



Beilage zur Wochenzeitung

Das Parlament

12. Januar 2004

Aus Politik und Zeitgeschichte

3 Jürgen Leinemann *Essay*

„Sehstörung“ oder die Droge Politik

8 Stefan Poppelreuter

Arbeitssucht: Massenphänomen oder
Psychoexotik?

16 Lucia A. Reisch/Michael Neuner/Gerhard Raab

Zur Entstehung und Verbreitung der
„Kaufsucht“ in Deutschland

23 Monika Gerlinghoff/Herbert Backmund

Magersucht und andere Essstörungen

30 Matthias Richter/Ullrich Bauer/Klaus Hurrelmann

Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugend-
alter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit



Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn.

Redaktion:

Dr. Katharina Belwe
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Hans-Georg Golz
Dr. Ludwig Watzal
Hans G. Bauer
Telefon: (0 18 88) 5 15-0

Internet:

www.das-parlament.de
E-Mail: apuz@bpb.de

Druck:

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH,
60268 Frankfurt am Main

Vertrieb und Leserservice:

Die Vertriebsabteilung
der Wochenzeitung **Das Parlament**,
Frankenallee 71 – 81,
60327 Frankfurt am Main,
Telefon (0 69) 75 01-42 53,
Telefax (0 69) 75 01-45 02,
E-Mail: parlament@fsd.de,
nimmt entgegen:

- Nachforderungen der Beilage
Aus Politik und Zeitgeschichte
 - Abonnementsbestellungen der
Wochenzeitung **Das Parlament**
einschließlich Beilage zum Preis
von Euro 9,57 vierteljährlich,
Jahresvorzugspreis Euro 34,90
einschließlich Mehrwertsteuer;
Kündigung drei Wochen vor Ablauf
des Berechnungszeitraumes;
 - Bestellungen von Sammel-
mappen für die Beilage
zum Preis von Euro 3,58
zuzüglich Verpackungskosten,
Portokosten und Mehrwertsteuer.
- Die Veröffentlichungen
in der Beilage
Aus Politik und Zeitgeschichte
stellen keine Meinungsäußerung
des Herausgebers dar;
sie dienen lediglich der
Unterrichtung und Urteilsbildung.
Für Unterrichtszwecke dürfen
Kopien in Klassensatzstärke
hergestellt werden.

ISSN 0479-611 X

Editorial

■ Statistiken belegen, dass ein Großteil der Bevölkerung Deutschlands vom Problem der Sucht betroffen ist. Fast jede oder jeder kennt Menschen, die suchtkrank, also abhängig von Stoffen wie Nikotin, Alkohol oder Drogen sind. Neben legalen Drogen, die psychoaktive Substanzen wie Zigaretten und alkoholische Getränke enthalten, gibt es illegale Drogen, die nicht frei gehandelt und verkauft werden dürfen. Wer zu illegalen Drogen greift, hat meist zuvor legale Alltagsdrogen konsumiert.

■ Die charakteristischen Symptome der Abhängigkeit treten jedoch nicht nur bei stofflichen, sondern auch bei „nichtstofflichen“ Süchten auf: etwa der Arbeits-, Kauf-, Mager-, Spiel- oder Sexsucht. Davon Betroffene gelten allerdings in der Regel nicht als suchtkrank, mehr noch – ihre Abhängigkeit scheint, wie bei der Arbeits- und Kaufsucht, sogar gesellschaftlich honoriert zu werden. Manche behaupten sogar, sie sei „gesellschaftlich gewollte Normalität“.

■ Auch Politik kann zur Droge werden. Es ist bekannt, dass neben dem Motiv, sich aktiv für eine bessere Gesellschaftsordnung einzusetzen, Selbstbestätigung und Privilegien eine nicht unbedeutende Rolle für den Wunsch nach der Erlangung politischer Macht spielen. *Jürgen Leinemann* zeigt in seinem Essay, dass die *Sehnsucht* eines Menschen danach nicht selten zum Realitätsverlust mit negativen Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft führt.

■ Arbeitssucht ist eine Krankheit mit verheerenden Folgen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Gesellschaft insgesamt. Als „saubere“ Sucht wird sie allerdings kaum wahrgenommen, ihre Existenz sogar bestritten – so *Stefan Poppelreuter*. Denn anders als Alkohol- oder Spielsüchtige gelten Arbeitssüchtige nicht als außengesteuert oder labil. Es sei jedoch erwiesen, dass jedes menschliche Verhalten in eine süchtige Entwick-

lung einmünden könne. Die Grundlagen der Arbeitssucht liegen nach den Forschungsergebnissen des Autors in Verstärkungen und Bekräftigungen spezifischer in der Kindheit erworbener Verhaltensmuster.

■ Wie die Arbeitssucht ist auch die Kaufsucht eine stoffungebundene Sucht, die anderen Süchten wie z. B. der Drogen- Alkohol- und Nikotinsucht in Entstehungsgeschichte und Beschreibungsmerkmalen stark ähnelt. Kaufsüchtige zeichnen sich nach *Lucia A. Reisch*, *Michael Neuner* und *Gerhard Raab* wie Alkohol- oder Drogensüchtige dadurch aus, dass sie sich abhängig fühlen bis zum Verlust der Selbstkontrolle, die Dosis allmählich steigern müssen und an Entzugsercheinungen leiden.

■ Essstörungen sind eine Krankheit, für die neben biologischen und psychosozialen auch soziokulturelle Faktoren ausschlaggebend sind. *Monika Gerlinghoff* und *Herbert Backmund*, denen zufolge es sich bei der Mager-, Ess-Brech- und Esssucht im medizinischen Sinne nicht um Süchte handelt, sehen dennoch Parallelen zu stofflichen Süchten wie der Alkohol- oder Nikotinsucht. Als wichtigsten soziokulturellen Faktor für die Entstehung von Essstörungen nennen sie das herrschende Schönheitsideal: Schlank ist schön.

■ Verhaltensmuster, auch solche, die zu süchtigem Verhalten führen, werden in Kindheit und Jugend erworben. Folglich liegen hier die Ansatzpunkte von Präventivmaßnahmen. *Matthias Richter*, *Ullrich Bauer* und *Klaus Hurrelmann* gehen den Folgen des Konsums stoffgebundener Substanzen – Tabak, Alkohol, Marihuana und Ecstasy – im Jugendalter nach und fragen nach den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf späteres Suchtverhalten. Das interessante Ergebnis lautet, dass weniger der familiäre Wohlstand als der Schultyp ausschlaggebend für die Suchtentwicklung Jugendlicher ist.

Katharina Belwe ■

„Sehstörung“ oder die Droge Politik

Das Phänomen der Sucht ist auf allen Ebenen der Gesellschaft anzutreffen, auch in der Politik. Ich sehe die Gefahr, dass der politische Betrieb immer mehr zu einem Suchtprozess zu entarten droht. In dieser Hinsicht scheinen mir Politiker wirkliche Repräsentanten ihrer Wählerinnen und Wähler zu sein – im wahrsten Sinne des Wortes „Volksvertreter“. Denn ich habe wenig Zweifel daran, dass unsere Gesellschaft eine Suchtgesellschaft ist – eine, in der die Menschen ihr Bedürfnis nach Sinn, Glück und vor allem nach Sicherheit mit Ersatzmitteln zu befriedigen suchen.

Ich fühle mich aus mehreren Gründen berechtigt, dieses Thema aufzugreifen. Zum einen beobachte ich seit fast vierzig Jahren Politik und Politiker aus nächster Nähe, zum anderen weiß ich aus eigener leidvoller Erfahrung, was es bedeutet, (alkohol-)süchtig zu sein. Ich mache diese Vorbemerkung, um mich als Mitbetroffenen zu legitimieren, um nicht den Eindruck zu erwecken, ich wollte mit Fingern auf „die da oben“ zeigen.

Es geht hier allerdings nicht um Alkohol oder Kokain, sondern es geht um die „Droge Politik“, wie Bundespräsident Johannes Rau es formuliert hat, und in der Folge um jene „Sehstörung“, die er als Hauptgefahr im Leben von Berufspolitikern betrachtet. Politiker neigten dazu, so Rau, sich so sehr an ihrer eigenen Bedeutung zu berauschen, in dem Gefühl zu schwelgen, die Welt verändern zu können, dass sie bald nicht mehr wahrnahmen, dass Politik nicht das ganze Leben ist. Normale Bürger lesen Bücher, treiben Sport, kümmern sich um ihre Familie, haben Hobbys – der Politiker hat von morgens bis abends nur die Politik, um die sich alles dreht: sein Denken, sein Tagesablauf, seine Phantasien, alles. „Wenn der Politiker das zu übersehen beginnt“, so Rau, „dann politisiert er die Welt. Und weil die Realität anders ist, überschätzt er sich in der Welt.“

Es geht also um Realitätsverlust. Es geht darum, dass gerade jene Menschen Gefahr laufen, von Berufswegen ein gestörtes Verhältnis zur Wirklichkeit zu entwickeln, denen wir durch Wahl den Auftrag erteilt haben, unser eigenes Leben, unsere persönliche Alltagsrealität zu ordnen, zu schützen – notfalls zu verändern, am besten zum Besseren.

Dass Politik im „Machtrausch“ enden kann, dass der Verlust einer politischen Position zu „Entzugserscheinungen“ führt – das sind geläufige Redensarten in Politikerkreisen. Schon Max Weber hatte 1919 in seiner berühmten Rede über „Politik als Beruf“ davor gewarnt, dass das Machtstreben des Politikers „Gegenstand rein persönlicher Selbstbe-rauschung“ werden könnte. Heute hantieren die Akteure selbst locker mit Suchtbegriffen, um die Gefahren der beruflichen Verformung zu beschreiben. So spricht Gerd Langguth, einst CDU-Vorstandsmitglied, Bundestagsabgeordneter und RCDS-Vorsitzender, jetzt Professor für Politische Wissenschaft in Bonn, von „Politaholics“, um die Persönlichkeitsveränderungen zu charakterisieren, welche die „Droge Macht“ auslösen kann.

