nichttrinkende eine negativere Einstellung zum Trinken als Trinkende (Cahalan et al., 1968; Harrison et al., 1968; Goodwin et al., 1969; Harrison, 1970; Knuofer und Room, 1970). Das ist aber natürlich ein banales Ergebnis. Nach Hansson und Saarman's (1970) Befragung von schwedischen Schülern haben sowohl Abstinente wie Missbrauchende weniger zutreffende Informationen und weniger tolerante Einstellungen gegenüber Alkohol als mässig Trinkende. Erwiesen scheint auch zu sein, dass Personen, die aus einem Abstinenzmilieu kommen (via Einstellung und/oder Verhalt der Eltern, spezieller Religionszugehörigkeit usw.) seltener überhaupt trinken, unter denen die trinken, aber der Anteil an stark Trinkenden, Problemtrinkern oder Alkoholikern besonders hoch ist (Mizruchi und Perrucci, 1962; Demone, 1966; Globetti und McReynolds, 1966; Globetti, 1967,

1969a; Globetti und Windham, 1967; Larsen und Abu-Laban, 1968; Abu-Laban und Larsen, 1968; Preston, 1969; Goodwin, Johnson et al., 1969). Inzwischen hat daher die amerikanische Methodistenkirche ihr Abstinenzgebot widerrufen, und unterstützt jetzt das mässige Trinken, wobei darauf hingewiesen wird, dass die Abstinenzforderung das unmässige Trinken fördert (Moore, 1969). Allerdings gilt die Problemgefahr für Trinkende aus Abstinenzkulturen nach Larsen und Abu-Laban (1968) nur dann, wenn es sich um Abweichende von Kirchennormen handelt. Wenn jedoch von Normen abgewichen wird, die von Freunden, Familie oder Arbeitskollegen stammen, scheint starkes Trinken eher bei präskriptiven oder bei proskriptiven Normen vorzukommen. Überhaupt am höchsten war der Anteil an starken Trinkern bei Larsen und Abu-Laban bei Personen aus einem non-skriptiven Normhintergrund. Generell lässt sich wahrscheinlich sagen, dass proskriptive oder Abstinenznormen nicht als solche eine Gefahr darstellen, sondern erst bei Konfrontation mit anderen Trinknormen. Es bleibt aber bis jetzt unklar, ob bei widersprüchlichen, unklaren oder mangelnden Normen eher die Tatsache der mangelnden Orientierungshilfe und widersprüchlicher Sanktionen für höheren Alkoholkonsum und gehäufte Trinkprobleme verantwortlich ist (Demone, 1966; Harrison, 1970) oder ein Wechsel zu der Bezugsgruppe mit den positiven Normen (Shaw, 1962). Richardson (1964) fand wenig Übereinstimmungen in den Alkoholeinstellungen von Collegestudenten und deren Eltern. Über die Rolle von Bezugsgruppen allgemein informieren vor allem Untersuchungen an Jugendlichen. Peek (1971) zieht aus seiner Untersuchung von Collegestudenten den Schluss, dass sich aus der Stärke des Normkonsensus, die er auf verschiedene Art gemessen hat, fast nichts über die Sanktionsstärke vorhersagen lässt. Maddox (1968), der ebenfalls Collegestudenten untersuchte, fand, dass sozial aktive Abstinente, deren Freunde tranken, zu trinken begannen. Soziale Trinker, deren Trinken von der Gruppe der Gleichaltrigen nicht unterstützt wurde, berichteten nach einem Jahr Abstinenz. Auch Burkett (1968) untersuchte Gruppenbildungen im College. Er fand mit wachsender Interaktion und Zeit

ein Anwachsen des Konsensus über Trinknormen innerhalb der Gruppen und ein gleichzeitiges Anwachsen der Verhaltenskonformität. Alexander und Campbell's (1967) Befragung von Highschool-Studenten erbrachte, dass die Frequenz des Alkoholkonsums direkt mit dem Ausmass an sozialer Unterstützung korreliert, den die Jugendlichen von ihren Freunden für das Trinken erhalten. Von den abstinenten Jugendlichen berichteten über 60 % über Erfahrungen sozialen Drucks zu trinken, und das Ausmass dieses Drucks korreliert direkt mit der Anzahl trinkender Freunde. In all diesen Untersuchungen dreht es sich allerdings nicht um Problemtrinken, sondern um die Tatsache des Trinkens überhaupt. Anders bei Bahr (1967), der die Sozialisation in eine deviante Trinkgruppe (die Skid-Row in New York) untersuchte. Er fand bei einer Zufallsstichprobe von 92 Skid-Row Männern, dass die Identifikation mit der "Bowery" invers variiert mit dem Ausmass der Interaktion mit "Normalen", und dass die Interaktion mit den Bowery-Männern direkt variiert mit der Konformität zu Skid-Row-Trinkmustern.

Unklar bleibt bis jetzt auch, ob den unterschiedlichen Trinkmustern und Problemustern in den einzelnen gesellschaftlichen Gruppen unterschiedliche Einstellungen entsprechen. Cahalan et al. (1969) stellten bei ihrer amerikanischen Repräsentativbefragung auch einige wenige Einstellungsfragen. Nach der Schichtzugehörigkeit lassen sich die Antworten wie folgt differenzieren: Wie oben berichtet, hatten die unteren Schichten einen niedrigen Anteil an überhaupt Trinkenden aufzuweisen, aber einen im Vergleich dazu relativ höheren Anteil an stark Trinkenden. Die Attituden der Unterschicht gegenüber dem Trinkenden waren insgesamt negativ bzw. sie schienen im Trinken mehr Gefahr zu sehen. Ein geringer Prozentsatz von Unterschichtspersonen gab an, dass sie das Trinken vermissen würden, wenn sie es aufgeben müssten. Ein höherer Anteil in den Unterschichtgruppen stimmte der Feststellung zu, dass "Trinken mehr Schlechtes als Gutes bewirkt". Als negative Trinkeffekte berichteten die

Unterschichtangehörigen eher Aggressivität und tödliche Auseinandersetzungen, Personen mit höherem Status erwähnten häufiger gesundheitliche Probleme. Mehr Unterschichtangehörige berichteten, dass eine Bezugsperson sie während des letzten Jahres vom Trinken abzuhalten versucht hatte.

Es ist hier allerdings nicht auszumachen, inwieweit diese Einstellungsunterschiede einfach auf den grösseren Anteil an Abstinente in den unteren Schichten zurückgehen, oder ob Trinkvolumen und -frequenz bei Trinkenden mit der Einstellung korrelieren. Ebenso ist das Ergebnis in bezug auf Geschlechtsspezifität der Alkoholeinstellungen zu werten: ein grösserer Prozentsatz von Frauen stimmte Feststellungen zu, dass Trinken zu mehr Negativem als Positivem führt und dass Alkoholismus ein ernstes Problem darstellt.

Wanberg und Knapp (1970), die 1657 männliche und 365 weibliche Alkoholikerpatienten mit einem Fragebogen untersuchten, fanden, dass die weiblichen Befragten eher zu der Meinung neigten, ihr Alkoholismus verschlimmere sich. Möglicherweise empfanden die Frauen wegen ihres Alkoholismus mehr Schuldgefühle als Männer, da in ihrer Rolle ein solches Verhaltensmuster stärker verpönt ist.

