

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 200-Tel.. 8992-0
51109 Köln
Telefax-Nr. 02 21-8992-300

Alkoholkonsum und Alkoholismus

Eine Literaturübersicht

Kapitel 6:

Die Verhütung des Alkoholismus -
Massnahmen der Verhütung und deren
Wirksamkeit

von

J. C. Brengelmann
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
München



Diese Literaturübersicht wurde im Auftrag der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung, Köln, durchgeführt.

1. Die Undurchsichtigkeit der Präventionsliteratur

Wenn man die Literatur zur Prävention des Alkoholismus durchliest, erhält man den Eindruck, daß alles, was jemals an menschenfreundlichen Dingen zwecks Kompensation seelischer Probleme vorgeschlagen wurde, auch zur Verhütung des Alkoholismus berücksichtigt wurde. Angefangen von den sozioökonomischen Lebensbedingungen, über Probleme der Kindererziehung, Schulerziehung, Lebensbelastung, Ich-Schwäche bis hin zur Umweltverschmutzung sind alle denkbaren widrigen Lebensumstände zur Erklärung des Alkoholismus herangezogen und alle existenzfördernden Maßnahmen zu ihrer Behebung vorgeschlagen worden. Politiker, Priester, Rechtslehrer, Mediziner, Pädagogen oder Psychologen haben das Ihrige gesagt, und wer die Literatur sorgfältig zusammenstellt, wird herausfinden, daß nichts Neues mehr zu sagen ist. Die Diskussion der Prävention ist zu einer sich selbst wiederholenden Gebetsmühle geworden, wobei es an sicheren Maßstäben fehlt, nach denen der eine oder andere Vorschlag zur Verbesserung der Situation eine überzufällige Gültigkeit hinsichtlich Realisierbarkeit besitzt, ohne neue Probleme anderer Art aufzuwerfen.

In diesem Sinne unterscheidet sich die Situation, in der sich die Verhütung des Alkoholismus befindet, kaum von derjenigen der seelischen Gesundheitsstörungen, respektive Verhaltensstörungen allgemein. In ihrer kritischen Übersicht über "primary prevention" vergleichen Kessler und Albee (1975) die Lage mit dem riesigen Okefenokee-Sumpf in Florida: attraktiv von Flugzeug aus, aber unerforscht und voll von unerwarteten Gefahren. Ihre Literaturübersicht erinnere an Raimys (1950) häufig zitierte Definition der Psychotherapie als "nicht identifizierter Technik, die auf unspezifizierte Probleme und mit unvorhersagbarem Erfolg" angewandt wird und für die ein langfristiges und rigoroses Training notwendig sei. Die zu Beginn dieses Jahrhunderts gestartete "mental hygiene" - Bewegung, die sich erst seit wenigen Jahren in Deutschland

ausgebreitet hat, habe "versprochen", daß die meisten Formen geistiger und seelischer Störungen durch die Erziehung von Eltern, Kindern, Lehrern, Priestern und anderen wichtigen Personen in den Prinzipien der seelischen Gesundheit beseitigt würden (Davis, 1965; Lemkau, 1955; Levine und Levine, 1970). Dieses Versprechen sei nicht eingehalten worden, und wir erleben jetzt die Rückschläge, die sich aus den mehr oder weniger optimistischen Aussagen psychotherapeutischer Prävention ergeben (Bellak, 1964; Caplan und Grunebaum 1969; Chalke und Day, 1968; Glidewell, 1971; Golann und Eisdorfer, 1972; Goslin, 1969; Joint Commission, 1961, 1970; Plog und Edgerton, 1969; Roberts, 1967; Rosenblum, 1971).

2. Aufgabenstellung

Im folgenden soll diejenige Literatur zur Verhütung des Alkoholismus referiert werden, von der man auf wissenschaftlicher Basis eine Aussage machen kann. Bei etwaigen Folgerungen wird auf jeden Fall die Qualität der Planung und Datenerhebung entscheiden, sowie natürlich der Datenverarbeitung, und zwar zugunsten persönlicher und klinischer Eindrücke bei der Bewertung von Problemen der Verhütung. Die Inkonsequenz der Literaturangaben zwingt dazu, methodologische Anforderungen für die zukünftige Weiterarbeit zu erheben. Dies trifft sich mit der Forderung, jene Wissenschaft vom Menschen bei der weiteren Entwicklung der Verhütung des Alkoholismus stärker zu berücksichtigen, die sich die experimentelle Methodenforschung zur Grundlage gemacht hat, nämlich die Verhaltenswissenschaften. Es wird weiterhin in diesem Rahmen nicht als unsere Aufgabe betrachtet, die durch Therapie bewirkte tertiäre Prävention zu diskutieren, wohl aber die Verhütung im engeren Sinne, die die Entwicklung des Trinkens alkoholischer Getränke und die Unterbindung der Entwicklung von Alkoholismus betrifft. Unsere Aufgabenstellung betrifft

also die primäre und sekundäre Prävention. Aus Gründen der vereinfachten Ausdrucksweise sprechen wir einfach von (primärer) Prävention.

5. Präventionsbegriffe und ihre Probleme

Der WHO-Bericht über "Services for the Prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs" (1967) unterscheidet zwischen präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Zur Prävention gerechnet werden:

- 1.) Gesundheitserziehung für die allgemeine Öffentlichkeit oder spezifische Berufsgruppen
- 2.) Angebotskontrolle durch Einschränkung der Verfügbarkeit und Begrenzung der Produktion von Alkoholprodukten
- 3.) Gesetzliche Maßnahmen durch Besteuerung, Preisgestaltung und Bestrafung von Mißbrauch
- 4.) Änderung von Einstellungen hinsichtlich des Konsums von Alkohol
- 5.) Psychosoziale Maßnahmen: Vorkehrungen zur Besserung der seelischen Gesundheit hinsichtlich psychologischer, sozio-ökonomischer und kultureller Faktoren
- 6.) Frühdiagnose und -behandlung als wichtige Bestandteile der sekundären Prävention, die durch Gesundheitserziehung (Punkt 1) gefördert werden soll.

Im WHO-Bericht von 1970 wird die Primärprävention unter drei Überschriften abgehandelt, nämlich

- 1.) Gesetzliche Kontrolle: Beschränkung des Angebots
- 2.) Erziehungsmaßnahmen: Information und Beeinflussung
- 3.) Soziale Maßnahmen für Risikogruppen.

Feuerlein (1975) benutzt in seinem vielseitigen und umfassenden Büchlein über "Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit" eine sehr ähnliche Einteilung und fügt der Primärprävention noch die "Individualprävention" hinzu (vgl. Punkt 6, WHO-Bericht 1967). Hierunter werden drei Dinge verstanden: 1.) Früherfassung von Alkoholikern durch Vorsorgeuntersuchungen des besonders gefährdeten Personenkreises, 2.) Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich sowie in der Nachsorge und 3.) Verbesserung der rehabilitativen Maßnahmen. Diese Kombination erscheint informatorisch besonders günstig.

Die Diskussion der Präventionsbegriffe geschieht gewöhnlich um Maßnahmebereiche (legale, erzieherische oder soziale Maßnahmen) oder Arten von Maßnahmen (Prävention, Therapie, Rehabilitation). Die zusammenfassende Definition von Feuerlein läßt einmal erkennen, daß man Bereiche und Arten von Maßnahmen im Interesse der Definitionsklarheit zusammen betrachten muß, und zum anderen, daß die drei Einflußmaßnahmen nicht strikt voneinander zu trennen sind. Prävention bedeutet also im strikten Sinne nie allein "Primärverhütung", sondern ist auf allen Stadien der Behandlung und Rehabilitation notwendig.

Manche Autoren ziehen nach wie vor die Trennung in Prävention, Therapie und Rehabilitation vor (Wagenfeld, 1972). Prävention bedeutet Intervention nach Auftreten einer Störung und Rehabilitation das Rückgängigmachen des aufgetretenen Schadens bzw. die Rückführung des gestörten Zustandes, soweit wie möglich, auf den ursprünglichen Gesundheitszustand. Diese Aufteilung wird von manchen Autoren vorgezogen, weil sie angeben soll, was "Krankheit" ist oder nicht. Einige ziehen die Folgerung, daß nur Behandlung etwas mit Krankheit zu tun habe; andere sind der Meinung, daß jedes Arretieren des als Alkoholismus erkannten Zustandes und dessen Rückführung in Richtung auf den vorher bestehenden Gesundheitszustand als Behandlung im Sinne einer Krankheit anzuerkennen sei und daß

die Unterteilung in Therapie und Rehabilitation lediglich bestimmte Schwerpunkte, in der Wahl der therapeutischen Mittel betreffe.

In der Tat hat sich im Laufe der Zeit mit der Verbesserung der therapeutischen Einflußmaßnahmen medizinischer und sozialpsychologischer Art herausgestellt, daß die Dreiteilung Prävention - Therapie - Rehabilitation immer weniger durch die therapeutischen Hilfsmittel charakterisiert werden, d.h. daß jeder Phase in strikter Form eine eigene Behandlung zukomme. Der Trend zur kombinierten oder integrierten Therapie, d.h. der gemeinsamen Benutzung medizinischer und sozialpsychologischer Maßnahmen ist so gut wie vollzogen, und zwar für alle Stadien der Abhängigkeit bzw. alle Arten der Beeinflussung. Solange jemand den ursprünglichen Gesundheitszustand nicht wieder erlangt hat, d.h. noch stark rückfallgefährdet ist und aus diesem Grund nach Meinung des Therapeuten irgendeiner weiteren Behandlung bedarf, sollte dieser Patient als "krank" angesehen werden. Wir befinden uns jetzt natürlich schon in der Diskussion um die Adäquatheit des medizinischen oder sozialpsychologischen Modells für den Alkoholismus, die wir anschnitten, weil sie zur Zeit aktuell ist, die wir aber nicht ins Detail ziehen wollen.