Sucht. Droge. Entzug. Die meisten Politiker benutzen die Begriffe aus der Junkieszene mit bemerkenswerter Beiläufigkeit, um ihre Befindlichkeit zu beschreiben. „*Außerdem bin ich süchtig nach Selbstbestätigung*“, bekennt beispielsweise die stellvertretende SPD-Vorsitzende Renate Schmidt. Und Peter Gauweiler, Ex-CSU-Landesminister, sagt: „*Man muss sich der Berufspolitik entwöhnen. Genauso wie man sich von Alkohol oder Nikotin entwöhnen muss.*“

Sie tun so, als seien die Vergleiche mit der Sucht bloße Metaphern, harmlose Umschreibungen für eine etwas peinliche Besessenheit: Sucht light, sozusagen.

In Wahrheit wissen die meisten, dass es ernst ist. Sie kennen ziemlich genau den selbstzerstörerischen Trend in ihrem Beruf. Doch nur in Stunden der Erschöpfung und Resignation reden Politiker wirklich ungeschminkt über ihre Lebensangst und ihren Berufsfrust, über Verzweiflung, Einsamkeit, Wut und Erfolgsgier – natürlich unter dem Siegel höchster Verschwiegenheit.

Würde man einmal Äußerungen von Politikern aneinanderreihen, die ehrlich von sich erzählen, dann würde deutlich, dass die scheinbar subjektiven und privaten psychischen Empfindungen in Wahrheit zu einem erheblichen Teil Ausdruck professionsbedingter Deformationen sind.

Václav Havel hat während seiner Zeit als Präsident der ČSFR einmal „mit dem Auge des Intel-

lektuellen“ die Versuchungen der Macht betrachtet, denen er, wie er gestand, auch zu erliegen drohte.¹ Drei Kategorien von Gründen hat Havel für die *Sehnsucht* eines Menschen nach politischer Macht aufgeführt: die Vorstellung von einer besseren Gesellschaftsordnung, Selbstbestätigung und Privilegien. Die „enorme Möglichkeit, sich selbst zu bestätigen, indem man weithin sichtbare Abdrücke der eigenen Existenz hinterlässt“, und „der bunte Fächer von Privilegien, die (...) notwendigerweise das Leben eines Politikers begleiten“ würden dabei immer als Gründe der ersten ausgegeben. Auch er stelle sich die Frage, ob nicht auch er einer unerkannten Sehnsucht unterliege, sich selbst zu bestätigen, dass er etwas bedeute.

Der Wunsch nach Selbstbestätigung ist eng verflochten mit dem nach Privilegien. Václav Havel zeigt, „wie teuflisch die Versuchung der Macht gerade in dieser Sphäre ist“. Unmerklich beginne einer – wie er –, der nie über irgendeine Macht verfügte und stets die Mächtigen dafür verurteilte, diese oder jene Privilegien zu genießen, den einst verurteilten Vorgängern zu gleichen. Legitimationen für die genossenen Privilegien, etwa für den eigenen Chauffeur, gebe es zwar genug, aber, so Havel, wo „endet die Logik und die objektive Notwendigkeit, wo beginnen die Entschuldigungen? Wo enden die Interessen des Vaterlandes, und wo beginnt die Freude über die universelle Protektion?“

In der Versuchung der Macht liege etwas Heimtückisches, Betrügerisches, Zweideutiges: Einerseits gebe sie dem Menschen Gelegenheit, sich von morgens bis abends zu bestätigen, dass er wirklich existiere und dass er eine unleugbare Identität habe, die sich mit jedem Wort und jeder Tat sehr deutlich in die Welt einschreibe, die ihn umgibt. Gleichzeitig verberge sich in dieser politischen Macht eine schreckliche Gefahr: „dass sie (...) uns (...) diskret, aber unaufhaltsam unserer Existenz und Identität beraubt. Der Mensch, der vergessen hat, wie man Auto fährt, einkauft, Kaffee macht oder telefoniert, (...) ist nicht mehr der gleiche, der er war. Er wird zu einer Geisel seiner Position, seiner Privilegien, seines Amtes.“ Es sei etwas Todbringendes in dieser Versuchung: Unter einem Schleier existenzieller Selbstbestätigung werde die Existenz ihrer selbst enteignet, von sich selbst entfremdet, gelähmt.

1 Václav Havel, „Ich beginne, mir permanent verdächtig zu sein“. Václav Havel blickt mit dem kritischen Auge eines Intellektuellen auf das Phänomen der Macht, in: Frankfurter Rundschau vom 19. Juni 1991, S. 6. (Dankansprache Václav Havels nach der Verleihung des Sonning-Preises, des höchstdotierten dänischen Kulturpreises.)

Den früheren Gesundheitsminister Horst Seehofer hat seine Überzeugung, dass er die Welt aus den Angeln heben und ihn nichts dabei umwerfen könne, tatsächlich bis an den Rand des Todes getrieben. Systematisch – erst lässig, dann in einer „Mischung aus Angst und Verdrängung“ – ignorierte der kraftstrotzende Bayer Erkältungen und Erschöpfung, Schwächeperioden und Schlaflosigkeit, bis ihn eine Herzmuskelentzündung niederstreckte. „*Da war es gewissermaßen fünf Minuten vor zwölf*“, sagt Seehofer heute.

Wochenlang lag Horst Seehofer auf der Intensivstation und sah zu, wie der Monitor, der seinen Kreislauf sichtbar machte, verrückt spielte. Erst in dieser Phase akzeptierte er „*die Güterabwägung*“, entweder Politik oder „*mein eigenes Leben*“. Doch kaum konnte er wieder aus dem Bett krauchen, registrierte er, „*wie es mich zurückgedrängt hat zu den Berliner Geschäften*“. Immerhin nahm er sich vor, besser auf sich zu achten und den „*ganzen Aktionismus*“ wegzulassen.

Ob er das durchhält? Zweifel sind erlaubt.

Unabhängig von Intelligenz, politischer Phantasie und menschlicher Reife ist es vor allem eine Frage der Härte, ob einer bis an die Spitze gelangt. Politik ist *learning by doing*. Das, findet die ausgeschiedene grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer heute, ist das größte Handicap in diesem Beruf: Man wird nur durch Schaden klug.

Dass sie viel kämpfen musste und viel einstecken, findet sie in Ordnung. „*Politik*“, sagt sie, sei „*niemals irgendwie Ringelpiez mit Anfassen, also irgendwas Nettes. Wer kuscheln will, sollte was anderes machen*“.

Um sich gegen Verletzungen zu wappnen, lernen Spitzenpolitiker, sich emotional zu reduzieren. Vielleicht ist das die Voraussetzung dafür, ins politische „Hochgebirge“ aufzusteigen. Sie spalten ganze Bereiche ihrer Persönlichkeit ab, verweigern das Nachdenken über Fehler und Niederlagen, wehren Selbstzweifel ab, suchen Schuldige anderswo und klammern sich so an eine durchsetzungsfähige Siegerversion von sich selbst. Diese emotionale Verarmung nehmen die meisten gar nicht wahr.

Sie wissen nicht viel über sich und damit auch nicht über andere. Das macht sie handlungsfähig. „*Mangel an Menschenkenntnis ist eine der wichtigsten Führungsvoraussetzungen in der Politik*“, hat Holger Börner, lebenslanger Berufspolitiker und Ex-Ministerpräsident von Hessen, einmal gesagt. Er meinte das keineswegs als Witz.

Selbstzweifel, schon auf früher Karrierestufe hinderlich, bedeuten auf oberster Ebene einen Anschlag auf die eigene politische Existenz. „Wenn man am Morgen aufwachen und über seine eigenen charakterlichen Defizite nachdenken würde, käme man nicht mehr zur Arbeit“, hat Gerhard Schröder bekannt, als er noch öffentlich über sich reflektierte.

„Politik ist eine Sucht“ – hat Seehofer gesagt. Liegt hier nicht der Schlüssel zum Verständnis der selbstzerstörerischen Borniertheit, mit der sich – von Helmut Kohl über Kurt Biedenkopf, Eberhard Diepgen und Rudolf Scharping bis zu Jürgen Möllemann – so viele Politiker so krampfhaft an einen Beruf klammerten, der angeblich so wenig Gewinn abwirft – ideellen wie materiellen? Und hat damit nicht auch der auffällige Realitätsverlust vieler Politiker eine Erklärung?

Eine so ernsthafte Auslegung des Suchtbegriffes empfinden die meisten Politiker als denunzierend. Sind sie denn alle Junkies? Was soll ein Begriff wie „zerstörerisch“? „Wir bringen uns doch nicht um“, sagt Wolfgang Schäuble.

Tatsächlich hat der Suchtbegriff ja durchaus auch heute noch einen diffamierenden Beigeschmack: Er enthält einen moralischen Vorwurf gegenüber angeblich Willensschwachen, Undisziplinierten, wenn nicht gar Verwahrlosten. „Ob etwas als Sucht bezeichnet wird, und wie sehr die Sucht verurteilt wird, hängt davon ab, wer sie hat“, schreibt die Psychoanalytikerin Thea Bauriedl: „Die Sucht der Herrschenden und der ‚Normalen‘ wird nicht oder nur vorsichtig als solche benannt und zumeist mit irgendeinem ‚Sachzwang‘ entschuldigt.“

Letztlich ist also jeder Politiker – wie jeder Workaholic, jeder Computerfreak oder jeder fröhliche Zecher – selbst dafür verantwortlich, zu erkennen, wann süchtige Entgleisungen sein Leben zu beherrschen beginnen. Die zunehmende Fülle der öffentlichen Äußerungen zu diesem Thema deuten darauf hin, dass sich viele Politprofis der psychischen Unfallgefahr an ihrem Arbeitsplatz bewusst zu werden beginnen.