Nach der australischen Repräsentativuntersuchung (Encel und Kotowicz, 1970; Encel, Kotowicz und Resler, 1971) scheinen die Trinkraten in den gesellschaftlichen Gruppen kaum mit der unterschiedlichen Permissivität gegenüber dem Trinken zu kovariieren, sondern es scheinen vielmehr differenzierte rollen- und situationsspezifische Normen zu bestehen, die von allen gesellschaftlichen Gruppen ziemlich einheitlich geteilt werden. Encel et al. legten ihren 825 Versuchspersonen fünf Bilder zur Beurteilung vor, die wie folgt deklariert wurden:

- 1) Arbeiter, die nach der Arbeit in einem Lokal trinken
- 2) Ein 18-Jähriger, der in einer Gaststätte aufgefordert wird, mehr zu trinken
- 3) Teenager von 18 - 19 Jahren, die auf einer Party trinken
- 4) Ein Ehemann, der einmal pro Woche spät und betrunken nach Hause kommt
- 5) Hausfrauen, die nach dem Einkaufen zu Hause zusammen etwas trinken

Zwar zeigten sich zum Teil Unterschiede hinsichtlich der Permissivität, mit der das Trinken in diesen Situationen insgesamt von einzelnen Gruppen toleriert wurde, doch stimmten diese Unterschiede kaum mit den Trinkraten in diesen Gruppen überein. So waren die Einstellungsunterschiede hinsichtlich des Geschlechts relativ gering im Vergleich zu den grossen Unterschieden hinsichtlich des Alkoholkonsums. Während etwa 70 % der Männer, aber nur 30 % der Frauen als Trinkende mit höherer Frequenz und Quantität klassifiziert worden, waren die Frauen nur ganz geringfügig weniger permissiv in allen Situationen als die Männer. Bei Vergleichen anderer Gruppierungen fanden sich zum Teil Entsprechungen zwischen Trinkvolumen und Einstellung, z.B. aber auch sich genau entgegelaufende Trends. Daher zeigten sich beim Vergleich der Antworten auf die einzelnen Bilder deutliche Unterschiede: Am meisten Übereinstimmung bestand in bezug auf die Verurteilung des betrunkenen Ehemanns: 72 % der Männer und 78 % der Frauen drückten bedingungslos Missbilligung aus. Ablehnung mit hohem Konsensus rief auch das Bild des 18-Jährigen hervor, der im Lokal zum Weitertrinken aufgefordert wurde (60 % der Männer und 70 % der Frauen bedingungslos Ablehnung). Dagegen wurde das Trinken des Arbeiters im Lokal von 80 % der Männer und 76 % der Frauen gebilligt, und zwar von 54 % bzw. 42 % bedingungslos. Hinsichtlich des Trinkens der Hausfrauen gab es dagegen weniger Permissivität und weniger Konsensus. Die Mehrheit billigte es zwar (72 % der Männer und 65 % der Frauen), aber meist mit Einschränkungen, insbesondere bei den Frauen. Nach weiteren qualitativen Analysen

der Antworten wurde bei der trinkenden Frau von vielen die Gefahr des Alkoholismus gesehen, nicht aber beim trinkenden Mann. Der betrunkene Ehemann galt vielen als unverantwortlich und rief besonders bei den Frauen vehemente Missbilligung hervor, niemand aber sah ihn alkoholismusgefährdet.

Ausser der Arbeit von Encel et al. gibt es unserer Kenntnis nach nur noch einige wenige kleinere Arbeiten, die situations- und rollenspezifische Normen wenigstens unsystematisch untersucht haben, z.B. Jupp (1969), Forslund (1969), Noren (1970). Ebenso wie Encel et al. fanden auch Knupper und Poen (1967) geringere Unterschiede auf der Einstellungsebene als auf der berichteten Verhaltensebene. Sie untersuchten Amerikaner irischer Abstammung, Protestanten und Juden, die sich erwartungsgemäss nach Quantität und Frequenz des Trinkens unterschieden (mehr mässige Trinker, seltenere Betrunkenheit, weniger Abstinenzler bei den Juden), während sich die Iren am anderen Pol befanden und die Protestanten eine Mittelstellung einnahmen. Nach ihrer Einstellung zur Trunkenheit befragt, gaben 45 % der Iren, 51 % der Protestanten und 55 % der Juden an, dass sie Betrunkene als völlig harmlos betrachteten, während 69, 75 und 61 % einen Betrunkenen abscheuerregend fanden. Es sei allerdings möglich, dass diese grosse Übereinstimmung auf unterschiedliche Definition von Trunkenheit zurückzuführen ist: Juden scheinen hier ein niedriges Level zu haben. Aus einer anderen Untersuchung mit einer ähnlichen Stichprobe ergaben sich zum Teil grössere Unterschiede: ein erheblich grösserer Anteil der Juden missbilligte Trunkenheit: 65 % der Juden, 44 % der Protestanten, 36 % der Iren, aber etwas weniger gaben starke Missbilligung an (15 vs. 17 und 17 %).

Wenig beachtet wurde bisher in der Literatur die Rolle der Meinungsgeber, der Personen und Instanzen, die mehr oder weniger offen auf die Formung von Veränderung von Normen und Einstellungen einwirken.

Es liegen einige, meist historisch gehaltene Arbeiten über die Arbeit von Mässigungsverbänden vor (Viailante, 1964; Wahl, 1966; Rumbarer, 1968; Harrison, 1968; Bernard, 1968; Alanen, 1968; Tuominen, 1969; Shinan, 1970; Kirkpatrick, 1970). Wir fanden dagegen keine Analyse des Einflusses von Massenmedien. Pfautz (1962) führte eine Inhaltsanalyse auf Alkoholthemen in amerikanischen Bestsellern der Zeiträume 1900 bis 1904 und 1946 bis 1950 durch. Alkohol, Trinken und Trunkenheit war generell ein sehr häufiges Thema. Es wurde in neuerer Zeit detaillierter beschrieben, und der Anteil positiver Referenzen nahm zu. Obgleich der Einfluss der Werbung auf die Alkoholeinstellungen ins Auge springend ist, konnten wir nur zwei Arbeiten zu diesem Thema finden. Johansen (1970) konstatiert, dass Erwachsene wahrscheinlich durch Warnungen für alkoholische Getränke nicht affiziert würden, während Teenager und Abstinente für diese Verführung empfänglich seien. Delegationen von Mässigungsverbänden in Schweden hatten von der Regierung den Bescheid bekommen, dass die Unterdrückung der Werbung für alkoholische Getränke eine nicht tolerierbare Einschränkung der Pressefreiheit darstelle. Die einzige empirische Untersuchung zu diesem Thema stammt ebenfalls aus Schweden. Söderling (1969) zählte einen Monat lang die Alkoholreklamen in einigen grösseren schwedischen Zeitungen und Zeitschriften. Er rechnete Prozentzahlen für die einzelnen Getränkearten aus.

3.3.4.3. Öffentliche Meinungen zur Wirkung und Funktion des Alkohols

Bei den Alkoholdefinitionen handelt es sich auf der individuellen Ebene um die Gründe, die jemand für sein Trinken angibt. Obgleich sie auch zu den Einstellungen und Meinungen zu rechnen sind, werden wir sie wegen ihrer Bedeutung gesondert behandeln. Es werden hauptsächlich soziale und persönliche Gründe (zur Lösung innerer Spannungen usw.) unterschieden; hinzu kommen

Geschmack, gesundheitliche Gründe und andere. Es muss betont werden, dass keineswegs etwas darüber ausgesagt wird, ob Alkohol bei dem Betreffenden den angegebenen Zweck auch erfüllt, was also dem Statement auf der Verhaltensebene entspricht. Die Variable wurde vor allem in amerikanischen Populations-Surveys häufig mit erfasst. Mulford und Miller (1960a, 1960b) führten die erste systematische Untersuchung dieser Art mit einer Skala "Definitions of Alcohol" durch. Sie befragten eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung von Iowa, siebten aus ihr mittels einer Skala "Präokkupation mit Alkohol" 5 % Alkoholiker heraus und kamen zu dem Schluss, dass die Rate an Alkoholikern in einem bestimmten sozialen Segment dem Ausmass entspricht, in dem in diesem Segment starkes Trinken wegen extremer persönlicher Effekte bewertet wird. Es scheint in übrigen nach dieser Untersuchung so zu sein, dass, wenn persönliche Gründe angegeben werden, diese zusätzlich zu den sozialen erwähnt werden. Persönliche Alkoholdefinitionen korrelierten sowohl mit dem Ausmass des Trinkens wie mit der Stärke der Präokkupation mit dem Alkohol.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Kaufner, Fink, Clark und Goldmann (1963) und Carmen (1970). Auch Edwards, Chandler et al. (1972) verwandten in ihrer Befragung in einem Londoner Vorort einen Fragebogen mit möglichen Trinkgründen, mit dem sie abschliessend eine Faktorenanalyse durchführten und einen Faktor "ataraxic motivation" identifizierten, der dem utilitaristischen Erleichterungstrinken entspricht. Er wies eine signifikante Korrelation mit Trinkproblemen auf. 52 % der als Problemtrinker identifizierten Personen hatten auf diesem Faktor einen Score von über 20, aber nur 6 % der Restpopulation.

