

# Alkoholismus

## 1 Definition von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit

Alkoholismus ist ein Begriff, der die Phänomene Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit umfasst. Der Abhängigkeit geht der längerwährende Missbrauch voraus. Unter Missbrauch wird ein vom kulturell üblichen Gebrauch abweichendes Trinkverhalten verstanden, wobei diese Abweichung qualitativ – die Einnahme alkoholischer Getränke bekommt einen besonderen Stellenwert – als auch quantitativ zu verstehen ist. Gegenüber dem traditionellen Begriff des chronischen Alkoholismus verwendet die heutige psychiatrische Klassifikation den Begriff der Alkoholabhängigkeit. Zwischen ICD-10 und DSM-IV gibt es keine nennenswerte Unterschiede, in beiden werden die Phänomene des Zwanges Alkohol zu konsumieren, des Kontrollverlustes, der Entzugssymptome, der Toleranzentwicklung, des erhöhten Zeitaufwandes zur Beschaffung des Alkohols und des anhaltenden Konsums trotz nachweislicher Schädigungen umfasst und sind in den Kriterien der Substanzabhängigkeit mitinbegriffen. In folgender Tabelle sollen die Kriterien für Substanzabhängigkeit des DSM-IV (Saß 1998, S 227) beschrieben werden.

Kriterien für (F1x.2) Substanzabhängigkeit
--

*Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindesten drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:*

- (1) *Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:*
  - (a) *Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,*
  - (b) *deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.*
- (2) *Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:*
  - (a) *charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz,*
  - (b) *dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.*
- (3) *Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.*
- (4) *Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.*
- (5) *Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder Sich von ihren Wirkungen zu erholen.*
- (6) *Wichtig soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.*
- (7) *Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokainmissbrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz Des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).*

Weiters unterscheidet DSM-IV zwischen körperlicher und ohne körperlicher Abhängigkeit bei vorliegen bzw. fehlendem Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen.

Unter Alkoholmissbrauch oder schädlicher Gebrauch in der Terminologie des ICD-10 wird verstanden, wenn es aufgrund des Alkoholgenusses zu Folgeschäden auf körperlichem

und/oder psychischem Gebiet kommt: z.B. Führerscheinverlust aufgrund von Trunkenheit am Steuer, Arbeitsunfälle durch Einwirkung von Alkohol, Streitigkeiten mit dem Ehepartner u.a.

Obwohl die Kriterien eines Alkoholmissbrauches in den beiden Klassifikationssystemen klar definiert sind, erweist es sich in der Praxis als schwierig eine klare Grenze zwischen normalen Trinkgewohnheiten und Missbrauch, als auch zwischen Missbrauch und Abhängigkeit zu ziehen. Die folgende Tabelle beschreibt die Kriterien für Substanzmissbrauch laut DSM-IV (Saß 1998, S 229):

Kriterien für (F1x.1)Substanzmissbrauch
---

*A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monatszeitraums manifestiert.*

- (1) Wiederholter Substanzmissbrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).*
- (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).*
- (3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).*
- (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden. (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).*

*B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.*

---

## **2 Das Krankheitskonzept des Alkoholismus**

Erstmals formuliert wurde die Vorstellung, dass es sich bei Alkoholismus um eine Krankheit handelt Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts und der damals vorherrschenden moralisierenden Sichtweise gegenübergestellt. Später erfolgte die Bezeichnung durch Magnus Huss als "chronischer Alkoholismus", womit das moderne Paradigma der Trunksucht geschaffen wurde (Spode 1986). Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts kam es zur Einrichtung spezieller Trinkasyle, medizinischer Gesellschaften und Fachzeitschriften. Das Krankheitskonzept wurde erst von Jellinek 1960 nach dem Zweiten Weltkrieg wieder aufgegriffen. Aufgrund dieses Konzeptes kam es zu einer sozialpolitischen Umsetzung des medizinischen Modells und der Entwicklung bzw. des Ausbaus verschiedener therapeutischer Einrichtungen.