Das Wort „Sucht“ kommt von „siech“, englisch „sick“, was krank heißt, und kennzeichnet einen Mangel: *ein Defizit*. Die Wirklichkeit wird als unerfüllt oder bedrohlich erlebt. Die Drogen, ganz gleich, ob es chemische Mittel sind oder stimulierende Tätigkeiten, dienen dazu, dieses Defizit zu füllen.

Im engeren Sinne wären das Substanzen – wie Alkohol, Nikotin oder Medikamente –, die Funktionen des Organismus beeinflussen und Stim-

mungen verändern. Die Einschätzung, dass der Deutsche Bundestag bisweilen einer „*Alkoholikerversammlung*“ gleiche, stammt vom Abgeordneten Joschka Fischer.

Im weiteren Sinne definieren Suchtexperten auch „personale oder apersonale Mittel“ als Drogen: also etwa Arbeit, Beifall, Erfolg, mit denen Verhaltens-, Gefühls- oder körperliche Veränderungen hervorgerufen werden können, um sich der Realität zu entziehen. „*Wichtigkeitsdrogen*“ nennt Wolfgang Thierse solche Stimulanzien, wobei Fernsehauftritte mit Abstand den verlässlichsten Höhenrausch liefern.

Neben Arbeit und Macht – den Klassikern unter den nichtstofflichen Drogen – ist die öffentliche Aufmerksamkeit in der Medienwelt heute das wirksamste Rauschmittel zur Erzeugung von Politikersucht. Wenn der Nutzen des Drogenkonsums Entlastung von Ohnmachtsgefühlen, Kränkungen und Selbstwertzweifeln ist – wo ist der Unterschied? Wahrgenommen, bemerkt und anerkannt zu werden ist das Hauptziel jedes Süchtigen. Es ist auch das Bestreben jedes Politikers in der Medienwelt.

An Kicks ist kein Mangel, wenn einer es bis in die Spitzengruppe der Politik geschafft hat. Immer zucken Fotoblitze, immer surren Kameras in einem Pulk von Journalisten, die – von den Sicherheitsleuten gedrückt – rückwärts vor den Heroen der Politik dahinstolpern. Das Publikum bekommt weder das Gedrängel mit, noch die Regenschirme, die den Kanzler trocken halten, noch die Scheinwerfer, die sein Gesicht in einen rembrandtschen Lichtschimmer tauchen. Abends sieht es auf dem heimischen Bildschirm so aus, als bummle ein entspannter Staatsmann lächelnd zu seiner Arbeitsstätte, hier eine Autogrammkarte signierend, dort ein paar Hände schüttelnd – Politik macht Spaß.

Aus diesen Bildern erwächst Macht. Der Politiker wird zum Popstar. Die Erfolgskette ist simpel: Bilder fügen sich zum Image. Das Image bringt Stimmen. Die Stimmen öffnen die Türen zu Ämtern – fertig ist die Macht. Das gilt für Angela Merkel wie für Manfred Stolpe, für Rezzo Schlauch wie für Edmund Stoiber.

Alle wollen sie bemerkt und gemocht werden, am Ende natürlich gewählt. Das Fernsehen habe die Politik nicht nur deshalb so tief greifend verändert, glaubt Alt-Kanzler Helmut Schmidt, weil es die Politiker zur Oberflächlichkeit verführt. „*Es macht sie auch sympathiesüchtig.*“

Bestätigung und Beifall, Aufmerksamkeit und Zustimmung lösen im Gehirn Impulse aus, die

Wohlgefühl vermitteln. Angestoßen durch Stimulation von außen – oder durch Gefühle und innere Bilder –, produziert das Hirn körpereigene Substanzen, die ein rauschähnliches Erleben auslösen, sozusagen Sucht ohne Drogen.

Die Versuchung zum Opportunismus, ohnehin immer eine Gefahr für die demokratisch gewählten Vertreter des Volkes, werde übermächtig. *„In der Demokratie werden sie nämlich nur gewählt“*, so Helmut Schmidt, *„wenn sie sich ausreichend angenehm machen.“*

Das heißt – der Politiker sagt, was er glaubt, dass seine Zuhörer es denken. Vor allem aber sagt er nicht, was sie *nicht* hören wollen. Er bietet seinen Wählern ein Bild der Welt an, das ihnen die Ängste vertreiben und die Wünsche als realisierbar erscheinen lassen soll.

In diesem Zusammenspiel zwischen dem Volk und ihren gewählten Vertretern wird die Suchtgefahr am deutlichsten – die Wähler werden zu Co's, wie

es in der Therapiesprache heißt, zu Komplizen der von sich selbst und ihren Privilegien Berauschten, die ihnen zum Dank die Welt schönreden. Die Folgen dieser Auftragslebenslügen tragen am Ende nicht nur die Politiker, sondern wir alle.

Es geht um Wirklichkeit, nicht darum, die „armen Politiker“ zu bedauern, die in der Tat einen mörderischen Beruf haben. Aber den haben sie sich freiwillig gesucht. Und darüber, welchen Preis sie für die Faszination der Macht zahlen wollen, entscheiden sie selbst – jeder für sich.

Aber wir sind das Volk und damit der Souverän. Die Herrschaften im Parlament und in der Regierung handeln in unserem Auftrag. Es liegt also an uns, ihnen – neben den gewiss nicht unbeträchtlichen Problemen des Gemeinwesens – nicht auch noch die Bürde aufzuladen, sich zu Übermenschen ohne Fehl und Tadel zu stilisieren und uns zu unserem Wohlbehagen „die Hucke voll zu lügen“.

Volksdroge Alkohol

- In Deutschland trinken

9,3 Millionen Menschen

gefährlich viel Alkohol

- *davon sind*

2,7 Mio.

bereits körperlich und sozial geschädigt

1,6 Mio.

alkoholabhängig

160 000 Kinder und Jugendliche

alkoholabhängig/
stark alkoholgefährdet

8 Millionen

„Mit-Betroffene“ (Angehörige/Partner)

Jährlich

42 000 Todesfälle durch Alkohol

2 200 alkoholgeschädigte Neugeborene

20 Mrd. Euro

Kosten durch alkoholabhängige Krankheiten

Quelle: DHS

Schätzungen

© Globus



Arbeitssucht: Massenphänomen oder Psychoexotik?

Von Ex-Außenminister Hans-Dietrich Genscher behauptete man, er sei einer gewesen. Phil Collins, weltbekannter Popmusiker, sagt von sich: „Ich bin einer!“ Und viele Führungskräfte in Politik, Wirtschaft und Verwaltung reden und leben so, als wären sie gerne einer: ein *Workaholic* – ein Arbeitssüchtiger. Das Phänomen der Arbeitssucht, das gerne als Produkt unserer leistungsorientierten Industriegesellschaft gesehen wird,¹ wird von manchen belächelt und von anderen als bedrohliches Massenphänomen gesehen. Jüngste Forschungsergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass es kaum erstrebenswert ist, arbeitssüchtig zu werden. Die Auswirkungen süchtigen Arbeitens sind vielschichtig und verheerend – nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für sein näheres und weiteres Umfeld, und nicht zuletzt wohl auch für die Gesellschaft insgesamt.

Sigmund Freud wurde einmal gefragt, was seiner Meinung nach ein normaler Mensch können müsse. Er hat kurz und knapp geantwortet: „Lieben und arbeiten.“ Der Vater der Psychoanalyse hat so die Eckpfeiler des menschlichen Daseins, wenn man so will, den Lebenssinn, skizziert. Und in der Tat besteht heute – zumindest in den westlichen Industrienationen – Einigkeit darüber, dass die Arbeit ein, vielleicht *das* zentrale den Menschen kennzeichnende Merkmal ist. Wenn man auf einer Party neue Leute kennenlernt und diese bitet, etwas über sich selbst zu sagen, so wird in der Regel der Name, vielleicht das Alter, dann aber sehr bald auch der Beruf genannt. Das, was wir tun, unsere Arbeit, trägt maßgeblich zu unserer Identität, zu dem, was wir sind, bei. Daneben kommen der Arbeit aber noch zahlreiche weitere positive Funktionen zu, die sie für uns als Menschen unentbehrlich macht: Die Erwerbsarbeit sichert unsere Existenzgrundlage, durch das mit Arbeit verdiente Geld können wir am gesellschaftlichen Leben und am Konsum teilnehmen. Die Arbeit

vermittelt uns Erfolgserlebnisse und stärkt unser Selbstwertgefühl. Wir demonstrieren in ihr Aktivität und Kompetenz. Durch die Arbeit erhalten wir sozialen Kontakt – nach wie vor wird eine Vielzahl von Freundschaften und Ehen „am Arbeitsplatz“ geschlossen. Arbeit strukturiert unseren Tag, unsere Woche, unser Jahr.² Der Wegfall von Arbeit, die Arbeitslosigkeit, ist für die Betroffenen nicht nur deshalb so gravierend, weil existenzielle Nöte entstehen. Vor allem die Unstrukturiertheit des Tagesablaufs bereitet Probleme. Ähnliches lässt sich häufig auch beim Eintritt ins Rentenleben feststellen.