Cahalan et al. (1969) verwandten eine 11-Item-Serie in der neueren amerikanischen Repräsentativbefragung. Cahalan et al. nennen die Gründe der persönlichen Involviertheit "Fluchtgründe". Insgesamt wurden von der amerikanischen Stichprobe häufiger

soziale als Flucht-Gründe für wichtig angesehen. Auch hier zeigten sich starke Korrelationen zwischen Trinkvolumen und der Angabe von persönlichen Gründen. Männer und Frauen unterschieden sich dabei nicht wesentlich: 32 % der Männer, 26 % der Frauen gaben Fluchtgründe an. Obwohl weniger Frauen stark tranken, gaben doch mehr von denen, die so klassifiziert wurden, Fluchtgründe an (64 % der stark trinkenden Frauen, 48 % der stark trinkenden Männer wurden als Fluchttrinker klassifiziert), was mit den Ergebnissen von Cisin (1963) übereinstimmt. Cebalcan et al. meinen, dass hier eine Mischung folgender Einflüsse vorliegt: (1) Die stark trinkende Frau hat häufiger spezielle Probleme, innere Spannungen oder Persönlichkeitsattribute, die sie zwingen, die Konvention durch starkes Trinken zu brechen. (2) Sie ist generell weniger konformistisch und gibt daher eher weniger sozial akzeptierte Trinkgründe an. (3) Sie hat einfach Probleme wegen ihres Trinkens. Zwischen den Schichten fand sich kein Unterschied in der Nennung von Fluchtgründen. Allerdings hatten stark trinkende Personen eher einen höheren Prozentsatz an Fluchttrinkern. Auch nach den Altersgruppen fanden sich praktisch keine Unterschiede hinsichtlich der Nennung von Fluchtgründen. Von den religiösen Subgruppen gaben die Juden den geringsten Prozentsatz an Fluchtgründen an, während Protestanten und solche ohne spezielle religiöse Bindung den höchsten Prozentsatz aufwiesen. Insgesamt waren Personen mit höheren Entfremdungs-
werten eher Fluchttrinker. In Übereinstimmung mit der "Cross-pressive"-Hypothese von Knauffer et al. (1963) und deren Ergebnissen aus der Berkeley-Studie hatten vor allem solche stark trinkenden Personen persönliche Gründe für das Trinken, die aus Gruppen mit starken Sanktionen gegen starkes Trinken kommen: Frauen, Zugehörigkeit zu konservativ-protestantischen Religionen, solche deren Lehren das Trinken missbilligen. Allerdings wurde die Hypothese nicht bestätigt für Personen, die im vorangegangenen Jahr Sanktionen oder Ermahnungen seitens ihrer Bezugspersonen wegen des Trinkens ausgesetzt waren.

Abu-Laban und Larsen (1968) fanden in Kanada ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Trinkstärke und persönlicher Alkoholdefinition. Sie konnten auch ihre Theorie untermauern, wonach vor allem Personen aus einem nonskriptiven Normhintergrund (permissive Normen, die dem Individuum selbst die Entscheidung überlassen) persönliche Alkoholmotivationen angeben, während solche von präskriptiven Normhintergrund soziale Motivation nennen, und solche aus preskriptiven (Abstinenz-) Normen keine oder keine einheitliche Motivation abgeben. Auch er meint allerdings, dass es bei Abweichung von den Abstinenznormen zu persönlichen Alkoholdefinitionen kommt.

Jessor, Young, Young und Tasi (1970) haben die unterschiedlichen Alkoholdefinitionen in einer transkulturellen Studie untersucht. Wie aus anderen, unsystematischen Arbeiten bekannt (vor allem Lolla et al., 1952, 1953, 1958) besteht in Italien keine persönliche Alkoholdefinition, d.h. Italiener meinen nicht, dass der Alkohol zur akuten Linderung persönlicher Schwierigkeiten beiträgt. Sie halten ihn eher für ein Nahrungsmittel als für eine Droge, während in Amerika zumindest ein Teil der Bevölkerung eine persönliche Alkoholdefinition hat. Jessor et al. untersuchten männliche Jugendliche aus Boston (79), Rome (94) und Palermo (103) mit verschiedenen Persönlichkeits- und Trinkfragebögen und einer 140-Item-Liste von Alkoholdefinitionen und stellten die Hypothese auf, dass die kulturellen Alkoholdefinitionen als Moderatorvariablen zwischen Persönlichkeitsattributen und Alkoholkonsum fungieren, genauer:

- niedrigere Erwartungen in der Erreichung hochbewerteter Ziele (Frustration)
- höhere Entfremdungswerte
- niedrigere selbstwahrgenommene Möglichkeit interner Kontrolle. (Machtlosigkeit)

sind der Hypothese nach mit

- größerer Alkoholaufnahme (Quantität/Frequenz) und
- höherer Krankheitsfrequenz

gekoppelt, aber nur in der amerikanischen und nicht in den italienischen Stichproben und zwar aufgrund der unterschiedlichen Alkoholdefinitionen. Die Ergebnisse der sehr gut kontrollierten Untersuchung fielen der Hypothese entsprechend aus. Dabei ist zu beachten, dass die italienischen Versuchspersonen sogar höhere Werte in bezug auf Frustration, Entfremdung und Machtlosigkeit aufwiesen als die amerikanischen. Dennoch fand sich bei ihnen keine bzw. nicht signifikante umgekehrte Beziehung zwischen den Persönlichkeitsvariablen und Trinkverhältnissen.

In Frankreich, einem Land mit hohem Alkoholismusvorkommen soll folgende Meinung vorherrschen: Man glaubt, dass Alkohol einen Stärkungswert hat und für die Aufrechterhaltung prolongierter Muskelanspannung nötig sei (Andersen, 1968; Prigour et al., 1969). Obwohl diese Einstellung von 1948 an erheblich abgenommen hat, glaubten nach einer Umfrage (N = 100) in Bordeaux 1967 noch 59 % (1948: 79 %) an den Stärkungswert und 55 % (1948: 95 %) glaubten, dass Wein für ungelernete Arbeiter unbedingt notwendig sei. Immerhin glaubten auch 79 %, dass ein abstinenter Sportler genauso gut oder sogar besser sein könnte als einer, der Wein trinkt (Prigour, 1969).

Sanger (1971) überprüfte die Theorie von Bales in Australien mit chinesischen, jüdischen und australischen Studenten und einer Studentengruppe in Japan. Sie überprüften zunächst die Annahme, dass diese ethnischen Gruppen die Alkoholdefinitionen von Bales repräsentieren; Australier: utilitaristisch, Juden: rituell, Chinesen: halb-abstinent, Japaner: sozial (siehe Hirayama, 1970). Die Ergebnisse stimmten bis auf die Juden mit den Erwartungen überein: diese nannten in gleicher Häufigkeit persönliche, utilitaristische Gründe für das Trinken. Erwartungsgemäss variierte der Anteil an "starken Trinkern" in den Populationen entsprechend, und zwar in absteigender Reihenfolge: Australier, Japaner, Chinesen und ebenso die Rate an Problemtrinkern. Auch hier fielen die Raten für die Juden höher als erwartet aus, bei den jüdischen Frauen waren sie sogar höher als bei den australischen. Die Juden hatten

aber den höchsten Anteil am Drogengebrauch. Sargent glaubt, dass die Juden Akkulturationseinflüssen erlegen sind.

Nach der qualitativen Analyse von Reaktionen auf Bilder von Trinksituationen (Encel und Kotowicz, 1970; Encel, Kotowicz und Resler, 1971) scheint in Australien eine utilitaristische Alkoholdefinition bei weitem vorherrschend zu sein, dabei scheint es aber eine doppelte Moral zu geben. Beide Geschlechter meinen zwar, dass die Funktion des Alkohols vor allem in der Spannungserleichterung usw. bestehe, beide aber gestehen dieses Mittel nur dem Mann, nicht aber der Frau zu. Man meint, dass der Mann diese Gratifikation verdient habe, während bei der Frau das Trinken eher als Alkoholismusgefahr gesehen wird.