Der Begriff "Krankheit" braucht nicht notwendigerweise mit dem "medizinischen Modell", wobei man die Infektionskrankheiten vor Auge hat, assoziiert zu werden. Die Ursache, ein spezifischer Erreger, wird nach diesem Modell identifiziert und in spezifischer Form behandelt, was den ursprünglichen Gesundheitszustand wieder herstellt. Beim Alkoholismus gibt es keine derartigen Erreger, doch erkennt man heute in der Medizin die sozialpsychologische Verursachung an, wie es ja nicht nur ein, sondern eine Reihe von ursächlichen Modellen in der Medizin gibt, die alle sehr voneinander abweichen. Außerdem werden in der Medizin (Psychiatrie) Modelle praktiziert, wobei die Ursachen im Dunkeln liegen und die Diagnose

aufgrund der Verhaltensstörung gestellt wird. Der Begriff "Krankheit" richtet sich also nicht nach der Ursache, sondern nach dem Bestehen eines gestörten Zustandes, der Unfähigkeit der Selbsthilfe und hohe Gefährdung für diese Unfähigkeit bedeutet. Auch psychisch verursachte Störungen können demnach unter dem medizinischen Krankheitsbegriff untergeordnet werden.

Eine gewisse Reflektion der oben beschriebenen Entwicklung zur integrativen Therapie kann man in dem differenzierteren und ausgedehnteren Gebrauch des Begriffs "Prävention" entdecken. Blane (1968) nebst vielen anderen Autoren unterscheidet deutlich zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Primäre Prävention bedeutet die Anwendung von Verfahrensweisen zur Verhinderung von Problemen, die mit dem Trinken von Alkohol in einer entsprechend permissiven Gesellschaft assoziiert sind. Sekundäre Prävention bedeutet die Anwendung von Verfahrensweisen zwecks Aufhaltung oder Reversion eines Prozesses, der andernfalls allem Anschein nach zum Alkoholismus führen würde. Tertiäre Prävention bedeutet einfach die Behandlung einer voll ausgebrochenen Krankheit, die die Inzidenz nicht und die Prävalenz kaum beeinflusst, also im Prinzip keine Prävention ist. Andere Autoren sprechen allerdings der tertiären Prävention mehr als reine Behandlungseffekte zu und sind der Meinung, daß eine besonders effektive Therapie das Vorkommen des Alkoholismus und in indirekter Form, etwa über die Modellwirkung, auch das Auftreten neuer Fälle reduzieren könne.

Die Aufteilung von Schuckit (1974) haben wir bereits an anderer Stelle aufgeführt (Brengelmann, 1975) und wollen wir hier kurz wiederholen.

1.) Primäre Prävention durch Furchterregung

Es ist häufig vorgeschlagen worden, daß man Behandlungsprogramme so unangenehm macht, daß Alkoholiker aufhören zu trinken aus Angst, daß sie dieselbe Behandlung noch einmal

durchzustehen haben. Dies würde zwar Probleme in bezug auf die Ethik der Behandlung aufwerfen, aber es gibt nicht wenige Autoren, die sich hierüber Gedanken gemacht haben. Dies ist also eine andere und wenig gebräuchliche Definition der primären Prävention, weil hier der Alkoholismus bereits vorausgesetzt wird. Nach den bereits diskutierten Definitionen würde man dies als tertiäre Prävention bezeichnen müssen.

2.) Sekundäre Prävention durch Erziehung. Eine häufig in Behandlungsprogrammen propagierte Methode besteht darin, daß man Problemtrinker so früh wie möglich Erziehungsmaßnahmen aussetzt. Die zugrundeliegende Annahme ist natürlich, daß Erziehung zur Reduktion der Trinkprobleme führt.

3.) Sekundäre Prävention durch Frühidentifizierung. Durch verbesserte Diagnostik würde man das Problemtrinken frühzeitiger identifizieren und einer Behandlung zuführen, bevor die schweren Probleme erscheinen.

4.) Tertiäre Prävention durch Behandlung. Es wird angenommen, daß man die Verbreitung des Alkoholismus dadurch verringern kann, daß eine größere Anzahl von Fällen erfolgreich und schneller behandelt wird, als sich neue Fälle von Alkoholismus bilden können. Es erfordert eine sehr effiziente Therapie, die auf breiter Basis angewandt werden kann, damit solche präventiven Effekte wirksam werden können.

Es gibt zahlreiche andere Versuche zu Definitionen der primären Prävention, die aber zu den bereits aufgeführten nichts wesentliches hinzufügen. Es hilft wenig zu fordern, daß man alles Erdenkliche tun müsse, um das Los der Menschen zu verbessern (Zax und Cowen, 1972); daß man Ungerechtigkeit, Diskriminierung, wirtschaftliche Unsicherheit, Armut und so weiter abschaffen müsse, oder daß die eigentlichen Ursachen im Alkoholiker selbst lägen. Nichtssagende Forderungen dieser Art, die für praktische Zwecke inhaltslose Definitionen implizieren, werden laufend neu aufgelegt und sind höchstens

dazu geeignet, das Blickfeld zu verschleiern und den Fortschritt aufzuhalten. Schon die als akzeptabel aufgeführten Definitionen geben nicht mehr her als grobe Einteilungsgesichtspunkte. Es wird in der Regel nicht einmal der Anspruch gemacht, daß wissenschaftlich fundierte Theorien oder wissenschaftliche Verfahrensweisen den Grundstock der Betrachtungen über die Prävention bilden sollten.

4. Verminderung des Alkoholangebots einschließlich gesetzlicher Kontrollen

Feuerlein (1975) führt als mögliche Prävention die Reduktion des Alkoholangebots unter den folgenden Punkten an:

- 1.) Erhöhung der Alkoholsteuer, wobei ein Teil der Alkoholsteuer entsprechend ausländischen Vorbildern zweckgebunden für die Bekämpfung des Alkoholismus eingesetzt werden sollte
- 2.) Temporäre und lokale Restriktion des Alkoholangebotes, z.B. Verbot des Alkoholvertriebs in Autobahnraststätten und Tankstellen sowie zu bestimmten Tageszeiten (z.B. in den späten Nachtstunden)
- 3.) Restriktion des Alkoholangebots in Betrieben (z.B. Abschaffung von Bierautomaten, Abschaffung von Alkoholnaturallieferungen - sog. Deputaten - an Betriebsangehörige von alkoholproduzierenden Industrien, Ersatz der kostenlos gelieferten Alkoholgetränke in Hitze- und Durstberufen durch alkoholfreie Getränke usw.)
- 4.) Reduzierung der Werbung für alkoholische Getränke.

Anforderungen dieser Art findet man häufig in der Literatur. De Lint und Schmidt (1971) zitieren Statistiken zur Verbreitung des Alkoholismus, die die Reduktion des allgemeinen

Alkoholverbrauchs als präventive Maßnahme zu stützen scheinen. Da die Alkoholismusrate mit dem Gesamtkonsum des Alkohols in der Bevölkerung steigt und fällt, müßte die Reduktion des durchschnittlichen Konsums zu niedrigeren Alkoholismusraten führen. Aus solchen Erwägungen heraus erscheint die Annahme vernünftig, daß eine höhere Besteuerung des Alkohols und Einführung anderer Kontrollmethoden, die die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke mindern würden, den gewünschten Präventionseffekt zustande bringen würden. Unglücklicherweise gründen Argumente dieser Art auf der Annahme, daß der Korrelation zwischen Konsum und Alkoholismus eine ursächliche Wirkung zugrunde liegt, doch läßt sich die Berechtigung für diese Annahme nicht aus der einfachen Korrelationsrechnung ableiten. Dafür bedarf es der Benutzung von Modellen der Abhängigkeitsanalyse.

Auch Edwards (1971) vom Maudley Hospital in London (Forschungsabteilung für Süchte) ist der Meinung, daß "die einzige realistische Methode zur Ausübung eines günstigen Einflusses auf die Prävalenz der Alkoholsucht durch die Kontrolle der Umgebungsbedingungen des Trinkers gegeben sei und daß hierbei die Verfügbarkeit (des Alkohols) als erster Kandidat für die Ausübung von Kontrollen anzusprechen sei". Der Autor zitiert eine Reihe interessanter Fakten hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und -problemen, aber auch dies sind Korrelationen, aus denen keine ursächlichen Folgerungen ableitbar sind. Es werden weiterhin methodische Probleme eingeräumt. Die Messung dessen, was Alkoholprobleme seien, sei unzufriedenstellend. Die Einweisungsraten in Krankenhäuser reflektierten ebenso sehr die Güte des Gesundheitsdienstes als die Alkoholismusrate. Andere Daten wie Zirrrosesterblichkeit und Arrest wegen Trunkenheit seien ebenfalls unzuverlässig. Darüber hinaus wird zugegeben, daß es bei gleichzeitiger Wirkung einer Vielfalt von bestimmenden Variablen, wie es beim Alkoholismus

ohne Zweifel der Fall ist, außerordentlich schwierig sei, den getrennten Einfluß einer jeden einzelnen Variable mit Sicherheit zu isolieren.