Bei so vielen positiven Effekten der Arbeit wird gerne verkannt (oder verdrängt), dass die Arbeit auch negative Folgen nach sich ziehen kann. Über Gefahren und Risiken am Arbeitsplatz, z. B. durch Maschinen, Lärm, Chemikalien, Lärm und Hitze, wird vielfach berichtet, und zahlreiche gesetzliche Verordnungen und Regelungen sollen dazu dienen, diese Gefahren und Risiken zu minimieren. Stress, Herzinfarkte und Suchtprobleme werden als mögliche Folgen unbefriedigender Arbeitssituationen diskutiert, aber die Annahme, dass ein Zuviel an Arbeit, eine eindimensionale Ausrichtung des Lebens auf die Arbeit, ebenfalls nachteilige Konsequenzen für den Einzelnen, aber auch sein Umfeld und die gesamte Gesellschaft haben kann, wird häufig als prinzipieller Angriff auf grundlegende Norm- und Wertvorstellungen unseres Gesellschaftssystems missverstanden und daher abgelehnt. Die Arbeit als unverzichtbares Fundament für menschliches Wohlbefinden, für Wohlstand und Konsum erscheint unantastbar.³ „Wir sind“, so der Soziologe Bernd Guggenberger, „in den letzten 200–300 Jahren so gründlich durch die Schule der Arbeit gegangen, haben uns so sehr mit ihr eingelassen, dass wir kaum mehr über sie hinauszudenken vermögen. Für die meisten von uns gilt, dass sie und ihre Hervorbringungen von unserer ganzen Existenz Besitz ergriffen haben, dass sie das Gesamt unserer Hoffnungen und Sehnsüchte umschreiben. Wir haben nur noch

1 Vgl. Werner Puschmann/Bernhard Wegener, Arbeit: Die Sucht der Angepassten?, in: Suchtreport, 4 (1992), S. 29–36; Axel Bohmeyer, Workaholismus als Pathologie der Erwerbsarbeitsgesellschaft: <http://www.stthomas.edu/cathstudies/cst/mgmt/LE/papers/bohmeyer.htm> (03.07.2003); Dieter Henkel, Zur Geschichte und Zukunft des Zusammenhangs von Sucht und Arbeit, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht und Arbeit, Freiburg 2001.

2 Vgl. Norbert Semmer/Ivars Udris, Bedeutung und Wirkung von Arbeit, in: Heinz Schuler (Hrsg.), Lehrbuch Organisationspsychologie, Bern 1995.

3 Vgl. Axel Braig/Ulrich Renz, Die Kunst, weniger zu arbeiten, Frankfurt/M. 2001.

Augen und Ohren für die Arbeit, ihre Erfordernisse und das, was durch sie unmittelbar bewirkt und ermöglicht wird: Konsum, Verzehr ihrer Hervorbringungen.“⁴ Anders gesagt, wir sind *abhängig* geworden von der Arbeit, als Gesamtgesellschaft, aber auch als einzelnes Individuum.

Sucht nach Arbeit – gibt es das überhaupt?

Es mehren sich die kritischen Stimmen und auch die wissenschaftlichen Befunde, dass die Abhängigkeit von der Arbeit, die Sucht nach Arbeit, ein zunehmendes und vor allem ernst zu nehmendes Problem in unserer Gesellschaft darstellt. Einige Wissenschaftler gehen sogar schon so weit, vom „Massenphänomen Arbeitssucht“ zu sprechen.⁵ Das Krankheitsbild vom Arbeitssüchtigen, vom Workaholic, findet mehr und mehr Anerkennung und Bestätigung, sowohl in alltäglichen Beobachtungen als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen.⁶ Und auch wenn die Diagnose „Arbeitssucht“ noch keinen offiziellen Eingang in die Krankheitsmanuale der Mediziner und Psychologen und die Leistungskataloge der Krankenkassen gefunden hat, so setzt sich doch die Erkenntnis durch, dass Arbeit tatsächlich süchtig entgleisen kann. Es lassen sich Arbeitsformen und Arbeitsstile – und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb der Erwerbsarbeit – finden, die den Kriterien der Sucht entsprechen und die das einzelne Individuum, aber auch sein näheres soziales Umfeld, den Arbeitgeber und schließlich auch die gesamte Gesellschaft nachhaltig schädigen.

Dabei wird durchaus noch kontrovers diskutiert, ob es angemessen ist, bestimmte exzessive Verhaltensmuster mit dem Begriff „Sucht“ zu belegen. Die Existenz stoffungebundener Suchtformen wie beispielsweise Spiel-, Sex- und eben auch Arbeitssucht wird von zahlreichen Fachleuten und auch Laien bestritten. Stattdessen fordern diese immer wieder, die Begriffe Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht nur im Zusammenhang mit dem Konsum einer spezifischen Substanz wie z. B. Alkohol, Nikotin oder Kokain zu verwenden.⁷ Andererseits

gibt es jedoch die psychologische Erkenntnis, dass *jedes* menschliche Verhalten in eine süchtige Entwicklung einmünden kann, die in der Umgangssprache beispielsweise als Gier, Wut oder Leidenschaft beschrieben wird.⁸ Insofern kann jedes Bedürfnis und jede Tätigkeit eines Menschen zur Sucht werden. Als Abgrenzung zu lieb gewordenen Gewohnheiten, auf die man nicht verzichten möchte, gehört zur Sucht allerdings ein zwanghaftes Moment. Der Süchtige kann in der Regel nicht aufhören, der Süchtige „muss“.

Ein weiteres Problem in der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Arbeitssuchtproblematik ergibt sich aus der Tatsache, dass die Arbeitssucht im Gegensatz zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten (z. B. Alkoholismus, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit) und anderen stoffungebundenen Suchtformen (z. B. Spielsucht, Sexsucht) oberflächlich betrachtet eine „saubere“ Sucht ist: Der Arbeitssüchtige wirkt aktiv, erfolgreich und scheint sein Leben perfekt im Griff zu haben, während etwa alkoholranke oder spielsüchtige Menschen als labil und außengesteuert gelten.⁹ Obwohl tradierte Sinsprüche wie „Ohne Fleiß kein Preis“ oder „Arbeit macht das Leben süß“ in der heutigen Zeit antiqüiert anmuten, werden Tüchtigkeit und Einsatzbereitschaft immer noch als Grundfesten der Leistungsgesellschaft angesehen. Der Widerspruch, dass diese höchst anerkannten Tugenden auch Ausdruck einer Krankheit sein können, führt zu erheblichen Vorbehalten gegenüber einer Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitssucht, die so weitreichend sind, dass manche Menschen – in völliger Verkennung der Ernsthaftigkeit der Problematik – sich selbst stolz als süchtig nach ihrer Arbeit bezeichnen.

Arbeitssucht – ein altbekanntes Phänomen

Das Konzept von der „Arbeitssucht“ und dem englischen Pendant „Workaholism“ hat sich im deutschsprachigen Raum in den achtziger und neunziger Jahren in der fach- wie populärwissen-

4 Bernd Guggenberger, Wenn uns die Arbeit ausgeht, München 1988.

5 Vgl. Holger Heide (Hrsg.), Massenphänomen Arbeitssucht, Bremen 2002.

6 Beispielhaft sei hier verwiesen auf Bryan E. Robinson, Wenn der Job zur Droge wird, Düsseldorf, 2000.

7 Siehe dazu auch ausführlich Stefan Poppelreuter, Arbeitssucht, Weinheim 1997, und ders./Werner Gross, Nicht

nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten, Weinheim 2000.

8 Vgl. Dieter Ladewig/Paul Graw, Neue Erscheinungsformen und theoretische Aspekte der Sucht aus der Sicht des Kliniklers, in: Wilhelm Feuerlein (Hrsg.), Theorie der Sucht, Berlin 1986.

9 Vgl. Werner Gross, Sucht ohne Drogen, Frankfurt/M. 2003.

schaftlichen Literatur etablieren können. Dabei ist arbeitssüchtiges Verhalten keineswegs ein Phänomen unserer Zeit. Sowohl in der Belletristik als auch in der gesellschaftspolitischen und der wissenschaftlichen Literatur finden sich schon sehr viel früher Darstellungen arbeitssüchtiger Verhaltensmuster.¹⁰ Diese wurden dort aber selten explizit als Arbeitssucht bezeichnet. Bereits 1852 beschreibt der französische Schriftsteller Gustave Flaubert seine *frenetische, pervertierte Liebe zur Arbeit*.¹¹ Paul Lafargue, französischer Sozialist und Schwiegersohn von Karl Marx, beklagt 1883 in seiner Schrift „Das Recht auf Faulheit“¹² eine „seltsame Sucht“, welche die Arbeiterklasse aller Länder mit kapitalistischer Zivilisation beherrsche, „die rasende, bis zur Erschöpfung der Individuen und ihrer Nachkommenschaft gehende Arbeitssucht“. Der ungarische Psychoanalytiker Sandor Ferenczi erwähnt in einem Aufsatz aus dem Jahre 1919 Patienten, die unter einer „Sonntagsneurose“ leiden, welche sich in regelmäßig am Sonntag wiederkehrenden Beschwerden wie Kopfschmerzen, Unwohlsein und Erbrechen äußert.¹³ Ferenczi interpretiert das Auftreten der Beschwerden als Reaktion auf die fehlende Arbeit am Sonntag. Für ihn sind diese Patienten abhängig von der Arbeit wie Morphinisten von ihrem gewohnten Gift.