Makala's (1970, 1971) Bevölkerungsbefragung von 1825 Finnen erbrachte ein Überwiegen der utilitaristischen Alkoholdefinition (Alkohol als Medizin gegen psychologischen Stress und körperliche Spannung) in der Unterschicht, während die Mittelschicht ihr Trinken eher durch soziale Normen und Rituale rechtfertigte. Gleichzeitig unterschieden sich die Schichten nicht hinsichtlich des Alkoholverbrauchs (Frequenz/Quantität) und der Alkoholismusinzidenz, wohl aber hatten Angehörige der Unterschicht eine grössere Anzahl von Problemen aufgrund des Trinkens und häufigere Trunkenheitsarrestierungen.

3.3.4.4. Alkoholersatz

Die funktionelle Äquivalenz von Alkohol, Rauschdrogen und Medikamenten kann wohl daraus geschlossen werden, dass der Konsum dieser Substanzen häufig zusammen bei denselben Personen vorkommt (Cahalan et al., 1969; Finkle, 1969; Witwicki et al., 1969). Ob das aber von kulturellen oder historischen Bedingungen abhängt, und ob ein Mittel durch das andere ersetzt werden kann, ist bis jetzt wenig belegt. Was als Alkoholsubstitut gilt und genommen wird, hängt wahrscheinlich von der Alkoholdefinition des jeweiligen Landes ab. Jedenfalls scheint die Drogenwelt

der letzten Jahre zwar zu einer Verschiebung der relativen Konsumgrössen geführt zu haben (siehe Irgens-Jensen und Brun-Gulbrandsen, 1971). Es liegt aber bis jetzt keine Statistik vor, die eine Abnahme der Alkoholisierungsinzidenz aufgrund der Drogenwelle belegt. Blackford (1969) fand bei einer Umfrage unter High-School-Studenten einen parallel laufenden Anstieg des Alkohol- und Drogenkonsums in den Jahren 1968/69. Allerdings nahm in dieser Population der Drogenkonsum in diesem Zeitraum ab. Ausserdem zeigte sich ein Trend, dass der Drogenkonsum mit zunehmendem Alter wieder abnahm, nicht aber der Alkoholkonsum. Clatt (1969) liefert eine historische Analyse, wonach Haschisch in den letzten Jahren in Grossbritannien eine bedeutende Rolle spielte, nicht aber Alkoholismus. In Frankreich dagegen herrschte das Alkoholproblem vor. Vor 120 Jahren sei es umgekehrt gewesen, da habe Haschisch in Frankreich die grösste Rolle gespielt, während Alkoholismus ein grosses Problem der englischen Arbeiterklasse gewesen sei. Auch hier handelt es sich aber um relative Anteile der Mittel. Es kann nicht geschlossen werden, dass der Konsum eines Mittels den eines anderen rückläufig werden lässt. Besonderes Interesse fand das geringe Alkoholisierungsvorkommen der Juden in bezug auf Alkoholsubstitute. Gerard (1971) fand bei Interviews mit 252 Juden in Syracus, dass dort zwar sowohl Alkoholkonsum wie Essen rituell sanktioniert sind, dass aber eher noch das Essen mit einer utilitaristischen Motivation genommen wird, also zur Angst- und Spannungsreduktion. Sargent (1971) fand bei ihrer Vergleichsuntersuchung von australischen Einwanderern verschiedener ethnischer Herkunft, dass die Juden mehr Medikamente und Drogen einnahmen als die übrigen Bevölkerungsgruppen. Die Äquivalenz von Glücksspielen und Alkoholkonsum untersuchten Adler und Coleson (1969). Sie verglichen Daten aus 117 Kulturen, die belegen, dass in Gesellschaften mit hoher Glücksspielprävalenz wenig getrunken wird und umgekehrt.

3.3.4.5. Verfügbarkeit von Alkohol

Erreichbarkeit und Kosten von alkoholischen Getränken sind Variablen, die sich noch am leichtesten legislativ beeinflussen lassen, wovon auch fast jedes Land Gebrauch macht. Es gibt eine sehr hohe Preisvariation zwischen einzelnen Ländern, die - da Alkohol sehr leicht erzeugt und verteilt werden kann - hauptsächlich auf unterschiedliche Steuern zurückzuführen ist. Wie de Lint und Schmidt (1971) anhand einiger Quellen belegen, geht die Erhebung von Alkoholsteuer ursprünglich auf ein Bemühen der Gesetzgeber im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts zurück, das hohe Trunkenheitsvorkommen innerhalb der Arbeiterklasse zu steuern. Auch in der Gegenwart werden die hohen Steuern auf alkoholische Getränke als wirksames Mittel betrachtet, den Alkoholismus und andere Alkoholprobleme zu steuern (Sawyer, 1964). Da vor allem die Kosten sehr häufig legislativ geändert werden, liegen hier eine Reihe von Inzidenzstudien vor. Vor allem die skandinavischen Länder haben viel damit experimentiert. Einschränkungen und Regelungen der Erreichbarkeit von Alkohol geschehen z.B. durch Einrichtung von Staatsmonopolen und Bindung des Verkaufs an Lizenzen (für die USA siehe Lewis, 1963; Khelen, 1964; Driver, 1970; Quinn, 1970). Allerdings können unterschiedliche Regelungen der Erreichbarkeit auch Unterschiede in der Akzeptierung des Alkoholgenusses, also Unterschiede in Normen und Sanktionierungen, Einstellungsunterschiede widerspiegeln, oder ihrerseits Veränderungen in den Einstellungen bewirken. Auch sind der Manipulierbarkeit von Erreichbarkeit und Kosten in verschiedenen Ländern, wie denen mit einer hohen Weinproduktion, von vornherein durch ökonomische Faktoren und Kontrollschwierigkeiten Grenzen gesetzt. Martinelli (1963) beschreibt gesetzliche Massnahmen zur Regelung der Alkoholverfügbarkeit. Van Nickerk (1958) gibt eine vergleichende Übersicht über die Alkoholpreise und die gesetzlichen Regelungen in verschiedensten Ländern, Bruun (1970) sammelte Unterlagen hauptsächlich aus den skandinavischen Ländern. Edwards (1971) diskutiert die Implikationen der Alkoholkontrolle für das öffentliche Gesundheitswesen.

3.3.4.5.1. Erreichbarkeit

Die stärkste Einschränkung der Erreichbarkeit stellt zweifellos die Prohibition dar, die natürlich den Verbrauch insgesamt senkt. Die Prohibition wurde in den USA und Finnland Ende des 1. Weltkrieges eingeführt und Anfang der 30er Jahre wieder aufgehoben. Aus historischer Sicht analysieren das Politikum Prohibition in den USA Jackman und Muzaffer (1959), Jones (1961), Naylor (1963), Clark (1964), Drescher (1964), Höhner (1965), Blocker (1970), McLaughlin (1970), Kyvig (1970). In den USA war nach de Lint und Schmidt (1971) während der Prohibition, während der Alkoholverbrauch nur auf illegitimen Quellen beruhte, die Leberzirrhosesterblichkeit stark vermindert. Allerdings war nach Brunn (1970) der Rückgang nur vorübergehend, und die Prohibition habe eine Reihe negativer Konsequenzen gezeitigt, z.B. eine Zunahme der Gewaltverbrechen. Nach Immonen (1969) war auch die Sterblichkeitsrate an Alkoholvergiftung mit 2,2 auf 100.000 Einwohner pro Jahr erheblich höher als in den Jahren darauf: 0,7 pro 100.000. Brunn (1970) erwähnt das Beispiel einer zeitweisen "unbeabsichtigten Prohibition", als in Schweden 1953 ein Streik in der Alkoholgetränkeindustrie zwei Monate lang anhielt: die Anzahl der Patienten in Alkoholikerinstitutionen habe damals merklich abgenommen.