Zuverlässigere Auskünfte würden experimentell kontrollierte Daten aus Längsschnittenanalysen geben, die nur sehr selten zu haben sind. Als in Finnland die Anzahl der Alkoholverkaufsläden um 22 % anstieg, wuchs der Alkoholkonsum um 47 % (Makela, 1971). Es bleibt aber noch abzuwarten, ob der steigende Konsum auch einen entsprechenden Anstieg der Gesundheitsgefährlichkeit mit sich bringt.

Magruder (1975) untersuchte die Beziehung zwischen Alkoholisierungsterblichkeit und Verfügbarkeit alkoholischer Getränke, die in North Carolina sehr stark variiert. Sie fand, daß die Sterblichkeit für Leberzirrhose, akuten und chronischen Alkoholismus in den "nassen" Kreisen zweimal so groß war wie in den "trockenen". Auch der Stadt-/Landfaktor war mit dieser Sterblichkeit assoziiert. Eine Regressionsanalyse zeigte jedoch, daß Urbanisierung und Alkoholverfügbarkeit unabhängig voneinander mit Sterblichkeit assoziiert waren. Trotz dieser fortgeschrittenen Analyse wollte die Autorin zu Recht nicht den Schluß einer kausalen Verbindung zwischen Alkoholsterblichkeit und -verfügbarkeit ziehen, weil andere Bedingungen wie Einstellungen zum Alkoholismus und soziale Anerkennung des Trinkens vor dem Zeitpunkt der legalen Fixierung der Verfügbarkeit des Alkohols vorhanden waren. Es bleibt also nach wie vor die Frage zu lösen, welche Faktoren die eigentlichen zugrundeliegenden ursächlichen Faktoren sind. Dies läßt sich herausfinden, aber die Forschungsmethodik ist bisher zu schwach gewesen. Wenn Einstellungen den bestimmenden Einfluß ausüben, dann stellen Erziehungs- und Einstellungsänderungsprogramme die besten Strategien zur Verhütung dar.

Wenn aber das verfügbare Alkoholangebot entscheidend ist, dann sind steuerliche und andere begrenzende Regelungen die besten Strategien.

Dieses Beispiel zeigt, daß die experimentelle Methode die Entscheidungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge mitbestimmen kann und muß. Kontrollmaßnahmen hinsichtlich Alkoholkonsum und anderer Dinge werden in der Regel nach persönlichem Glauben getroffen und nicht auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis. Viele Indizien weisen zwar häufig auf die Plausibilität der Angemessenheit restriktiver Maßnahmen hin, aber wo genau in einer Anzahl in Frage kommender Variablen der verantwortliche und zu kontrollierende Faktor liegt, ist ohne rigorose mathematisch-statistische Analyse nicht nachweisbar. Außerdem gibt es in derart komplexen Anwendungsgebieten zu viele unvorhersagbare Variablen, die nach der Einführung einer neuen gesetzlichen Regelung in nicht zu bestimmender Weise auf die Gesellschaft einwirken, so daß eine deutliche Ursache-Wirkungsbesserung selten mit Sicherheit gefolgert, geschweige denn vorhergesagt werden kann (WHO-Bericht, 1970). Es hat häufig genug Situationen gegeben, in denen solche Beziehungen in zuverlässiger Form hätten untersucht werden können, etwa nach der Aufgabe der Prohibition in den Vereinigten Staaten, aber wissenschaftliche Beobachtung und Analyse sind nicht nur keine Stärke der Politiker, sondern werden häufig genug vorsätzlich ausgeschlossen mit der Begründung, daß politische Entscheidungen nicht auf solche Analysen warten können.

Im WHO-Bericht 1967 werden die Effekte gesetzlicher Maßnahmen im wesentlichen wie folgt zusammengefaßt und bewertet. Restriktion des Angebots und Strafmaßnahmen gegen den Mißbrauch des Alkohols waren seit langen Jahren die wichtigsten prophylaktischen Methoden. Die restriktive Gesetzgebung Großbritanniens (erhöhte Steuer und Ausschankzeitverkürzung) führte nach 1915 zu einem bedeutsamen Abfall in der Bestra-

lung für Trunkenheit. Die in den USA, Finnland und Norwegen praktizierte Prohibition reduzierte zwar den gesamten Verbrauch, beseitigte aber nicht das Trinken und den Mißbrauch von Alkohol und hatte unerwünschte Konsequenzen zur Folge. Kontrolle durch erhöhte Steuern und Kaufpreise kann Art und Menge des Alkoholverbrauchs günstig beeinflussen, doch bedeutet dies noch keine effektive Abschreckung für den abhängigen Trinker, der sich fast immer andere Mittel der Abhängigkeit verschafft. Die Bestrafung von Trinkern ist nutzlos. Sie werden in einer selbstzerstörerischen und fast selbstmörderischer Art immer wieder rückfällig, als ob sie sich geradezu der Bestrafung anböten. Auch Gefängnisstrafen verhindern nicht den Rückfall, wenn nicht zur gleichen Zeit Behandlungsmittel benutzt werden. Dies sind zwar wichtige Begrenzungen, doch werden restriktive gesetzliche Maßnahmen nach Meinung der meisten Experten doch eine wichtige Rolle in der Prävention spielen.

Weitere Belege, die die begrenzten Möglichkeiten gesetzlicher Kontrollen aufweisen, stammen besonders aus den USA. Hier hat man die Prohibition versucht und abgelehnt, und Minderjährige (unter 18 oder 21) dürfen nicht trinken. Nach dem NIMH (NIAAA)-Bericht (1972) haben solche Kontrollen nur einen geringen Einfluß auf Konsum und Mißbrauch ausgeübt. Die 1963 durchgeführte Moreland Act Commission fand keine beständige Beziehung zwischen exzessivem Trinken (Einweisung in Nervenkliniken oder Berichtsstatistiken über Alkoholismus; Autofahren unter dem Einfluß von Alkohol und Festnahme wegen Trunkenheit) und der Menge der verkauften alkoholischen Getränke bzw. der Anzahl von Alkoholverkaufsstätten. Die allgemeine Folgerung war, daß es keinen Beleg für die Wirksamkeit der verschiedenen in den USA benutzten Kontrollsysteme hinsichtlich der Art und Menge des konsumierten Alkohols oder der Alkoholprobleme gäbe. Auch in bezug auf das Trinken der Minderjährigen seien die genannten Kontrollen wirkungslos.

Zusammenfassende Berichte der zitierten Art, die sich auf zuverlässige Expertisen von Fachleuten stützen und die ihrerseits häufig die relevante internationale Literatur beherrschen, gleichen sich, wenn auch nicht immer. Eine besondere Information erhält man jedoch nicht, nämlich wann und unter welchen Umständen welche gesetzliche Maßnahme positive Effekte ohne negative Konsequenzen anderer Art ergeben. Gesetzgebung muß aber notwendigerweise konkret sein. Hier fehlt also zwischen den vermuteten und tatsächlichen Effekten der gesetzlichen Kontrolle ein Stück Information, ohne daß die Gesetzgebung vernünftigerweise nicht auskommen kann, und diese Information kann nur die Verhaltensforschung besorgen. Zu den Problemen der gesetzlichen Kontrolle haben der WHO-Bericht 1970 und der HEW-Bericht von Keller (1974) Stellung genommen.

5. Erziehungsmaßnahmen bei Erwachsenen

Versuche zur allgemeinen Vorbeugung gegen den Alkoholismus beruhen auf der Hoffnung, daß Information und Beeinflussungsmaßnahmen den Alkoholismus verhüten könnten. Dieser Versuch ist im großen Umfang durch mehr oder weniger strukturierte oder organisierte Programme vorgenommen worden. Der größte Teil der Literatur, aus der einige charakteristische Autoren zitiert werden, befaßt sich mit allgemeinen Informationen, Zielsetzungen, Forderungen oder Ratschlägen zur Bekämpfung des Alkoholismus, die keine konkreten Ansatzpunkte über Organisation und Wirksamkeit programmatischer Versuche vertreten (Balloni und Castellani, 1966; Cervantes, 1971; Chafetz, 1970, 1974; De Lint, 1974; Faris, 1974; Fraser, 1967; Jay, 1968; Marconi, 1966; McCarthy, 1957; Opler, 1959; Plaut, 1969; Smith, 1971; US Government, 1972; Whitehead, 1972; Wilkins, 1971; Wilkinson, 1970). Solche Arbeiten gehen typischerweise und meist nach vorher nicht ersichtbaren Prinzipien auf sehr unterschiedliche Facetten des schillernden Gebildes Alkoholis-

mus ein. Manche Autoren (Levinson, 1955; Peters, 1957) befassen sich mit spezifischen Beratungssituationen, andere, wie beispielsweise das Alkoholismusprogramm von West Virginia, eines von sehr vielen, detaillieren eine umfassende Anzahl konkreter Zielsetzungen bezüglich Information, Erziehung, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Spezifikationen hinsichtlich Zielgruppen wie Polizei, Gerichte, Ärzte, Krankenhäuser, Fürsorgestellen, Arbeitsämter, Schulen und so weiter. Arbeiten über Prinzipien der Organisation und Unterweisung (Marković, 1954; McCarthy, 1954) und über programmatische Entwicklungen zur Prävention (Anderson, 1969; Beattie, 1969; Blacker, 1968; Einstein und Wolfson, 1970; Levy, 1963; Miller, Berg, Nutting und Shorr, 1974; Ojemann, 1958) erscheinen ebenfalls häufig, wie die von uns zitierten neueren Berichte des US Kongresses (Secretary of Health, Education and Welfare) über "Alcohol and Health" zeigen. Die Güte dieser Literatur wird noch besprochen werden.