Dieses Krankheitskonzept wurde jedoch auch immer wieder kritisiert. So unterschied Szasz (1979) den als schlechte Angewohnheit bezeichneten Alkoholismus strikt von seinen

Folgeerkrankungen. Verhaltenstherapeuten wiederum wandten ein, dass der Alkoholismus ein erlerntes Fehlverhalten sei, welches auch wieder verlernt werden könne. Zusätzlich bestünde die Gefahr, dass durch die Übernahme des Krankheitskonzeptes der Abhängige seine Eigenverantwortung verleugne, auf welche jedoch das verhaltenstherapeutische Modell aufbaue (Petry 1996). Als Paradoxon bezeichnet Petry den Umstand, dass ein völliger Kontrollverlust als Ursache einer Alkoholerkrankung angesehen wird, in der Behandlung jedoch strikt selbstkontrollierende Abstinenz gefordert wird.

Nach Feuerlein (1997, 1998) gibt es gute Gründe an dem Krankheitskonzept festzuhalten:

1. Die Kritik orientiert sich meist an einem rein naturwissenschaftlichen Modell, zu fordern wäre jedoch ein biopsychosoziales Krankheitsmodell, dass mehrere Aspekte vereint.
2. Die Krankheitsrolle bringt zwar Entlastung von der Verantwortung, beinhaltet aber die Forderung Hilfe zu suchen und anzunehmen.
3. Das Krankheitsmodell ist wertneutral und hilft die Tabuisierung des Alkoholismus aufzuheben.

### **3 Epidemiologie**

Bei der Erfassung der Daten über das Trinkverhalten der Bevölkerung gibt es verschiedene Verfahren und daher auch verschiedene Ergebnisse. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich aus der Definition von Alkoholabhängigkeit und –missbrauch, aus der Diagnosestellung und der Tabuisierung des Alkoholismus. Als gängigstes Verfahren wäre die Berechnung des Jahres-Pro-Kopf-Verbrauchs alkoholischer Getränke zu nennen. Bei einem internationalen Ländervergleich ergibt sich, dass Deutschland und Österreich, neben Frankreich, Spanien, Dänemark und der Schweiz den höchsten Alkoholverbrauch haben. Die Verkaufszahlen lassen jedoch keine Rückschlüsse auf das Trinkverhalten und den Alkoholgebrauch innerhalb der Bevölkerung zu. Deshalb werden Befragungen, meist an repräsentativen Stichproben über das Trinkverhalten durchgeführt. In einer Untersuchung aus der Schweiz, die sich auch auf Österreich und Deutschland übertragen lässt, war zu erkennen, dass 20 % gar keinen oder fast keinen Alkohol tranken und 7 % pathologische Konsumenten (Alkoholabhängige) waren. Der Rest wurde als schwache bis starke Konsumenten bezeichnet (Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme: Zahlen und Fakten zu Alkohol- und Drogenproblemen 1985/86 zitiert in Feuerlein 1997).

#### **3.1 Prävalenz**

Bei 4 % der erwachsenen Bevölkerung der BRD wird Alkoholabhängigkeit geschätzt. Als gefährdet werden 14 % der Männer und 5 % der Frauen eingestuft (Kryspin-Exner 1990). Die Häufigkeit des Alkoholmissbrauchs ist von Alter und Geschlecht abhängig. Dabei hat sich die Relation des Geschlechterverhältnisses in den letzten Jahrzehnten von 20:1 auf 2:1 verschoben. Ebenso ist eine Zunahme des Alkoholkonsums unter Jugendlichen zu verzeichnen. Steigender Frauen- und Jugendalkoholismus sind ein Problem auf das das Gesundheitssystem erst noch reagieren muss, sind von Studien über Alkoholismus bis in die jüngste Zeit im Wesentlichen nur erwachsene Männer betroffen.

Eine neuere Untersuchung, die die Situation in Österreich erfassen soll, wurde von Rathner und Dunkel (1998) gemacht. Dabei werden 2,2 % der erwachsenen Bevölkerung als

Alkoholabhängige eingestuft und 16 - 24 % der Österreicher als alkoholgefährdet. Nach Rathner und Dunkel liegt das Geschlechterverhältnis von männlichen und weiblichen Problemtrinkern bei 3 : 1, bei Alkoholismus erhöht sich die Rate auf 4 : 1, wobei sich dieser über alle Altersstufen in etwa gleich verteilt, ein Maximum bei den 45- bis 59-jährigen liegt.

## **4 Formen und Verlauf des Alkoholismus**

### **4.1 Typologie**

Bei den Personen mit Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit ist bereits früh erkannt worden, dass es sich um eine durchwegs heterogene Gruppe handelt. Eine der ersten Typologien stammt von Jellinek (1960) und ist heute noch immer sehr populär. Er unterscheidet fünf Typen von Alkoholikern nach ihren Trinkmustern.