In Finnland und Norwegen besteht etwas wie "partielle Prohibition". In Finnland war bis einschliesslich 1963 der Verkauf alkoholischer Getränke in ländlichen Gebieten verboten. In Norwegen stimmen die einzelnen Regionen ab, ob sie die Prohibition wollen. Beide Länder haben einen geringen Prokopfverbrauch und geringe Leberzirrhosesterblichkeitsziffern (de Lint und Schmidt, 1971). Allerdings haben sie ein erhebliches Problem mit illegaler Einfuhr und heimlicher Produktion (Brun-Gulbrandsen, 1967; Kleppestö, 1969). Die Heimproduktion soll vor allem in Gebieten vorherrschen, in denen der legale Verkauf relativ liberal gehandhabt wird (Brun-Gulbrandsen, 1967). In Finnland wurden experimentell in bestimmten Gebieten Wein- und Bierverkaufsstellen

eingeführt (Kuusi, 1957), was zu einer, wenn auch geringen Steigerung des Verbrauchsniveaus führte (Zunahme des legalen Verbrauchs um 40 %, Abnahme des illegalen um 50 %), aber zu keinen Veränderungen in der Intoxikationshäufigkeit (die Finnlands Hauptproblem darstellt). Zu ähnlichen Ergebnissen kam man in Norwegen (Bruun, 1971).

Ähnliche Effekte registrierte Platt (1969) in einer mexikanischen Stadt. Die Legalisierung des Alkohols führte zu einer Abnahme von Gesetzesübertretungen, und zwar nahm auch die Anzahl der Vergehen "öffentliche Trunkenheit" und "Trunkenheit am Steuer" ab.

In jüngster Zeit (Kuusi, 1969) wurde in Finnland der Bier- und Weinverkauf in einer Vielzahl von Läden und Lokalen gestattet. Ein Jahr nach Einführung dieser Massnahme soll der Alkoholverbrauch um 50 % gestiegen sein. Alha und Tamminen (1970) berichten, dass er von 2,9 l 1968 auf 4,2 l 1969 gestiegen sei. Gleichzeitig habe das Trunkenheitsfahren von 1968 auf 1969 um 22 % zugenommen, obgleich sich die Anzahl der Automobile zu dieser Zeit nur um 6 % vermehrte.

De Lint und Schmidt (1971) fanden in Nordamerika und Grossbritannien über Zeitintervalle hinweg keine Beziehung zwischen Prokopfverbrauch und der Anzahl öffentlicher Trinkplätze. Es ist nicht klar, ob dieses Ergebnis auf den neuerdings zu beobachtenden Trend in Richtung häuslichen Konsum, auf eine Zunahme der Lokale oder auf einen anderen Faktor zurückzuführen ist. Eventuell ist unter solchen Bedingungen die Anzahl von Lokalen kein Massstab der Erreichbarkeit. Nach der ökologischen Analyse von Pfautz und Hvde (1960) in einer mittelgrossen Stadt der USA verhält sich dort der Lebensstandard eines Wohnbezirks umgekehrt proportional zur Anzahl der Gaststätten. Die wirtschaftlich besser Gestellten trinken vor allem zu Hause.

In Ungarn gab es nach Orthmayer (1969) eine Korrelation zwischen der Quantität der jährlichen Weinproduktion und der Häufigkeit

des Auftretens von Delirium tremens.

Eine vergleichende Untersuchung der Trinkgewohnheiten männlicher Jugendlicher in vier skandinavischen Grosstädten (Bruun, 1963, 1967) ergab nur ganz geringe Unterschiede, wiewohl die Unterschiede in Erreichbarkeit und Kosten zwischen diesen Städten sehr gross sind.

1965 wurde in Schweden der Bierverkauf freigegeben (Sjöberg, 1969; Järhult, 1970), und zwar darf seither dort sogenanntes "Mittelbier" (Alkoholgehalt maximal 5,6 % des Gewichts) verkauft werden. Daraufhin folgte nicht eine Abnahme des Spirituosenverbrauchs, sondern insgesamt ein Ansteigen des Alkoholverbrauchs, da viele den wochenendlichen Schnapskonsum durch den Bierkonsum unter der Woche ergänzten. Daraufhin seien die Alkoholfolgekrankheiten angestiegen und viele Anonyme Alkoholiker-Mitglieder rückfällig geworden.

In amerikanischen Indianerreservaten, in denen gewöhnlich kein Alkoholverkauf stattfindet, wird neuerdings mit der Eröffnung von Bars und Verkaufsstätten experimentiert (Littmann, 1970) um dem Schmuggel, dem exzessiven Trinken und den Verkehrsunfällen entgegenzuwirken. Bis jetzt liegen damit positive Erfahrungen vor.

Immonen (1969) untersuchte in Finnland während der ländlichen Alkoholprohibition die Effekte der räumlichen Distanz zu den Alkoholläden. Die Besuchsfrequenz dieser Läden (die sich damals nur in den Städten befanden) nahm linear mit der Entfernung in km ab. Allerdings nahm auch die illegale Produktion und der Missbrauch industrieller Alkohole mit wachsender Entfernung von den Alkoholläden zu.

Buckner (1967) untersuchte Veränderungen im Verhalten amerikanischer Collegestudenten vor und nach der Freigabe des Alkoholverkaufs im College. Es fand sich kein Anstieg

der Trinkhäufigkeit insgesamt, und auch keine Abnahme der Leistungen. Eine Verlängerung der Öffnungszeiten von Hotelbars in Viktoria wirkte sich in einer zeitlichen Verschiebung der Verkehrsunfallhäufigkeit aus, nicht jedoch in einer Zunahme der Verkehrsunfälle überhaupt (Raymond, 1969).

3.3.4.5.2. Kosten

Eine Reihe von Untersuchungen in verschiedenen Ländern und zu verschiedenen Zeiten haben eine inverse Beziehung zwischen verfügbarem Einkommen und Verkaufshöhe gezeigt (Sariola, 1951; Nikolay, 1969; Nielsen und Strangren-Risskov, 1969). Nach Seeley (1960) haben z.B. kanadische Provinzen wie Ontario und Quebec niedrigere Alkoholpreise im Verhältnis zum verfügbaren Einkommen, einen hohen Alkoholverbrauch und hohe Sterblichkeitsziffern aufgrund von Leberzirrhose, während die atlantischen Provinzen höhere Alkoholpreise relativ zum verfügbaren Einkommen, einen niedrigeren Prokopfverbrauch und niedrigere Sterblichkeitsziffern an Leberzirrhose aufweisen. Nachstehende Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen Preis und Verbrauch in Ontario über 30 Jahre (nach de Lint und Schmidt, 1971).

Abb. 3.3.

Abb. 3.3.

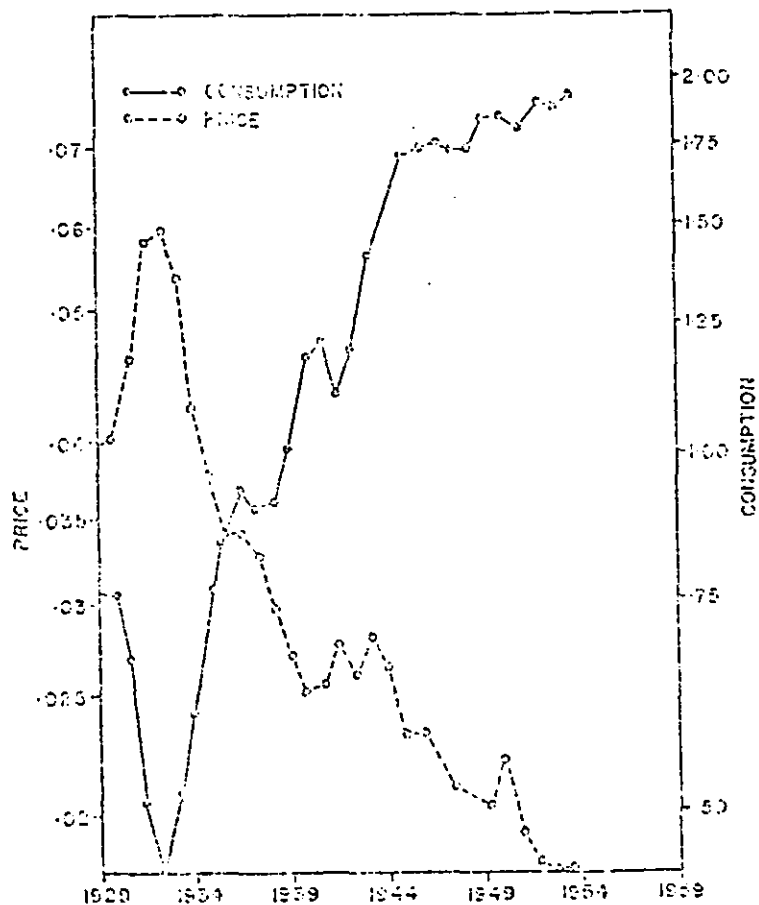


Fig. 2. Alcohol Price (P) and Consumption (C), Ontario, 1929-1953.*

* P = the price of an average gallon of absolute alcohol expressed as a fraction of average disposable income.