Parallel zu dieser Entwicklung für die breite Öffentlichkeit hat es eine vergleichbare Entwicklung hinsichtlich des Alkoholismus in der Industrie gegeben (Eaton, 1971; Franco, 1954; Godard, 1956; Henderson und Bacon, 1953; McCarthy, 1959; Midon, 1970; Page, Thorpe und Caldwell, 1952; Fanev, Apostolov und Balabanov, 1966; Roman, 1974). Firmen wie Consolidated Edison benutzen häufig eigene Programme, in denen die Bedeutung des Alkoholismus erklärt, die Verfahrensweisen zur Hantierung des Problems demonstriert und unter Umständen die Wirksamkeit der Programme über längere Zeiträume verfolgt werden (Franco, 1955). Die Programme selbst weisen keine wesentlich unterschiedlichen Züge zu den in der breiten Öffentlichkeit benutzten auf, werden jedoch mit Vorliebe mit Management-Trainingsprogrammen verbunden (Dans und Morton, 1965). In einer besonderen Ausgabe des Menninger Quarterly werden drei Hauptklassen von Präventivprogrammen besprochen, und zwar in Zusammenhang mit Einrichtungen außerhalb der Betriebe, nämlich Kliniken, anderen öffentlichen Einrichtungen und Alcoholic Anonymous (Levinson, 1957).

In der deutschsprachigen Literatur hat Kryspin-Ermer (1969) über verschiedene Aspekte der Prävention berichtet. Die Programmbeschreibung ist sehr allgemein und Effizienzdaten fehlen. Mieser (1975) hat seinem ausgesprochen lesenswerten Buch auch ein Kapitel über Vorbeugung beigelegt, das nicht nur eine gute grundsätzliche Aufteilung eines Programmvorschlages bringt, sondern auch einige bemerkenswerte und offensichtlich verhaltenstheoretisch orientierte Ratschläge gibt, deren Berücksichtigung man empfehlen kann. Ausgearbeitete oder gar getestete Programme sind uns jedoch nicht bekannt geworden. In einem 32-seitigen "Aktions-Programm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmißbrauchs" hat sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln 1975 auf etwa acht Seiten in "Maßnahmekatalogen" der Öffentlichkeitsarbeit, gesundheitliche Aufklärung, Beratung und Therapie sowie Aus- und Weiterbildung insgesamt 59 Ziele gesetzt. Dies ist ein Mammutprogramm, das alles Bekannte in den Schatten stellt. Es ist nicht zu ersehen, ob wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Aufstellung dieses Intentionskatalogs mitgewirkt haben.

Präventionsversuche oder -programme gegen den Alkoholismus sind außerordentlich weit verbreitet, aber es ist in demselben Maße schwierig zu erfahren, ob sie einen nachweisbaren Effekt aufweisen, geschweige denn, daß spezifische Wirkungsweisen besonderer Einflußfaktoren auf besondere Eigenarten der Abhängigkeit bekannt geworden wären. Spezialisten, die analysierbare Programme bewertet haben, sind der Meinung, daß keine Form von erzieherischen Maßnahmen den Konsum wirkungsvoll beeinflusst habe (Braucht, Follingstad, Brakarsh und Berry, 1973; Kolb, 1975; Room, 1974; Weaver und Tennant, 1975). Dieses Resultat entspricht den Ergebnissen, die man auch für die Raucheraufklärung und -erziehung gefunden hat (Brengelmann, 1974). Auch im WHO-Bericht 1970 wird kategorisch erklärt, daß Erziehungsprogramme die Abhängigkeit von Rauschmitteln nicht verhüten können. Damit werden nicht alle Informations-

und Erziehungsmaßnahmen in Bausch und Bogen abgelehnt, beide sind notwendig, aber sie müssen der Form und dem Inhalt nach genauer hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden.

Vor allem müssen die Effekte der sozialen Einstellungen und ihre Veränderlichkeit vorab untersucht werden, bevor sie präventiv benutzt werden können. Es ist zum Beispiel wohl bekannt, daß soziokulturelle Einstellungen zum Alkoholkonsum mit der Entwicklung der Abhängigkeit in Zusammenhang stehen. Unter Juden ist etwa die Abhängigkeit im Vergleich zu Frankreich und Chile, die andersartige Trinksitten aufweisen, relativ selten. Es wäre also zu überlegen, ob man die Trinksitten bestimmter Völker nicht anderen beibringen sollte. So schlägt Cumming (1968) zwei Strategien zur Verhütung seelischer Probleme vor: (a) Entdeckung und Beseitigung der Ursachen und (b) Entdeckung der Eigenheiten resistenter Bevölkerungsgruppen (in diesem Falle Juden) und Anpassung von Verhaltensweisen anderer Völker (Franzosen, Chilenen) an diesen Standard. Dies droht zwar unlösbare ideologische Probleme mit sich zu bringen, aber auch Whitehead (1972) gründet seine Prävention des Alkoholismus auf zwei Marschrouten, bezeichnet als soziokulturelles und Konsummodell. Das erste ist dem zweiten Modell von Cumming sehr ähnlich. Man könnte also auf jeden Fall untersuchen, welche soziokulturellen Einstellungen mit der Alkoholabhängigkeit in ursächlicher Weise zusammenhängen, also nicht nur korrelieren. Im positiven Fall hätte man die Basis für einen Versuch zur Änderung von Einstellungen geschaffen und könnte die Konsequenzen in bezug auf Abhängigkeit feststellen. Es ist bekannt geworden, daß die Änderung von Einstellungen zwar kurzfristig möglich ist (Williams, Di Cicco und Unterberger, 1968), in der Regel aber das Konsumverhalten nicht nachhaltig und langdauernd beeinflusst, doch gibt es bestimmte, in der Forschung zur Verhaltensmodifikation gefundene Bedingungen, unter denen Einstellungen auch das Verhalten ändern können. Diese Kenntnisse sollte man

sich zu nutze machen, aber das persistenteste Leiden der Alkoholismusverhütung ist ja wohl das Ignorieren ihrer wissenschaftlichen Grundbestandteile.

Die in den letzten 20 Jahren vervielfachten Bemühungen zur Prävention sind vielleicht aus der Enttäuschung über die Ineffektivität der Behandlung des Alkoholismus entstanden. Verantwortliche für das Gesundheitswesen haben vielleicht deshalb unter dem Druck der Verhältnisse versucht, solche Maßnahmen der Prävention zu verwenden, die nach Meinung der Experten sinnvoll waren. Diese Entwicklung ist fehlgeschlagen, weil sie nicht unter wissenschaftlicher Kontrolle stand. Der Mißerfolg kann aber nicht dadurch gerechtfertigt werden, daß man Gutes im Sinne hatte. Die Einstellung, daß man "auf jeden Fall" etwas tun müsse, kann mehr Harm als Gutes tun (Schuckit, 1974). Enttäuschung und Resignation sind entstanden, und es ist schwieriger, erst Ruinen beseitigen zu müssen, anstatt von vornherein systematisch im Forschungsrahmen vorzugehen. Schließlich steht beim Alkoholismus das Leben sehr vieler Menschen auf dem Spiel.

6. Erziehungsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

Die Präventionsbemühungen leben zum großen Teil von der Einsicht, daß man bei der Therapie der bereits Alkoholgeschädigten nicht stehen bleiben kann. Nichts liegt dann näher, als so frühzeitig wie möglich mit erzieherischen Maßnahmen zu beginnen, weil die Trinksitten der Familie und der Schulgenossen eine einflußreiche Modellwirkung vermuten lassen und weil der Alkoholkonsum, auch bis zum Exzess, in zunehmend jüngeren Jahren begonnen hat (Jasinsky, 1974; Munõz und Paroça, 1969; Rankin, Moore und Luby, 1969; Sills, 1964). Es gibt zahllose Artikel über die Theorie und Praxis der Alkoholerziehung in der Schule (Brotman, 1970; Linden, 1957, 1959; Mullin, 1968;

Flaut, 1967; Weir, 1969), die sich von denen der Erwachsenen nicht besonders unterscheiden. Auch hat man über die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen keine gesicherten oder gar besseren Ergebnisse als bei Erwachsenen, doch gibt es andere Gründe für diesen besonderen Absatz.

Alkoholtrinken ist eine erlernte Gewohnheit. Durch Imitation, Identifikation und Modellieren von Rollen signifikanter Personen läßt sich an der sich entwickelnden jungen Person der Aufbau von Werten, Einstellungen und Verhaltensweisen besser untersuchen als bei Erwachsenen. Speziell auf Alkoholismus angelegt, können solche Untersuchungen durchaus Hinweise auf Ort, Zeit und Art präventiver Maßnahmen ergeben.