Arbeitssucht – Definition und Häufigkeit

Doch was ist Arbeitssucht nun genau? Wie lässt sie sich definieren? Woran erkennt man, ob jemand arbeitssüchtig ist? Empirisch belegte Zahlen zum Phänomen „Arbeitssucht“ fehlen zwar noch, doch kann man – vorsichtig geschätzt – von etwa 200 000 Betroffenen in Deutschland ausgehen. Zudem kommt eine empirische Studie zu dem Ergebnis, dass jeder siebte Arbeitnehmer in Deutschland als zumindest tendenziell arbeitssuchtgefährdet gelten muss.¹⁴ Allgemein wird unter Arbeitssucht eine Symptomatik verstanden,

die sich primär durch folgende Merkmale kennzeichnen lässt:¹⁵

- Der Betroffene ist der Arbeit völlig verfallen, sein gesamtes Denken und Handeln kreist mehr oder weniger um sie.
- Der Betroffene hat die Kontrolle über sein Arbeitsverhalten verloren, er ist nicht (mehr) in der Lage, Umfang und Dauer des Arbeitens zu bestimmen. Er arbeitet länger, als er eigentlich will. Er arbeitet auch zu Zeiten, die eigentlich der Entspannung und dem Abschalten vorbehalten sind.
- Der Betroffene ist abstinenzunfähig. Er erlebt es subjektiv als unmöglich, kürzere oder längere Zeit nicht zu arbeiten, z. B. am Wochenende oder im Urlaub.
- Beim Betroffenen treten Entzugserscheinungen auf, wenn er nicht arbeitet, bis hin zu vegetativen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Herzrasen und Atemnot.
- Der Betroffene entwickelt eine gewisse Toleranz gegenüber der Arbeitsmenge, das heißt, um das Gefühl des „Arbeitsrausches“ zu bekommen, muss immer mehr gearbeitet werden.
- Beim Betroffenen treten soziale und/oder psychische Störungen auf. Partnerschaften werden brüchig, die Beziehung zu den Kindern geht verloren, alte Hobbys und Freunde werden vernachlässigt.

Daneben konnte festgestellt werden, dass bei Arbeitssüchtigen häufig eine zwanghaft-perfektionistische Grundeinstellung vorzufinden ist.¹⁶ Die Arbeit muss nach bestimmten, festgelegten Regeln ablaufen. Flexibilität und innovative Veränderungen des Arbeitsablaufs werden vermieden. An die Qualität der Arbeiterleistung werden extrem hohe Ansprüche gestellt, und zwar unabhängig von der Bedeutung einer Arbeitsaufgabe für das Gesamtziel. Die Unfähigkeit, unwichtige von wichtigen Aufgaben unterscheiden zu können, und das Unvermögen, Aufgaben zu delegieren, d. h. Verantwortung abzugeben, kennzeichnen den Arbeitssüchtigen ebenfalls. So übernimmt der Geschäftsführer auch Kopierarbeiten oder kocht den Kaffee, weil er glaubt, dass dies niemand so gut kann wie er. Es ist deutlich herauszustellen, dass die Arbeitssuchtdiagnose keinesfalls nur an

¹⁰ Vgl. S. Poppelreuter (Anm. 7).

¹¹ Vgl. Gustave Flaubert, Briefe an Zeit- und Zutünftigen, in: E.-W. Fischer (Hrsg.), Flauberts gesammelte Werke, Band 9, München 1907.

¹² Paul Lafargue, Das Recht auf Faulheit, Ludwigshafen 1988.

¹³ Sandor Ferenczi, Sonntagsneurosen, in: Michael Balint (Hrsg.), Sandor Ferenczi – Schriften zur Psychoanalyse, Band 1, Frankfurt/M. 1970.

¹⁴ Vgl. Stefan Poppelreuter/Claudia Windholz, Arbeitssucht in Unternehmen – Formen, Folgen, Vorkehrungen, in: Wirtschaftspsychologie, 4 (1999), S. 62–69.

¹⁵ In Anlehnung an Werner. Schumacher, Untersuchungen zur Psychodynamik des abhängigen Spielverhaltens, in: W. Feuerlein (Anm. 8).

¹⁶ Vgl. S. Poppelreuter (Anm. 7).

rein quantitativen Merkmalen festgemacht werden sollte. Es gibt keine objektiv bestimmbare Wochenarbeitsstundenzahl, ab der von süchtigem Arbeiten die Rede sein kann. Es ist längst nicht entscheidend, wie viele Stunden jemand arbeitet. Viel entscheidender ist die Frage, *wie* und *warum* jemand arbeitet, um eine Arbeitssuchtdiagnose stellen zu können.

Angesichts der diagnostischen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeitssucht verwundert es nicht, dass Aussagen zur Häufigkeit der Problematik nur selten zu finden sind. US-amerikanische Forscher schätzen, dass etwa fünf bis zehn Prozent der (amerikanischen) Erwachsenenbevölkerung als arbeitssüchtig zu bezeichnen seien, eine Zahl, die jedoch nicht als statistisch gesichert gelten kann.¹⁷ Es ist davon auszugehen, dass das Vollbild einer Arbeitssuchtsproblematik im Vergleich beispielsweise zur Alkoholabhängigkeit sehr viel seltener auftritt. Wichtig jedoch ist festzustellen, dass die Arbeitssucht gleichermaßen Männer wie Frauen betreffen kann. Ebenso handelt es sich bei den von Arbeitssucht betroffenen Personen keinesfalls ausschließlich um Manager oder selbstständig Tätige. Arbeiter und Angestellte können ebenso eine solche Problematik entwickeln. Arbeitssucht tritt im Übrigen auch bei Personen auf, die nicht einer Erwerbstätigkeit im eigentlichen Sinne nachgehen, z. B. bei Hausfrauen, Studenten oder Rentnern.¹⁸

Nach bisherigen Erkenntnissen lassen sich vier Typen von Arbeitssüchtigen unterscheiden.¹⁹

– Die entscheidungsunsicheren Arbeitssüchtigen

Ihnen fällt es schwer, Entscheidungen zu treffen und umzusetzen. Deshalb arbeiten sie immer mehr, weil sie glauben, so die Entscheidung verbessern zu können. Im Endeffekt jedoch schieben sie die Entscheidung nur vor sich her.

– Die überfordert-unflexiblen Arbeitssüchtigen

Sie fühlen sich durch ihre Arbeit überfordert, die Arbeit macht ihnen regelrecht Angst. Mit der Vielarbeit wird diese Angst unterdrückt und kontrolliert.

– Die verbissenen Arbeitssüchtigen

Sie wollen ihre Überzeugungen und Absichten um jeden Preis durchsetzen. Verbissene Arbeitssüchtige lehnen es ab, Verantwortung oder Arbeiten

an andere zu delegieren. Kein Wunder, dass der Arbeitstag dann schnell zwölf oder vierzehn Stunden hat.

– Die überfordert-zwanghaften Arbeitssüchtigen

Ausgeprägter Perfektionismus und die Idee, eine Arbeit immer auf genau ein und dieselbe Art und Weise erledigen zu müssen, kennzeichnen diesen Typus. Ein solcher Arbeitsstil führt dazu, dass man nie mit der Arbeit fertig wird, weil man meint, immer noch etwas besser machen zu können.

Andere Autoren kommen zu teilweise anderen Typologien.²⁰

Weiterer Forschungsbedarf in diesem Bereich ist unverkennbar, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass unterschiedliche Arbeitssuchttypen möglicherweise unterschiedlich behandelt werden müssen.

Wege in die Arbeitssucht

Innerhalb der Psychologie gibt es verschiedene Ansätze zur Erklärung der Entstehung von Arbeitssucht, die in der Regel auf verhaltenstheoretischen, psychoanalytischen oder familiendynamischen Überlegungen beruhen.²¹ Süchtiges Verhalten wird als eine spezielle Form menschlichen Verhaltens verstanden, ohne hinsichtlich der Erklärung der Entstehung von Sucht zwischen einzelnen Suchtmitteln zu differenzieren.

Verhaltenstheoretische Erklärungen zur Entstehung von Arbeitssucht gehen dabei von der Annahme aus, dass ein Mensch sein persönliches Arbeitsverhalten und seinen persönlichen Arbeitsstil auf der Basis von Erfahrungen erlernt, aufrechterhält und verändert. Süchtiges und normales Arbeitsverhalten unterscheiden sich in diesem Punkt nicht grundsätzlich voneinander. Die Grundlagen der Arbeitssucht sind in Verstärkungen und Bekräftigungen spezifischer Arbeitsverhaltensweisen zu suchen. Arbeitssüchtige lernen schon in frühester Kindheit Verhaltensmuster und Einstellungen bzw. Werthaltungen, die eine enge Beziehung zu Leistung und Produktivität aufweisen („Lese, lerne, leiste was, dann hast du, kannst du, bist du was!“). Aber nicht nur Belohnungen, sondern auch

20 Vgl. Peter Berger, Psychotherapie von Arbeitssucht, in: S. Poppelreuter/W. Gross (Anm. 7); Karl König, Arbeitsstörungen und Persönlichkeit, Bonn 1998.

21 Vgl. dazu auch Stefan Poppelreuter/Claudia Evers, Arbeitssucht – Theorie und Empirie, in: S. Poppelreuter/W. Gross (Anm. 7)

17 Vgl. z. B. David J. Cherrington, The Work Ethic: Working Values that Work. New York 1980.

18 Vgl. S. Poppelreuter (Anm. 7).

19 Vgl. ebd.

der Wegfall einer „Bestrafung“ kann Ursache für exzessives Arbeitsverhalten sein, z. B. wenn durch das viele Arbeiten eine Auseinandersetzung mit Problemsituationen, eigenen Unzulänglichkeiten oder unangenehmen Gefühlszuständen vermieden wird. Arbeitssüchtige können die Arbeit auch dazu missbrauchen, Gefühle der Angst, der Schuld oder der Unsicherheit zu verdrängen, oder um das eigene Selbstwertgefühl zu stärken.