C = consumption in gallons of absolute alcohol per person 20 years and over.

Der Zusammenhang zwischen Preis und Alkoholkonsum wurde auch von Marx (1961) und Korin (1966) für verschiedene Staaten der USA bestätigt. Auch haben nach De Lint und Schmidt (1971) weinproduzierende Länder wie Frankreich, Italien, Portugal und Spanien, in denen Wein zu den billigsten Nahrungsmitteln gehört, die höchsten Leberzirrhosesterblichkeitsziffern.

Eine drastische Preissteigerung fand 1917/18 in Dänemark statt, und zwar wurde das dänische Nationalgetränk Aquavit zwölfmal so teuer, während die Bierpreise unverändert blieben. Der Spirituosenverbrauch nahm daraufhin von 5,1 l pro Einwohner auf 1,1 l ab. Später nahm der Spirituosenkonsum zwar wieder etwas zu, Dänemark blieb aber ein biertrinkendes Land (Braun, 1970). Braun erwähnt auch eine Untersuchung von Nielsen (1965), wonach im Anschluss an diese Massnahme das Vorkommen von Delirium tremens und Todesfällen an chronischem Alkoholismus bemerkenswert sank: die Anzahl von Delirium tremens-Fällen von 27,2 pro 100.000 Einwohner (jährlicher Durchschnitt von 1911 - 1916) auf 1,7 im Jahre 1918. Dieser Durchschnitt hat sich in etwa über die Jahre gehalten. Die Zahl der Alkoholismustode sank von 14 auf 100.000 Einwohner vor der Reform bis auf weniger als 2 danach.

In Finnland waren nach Braun (1970) die Preisänderungen weniger drastisch und es zeigte sich danach keine Änderung der Alkoholismuszinzidenz. Nach Harvola (1969) nahm der Alkoholverkauf in Finnland 1968 um 10 % (1967 um 7 %) zu und zwar infolge eines generellen 10 %igen Preisanstiegs, während dessen die Alkoholpreise unverändert blieben. Dabei nahm jedoch hauptsächlich der Bierkonsum zu. Gleichzeitig nahmen die Arretierungen wegen öffentlicher Trunkenheit um 4 % ab, die Bestrafungen wegen illegalen Alkoholtransports um 18 %, die Quantität des geschmuggelten Alkohols um 66 %.

In der italienischen Provinz Vertelli konnte nach Cotta-Ramusino (1967) gleichzeitig mit dem starken Wirtschaftsaufschwung 1962-63 ein starkes Ansteigen der Einweisungszahlen in psychiatrische Kliniken wegen Alkoholismus beobachtet werden.

3.3.4.6. Ergebnisse zum Anomiekonzept

Es existiert unseres Wissens nach nur eine einzige Untersuchung, die die Anomietheorie auf der gesellschaftlichen Ebene untersucht. Es handelt sich dabei um die Arbeiten von Graves (1967) und Jessor, Graves, Hanson und Jessor (1968):

In einer Kleinstadt in Colorado, in der von ihrer ethnischen Herkunft her drei verschiedene Gruppen leben, wiesen diese Gruppen unterschiedliche Alkoholismusraten auf: Die Anglo-Amerikaner hatten die niedrigste Alkoholismusrate, die Amerikaner spanischer Herkunft eine mittlere und die Indianer die höchste. Dem Modell entsprechend konnte nachgewiesen werden, dass die Angloamerikaner innerhalb der "opportunity structure" den besten Zugang zu Mitteln hatten, im Normenbereich den geringsten Grad an subkultureller Anomie, und dass sie das System mit der strengsten sozialen Kontrolle hatten, während die Indianer in allen drei Bereichen entgegengesetzte Werte aufwiesen, und die Amerikaner spanischer Herkunft in ihren Werten zwischen den beiden Extremgruppen lagen.

Der Zusammenhang von Persönlichkeitsfaktoren aus dem Anomiekonzept (Entfremdung, Normlosigkeit, wahrgenommene Unfähigkeit hochbewertete Ziele zu erreichen) und Trinkprobleme wurden zwar vielfach bestätigt (Jessor et al., 1968; Cahalan, 1969; Cahalan et al., 1969; Andorka et al., 1970; Carman, 1970; Jessor et al., 1970; Smart et al., 1971; Babor, 1971). Dabei wurde aber nur dieser Zusammenhang registriert, während kein Rekurs auf die soziale Ebene erfolgt.

Martinez (1969), der ebenfalls Angloamerikaner und Amerikaner spanischer Abkunft verglich, tut das zwar, liefert aber dafür keine unterschiedlichen Alkoholproblemraten bei den betreffenden Populationen.

Blane et al. (1968) fanden keine Beziehung zwischen den Persönlichkeitsvariablen Entfremdung und Selbstwertgefühl und Einstellungen in Richtung unmässigen und unverantwortlichen Konsum von Alkohol. Babor schliesst aus seinen Ergebnissen, die er einer multiplen Regressionsanalyse unterzog, dass gesellschaftliche Faktoren vor allem zu Beginn des Problemtrinkens eine Rolle spielen, später aber die psychologischen Variablen des Anomiekonzepts von grösserer Bedeutung sind. Ähnlich fanden Ming et al. (1969), dass starkes Trinken einen Prädiktor für Devianz darstellt, und nicht ein Symptom der sozialen Devianz ist. Kinsey und Lorne (1967, 1968) kamen aufgrund ihrer Untersuchungen zu dem Schluss, dass Anomie (als Persönlichkeitsfaktor) mit dem Stadium des Alkoholismus korreliert, und dass Personen in frühen Stadien keine erhöhten Anomiewerte zeigen. Als man das Stadium des Alkoholismus kontrollierte, ergaben sich keine Unterschiede zwischen verschiedenen soziokulturellen Gruppen.

3.3.4.7. Einstellungen und öffentliches Verhalten gegenüber Alkoholikern

Empirische Untersuchungen zur Labeling -Theorie liegen bis jetzt nur in Nachweisen vor, dass überhaupt - meist negative - Einstellungen und Stereotypen bestehen, und zwar einerseits in der Öffentlichkeit, andererseits bei Personen, die berufsmässig mit Alkoholikern zu tun haben. Welche Auswirkungen diese Stereotypen und Einstellungen für die Entstehung und Entwicklung von Trinkproblemen und Alkoholismus haben, lässt sich dagegen höchstens indirekt ersehen.