Die Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen sind besonders reich an vermuteten Prädiktoren der Abhängigkeit von Alkohol. Wenn einer oder beide Elternteile Alkoholiker sind, kann daraus eine starke Belastung der Familie resultieren (Chafetz, Blane und Hill, 1971). Zerrüttung der Familie ist eines der am häufigsten benutzten Mittel zur Verdämmung des Alkohols. Diese Verbindung liegt zwar nahe, aber die Belege dafür sind nicht so eindrucksvoll, wie man glauben möchte. Besondere Probleme wie abwegige Verhaltensweisen, Ablehnung durch die Eltern, Depravierung, Impulsivität und Entfremdung von Familie, Freunden und Gesellschaft sind als ursächliche Faktoren für Alkoholabhängigkeit angeschuldigt worden (Jessor, Graves, Hanson und Jessor, 1969; Jessor, Young, Young und Tesi, 1970). In einer vierjährigen Untersuchung fanden Jessor und Jessor (1975), daß eine entwicklungsmäßige Beziehung zwischen sozialpsychologischen Problemen und Trinkneigung bestand. Es wurde gefunden, daß der Anfang des Trinkens keine isolierte Verhaltensänderung darstellt, sondern im Verband mit anderen "transitions-typischen" Verhaltensweisen und -problemen einhergeht. Die Autoren haben für eine differenzierte Verhaltensliste solcher Art interessante Entwicklungsdaten angegeben, die validiert werden müßten und in positiven Falle einen echten Fortschritt der Prädiktionsforschung darstellen würden.

Besonders aufschlußreich wären langfristige Kontrolluntersuchungen, in denen Frühtrinker und Nichttrinker, über die Frühdaten nicht nur in bezug auf Trinken, sondern auch auf andere Verhaltensweisen bekannt sind, eine oder mehrere Dekaden später miteinander verglichen werden (Straus und Bacon, 1955). Man würde die für präventive Zwecke sehr wichtige Information erhalten, ob und wie lange das Trinkverhalten überhaupt stabil ist. Dies wird zwar stillschweigend angenommen, aber gute Belege gibt es hierfür nicht. Es könnte genauso gut sein, daß sich das Trinken in Abhängigkeit von äußeren Lebensbedingungen ändert. Longitudinale Untersuchungen dieser Art sind überhaupt notwendig, weil das Trinken keine monotonen Entwicklungskurven im Leben zeigt (Cahalan, Cisin und Crossley, 1969).

Weiterhin ist bekannt, daß Entwicklungsprogramme vor allem für Schulkinder entwickelt worden sind (Hirsh, 1952; Linden, 1959; Linden und Mocero, 1958; Williams, Di Cicco und Unterberger, 1968) Es stehen zum Beispiel gut ausgearbeitete Curricula über Gesundheitsprobleme (Alkohol, Drogen, Rauchen) von der Universität des Staates New York (1970), ein umfangreiches Manual über Alkohol und Alkoholsicherheit des US Department of Transportation (1972) und andere Lernsysteme (Sutherland Learning Associates, 1974) zur Verfügung, um nur ein paar zu nennen. Auch ein deutsches Curriculum für Alkohol, Rauchen, Selbstmedikation, Werbung und Gesundheit ist kürzlich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1975) in ansprechender Aufmachung herausgegeben worden. Alle diese Unternehmungen verlassen sich a priori auf die Gültigkeit ihrer Produkte. Es wird einfach angenommen, daß präventive Erziehung gut sei. Man entwickelt Manuale und läßt den Herrgott einen guten Mann sein. Die Effektivität solcher Lehrmethoden ist aber zu demonstrieren. Curricula werden für Zielgruppen verschiedenen Alters gebraucht, aber die Wirksamkeit ihrer Hauptkomponenten muß allein und in Zusammenhang mit anderen Erziehungsmaßnahmen hinsichtlich Effektivität der Informationsvermittlung, Änderung von Einstellun-

gen und Verhaltensweisen sowie langfristigen Erfolg untersucht werden. In der Regel sind Manuale zu sehr auf Information und Erziehung gedrillt, ohne die experimentell entwickelten langfristigen Lerngesetzmäßigkeiten zur Verhaltensänderung zu berücksichtigen (Brengelmann, 1974 b).

Wir haben eine Reihe von Sünden aufgeführt, die vermuten lassen, daß präventive Anstrengungen in der Zukunft vorzüglich bei Kindern und Jugendlichen angesetzt werden und auch angesetzt werden sollten. Man sollte dies aber nicht ohne Erinnerung daran geschehen lassen, daß die Wirksamkeit der besprochenen Prävention nicht bekannt ist und daß man sie nicht ohne begleitende Effektivitätskontrolle und Forschung betreiben sollte.

7. Sekundäre Prävention durch Früherkennung

Es wird häufig darauf hingewiesen, daß der Alkoholismus zu spät diagnostiziert und behandelt wird. Man sollte deshalb die praktischen Anstrengungen auf frühzeitige Diagnose und Behandlung richten. Als Diagnosemittel werden häufig willkürliche Kriterien wie "mehrmals im Jahr betrunken sein", "Autofahren im angetrunkenen Zustand" und "Körperverletzung infolge von Trunkenheit" angeführt. Die Verhütung soll dann mit bereits beschriebenen Mitteln wie Einstellungsänderung, Erziehung zum "verantwortlichen" Trinken und Auflage von Sanktionen wegen Trunkenheit geschehen (Chafetz, 1967; Habernoll, 1956). Früherkennung ist aber ein schwieriges Problem, weil sie letzten Endes von dem "korrekten" Kriterium für das, was gefährdetes Trinken oder ein gefährdeter Trinker darstellt, abhängt. Hierzu hat es verschiedene klinische und Fragebogenuntersuchungen gegeben (Elane, 1963; Hunter, 1969; Kilibarda, und Stojiljković, 1963; Maxwell, 1960), die natürlich zu unterschiedlichen Identifikationen des Problemtrinkens führten,

allein schon, weil die Erhebungspraktiken und -instrumente beträchtlich variierten. Abgesehen davon sind solche Angaben sehr von soziokulturellen und saisonbedingten Umständen abhängig (Krause, Ranshoff und Cohen, 1968).

Im deutschen Sprachraum sind zu diesem Thema Arbeiten erschienen, die auf diesem Weg weiterführen können. "Das Trinkverhalten der Deutschen" von Wieser (1973) liefert statistische Grundlageninformationen über Konsum und Trinker. Eine Münchener Projektgruppe hat zwei umfangreiche, kreuzvalidierte Untersuchungen über Trinkverhalten und Trinkprobleme durchgeführt (Fohl et al., 1974; Revenstorf et al., 1974), deren wichtigste Ergebnisse in einer kondensierten Arbeit neu formuliert wurden (Revenstorf, Brengelmann und Silva, 1975). Mit Hilfe von Fragebogen wurden breit gestreute Aspekte des problematischen Trinkens gegenüber drei Gruppen unterschiedlicher Abhängigkeit (Alkoholiker - Problemtrinker - Nichtproblemtrinker) validiert. Von der ersten zur zweiten Untersuchung wurden die Alkoholkonsumwerte (Häufigkeit und Quantität des Trinkens) durch Faktorenanalyse und genannte externe Validierung von 18 auf 6 Items reduziert. Die Trinkprobleme konnten von 78 Items, die sich in drei Faktoren zusammenfassen lassen, auf je 10 Items dieser Faktoren, also insgesamt 30 Items reduziert werden. Diese drei Faktoren betrafen "familiäre Kritik und Selbstkritik", "berufliche und finanzielle Probleme" sowie "gesundheitliche und soziale Probleme", und ihre Korrelationen mit dem Alkoholkonsum betrug 0.64, 0.52 und 0.27. Der Alkoholkonsum und weitaus besser noch der Faktor "familiäre Kritik und Selbstkritik" trennten in hervorragender Weise zwischen den drei Trinkgruppen, so daß nicht nur die Alkoholiker, sondern auch die Problemtrinker identifizierbar wurden.

Es ist durchaus möglich, ein sehr viel exakteres Bild vom Alkoholgefährdeten zu entwickeln, als es bisher der Fall war. Gesetzt den Fall, wir hätten ein optimales, wenn auch nicht

perfektes Schützmittel der Gefährdetheit ermittelt, das auch durch andere Experten Anerkennung finden würde, dann würde der Schwellenwert für die Erkennung des Alkoholkranken und -gefährdeten derart sinken können, daß mehr oder weniger alle Betroffenen rechtzeitig der Behandlung oder Prävention zugeführt werden könnten. Sicherlich ist dies ein optimistisches Bild, und die Lösung des diagnostischen Problems würde das zweite Hauptproblem, nämlich wie man den Alkoholgefährdeten zur Teilnahme an einer vorbeugenden Behandlung bewegt, noch nicht aus der Welt schaffen. Aber es gibt noch das Problem der individuellen Differenzen hinsichtlich der Entwicklung vom Gefährdeten zum Alkoholiker. Manche schweren Trinker, mit oder ohne sonstige Probleme, werden keine chronischen Alkoholiker, würden aber durch Früherkennung als solche abgestempelt. Sie würden also ohne Notwendigkeit behandelt, umsonst angeprangert und laufen Gefahr, durch Zusammenlegung mit echten Alkoholikern doch noch eine chronische Abhängigkeit zu entwickeln (Calahan und Cisin, 1968; Schuckit, 1974).

Die sekundäre Prävention wird ihre Probleme noch lösen müssen. Auch wenn die Früherkennung gelöst wird, wird die Wirksamkeit der sekundären Prävention noch erst belegt werden müssen. Allerdings gibt es kaum einen Experten, der nicht von der Notwendigkeit dieser Prävention überzeugt wäre, und alle klinischen Planungszeichen deuten in diese Richtung (WHO-Bericht, 1957).