- a) Alpha-Alkoholismus: Der Alphetyp ist charakterisiert durch einen auffällig undisziplinierten Trinkstil, seine Abhängigkeit ist ausschließlich psychologischer Natur, - aus diesem Grund wird er als Konflikttrinker bezeichnet.
- b) Beta-Alkoholismus : Bei diesem Typus spielen soziale Einflüsse die bedeutsamste Rolle (Gelegenheitstrinker).
- c) Gamma-Alkoholismus: Hiermit wird der Typ des eigentlich Süchtigen Trinkers bezeichnet. Kontrollverlust ist bereits recht frühzeitig ausgeprägt. In erster Linie kommt es zu einer psychischen Abhängigkeit, der die physische nachfolgt.
- d) Delta-Alkoholismus: Diese Form ist gekennzeichnet durch regelmäßige Aufnahme von großen Alkoholmengen, die über den Tag verteilt konsumiert werden. Soziale Faktoren spielen eine große Rolle, während psychologische Faktoren zurücktreten. Die Fähigkeit zur Abstinenz ist verloren gegangen, während ein Kontrollverlust nicht besteht. Dieser Trinkstil kommt vor allem bei Personen deren Beruf mit Alkohol verbunden ist und in Alkoholtoleranten Kulturen vor (Gewohnheitstrinker).
- e) Epsilon-Alkoholismus: Dieser Typ zeichnet sich durch episodisches Trinken aus, stellt aber eine sehr seltene Form des Alkoholismus dar (Episodische Trinker).

Nach Jellinek sind dabei nur Gamma- und Delta-Alkoholismus wegen des charakteristischen Kontrollverlusts als Krankheit aufzufassen. Der Alpha-Alkoholismus entwickelt sich in manchen Fällen zu Gamma-Alkoholismus, der Beta-Alkoholismus zum Delta-Alkoholismus (Feuerlein 1984).

Einen kritischen Vergleich der verschiedenen neueren und multidimensionalen Typologien streben Preuß, Schröter und Soyka (1997) an.

Am bekanntesten und empirisch am besten abgesichert sind die Typologien nach Cloninger (1987), Lesch (1990) und Barbor (1992).

Die Typisierung Cloningers geht von der Annahme aus, dass ein Teil der Alkoholabhängigen eine genetische Disposition aufweist. Sie unterscheidet zwei Gruppen:

Typologie nach Cloninger (1987)

Typ 1	Typ 2
Eher von Umweltfaktoren abhängig	Eher von hereditärem (Vererbung von Vater auf den Sohn) Faktoren abhängig
Später Beginn (nach dem 25. Lj.)	Früher Beginn (vor dem 25. Lebensjahr)
Bei beiden Geschlechtern vorkommend	Auf das männliche Geschlecht begrenzt
Eher milder Verlauf des Alkoholabusus	Eher schwerer Verlauf des Alkoholabusus
Niedriges "sensation seeking"	Hohes "sensation seeking"
Keine dissozialen Tendenzen	Antisoziale Auffälligkeiten bereits in Kindheit/Jugend
Geringe soziale Probleme	Häufiger Missbrauch auch anderer Rauschdrogen

Dem Typ 1 entsprechen der größere Teil der Alkoholabhängigen, Typ 2 hingegen gehört eine relativ kleine Gruppe der Alkoholiker an.

In der Typologie von Lesch (1990) sollen Kriterien des Verlaufs mit der Vorgeschichte in Beziehung gesetzt werden. Weiters versuchte Lesch seine Typisierung mit biologischen Variablen zu verknüpfen.

Typologie nach Lesch (1990)

Typ 1	Typ2	Typ3	Typ4
Günstiger Verlauf	Relativ guter Verlauf	Wechselnder Verlauf	Ungünstiger Verlauf
Auftreten von Delirien, aber keine psychosozialen Probleme	Psychosoziale Problem Gestörte Familienbeziehung	Alkohol-permissives Milieu, soziale Probleme Inhomogene Gruppe	Familienprobleme
Erhöhte Vulnerabilität Für Alkohol	Ontogenetische Faktoren im Vordergrund	Entwicklungsstörungen Erhöhte Vulnerabilität	Frühkindliche Schädigungen

Babor et al. (1992) gelang es mittels Clustermethode zwei grundlegend unterschiedliche Typen von Alkoholkranken zu unterscheiden.