3.3.4.7.1. Einstellungen der allgemeinen Bevölkerung

In den USA hat eine Reihe von öffentlichen Meinungsumfragen in den letzten Jahren gezeigt, dass die Alkoholiker neuerdings auf eine breite Akzeptierung als Personen, die unter einer Krankheit leiden, stossen (Mulford und Miller, 1964; Haberman und Sheinberg, 1969; Verden et al., 1969; Mueller und Ferneau, 1971). Allerdings wurde von verschiedenen Autoren bezweifelt, ob diese Einstellung besonders tiefgehend ist. (Jellinek, 1960; Mulford, 1961). Mulford und Miller (1964) wiesen nach, dass die Akzeptierung des Krankheitskonzepts keineswegs eine Aufgabe des moralistischen, ablehnenden Konzepts zu bedeuten braucht. Zwar definierten 65 % ihrer repräsentativen Stichprobe von 1.213 Erwachsenen der Bevölkerung von Iowa den Alkoholiker als krank, 31 % aber bezeichneten ihn als moralisch schwach, 60 % als willensschwach, 41 % bezeichneten den Alkoholiker gleichzeitig als willensschwach und als krank, nur 24 % akzeptierten allein das Krankheitskonzept. Aus der Umfrage von Haberman und Sheinberg (1969) in New York geht hervor, dass die Akzeptierung des Krankheitskonzepts für den Alkoholismus keineswegs bedeutet, dass auch in einer Trinksituation pathologisches Trinkverhalten als krank angesehen wird. Linsky (1970) untersuchte bei einer Bevölkerungsumfrage von 305 Personen in Vancouver die Meinungen über die Ätiologie des Alkoholismus: 16 % bekannten sich zu einem soziologischen Konzept, 8,5 % zu einem moralischen, etwa 56 % zu verschiedenen psychologischen Konzepten und 19 % meinten, dass der Alkohol selbst und die Trinksitten verursachend seien. Allerdings werden wie Goldenberg et al. (1968) für argentinische Bevölkerungsgruppen nachweisen konnten, dem Alkoholismus als abstraktem Konzept mehr verständnisvolle Einstellungen entgegengebracht als dem Alkoholiker. (Dort sahen 7 bis 20 % der verschiedenen Bevölkerungsgruppen Alkoholismus als Krankheit an, 58 - 67 % dagegen sahen ihn als Laster.)

Damit mag zusammenhängen, dass das Ausmass des persönlichen Kontakts mit Alkoholikern meist nicht mit den Einstellungen gegenüber Alkoholismus, Alkoholikern und Behandlung korreliert (McCarthy und Fain, 1959; Mulford, 1961; Goldenberg et al., 1968; Linsky, 1970), so dass die positiven abstrakten Meinungskundgaben eventuell kaum die tatsächlichen Reaktionen im täglichen Leben gegenüber Alkoholikern wiedergeben.

Immerhin geben Personen, die ein Krankheitsmodell befürworten, nach Mulford und Miller (1961, 1964) auch eher an, dass sie bei einem Trinkproblem einen Experten (Arzt usw.) aufsuchen würden, und dass sie es mit Freunden diskutieren würden.

Blizard's (1969, 1971) Befragung einer Zufallsstichprobe in Neuseeland ergab, dass dort 40 % interpersonellen oder persönlichen Stress für die Ursache des Alkoholismus halten, 2 % ihn als erbliche Krankheit sehen, und nur 33 % ein moralisches Konzept vertraten. Dennoch lehnte die ganz überwiegende Mehrheit jeden engeren und fortlaufenden Kontakt mit einem Alkonoliker ab, die meisten wollten weder mit ihm arbeiten, noch ihn als Nachbarn haben. Nach Blizard (1971) können die Neuseeländer zwar körperlich und geistig Kranken die Krankenrolle zugestehen, nicht aber den Alkoholikern. Ablehnende Attitüden und Ausschluss von sozialem Kontakt sind auch aus Japan bekannt (Ando und Hasegawa, 1970).

In der EPD wurden von Wieser (1968) bei der Repräsentativbefragung in der Bremer Bevölkerung offene Fragen zum Stereotyp des Trinkers gestellt, die in qualitative Kategorien unterteilt wurden. Danach besteht hier ein ausgesprochen negatives Stereotyp, obgleich 64 % der Befragten angaben, keinen Alkoholiker persönlich zu kennen, und der Rest meist nur sehr oberflächliche persönliche Kenntnis hatte. Der Trinker erscheint hier nach Wieser als ein Mensch, der ständig oder überwiegend betrunken oder zumindest angetrunken ist, in diesem Zustand ausgesprochen abstossend wirkt und die Kontrolle über sein Verhalten verloren hat. Nur 22 % der Befragten nannten auf die Frage, wann sie

jemanden als Trinker bezeichnen würden, Süchtigkeit oder Abhängigkeit vom Alkohol. Als Folgeschäden wurden in erster Linie körperliche genannt, soziale und psychische folgten erst in weitem Abstand.

Dass das Krankheitsmodell des Alkoholismus tatsächlich eine positive Einstellung bewirkt, wird neuerdings bestritten. Bailey (1970) fand, dass ein Trainingskurs, in dem Alkoholismus als psychosomatische Krankheit propagiert wurde, bei Sozialarbeitern einige negative Attitüden gegenüber Alkoholikern zunehmen liess. Rule und Besier (im Druck) verglichen die Wirkung des Krankheitsmodells mit der Wirkung eines Modells, in dem dem Alkoholiker Eigenverantwortung für die Änderung seines Verhaltens zugeschrieben wird (ohne moralische Verurteilung). Die Modelle wurden als Videoaufnahmen von Arzt-Patient-Gesprächen präsentiert. Das Krankheitsmodell rief bei den Beobachtern weniger günstige Eindrücke und geringere Grade der Sympathie hervor. Das Verhaltensmodell mit Eigenverantwortung rief aber nur dann stärkere Sympathie und günstigere Eindrücke hervor, wenn dabei die Bezeichnung Alkoholiker (ohne Erwähnung einer Krankheit) verwendet wurde.

Nach Untersuchungen in anderen Ländern variierten die Einstellungen gegenüber Alkoholikern und Alkoholismus mit Persönlichkeitsvariablen (Strassburger und Strassburger, 1965) und der Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen, und zwar scheinen hier vor allem höheres Ausbildungsniveau, jüngeres Alter, nicht protestantische Religionszugehörigkeit, Ausmass des Kontakts mit Massenmedien mit grösserer Toleranz bzw. Akzeptierung des Krankheitskonzepts einherzugehen (Mulford, 1961; Negrette, 1970; Linsky, 1970; Goldenberg et al., 1968; Mueller und Ferneau, 1971). Linsky (1969, 1971) führt die Einstellungsänderung und Gruppenspezifität vor allem auf die Massenmedien zurück. Er zog eine Zufallsstichprobe aus amerikanischen Zeitungs- und Zeitschriftenartikeln über Alkoholismus über die Jahre 1900 bis 1966 und führte damit

eine Inhaltsanalyse durch. Er ordnete die dort vertretenen ätiologischen Theorien nach den Ursachendimensionen extern-intern und naturalistisch-moralistisch und deren Kombinationen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Diskussion im Laufe der Jahre immer weniger moralistisch wurde, gleichzeitig aber die Gründe eher intern attribuiert wurden. Zu den späteren Jahren überwogen die psychologisch-biologischen Erklärungen, wenngleich sich seit 1940 ein Anwachsen der soziologischen beobachten lässt.

3.3.4.7.2. Einstellungen von Personen, die beruflich mit Alkoholikern zu tun haben

Es liegen vor allem Untersuchungen über Ärzte vor. Blane, Overton und Chafetz (1963) analysierten anhand der schriftlichen Äusserungen von 15 Ärzten eines Allgemeinkrankenhauses, wovon diese sich wohl leiten liessen bei der Stellung der Diagnose Alkoholismus und bei Überweisung in ein spezielles Alkoholtherapieprogramm. Die Patienten gehörten der Unterschicht und der unteren Mittelschicht an. Alle waren nach der Diagnose von Fachleuten Alkoholiker. Es ergab sich, den Hypothesen entsprechend, dass nach den Diagnosen und Handlungen der untersuchenden Ärzte zu urteilen in deren Sicht Alkoholiker, die physisch relativ gesund aber sozial desintegriert waren, tatsächlich als Alkoholiker galten, während die Alkoholiker mit überwiegend organischen Störungen, aber relativ grosser sozialer Intaktheit bei ihnen nicht als Alkoholiker galten. Das heisst, die Patienten, die dem Projekt überwiesen wurden, und die häufiger die Diagnose Alkoholismus erhielten, entsprachen am ehesten dem "Skid-Row"-Stereotyp.