Die psychoanalytischen Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung beziehen sich nicht nur auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen, sondern finden auch Anwendung bei so genannten rauschmittellosen Süchten. Innerhalb der Psychoanalyse ist zwischen unterschiedlichen theoretischen Ansätzen zur Suchtproblematik zu differenzieren, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen und damit verschiedenartige Beiträge zur Theorie der Sucht liefern. Die Selbstpsychologie beispielsweise bietet eine Erklärungsmöglichkeit für die insbesondere bei Arbeitssüchtigen häufig feststellbaren Vorstellungen eigener Großartigkeit. Da es Süchtigen nach Auffassung der Selbstpsychologie generell nicht genügend gelungen ist, eine tragfähige Identität zu entwickeln, bleiben sie einem grandiosen Selbst verhaftet. Bei solchen narzisstischen Persönlichkeiten dient das süchtige Arbeitsverhalten dazu, das krankhafte Größen-Selbst aufzutanken und sich dessen Allmächtigkeit und Schutzfunktion gegenüber einer zumeist als frustrierend und feindlich erlebten Umwelt zu versichern, die nicht mehr genügend an Beachtung und Bewunderung zu bieten hat. Solche narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sind häufig bei Arbeitssüchtigen zu finden.²² Sie haben zur Folge, dass der Arbeitssüchtige durch ein ständiges (Mehr-)Arbeiten ein Gefühl eigener Größe und persönlicher Identität zu erlangen versucht.

In den familiendynamischen Modellen schließlich kommt der Rolle der Familie im Prozess der Suchtentstehung entscheidende Bedeutung zu. Arbeitssucht als gelerntes Verhalten wird als Symptom eines dysfunktionalen Familiensystems in der Kindheit betrachtet, das später in der eigenen Familie fortgesetzt wird und sich auf die eigenen Kinder überträgt.²³ So kann sich ein generationsübergreifender Kreislauf aus gelernten Regeln, Überzeugungen und Verhaltensmustern entwickeln.²⁴ Das Klima in der Ursprungsfamilie ist

häufig durch starre Regeln geprägt, die offene Gefühlsäußerungen oder Auseinandersetzungen über persönliche oder zwischenmenschliche Probleme verhindern. Es wird davon ausgegangen, dass sich bei Familien mit einem arbeitssüchtigen Mitglied ähnliche Dysfunktionalitäten herausbilden wie in Familien mit Alkoholkranken.²⁵ An Kinder aus Familien mit einem arbeitssüchtigen Mitglied werden unrealistisch hohe Ansprüche gestellt, und Wertschätzung ist stets an Bedingungen geknüpft, z. B. an gute Schulnoten oder besondere Leistungen. Dadurch, dass Zuneigung nie vorbehaltlos gewährt wird, entstehen Minderwertigkeitsgefühle und Versagensängste, die durch noch mehr Anstrengung und exzessives Arbeiten zu kompensieren versucht werden. Aus dem familiären Klima heraus entwickeln sich eine überdauernde perfektionistische Haltung und die Schwierigkeit, befriedigende Beziehungen aufzubauen. Weiterhin wird angenommen, dass dysfunktionale Verhaltensmuster und Gewohnheiten, die in der Ursprungsfamilie gelernt wurden, am späteren Arbeitsplatz unbewusst repliziert und so ungelöste Probleme re-inszeniert werden.

Warum Arbeitssucht den Unternehmen schadet

Überstunden und Mehrarbeit belegen es: Vielarbeit ist „in“. In Zeiten, in denen wegen hoher Personalnebenkosten mit immer weniger Arbeitskräften immer mehr Produktivität erzielt werden soll, ist es nicht verwunderlich, dass die Unternehmen und Organisationen bislang für das Thema „Arbeitssucht“ kaum sensibilisiert sind. Viele Unternehmen scheinen im Gegenteil immer noch von dem Gedanken beseelt zu sein, dass der Vielarbeiter gleichzeitig immer auch ein guter Arbeiter ist. Das dies keineswegs generell angenommen werden kann, haben zahlreiche psychologische Forschungsarbeiten eindrucksvoll unter Beweis stellen können. Arbeitszeit und Arbeitsoutput stehen eben nicht in einem linearen Verhältnis zueinander, und schon gar nicht in einem exponentiellen, wie manche Arbeitssüchtige eigenen Angaben zufolge manchmal zu denken geneigt sind. Arbeitssucht schadet also nicht nur dem Betroffenen, sondern auch und gerade dem Unternehmen, für das er arbeitet. Unternehmen täten also gut daran, arbeitssüchtige Verhaltensmuster ihrer Mitarbeiter frühzeitig zu erkennen und entsprechende

22 Vgl. Jay Rohrllich, Arbeit und Liebe, Frankfurt/M. 1984.

23 Vgl. Bryan E. Robinson, The Workaholic Family: A Clinical Perspective, in: American Journal of Family Therapy, 26 (1998), S. 65–75.

24 Vgl. Diane Fassel, Working ourselves to death, San Francisco 1990; B. E. Robinson (Anm. 23).

25 Vgl. B. E. Robinson, ebd.

Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Dabei sind die Gründe dafür, eine arbeitssüchtige Belegschaft zu vermeiden, vielfältig:²⁶

Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf

- a) die Aufgabenerfüllung: Betroffene Mitarbeiter halten sich nicht an Arbeitsteilungen und Kompetenzzuweisungen, sie mischen sich in alles ein, glauben, alles besser zu können.
- b) das Interaktionsverhalten: Betroffene Mitarbeiter werden zunehmend kommunikationsunfähig, sie ziehen sich zurück, als Vorgesetzte überfordern sie ihre Mitarbeiter, sie delegieren nicht.
- c) die individuelle Leistungsfähigkeit: Der problematische Arbeitsstil führt mit fortschreitender Zeit zu physischen und psychischen Auffälligkeiten, die krankheitsbedingte Abwesenheit nimmt zu, längere Arbeitsunfähigkeit und/oder Frühinvalidität droht.

Auf Unternehmensseite können solche Maßnahmen z.B. abzielen auf die anforderungs- und leistungsgerechte Aufgabenstrukturierung und -verteilung, auf die stärkere Betonung der Partizipation und des Arbeitens in Gruppen, auf die Einrichtung sinnvoller Karriereentwicklungsprogramme und auf die Arbeitsumfeldgestaltung. Durch Maßnahmen wie Rollenanalysen, Zielvereinbarungen, soziale Unterstützung und Teamentwicklung können zudem die Arbeitsplatzbeziehungen verbessert werden. Schließlich können Mitarbeiter darin unterstützt werden, zu einer angemesseneren Koordination von Arbeitsanforderungen und persönlichen Bedürfnissen zu gelangen, z. B. über Stressbewältigungsprogramme, eine individuelle Gestaltung der persönlichen Arbeitsumgebung sowie Maßnahmen zur Lebensstilplanung. Entspannungstrainings, körperliche Übungen und Coaching sind ebenfalls denkbar. Wichtig ist, dass organisationale Maßnahmen nur dann Erfolg haben werden, wenn auch der Arbeitssuchgefährdete oder -betroffene prinzipiell bereit ist, die Problematik aktiv zu bewältigen.

Was kann ein Unternehmen gegen Arbeitssucht tun?

Zunächst sollten Unternehmen ihre Personalauswahlverfahren und ihre Anforderungsprofile bei Stellenbesetzungen überdenken, um zu vermeiden, dass eine arbeitssüchtiges Verhalten fördernde Organisationsumgebung entsteht. Zusätzlich sollten die Anreizsysteme, aber auch Arbeitszeit-, Pausen- und Urlaubsregelungen im Hinblick auf suchtfördernde Aspekte untersucht werden. So kann zum Beispiel die Einführung der so genannten „Vertrauensarbeitszeit“, die zu mehr Zeitsouveränität und Freiheiten führen soll, schnell das genaue Gegenteil bewirken. Versagensängste und Konkurrenzdruck werden geschürt, ein ständiges Mehrarbeiten und „Nicht-mehr-abschalten-Können“ kann die Folge sein. Zugesagte Urlaubstage sollten beispielsweise auch tatsächlich genommen und nicht ausbezahlt werden. Schließlich sollten Unternehmen sich bemühen, Arbeitssüchtige in ihrer Organisation zu identifizieren, die Mitarbeiter insgesamt für die Problematik zu sensibilisieren und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation bei Arbeitssucht zu realisieren.

²⁶ Vgl. Horst Steinmann/Bernd Richter/Sabine Goßmann, Arbeitssucht im Unternehmen. Diskussionsbeiträge des Lehrstuhls für allgemeine BWL und Unternehmensführung an der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg 1984.

Was kann der Einzelne gegen Arbeitssucht tun?