3. Gedanken zur gesellschaftlichen Intervention

Es ist ein altes Dogma der medizinischen Hygiene, daß keine verbreitete Krankheit durch die Behandlung betroffener Individuen allein kontrolliert werden kann. Es ist ein leichtes, in der somatischen Medizin hervorstechende Beispiele hierfür zu finden, etwa die Kontrolle ansteckender Krank-

heiten. Der Weg vom Symptom zur Erkundung der Ursache, gefolgt von der Beseitigung der Ursache, hat sich mit fortschreitendem Forschungserfolg als praktikabel erwiesen. Die zunehmende Anerkennung der psychologischen Verursachung hat dieselbe Suche nach gesellschaftlichen Ursachen in die Wege geleitet, aber das somatische Ursachenmodell ist hier nicht anwendbar, weil die direkte Beziehung zwischen Ursache und Wirkung nicht gegeben ist. Tuberkulose wird stets durch einen Tuberkelbazillus verursacht. Alkoholismus kann durch ein besonderes Ereignis in Gang gebracht und durch tausende andere Ereignisse verfangen oder neu ausgelöst werden. Das ursprüngliche Agens spielt bei der psychologischen Verursachung nicht die wesentliche Rolle, sondern wird ersetzt durch die jeweilig aktuelle Konstellation von Verstärkungsbedingungen für das Trinken. Von daher ist es zu verstehen, daß zahllose Auslöser in der Umgebung für eine Kontrolle des Trinkverhaltens entsprechend komplexe Behandlungssysteme verlangen, um jeder individuellen Variation Rechnung zu tragen. Dies bedeutet im Endeffekt, daß man die Gesellschaft an zahlreichen Punkten der möglichen Alkoholgefährdung verändern müßte, um den Alkoholismus zu beseitigen. Das würde zwei nicht tolerierbare Bedingungen schaffen. Einmal müßte man - analog der Impfung gegen die Pocken - den Vorteil der geschützten Privatsphäre praktisch aufgeben und die persönliche Freiheit wegen der Interventionsnotwendigkeit an diesen zahlreichen Änderungspunkten erheblich beschneiden und zum anderen würde man letzten Endes feststellen, daß die Kontrolle eines Satzes von Auslöserbedingungen zu neuen Auslöserformen führt, die nicht vorhersehbar waren. Wir hätten die Freiheit des Verhaltens verloren, ohne den Alkoholismus zu besiegen. Man kann gewisse Auswüchse von Armut, sozialer Ungerechtigkeit, Behinderung und dergleichen gesellschaftlich beseitigen, aber es ist nicht möglich, jeden Menschen vor persönlichem Mißerfolg zu bewahren, vor Schwierigkeiten mit dem Partner oder vor guten Freunden, die einen zum Trinken überreden, und diese Dinge sind denkbarerweise von weittragenderer Bedeutung für den Alkoholismus als die vorher genannten.

In dieser Gegenüberstellung ist einmal die Frage enthalten, ob alle negativen Aspekte der Gesellschaft die Abhängigkeit begünstigen: sie tun es sicher nicht; und weiter, ob entfernte Dinge wie die soziale Ungerechtigkeit in einem Volke die Abhängigkeit stärker fördert als persönliches Mißgeschick: auch dies ist sicher nicht der Fall. Wenn die gesellschaftlichen Reizwerte für die Auslösung des Trinkens stark variieren, dann müßte man diese Valenzen zuerst feststellen, bevor man auf reine Vermutung hin eine gesellschaftliche Intervention beginnt. Dieses Untersuchungsgebiet ist zwar arg vernachlässigt, aber man wird finden, daß Trinkauslöser persönlich nahe liegen müssen, um wirksam zu sein. Sie sind unwirksam, wenn sie in der Lebensgeschichte weit zurückliegen, etwa in der Kindheit, und sie sind ebenfalls bei großer geographischer Distanz nicht wirksam. Es sind in der Tat ganz spezifische Verhaltensweisen, Situationen, emotionale Reaktionen oder Einstellungen, die überhaupt signifikant mit der Abhängigkeit vom Alkohol korrelieren (Pohl et al., 1974; Revenstorf et al., 1974). Die Verbesserung der Gesellschaft im allgemeinen wird aus ganz anderen Gründen stets unser Ziel bleiben, aber die Befreiung vom Alkoholismus über allgemeine gesellschaftliche Interventionen versuchen zu wollen, ist wahrscheinlich eine Utopie. Man wird besondere persönliche Verhaltensweisen und Erlebnisse des Alkoholgefährdeten und bestimmte Charakteristika seiner unmittelbaren und aktuellen persönlichen Umgebung beeinflussen müssen, die im Experiment als kritische Auslöser festgestellt wurden. Diese Dinge sind also konkret feststellbar und bringen damit die Chance sinnvoller Interventionsmaßnahmen zunächst einmal im Bereich der Untersuchbarkeit. Solange solche Untersuchungen nicht durchgeführt werden, wird die Spekulation weiter in alle Richtungen blühen.

9. Allgemeine Beobachtungen

Wir haben festgestellt, daß der Prävention des Alkoholismus eine wissenschaftlich fundierte Theorie fehlt und daß ihr Vorgehen deshalb auf der Grundlage des klinischen Eindrucks oder persönlichen Gutdünkens geschieht. Erfolge sind sicher aus diesem Grunde ausgeblieben, auch wenn es sich um eine schwierige Intervention im Gebiet des menschlichen Verhaltens handelt. Alkoholabhängigkeit ist ungeachtet aller sonstigen biologischen Voraussetzungen auch ein erlerntes Verhalten und gehorcht damit den Gesetzen der psychobiologischen und psychokulturellen Konditionierung des Lernens, die in der Verhaltenspsychologie experimentell erarbeitet wurden.

Albrecht (1975) argumentiert deshalb dafür, die Alkoholabhängigkeit als sozialen Lernprozeß anzusehen und die Methoden der Verhaltensanalyse und Verhaltenstherapie anzuwenden. Es gibt eine ganze Reihe von methodischen und formellen Gründen für die Benutzung der Verhaltenstherapien, wie ihre Objektivität, Transparenz, leichte Anwendbarkeit auf ambulanter Basis, Delegierbarkeit an Therapiehelfer, Anwendbarkeit auf individueller und Gruppenbasis, Wirtschaftlichkeit, Kombinierbarkeit und breite technologische wie theoretische Basis. Die experimentelle Methodik ist einfach notwendig, wenn man die therapeutische Wirksamkeit der einzelnen Komponenten der gewöhnlich sehr komplexen Beeinflussungsmaßnahmen kennenlernen will (Brengelmann, 1975). Dieselben Argumente treffen auf das Gebiet der Prävention zu. Wir haben gesehen, daß Information, Suggestion, Abschreckung und andere verbale Maßnahmen den Gebrauch oder Mißbrauch von Alkohol nicht wesentlich beeinflussen. Nachhaltige Effekte sind aber zu erwarten, wenn Methoden der Verhaltensänderung einen gebührenden Platz in der Prävention einnehmen. Dies ist bisher kaum geschehen.

Prävention bedeutet Verhaltensbeeinflussung im großen Umfang. Deshalb sind mehr oder weniger groß angelegte Kampagnen durchgeführt worden, wenn auch ohne Erfolg. Beeinflussung in

Großgruppen bleibt aber eine reale Möglichkeit, und zwar aus zwei besonderen Gründen. Einmal hat sich in den letzten fünf bis zehn Jahren eine intensive praktische Entwicklung im Gebiet des Erlernens der Selbstkontrolle ergeben (Kanter und Goldstein, 1975), und diese Methoden sind auch für die Kontrolle des Trinkens geeignet. Zweitens bestehen berechnete Aussichten darauf, die Massenmedien (zum Beispiel das Fernsehen) präventiv einzusetzen, vorausgesetzt daß man neben der notwendigen Information verhaltenstechnologische Methoden benutzt.

Alkoholismus ist zu häufig in Form eines eindimensionalen Modells angeboten worden, indem man undifferenziert von Abhängigkeit oder Sucht spricht. Dagegen verwahren sich Autoren, die von unterschiedlichen Kategorien sprechen, wie etwa im Sinne der bekannten Typen von Jellinek. Diese Typen sind jedoch auf der Grundlage klinischer Beobachtungen abstrahierte Typen, mit denen sich wissenschaftlich nur in einem sehr begrenzten Maße weiterarbeiten läßt. Die Messung des Trinkverhaltens mit Hilfe von Fragebögen hat auf Anhieb ein experimentell replizierbares, differenziertes Faktorensystem ergeben (Revenstorf, Brengelmann und Silva, 1975), wobei einige Faktoren hoch korrelieren, andere aber niedrig. Diese Unabhängigkeit zwischen den Trinkfaktoren zwingt zu einer differenzierten Betrachtung. Es macht nur noch wenig Sinn zu sagen, man habe eine Prävention des Alkoholismus vorgenommen. Stattdessen wird man in der Zukunft angeben müssen, welche Faktoren des Alkoholismus man damit gemeint habe.

Die Determinanten des Alkoholismus, d.h. die äußeren und inneren Bedingungen, unter denen bestimmte Personen in individuell unterschiedlicher Weise mit dem Trinken assoziiert sind, sind in sehr differenzierter Weise untersucht worden (Pohl et al. 1974; Revenstorf et al., 1974). Zahlreiche Lebensumstände, die früher als alkoholismusträchtig angesehen wurden, scheinen dies nicht zu sein. Auf der anderen Seite gibt es eine beträchtliche Anzahl von Faktoren heterogener Art, die beständig und signifikant mit der Abhängigkeit vom

Alkohol korrelieren. Dies spricht dafür, daß man abhängige Individuen differentiell beeinflussen sollte, um optimale therapeutische wie präventive Resultate zu erzielen (Revenstorf, Silva und Brengelmann, 1975).