Wolf et al. (1965) führten bei diesen Ärzten eine Nachuntersuchung mit einem halbstandardisierten Interview zur Erkundung der Einstellungen durch. Nach den mehr qualitativen Ergebnissen leisteten die Ärzte zwar ein Lippenbekenntnis zum Krankheitskonzept und zum Vorkommen des Alkoholismus in allen Bevölkerungsgruppen, verhalten sich aber in ihrer Diagnose so, dass sie

Alkoholiker, die nicht in das Stereotyp des heruntergekommenen Unterschichtangehörigen passen, nicht erkennen. Aus der Untersuchung von Schmidt, Smart und Moss (1968) geht hervor, dass Psychiater die Prognose bei Alkoholikern der Unterschicht für ungünstiger hielten, und dass sie dazu neigten, diesen eher eine medikamentöse als eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen.

Der Therapiepessimismus bei Ärzten scheint auch insgesamt gegenüber Alkoholismus verbreitet zu sein (Mogar et al., 1969; Knox, 1971; Bailey, 1969). Andererseits scheinen sie das Angebot eines Therapieprogramms in der Klinik als Überweisungsmöglichkeit zu begrüßen (Dunn und Clay, 1971). Neuere Arbeiten von Knox (1969, 1971) aus den USA lassen darauf schließen, dass dort bei den Psychologen und Psychiatern das Krankheitskonzept inzwischen durch das Verhaltenskonzept abgelöst wird. Jedenfalls sprachen sich von 345 Psychiatern und 480 Psychologen (alle in Kliniken angestellt) die überwiegende Mehrheit gegen das Krankheitskonzept aus und charakterisierten Alkoholismus statt dessen als Verhaltensproblem, Symptomkomplex oder Fluchtmechanismus.

Dagegen befürworteten bei einer Umfrage von Bailey (1969) in New York bei 781 Internisten, Psychiatern und praktischen Ärzten 41 % das Krankheitskonzept, 72 % glaubten, dass Alkoholismus ein Symptom zugrundeliegender emotionaler Probleme sei, und 21 % akzeptierten die Formulierung, dass Alkoholismus eine selbst hervorgerufene Bedingung sei, die aus persönlicher Schwäche resultiere.

In Frankreich scheint bei den Ärzten Alkoholproblemen gegenüber vor allem Desinteresse vorzuherrschen (Godard, 1970), ebenso in Spanien (Carrasco, 1968).

In England scheinen bezüglich der Meinungen der Ärzte etwas andere Verhältnisse als in den übrigen Ländern vorzuliegen.

Jedenfalls zeigte eine Umfrage von Rathod (1967) bei praktischen Ärzten, dass 93 % glaubten, Alkoholismus sei am häufigsten in der Gesellschaftsgruppe anzutreffen, der es gesellschaftlich am besten gehe.

Aus der BRD berichten Bochnik, Hofinga und Pittrich (1967) über eine Umfrage bei 181 niedergelassenen Nervenärzten über das Sozialprestige 21 verschiedener Krankheiten. Das niedrige Prestige des Alkoholismus wurde danach nur noch von den Geistes- und Geschlechtskrankheiten übertroffen. Der Alkoholrausch wurde insgesamt weniger ungünstig bewertet. Altersabbau und Epilepsie lagen hier in der Bewertung niedriger. Bei der Bewertung des Alkoholrausches ergab sich die grösste Streuung der Urteile, d.h. es bestand die grösste Uneinigkeit in der Prestigezuordnung. Dagegen wies die insgesamt sehr negative Bewertung des chronischen Alkoholismus eine geringe Streuung auf. Laut Bochnik et al. sind diese Ergebnisse mit denen einer Umfrage unter Studenten fast identisch.

Ausser über Ärzte liegen in den USA Untersuchungen der Einstellungen von Krankenschwestern (Blane und Hill, 1964; Morrison, 1966; Heinemann und Rhodes, 1967; Ferneau, 1968; Ferneau und Morton, 1968, 1969; Moody, 1971), Sozialarbeitern (Bailey, 1960; Chalfant, 1970; Chalfant und Kurtz, 1970, 1971), Counseling Students (Teed, 1968), Polizisten (Epstein, 1970, Mackey, 1969), freiwilligen Beratern einer Alkoholismusklinik (Ferneau und Paine, 1972) vor, die im wesentlichen die Einstellungen der Allgemeinheit und der Ärzte reflektieren.

Bei den professionellen Gruppen wurden in den USA auch bereits Persönlichkeitsvariablen und deren Beziehung zu Einstellungen untersucht. Demnach scheinen Ärzte (Mendelson et al., 1964; Gray et al., 1969) und Schwwestern (Moody, 1971) umso eher für eine Verwahrung anstatt einer aktiven Therapie zu plädieren bzw. die Behandlung abzulehnen, je autoritärer sie sind. Ebenso scheint Dogmatismus (Teed, 1968) eher mit der Befürwortung

legalen Massnahmen und ablehnenden Attributen verbunden zu sein. Robinson und Podnos (1966) fanden, dass bei Psychiatern Gefühle der Frustration, des Ärgers und des Ungenügens im Umgang mit solchen Patienten mit der Scheu sie zu behandeln korrelieren. Bei Sozialarbeitern soll die Attribution der Krankenrolle davon abhängen, wieviel Wert für die Gesellschaft den betreffenden Patienten beigemessen wird. Die Attitüden sind auch bei den Professionellen mit den üblichen sozialen Daten (Alter, Schicht, Geschlecht) sowie eigenen Trinkerfahrungen und -einstellungen korreliert worden (Chalfant, 1970); Moody, 1971; Sovorow et al., 1972). Doch scheint die berufliche Stellung die Haltung gegenüber Alkoholikern mehr zu beeinflussen als die einfachen demographischen Daten es tun (Mackey, 1969).

Auch die Berufserfahrung scheint eine Rolle zu spielen.

Geringere Berufserfahrung und geringeres Wissen korrelierten bei praktischen Ärzten und Internisten eher mit Ablehnung der Therapie (Saint, 1965). Eine positive Beziehung zwischen Berufserfahrung und positiver Einstellung berichten auch Heinemann und Rhodes (1967). Einen geringeren Effekt der Berufserfahrung fanden Patch und Ferneau (1970), Ferneau und Gertler (1971), Ferneau (1972). Anfänger in der psychiatrischen Klinik unterschieden sich nur in drei von neun Hauptfaktoren vom übrigen Stab: sie akzeptierten das Konzept des "Kontroll-Verlusts" weniger, sahen Alkoholismus eher als Charakterdefekt und Alkohol eher als suchterzeugende Substanz. Eine Nachuntersuchung bei Krankenschwestern nach einem Jahr in einer psychiatrischen Klinik ergab keine signifikante Einstellungsänderungen über die Zeit.

Über eine positive Korrelation zwischen dem Ausmass des Wissens und akzeptierenden Einstellungen gegenüber Alkoholikern berichtete Chodorkoff (1967). Williams (1962) fand dagegen keine signifikante Beziehung. Morrison (1966) fand, dass das Wissensniveau von Krankenschwestern die Erwartungen der Patienten bezüglich des

Verhaltens der Schwestern vorherzusagen liess.

Über die Auswirkung der gesellschaftlichen Einstellungen und Reaktionen lässt sich, wie oben angedeutet, bis jetzt nur Vages vermuten. Rubington (1970) untersuchte die Verweildauer in Rehabilitationsheimen und fand, dass Alkoholiker, die mehr negative soziale Reaktionen zu spüren bekommen hatten (z.B. Gefängnisstrafen) weniger lange blieben als solche mit überwiegend positiven Reaktionen auf ihren Alkoholismus (z.B. klinische Betreuung). Kogar (1969) fand bei verschiedenen Klinikpopulationen eine Kongruenz zwischen Betreuungsstab und Patienten hinsichtlich ihrer Alkoholismusatitüden (Pessimismus und Krankheitskonzept), wobei aber die Patienten generell etwas pessimistischer und moralistischer waren. Reinehr (1969) dagegen fand bei 50 Alkoholikerpatienten und deren 16 Therapeuten, dass die Beschreibungen der Patienten anhand einer Adjektivliste durch die Therapeuten eher negativ und kritisch ausfielen, während die Selbstbeschreibungen der Patienten eher günstig und akzeptierend waren.