Arbeitssucht ist eine gefährliche, im Einzelfall sogar tödlich verlaufende Krankheit. Arbeitssüchtige Verhaltensmuster können zu erheblichen körperlichen, seelischen und sozialen Problemen führen, die den betroffenen Menschen nachhaltig beeinträchtigen und schädigen können. Ist eine erste Einsicht entstanden, dass mit dem eigenen Arbeitsverhalten etwas „nicht stimmt“ und man „etwas tun“ möchte, so sind gute Voraussetzungen zur Bewältigung der Problematik gegeben. Umgekehrt ist ohne diesen „Leidensdruck“ kaum zu erwarten, dass ein Arbeitssüchtiger erfolgreich therapiert werden kann. Bislang gibt es keine spezifischen therapeutischen Interventionen oder gar spezielle Trainings zur Überwindung einer Arbeitssuchtproblematik. Die Aufnahme einer individual- oder gruppentherapeutischen Maßnahme oder auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe für Personen mit Arbeitsstörungen dürfte jedoch in jedem Fall hilfreich und auch unumgänglich sein, um sich der persönlichen Arbeitssuchtproblematik und insbesondere den dahinter stehenden Gründen und Ursachen anzunähern, um dann darauf aufbauend zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung im Problembereich zu gelangen. Unterschiedliche therapeutische Schu-

len wenden dabei unterschiedliche Vorgehensweisen an. Letztlich gilt es wie bei jeder Therapiemaßnahme individuell und selbstverantwortlich zu prüfen, ob durch die angefragte Hilfe der Betroffene eigene Wünsche, Bedürfnisse und Zielsetzungen realisieren kann oder nicht. Die zunehmende Zahl von Selbsthilfegruppen für Arbeitssüchtige, aber auch die Spezialisierung von ambulant tätigen Psychotherapeuten und stationär arbeitenden Kliniken verdeutlichen, dass es offensichtlich eine Nachfrage nach solchen Leistungen, aber auch eine verstärkte Professionalisierung bei der Bewältigung der Arbeitssuchtproblematik gibt. Es bleibt zu wünschen, dass weitere intensive Forschungsbestrebungen in Theorie und Praxis zu fundierten Erkenntnissen bezüglich der Diagnose, Vermeidung und Behandlung der vielschichtigen wie auch an Relevanz gewinnenden Problematik Arbeitssucht führen.

Was kann die Gesellschaft gegen Arbeitssucht tun?

Es fehlt im primärpräventiven Bereich bezüglich der Verhinderung, Vermeidung und/oder Eindämmung süchtigen Arbeitens an Hilfsangeboten und unterstützenden Maßnahmen. Hier wäre wünschenswert:

- eine offensivere Öffentlichkeitsarbeit, die auch die möglichen individuellen und gesellschaftlichen Folgekosten eines arbeitssüchtigen Verhaltensstiles berücksichtigt;
- eine Verbesserung des Angebots entsprechender Präventions- und Interventionsmaßnahmen z. B. durch Krankenkassen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Wohlfahrtsverbände, den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, Ärztevereinigungen etc.;
- eine stärkere Berücksichtigung des Problems des süchtigen Arbeitens sowohl in der medizinischen als auch in der psychologischen Therapie. Dies erfordert ebenfalls eine stärkere Sensibilisierung der im Gesundheitswesen tätigen

Personen für die Arbeitssuchtproblematik; und schließlich

- die Entwicklung und Etablierung geeigneter, zum süchtigen Arbeiten alternativer, auch langfristig stabiler Verhaltensmuster unter besonderer Berücksichtigung der für den Suchtbereich immer wesentlichen Rückfallproblematik.

Eine gesamtgesellschaftliche Diskussion der Arbeitssucht sollte zum einen dazu beitragen, dass *interdisziplinäre* Forschungsaktivitäten zur Arbeitssuchtproblematik angeregt werden. Zum anderen erscheint – nicht zuletzt unter Berücksichtigung einer immer größer werdenden Zahl von Arbeitslosen und einem stetig wachsenden Missverhältnis von zur Verfügung stehenden Arbeitskräften einerseits und von zu erledigender Arbeit andererseits – eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über den Stellenwert der Arbeit für den Einzelnen wie für die Sozialgemeinschaft notwendig und sinnvoll.²⁷ Kernpunkte sollten dabei sowohl die gleichmäßigere und gerechte Verteilung der Arbeit als auch die Etablierung neuer Arbeitszeitmodelle sein, um so auch langfristig den sozialen Frieden in unserer Gesellschaft zu sichern. Die aktuelle Diskussion um Arbeitsformen und Arbeitsverteilungen der Zukunft inklusive der individuellen wie gesamtgesellschaftlichen Bedeutung von Arbeit bietet die Chance, das süchtige Arbeiten in seiner bislang weithin kaum hinterfragten sozialen Erwünschtheit zu relativieren und eine offeneren Problematik der Arbeitssucht und ihrer im Einzelfall verheerenden Auswirkungen zu erreichen.

Weitere Informationen im Internet:

www.arbeitssucht.de

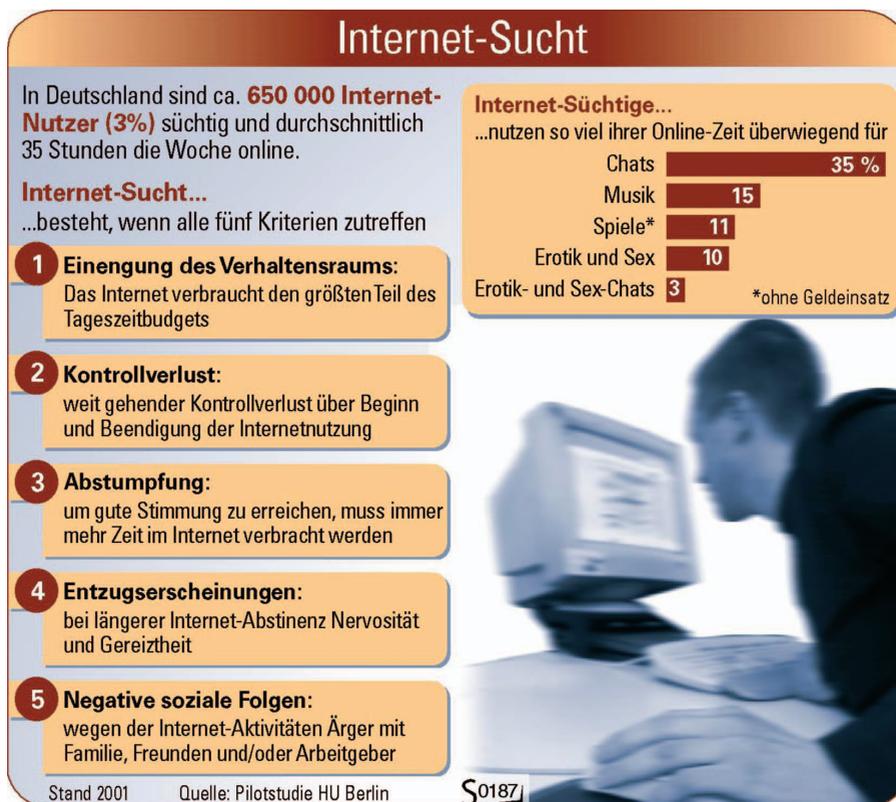
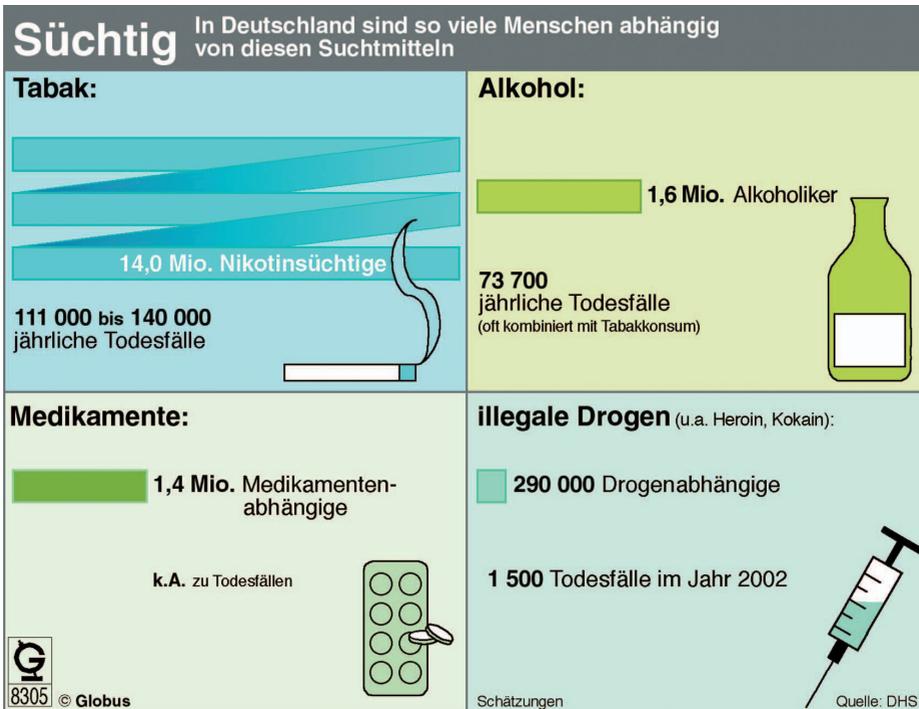
www.workaholic-hilfe.de

www.zeitzuleben2.de/inhalte/be/arbeitssucht/

www.labournet.de/diskussion/arbeit/asucht.html

www.hardtwaldklinik2.de/arbeitssucht/

²⁷ Vgl. dazu auch A. Bohmeyer (Anm. 1).



Zur Entstehung und Verbreitung der „Kaufsucht“ in Deutschland

Kaufsuchtforschung

Während in den USA und Kanada seit den achtziger Jahren Diskussionen über Kaufsucht geführt werden, wird diesem Phänomen in Deutschland erst seit einem guten Jahrzehnt Beachtung geschenkt. Im Jahre 1989 hat eine interdisziplinäre Forschungsgruppe an der Universität Hohenheim in Stuttgart mit der Kaufsuchtforschung in Deutschland begonnen und 1991 die erste europäische Studie zur Kaufsucht durchgeführt. Bis heute stellen die Hohenheimer Studien die – bezogen auf die Datenbasis – weltweit größten Untersuchungen über Kaufsucht und die einzigen bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Erhebungen dar. Kaufsuchtstudien mit kleineren Datenbasen und teilweise spezielleren Fragestellungen wurden seit 1988 in den USA und Kanada sowie seit Mitte der neunziger Jahre in Deutschland und weiteren europäischen Ländern wie Großbritannien, Österreich, Spanien, Frankreich und der Schweiz durchgeführt.