Die Ausdrücke "verantwortliches", "sozial akzeptiertes" oder "mäßiges" Trinken werden häufig bei der Zielsetzung von Präventionsprogrammen genannt (nicht oder sehr selten im Zusammenhang mit der Therapie chronischer Alkoholiker). Verhaltenstherapeuten haben Programme für mäßiges Trinken entwickelt, die man bewuster für Zwecke der Prävention einsetzen sollte (Mills, Sebell und Schaefer, 1971; Vogler, Compton und Weisbach, 1975).

Die Prävention des Alkoholismus hat literarische Produkte geliefert, die eingangs mit dem Sumpf Okefenokee verglichen wurden. In diesem Gebiet sind die üblichen wissenschaftlichen Maßstäbe der Messung und Bewertung fröhlich ignoriert worden. Chambers (1974) stellt hierzu fest, daß er sich bei der Bewertung der Programme manchmal amüsiert fühlte, erstaunt oder auch erschrocken war über die allgemeine Sorglosigkeit und den Mangel an Verständnis auf Seiten der kritikempfindlichen Programmplaner. Diese Sorglosigkeit ist derart groß, daß ein sehr hoher Bestandteil der publizierten Arbeiten von vornherein keinen höheren Standard als belletristische Literatur beanspruchen kann. Die Arbeiten von Chambers sowie Schuckit und Cahalan (1974) beschreiben die wichtigsten methodischen und statistischen Fehler, die bei Programmen der Bekämpfung von Abhängigkeiten gemacht wurden. Maßnahmen, die nicht sachgerecht bewertet wurden, bedeuten herausgeworfenes Geld.

Literatur

- ALBRECHT, G.L. 1973. The alcoholism process: a social learning viewpoint. In: Bourne, P.G. und Fox, Ruth (Hrsg.) Alcoholism. New York: Academic Press
- ANDERSON, C.L. 1969. Control del alcoholismo. Arch. Biol. Med. exp., Chile, Suppl. No. 3, 301-304
- BALLONI, A. und CASTELLANI, A. 1966. Vorbeugung des Alkoholismus und der Kriminalität bei den Alkoholikern. Notwendigkeit einer Neu-Organisation der psychiatrischen Assistenz. Psichiatria, 4, 73-88
- BEATTIE, F.H. 1969. Youthful problem drinking - and an attempt at alcohol education. J. Alc. Educ. 14, 9-15
- BELLAK, L. 1964. Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health. New York: Grune & Stratton
- BLACKER, E. 1968. Training predoctoral social and behavioral science students in alcoholism research. Am. J. Psychiat., 124, 1686-1691
- BLANE, H.T. 1968. Trends in the prevention of alcoholism. Psychiatric Research Reports, No. 24, 1-9
- BRAUCHT, G.N., FOLLINGSTAD, D., BRAKARSH, D., and BERRY, K.L. 1973. Drug education: A review of goals, approaches and effectiveness, and a paradigm for evaluation. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1279-1292
- BRENGELMANN, J.C. 1974a. Expertise über die bisherige Wirksamkeit der Raucheraufklärung und -erziehung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- BRENGELMANN, J.C. 1974b. Vorschlag zur Entwicklung eines Aufklärungs- und Erziehungsprogrammes (für das Rauchen). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- BRENGELMANN, J.C. 1975. Alkoholismus und seine Therapie vom Standpunkt der Verhaltenstherapie. Caritas, 196-200
- BROTMANN, R. 1970. Alkoholeroziehung in der Schule. Int. J. Psychiat., 9, 349-354
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1975. Curriculum Alkohol, Rauchen, Selbstmedikation, Werbung und Gesundheit. Stuttgart: Klett
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1975. Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmissbrauchs. Köln

- CAHALAN, D. und CISIN, I.H. 1968. American drinking practices: Summary of findings from a national probability sample. I. Extent of drinking by population subgroups. Quart. J. Studies on Alcohol, 29, 130-152
- CAHALAN, D., CISIN, I.H. und CROSSLEY, H.M. 1969. American Drinking Practices: A National Survey of Drinking Behavior and Attitudes. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies
- CERVANTES G., E. 1971. El alcoholismo, el aspecto social y el desarrollo de la comunidad. Revista Mexicana de Psicología 5, 207-214
- CHAFETZ, M.E. 1967. Alcoholism prevention and reality. Quart. J. Studies on Alcohol. 28, 345-348
- CHAFETZ, M.E. 1970. Der Kampf gegen den Alkoholismus. Int. J. Psychiat. 9, 329-348
- CHAFETZ, M.E. 1974. Prevention of alcoholism in the United States utilizing cultural and educational forces. Prev. Med. 3, 5-10
- 1971
- CHAFETZ, M.E., BLANE, H.T. und HILL, M.J./Children of alcoholics. Observations in a child guidance clinic. Quart. J. Stud. Alc. 32, 687-698
- CHALKE, R.C.R., DAY, J.J. (Hrsg.) 1968. Primary Prevention of Psychiatric Disorders. Univ. Toronto Press
- CHAMBERS, C.D. 1974. Evaluating the success of addiction programs. In: Bourne, P.G. Addiction. New York: Academic Press
- CAPLAN, G. und GRUNEBaum, H. 1967. Perspectives on primary prevention: a review. Arch. Gen. Psychiat. 17, 331-346
- CUMMING, E. 1968. Unsolved problems of prevention. Can. Ment. Health Suppl. 56
- DANS; A.H. und Morton, G.W. 1965. Preliminary findings and implications of a test designed to measure consultative effectiveness in the field of industrial alcoholism education. Fla. State U. Res. Rep. Soc. Sci. 8, 43-48
- DAVIS, J.A. 1963. Education for positive mental health. Univ. Chicago Press: Rep. 88 Nat. Opin. Res. Center
- DE LINT, J. 1974. The prevention of alcoholism. Prev.Med. 3, 24-35
- DE LINT, J. und SCHMIDT, W. 1971. Alcohol use and alcoholism. Toronto: Addiction Research Foundation
- EATON, M.T. 1971. Alcohol, drugs and personnel practices. Personnel Journal 50, 754-758
- EDWARDS, G. 1971. Public Health Implications of Liquor Control. The Lancet, 424-425

EINSTEIN, S. und WOLFSON, E. 1970. Alcoholism curricula: how professionals are trained. Int. J. Addict. 5, 295-312

FARIS, D. 1974. The prevention of alcoholism and economic alcoholism. Prev. Med. 3, 36-48

FEUERLEIN, W. 1975. Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme

FRANCO, S.C. 1954. Problem drinking and industry: policies and procedures. Quart. J. Stud. Alcohol 15, 453-468

FRANCO, S.C. 1955. Problem drinking and industry. Amer. Mgmt. Ass., Person. Ser. Nr. 163, 15-26

FRASER, F. 1967. Drinking and mass education. Canada's Mental Health 15, 30-32

GLIDEWELL, J.C. 1971. Issues in community psychology and preventive mental health. New York: Behavioral Publ.

GODARD, J. 1956. Verhütung des Alkoholismus im Industriebetrieb. Paris: Edit. de l'Entreprise moderne

GOLANN, S.E. und EISDORFER, C. 1972. Handbook of Community Mental Health. New York: Appleton-Century-Crofts

GOSLIN, D. 1969. Handbook of Socialization Theory and Research. New York: Rand McNally

HABERNOLL, A. 1956. Das Problem des Alkoholismus. Berichte des Unterausschusses für Alkohol der Weltgesundheitsorganisation. Stuttgart: Thieme

HENDERSON, R.M. und BACON, S.D. 1953. Problem drinking: the Yale plan for business and industry. Quart. J. Stud. Alcohol, 14, 247-262
1952

HIRSCH, J./Alcohol education: a guide book for teachers. New York: Henry Schuman

HUNTER, G.T. 1969. Identifying the potential problem drinker in a college mental health clinic. J. Amer. Coll. Hlth Ass. 17, 426-436

JASINSKY, M. 1974. Alkoholkonsum Hamburger Schüler. Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg Nr. 417

JESSOR, R., GRAVES, T.D., HANSON, R.C. und JESSOR, S.L. 1968. Society, Personality and Deviant Behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston

JESSOR, R. und JESSOR, S.L. 1975. Adolescent development and the onset of drinking: a longitudinal study. J. Stud. Alcohol 36, 27 - 51

JESSOR, R., YOUNG, H.B., YOUNG, E.B. und TESI, G. 1970.
Perceived opportunity, alienation, and drinking behavior
among Italian and American youth. J. Personality Soc. Psychol 15,
215

JOINT COMMISSION ON THE MENTAL HEALTH OF CHILDREN 1970.
Crisis in child mental health: Challenge for the seventies.
Hagertown: Harper & Row

JOINT COMMISSION ON MENTAL ILLNESS AND HEALTH 1961.
Action for mental health. New York: Basic Books

KALB, M. 1973. The myth of alcohol prevention.
Unpublished paper

1975
KANFER, F.H. und GOLDSTEIN, A.P./Helping People Change.
New York: Pergamon

KELLER, M. 1974. Alcohol and Health. Rockville, Md.: Dept. of
Health, Education and Welfare