Typologie nach Babor (1992 )

Typ A	Typ B
Später Beginn (30-34 Jahre)	Früher Beginn (vor 21. Lebensjahr)
Wenig Risikofaktoren in der Kindheit	Ver mehrt Risikofaktoren in der Familie und Kindheit
Geringer Grad der Abhängigkeit	Starke Ausprägung der Abhängigkeit Missbrauch auch von anderen Substanzen
Wenig körperliche und soziale Konsequenzen des Alkoholkonsums	Eher körperliche und soziale Konsequenzen des Alkoholkonsums nach kürzerer Zeit
Geringe psychiatrische Komorbidität	Hohe psychiatrische Komorbidität
Geringe Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld	Hohe Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld
Gute therapeutische Diagnose	Schlechte therapeutische Diagnose

Für Frauen gelten ähnliche Kriterien, jedoch unterscheiden sich Typ-A-Frauen von Typ-B-Frauen hinsichtlich der Einnahme von Beruhigungsmitteln, dem Trinken als Selbstmedikation und dem Auftreten von depressiven oder ängstlichen Symptomen. Männer des Typ B weisen mehr Aggressivität in der Kindheit und eine höhere Zahl an Behandlungsversuchen auf. Hinsichtlich der körperlichen Schädigung durch Alkohol ergaben sich keine Unterschiede.

Unterschiede zwischen der Cloninger- und Babortypologie zeigen sich bei Cloningers Typ I mit Kontrollverlust, Angststörung und depressiven Zustandsbilder, die bei Babors Typ A nicht vorhanden sind. In Cloningers Typ II treten Frauen kaum auf, während dies beim Typ B durchaus der Fall ist, währenddessen kein Nachweis einer Vererbung von Vater auf Sohn zu finden ist. Eine genetische Komponente bei Typ B liegt jedoch nahe. Im Unterschied daran orientiert sich Lesch´ Fragestellung an der Verknüpfung verschiedener Verlaufsformen mit biologischen Variablen.

Nach Preuß et al. können Typologien jedoch nur begrenzt menschliches Verhalten erklären und sind für Prognosen unzureichend. Die Funktion dieser Typologien liegt in der Bildung von Subgruppen zur besseren Differenzierung in Forschung und Aufdeckung neuer Therapieansätze.

#### **4.4.2 Verlaufphasen**

Alkoholismus entwickelt sich gewöhnlich über einen längeren Zeitraum. Zwischen Normaltrinken und Abhängigkeit gibt es einen fließenden Übergang, der von den Betroffenen selbst meist nicht bemerkt wird. Nach Jellinek, der die immer noch bekannteste Einteilung des Verlaufs der Alkoholabhängigkeit strukturierte, wird dieser in drei Phasen eingeteilt: die Prodromalphase, die kritische und die chronische Phase. Die Prodromalphase ist gekennzeichnet durch heimliches Trinken, das Auftreten von Gedächtnislücken (blackouts), durch ständiges Kreisen der Gedanken um Alkohol, durch Schuldgefühle und durch typische Verhaltensweisen zur Sicherung des Alkoholnachschiebs. Nach längerem fortgesetzten Trinken über Jahre entwickelt sich die kritische Phase, deren Übergang sich durch Kontrollverlust, Veränderung des Trinkstils (morgendliches Trinken) und Vernachlässigung einer angemessenen Ernährung charakterisiert. Es kommt häufig zu negativen Auswirkungen im sozialen Bereich. In der chronischen Phase treten dann die typisch organischen Schädigungen ein und ist in der Folge durch eine Senkung der Toleranz gekennzeichnet.

#### **4.4.3 Umweltfaktoren und Lebensentwicklung**

Eine große Rolle für die Entstehung von Alkoholismus spielen die kulturellen Einstellungen dem Alkoholkonsum gegenüber und die kulturell geprägten Trinksitten. In Kulturen, in denen das Trinken überwiegend im familiären Rahmen stattfinden, kommt es relativ selten zu einem Alkoholmissbrauch. Findet das Trinken hingegen in Gasthäusern und Bars statt, ist die Gefahr übermäßigen Alkoholkonsums viel höher. Selbstverständlich spielt auch die Verfügbarkeit des Alkohols eine Rolle bei der Entstehung von Alkoholismus.

Bereiche der äußeren Lebensumstände wie Arbeitsbereich, Wohnsituation oder finanzielle Situation weisen ebenfalls Zusammenhänge mit Alkoholmissbrauch auf. Es gibt bestimmte

Berufe, die mit erhöhtem Alkoholkonsum verbunden sind, aber auch übermäßige Belastung, Stress, sowie Unterforderung oder Eintönigkeit am Arbeitsplatz können die Ursache vermehrten Trinkens sein. Die Alkoholgefährdung unter Arbeitslosigkeit ist erhöht, betrifft jedoch vor allem Personen, bei denen bereits Problemtrinken oder Alkoholismus besteht. Armut ist ein weiterer Risikofaktor für erhöhten Alkoholkonsum und unter Obdachlosen ist die Alkoholgefährdung besonders hoch, wobei nicht gesagt werden kann, ob Obdachlosigkeit Alkoholismus bedingt oder umgekehrt.

Von entwicklungspsychologischer Bedeutung ist der starke Anstieg von Alkoholkonsum wie auch Alkoholmissbrauch in der Adoleszenz. Hier spielt das Trinkverhalten und die Vorbildwirkung der Eltern eine große Rolle, welche später vom Einfluss der Peer-Group abgelöst wird. Eine Theorie des Problemverhaltens Jugendlicher könnte sein, dass Jugendliche, die besonderen Wert auf die Unabhängigkeit von den Eltern legen und gleichzeitig ihren Einflüssen entfremdet sind, Verhaltensweisen schätzen, die den Status von Erwachsenen widerspiegeln, zu dem in unserer Kultur eben Alkoholkonsum gehört. Diese Jugendlichen schließen sich anderen an, die eine ähnliche Werthaltung eingenommen haben und dadurch kann es zu ungünstigen Einflüssen, zu frühzeitigen und erhöhten Alkoholkonsum und im weiteren Verlauf zur Stabilisierung dieser Verhaltensweise kommen (Jessor & Jessor 1977, Donovan et al. 1983 zitiert in Klipcera 1996).

In letzter Zeit wurde der Begriff der Co-Abhängigkeit begründet und vermehrt verwendet. Gemeint ist damit in erster Linie der Partner eines Alkoholabhängigen und seine Beziehung zu diesem. In dieser Beziehung spiegelt sich ein Verhalten gegenüber dem Abhängigen, das dessen Loskommen wollen vom Alkohol unbewusst erschwert, sei es durch die aufopfernde Selbstaufgabe des Helfenden oder durch eine negative Einwegkommunikation, die den Wechselkreis von Schuldgefühl und Dekompensation beim Abhängigen verstärkt.

Nach Feuerlein (1997, 1998) ist in der Frühphase des Alkoholismus oft zu beobachten, dass dieser von Familienmitgliedern nicht als solcher kaum wahrgenommen wird, vor allem wenn sehr stark affektive Bindungen bestehen. Kann die bestehende Tatsache nicht mehr verleugnet werden, kommt es oft zu einer ambivalenten Grundhaltung, die geprägt ist von abwechselnder Sympathie und Ablehnung gegenüber dem Alkoholiker. Als „Co-Alkoholiker“ werden Familienangehörige bezeichnet die mit ihren großteils unbewussten Einstellungen und ihrem unbeabsichtigten und unreflektierten Verhalten gegenüber dem Abhängigen den Kreislauf der Abhängigkeit aufrechterhalten. Dieses Verhalten könnte sich in nörgelnder Kritik gegenüber dem Abhängigen äußern, wobei nach außen hin jedoch „Normalität“ demonstriert wird. Die dabei entstehenden Schuldgefühle versucht der Betroffene in bewährter Methode mittels Alkohol zu betäuben. Aber auch Selbstaufopferung und Anteilnahme können den Kreislauf von Schuldgefühlen und deren Betäubung mittels Alkohol weiter aufrechterhalten.

In den späteren Phasen der Abhängigkeit kann es zu Rollenwechsel kommen, andere Familienmitglieder übernehmen mehr und mehr die Funktionen, die der Abhängige vor seiner Sucht ausgeübt hat. Dabei kann es häufig zu einer emotionalen Abwendung kommen und Scheidungsabsichten werden angesprochen. Gewalttätigkeiten unter Alkoholeinfluss sind ebenfalls eine Ursache für einen schnellen Zerfall der Familie. Dabei sind Ehescheidungen sowohl Folge als auch Anlass für fortschreitenden Alkoholismus.