KESSLER, M. und ALBEE, G.W. 1975. Primary Prevention.
Annual Review of Psychology, 557-591

KILIBARDA, M. und STOJILJKOVIC, S. 1968. The importance of
psychiatric screening in the prevention of alcoholism.
Alkoholizam, Beograd 8, 72-79

KRAUSE, M.S., RANSOHOFF, D.J. und COHEN, P. 1968. Promoting
possible alcoholism referrals. Community Mental Health Journal 4,
13-16

KRYSPIN-EXNER, K. 1969. Theorie und Praxis der Therapie der
Alkoholabhängigkeit. Wien: Hollinek

LEMKAU, P.V. 1955. Mental hygiene in public health. New York:
McGraw

LEVINE, M., LEVINE, A. 1970. A social history of the helping
services. New York: Appleton-Century Crofts

LEVINSON, H. 1957. Alcoholism in industry. Menninger Quart. 11, 20 -

LEVINSON, H. 1955. Consultation clinic for alcoholism.
Menninger Quart. 9, 14-20

LEVY, C.S. 1963. Introducing social work students to alcoholism.
Quart. J. Stud. Alcoh. 24, 697-704

LINDEN, A.V. 1957. What is being done about alcohol education?
The J. of School Health 27, 291-302

LINDEN, A.V. 1959. Some random thoughts on alcohol education.
The J. of School Health 21

LINDEN, A.V. und MACERO, F.D. 1958. An analysis of available
syllabi in the public schools of the United States. The J. of
School Health 28,

- MAGRUDER, K. 1975. The association of alcoholism mortality with legal availability of alcoholic beverages. Vortrag Intern. Conference on Alcohol and Drug Addiction, Bahrain
- MAKELA, K.¹⁹⁷¹ Measuring the consumption of alcohol in the 1968-1969 alcohol consumption study. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies
- MARCONI, J. 1966. An evaluation of the national program to prevent and treat alcoholism in Chile 29, 373-391
- MARKOVIC, B. 1954. Principles of health education underlying education on alcoholism 15, 631-642
- MAXWELL, M.A. 1960. Early identification of problem drinkers in industry 21, 655-678
- MCCARTHY, R.G. 1954. Changing emphasis in instructing about alcohol. The Science Counselor
- MCCARTHY, R.G. 1957. Recent trends in alcohol education. Ass. for the Advance of Instruct. about Alcohol and Narcotics 3
- MCCARTHY; R.G. 1959. Let's be objective when we teach about alcohol. Inventory 9, Heft 1
- MIDON, A. 1970. Remarks on antialcohol activity in industry. Rev. Alcsme 16, 42-44
- MILLER, S., HELMICK, E., BERG, L. und NUTTING, P. 1974. Alcoholism: a statewide program evaluation. Amer. J. Psychiat. 31, 210-214
- MILLS, K.C., SOBELL, M.B. und SCHAEFER, H.H. 1971. Behavior Therapy 2, 18-27
- MULLIN, L.S. 1968. Alcohol education: the school's responsibility. J. of School Health 38, 518-522
- MUÑOZ, L.G. und PARADA-H., A. 1969. Enseñanza sobre alcohol en las escuelas. Arch. Biol. Med. exp., Chile, Suppl. 3, 312-319
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIAAA) 1972. Alcohol and Alcoholism. Rockville, Maryland
- NEW YORK STATE MORELAND COMMISSION ON THE ALCOHOLIC BEVERAGE CONTROL LAW 1963. The relationship of the alcoholic beverage control law and the problems of alcohol. Study Paper No. 1. New York: the commission
- OJEMANN, R.H. 1958. Basic approaches to mental health: The human relations program at the State University of Iowa. Personnel guid. J. 37, 199-206
- OPLER, M.K.¹⁹⁵⁹ The contribution of social psychiatry to preventive psychiatry. Dis.nerv.Syst. 20, Suppl. zu Nr. 5, 22-29

PAGE, R.C., THORPE, J.J. und CALDWELL, D.W. 1952. The problem of the drinker in industry. Quart. J. Stud. Alcohol 13, 370-396

PANEV, A., APOSTOLOV, M. und BALABANOV, P. 1966. Psychoprophylaxis of alcoholism as an activity of the industrial physician. Nevrol. Psihiat. Neurochir., Sofia 5, 258-264

PETERS, G.A. 1957. Preventive counseling for incipient alcoholism. J. counsel. Psychol. 4, 44-49

PLAUT, T.F.A. 1967. Alcohol problems. New York: Oxford University Press

PLAUT, T.F.A. 1969. A national overview of alcohol problems: their control and prevention. Inventory, N.C. 18, 25-31

PLOG, C.S., EDGERTON, W.B. (Hrsg.) 1969. Changing perspectives in mental illness. New York: Holt, Rinehart & Winston

POHL, H., REVENSTORF, D., KOHN, M., SILVA, C., SILVA, F., FEIL, W., WAGNER, A. Projekt "Trinkverhalten und Trinkprobleme" (Betreuer: J. C. BRENGELMANN). Ergebnisbericht I: Eine Querschnittuntersuchung an Alkoholikern und Normalpersonen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1974

RAIMY, V. 1950. Training in clinical psychology. New York: Prentice Hall

RANKIN, J.G., MOON, J. und LUBY, B.F.¹⁹⁶⁹ Alcohol and education; some questions discussed. Educ. Mag., Aug. Nr. 6506, 1-2

REVENSTORF, D., BRENGELMANN, J.C. und SILVA, F.¹⁹⁷⁵ Die Determinanten der Abhängigkeit: Alkoholismus. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie (Manuskript)

REVENSTORF, D., SILVA, F., SILVA, C., KOHN, M., POHL, H., WAGNER, G., FEIL, W. 1974. Projekt "Trinkverhalten und Trinkprobleme" (Betreuer: J. C. Brengelmann). Ergebnisbericht II: Kreuzvalidierung einer Querschnittsuntersuchung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ROBERTS, C.A. 1968. Primary prevention of psychiatric disorders: Clarence Hincks Mem. Lect. 1967. Univ. Toronto Press

ROMAN, P.M.¹⁹⁷⁴ Executives and problem drinking. In: Proceedings of the 3rd Annual Alcoholism Conference of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. US Government, Department of Health, Education and Welfare

ROOM, R. 1974. Governing images and the prevention of alcohol problems. Preventive Medicine 3, 11-23

ROSENBLUM, G. (Hrsg.) 1971. Issues in community psychology and preventive mental health. New York: Behavioral Publ.

SCHUCKIT, M.A. 1974. Alcoholism treatment as a means of prevention. San Diego, CA: Naval Health Res. Ctr. Report 75-5

SCHUCKIT, M.A. und CAHALAN, D. 1974. Evaluation of alcohol treatment programs. San Diego, CA: Navy Medical Neuropsychiatric Res. Unit Report 74-53

SILLS, J.F. 1964. Alcohol education: Assessment of selected characteristics of negro secondary school students as a basis for development of an alcohol education program. Univ. North Carolina, Chapel Hill: Dissertation

SMITH, J.A. 1971. Alcohol and society. J. Amer. med. Ass. 217, 827

STRAUS, R. und BACON, S.D.¹⁹⁵³ Drinking in college. New Haven: Yale University Press

SUTHERLAND LEARNING ASSOCIATES.¹⁹⁷⁴ Alcohol abuse and alcoholism prevention model learning systems. Los Angeles, 8425 West Third Street

THE ALCOHOLISM PROGRAM OF WEST VIRGINIA. Charleston, West Virginia, Dept. of Mental Health, o.J.

THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK 1970. Health curriculum materials for grades 4 to 12. Albany: Bureau of secondary curriculum development

US DEPARTMENT OF TRANSPORTATION 1972. Alcohol and alcohol safety. Washington, D.C. : National Highway Safety Administration

US GOVERNMENT PRINTING OFFICE 1972. Thinking about drinking. Washington, D.C., stock no. 1724-0187

VOGLER, R.E., COMPTON, J.V. und WEISSBACH, T.A. 1975. J. Cons. and Clin. Psychol. 43, 233-243

WAGENFELD, M.O. 1972. The primary prevention of mental illness. J. Health Soc. Behav. 13, 195-203

WEAVER, S.C. und TENNANT, F.S. 1973. Effectiveness of drug education programs for secondary school students. Am. J. Psychiat 130, 812-814

WEIR, W.R. 1969. Alcohol and alcoholism education: attitude development and change. J. Alc. Educ. 15, 1-8

WHITEHEAD, P.C. 1972. The prevention of alcoholism: an analysis of two approaches. Vortrag Medical Sociology Session der Canadian Sociology and Anthropology Association

WHO Technischer Bericht Nr. 363 1967. Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs. Genf: World Health Organization

WHO Technischer Bericht Nr. 460 1970. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Genf: World Health Organization

WILLIAMS, A.F., DiCICCO, L.M. und UNTERBERGER, H. 1968. Quart. J. Studies Alcohol 29, 685-702

WILKINS, R.H. 1971. The recognition of the abnormal drinker in general practice. J. Alcsm, Lond. 6, 44-49

WILKINSON, R. 1970. The prevention of drinking problems: alcohol control und cultural influences. New York, N.Y.: Oxford U. Press

ZAX, M. und COWEN, E.L. 1972. Abnormal psychology: Changing concepts. New York: Holt, Rinehart & Winston