Ausgangspunkt der Hohenheimer Studien waren Fragen danach, ob das Phänomen der Kaufsucht auch in Deutschland nachweisbar ist, worin die Ursachen dieser Sucht liegen, welche Folgen daraus für die Betroffenen entstehen, welche Personen oder Personengruppen besonders davon betroffen sind und nicht zuletzt, wie „Kaufsucht“ gemessen werden kann. Um diesen Fragen näher zu kommen, wurden im Rahmen der Exploration mehrstündige Tiefeninterviews mit 26 Personen geführt, die sich selbst als „kaufsuchtig“ bezeichneten und unter ihrem Verhalten litten. Die Gespräche wurden protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Zudem wurden die Kaufsuchtigen einer Reihe von psychologischen Tests unterzogen, die über die Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen wie ihren Selbstwert, die Neigung zu Depressivität und Psychasthenie (psych. Kraftlosigkeit) Auskunft gaben.¹ Diese Tiefenin-

1 Vgl. Gerhard Scherhorn/Lucia A. Reisch/Gerhard Raab, Addictive Buying in West Germany. An Empirical Study, in: Journal of Consumer Policy, 13 (1990), S. 355–387.

terviews waren die Grundlage für die weitere Forschungsarbeit, insbesondere für die 1991 durchgeführte erste Repräsentativuntersuchung von über 1 500 Personen in der damals gerade wiedervereinigten Bundesrepublik.

Genau zehn Jahre später, im Oktober 2001, hat die Forschungsgruppe eine Wiederholungsstudie durchgeführt.² Im Zentrum stand dieses Mal die Frage, ob und gegebenenfalls wie sich die Tendenz zur Kaufsucht in den alten und neuen Bundesländern im zurückliegenden Jahrzehnt entwickelt hat. In einer bevölkerungsrepräsentativen Studie wurden wiederum über 1 000 Personen mit Hilfe eines „Kaufsuchtindikators“ befragt, der bereits in der Erststudie zum Einsatz gekommen war (vgl. die *Tabelle*). Dieses Erhebungsinstrument wurde von der Forschungsgruppe entwickelt und mehrfach im Sinne der kritischen Testtheorie auf seine Zuverlässigkeit und Gültigkeit hin geprüft. Das Instrument misst die Tendenz zum süchtigen Kaufen.³ Hinzu traten neue Fragen zur Nutzung von Online-Medien, zum Internet-Shopping und zum Anlageverhalten – Dimensionen, bei denen ein Zusammenhang mit der Kaufsuchttendenz vermutet wurde. Die Ergebnisse dieser Wiederholungsstudie lassen Schlüsse bezüglich der Entwicklung der Kaufsucht in der Bundesrepublik im letzten Jahrzehnt zu. Von besonderem Interesse sind dabei die Entwicklungen in den neuen und alten Bundesländern sowie der Zusammenhang zwischen Kaufsucht und soziodemographischen Variablen wie Geschlecht, Alter, Einkommen und Bildung.

Merkmale der Kaufsucht

Unter Kaufsucht wird das episodisch auftretende, zwanghafte Kaufen von Konsumgütern und Dienstleistungen verstanden. Bis heute herrscht

2 Vgl. Michael Neuner/Lucia A. Reisch, Trends zur „Kaufsucht“ von Konsumenten, in: Sparkasse, 119 (2002) 1, S. 40–43.

3 Vgl. Gerhard Scherhorn u. a., Instrument zur Erhebung von Kaufsucht, Göttingen (in Vorbereitung).

Tabelle: Der Hohenheimer Kaufsuchtindikator

	trifft nicht zu	trifft zu
1. Wenn ich Geld habe, dann muss ich es ausgeben.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
2. Wenn ich durch die Innenstadt oder durch ein Kaufhaus gehe, fühle ich ein starkes Verlangen, etwas zu kaufen.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
3. Oft verspüre ich einen unerklärlichen Drang, einen ganz plötzlichen, dringenden Wunsch, loszugehen und irgendetwas zu kaufen.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
4. Manchmal sehe ich etwas und fühle einen unwiderstehlichen Impuls, es zu kaufen.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
5. Oft habe ich das Gefühl, dass ich etwas Bestimmtes unbedingt haben muss.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
6. Nach dem Kauf frage ich mich oft, ob es wirklich so wichtig war.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
7. Ich kaufe oft etwas, nur weil es billig ist.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
8. Oft kaufe ich etwas, weil ich einfach Lust zum Kaufen habe.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
9. Werbebriefe finde ich interessant; häufig bestelle ich auch etwas.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
10. Ich habe schon oft etwas gekauft, das ich dann nicht benutzt habe.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
11. Ich habe schon öfters etwas gekauft, das ich mir eigentlich gar nicht leisten konnte.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
12. Ich bin verschwenderisch.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
13. Einkaufen ist für mich ein Weg, dem unerfreulichen Alltag zu entkommen und mich zu entspannen.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
14. Manchmal merke ich, dass etwas in mir mich dazu getrieben hat, einkaufen zu gehen.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
15. Manchmal habe ich ein schlechtes Gewissen, wenn ich mir etwas gekauft habe.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4
16. Oft traue ich mich nicht, gekaufte Sachen anderen zu zeigen, weil man mich sonst für unvernünftig halten könnte.	1 - - - - - 2 - - - - -	3 - - - - - 4

© 2003 Universität Hohenheim, Forschungsgruppe Kaufsucht

weder im klinischen noch im verhaltenswissenschaftlichen Forschungszweig Einigkeit darüber, ob das beschriebene Phänomen als Kaufsucht, Kaufzwang oder allgemeiner als pathologisches Kaufen bezeichnet werden sollte.⁴ Mit anderen gehen wir davon aus, dass es sich um eine *stoffungebundene Sucht* handelt, die anderen Süchten wie z. B. Drogen-, Alkohol-, Ess- oder Arbeitssucht in der Entstehungsgeschichte und den Beschreibungsmerkmalen stark ähnelt.⁵ Häufig tritt die Kaufsucht abwechselnd oder gleichzeitig mit anderen Süchten wie beispielsweise der Esssucht oder der Alkoholsucht auf.⁶ Therapeuten beobachten

auch „Suchtkarrieren“, in welchen die Kaufsucht ein Stadium unter anderen darstellt. Tiefeninterviews mit Betroffenen haben gezeigt, dass die Kriterien, durch die im Allgemeinen Suchtverhalten definiert wird, auch für die Kaufsucht gelten:

1. Ein *unwiderstehlicher Drang*, der als stärker als der eigene Wille erfahren wird. Typische Aussagen der von Kaufsucht Betroffenen sind: „Es ist stärker als ich“, oder „Wenn ich Geld habe, dann muss ich es einfach ausgeben“, oder „An Sonderangeboten komme ich einfach nicht vorbei“, oder „Die Dinge ziehen mich magisch an“.
2. Eine *Abhängigkeit* vom Kaufen bis zum Verlust der Selbstkontrolle: Die Interessen der Süchtigen verengen sich auf das Kaufen, das als einziges Befriedigungsmittel übrig bleibt. Das Kaufen wird als einzig wirksame „Fluchtbürg“

4 Vgl. Iver Hand, Pathologisches Kaufen – Kaufzwang, Kaufrausch oder Kaufsucht. Ein von der Psychoanalyse vernachlässigtes Thema, in: Gerhard Lenz/Ulrike Demal/Michael Bach (Hrsg.), Spektrum der Zwangsstörungen, Wien 1998, S. 123–132.

5 Vgl. Gerhard Scherhorn, The Addictive Trait in Buying Behaviour, in: Journal of Consumer Policy, 13 (1990), S. 33–51; Werner Gross, Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben, Frankfurt/M. 1990.

6 Vgl. Ronald J. Faber u. a., Two Forms of Compulsive Consumption: Comorbidity of Compulsive Buying and Binge

Eating, in: Journal of Consumer Research, 22 (1995), S. 296–303.

erlebt, soziale Kontakte sterben ab und oftmals droht Überschuldung.

3. Eine Tendenz zur *Dosissteigerung*, d.h., um den gleichen Effekt zu erzielen, werden immer häufiger und in manchen Fällen auch immer teurere Dinge gekauft. Das Denken und Sehnen dreht sich zunehmend um das Kaufen.
4. *Entzugserscheinungen*, die von einer inneren Unruhe über Unwohlsein bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen und Selbstmordgedanken führen können.

Die euphorische Stimmung, die Kaufsüchtige während des Kaufens und unmittelbar danach noch empfinden, wird schon bald durch Scham und Schuldgefühle verdrängt. Betroffene haben das Gefühl, ihre Familie verraten zu haben, weil sie wegen ihrer Einkäufe kein Geld mehr für den Urlaub mit ihren Kindern haben; andere greifen auf die Ersparnisse ihrer Kinder zu, um ihre Sucht zu finanzieren. Die Sucht erfasst auch Arbeitsverhältnisse. Bei manchen ist der Kaufzwang so übermächtig, dass sie selbst die Portokasse ihrer Betriebe zur Finanzierung ihrer Sucht heranziehen. Die finanziellen Konsequenzen reichen von einem regelmäßig überzogenen Konto bis hin zur Verschuldung oder gar Überschuldung.⁷ Der Leidensdruck wird häufig durch die erfahrene Einengung und Vereinsamung erhöht. Vorwürfe von der Familie, insbesondere vom Partner, treffen die ohnehin labilen Süchtigen tief. Sie verstärken die Sucht und können bis zum Selbstmord führen. Partnerprobleme, die häufig zu den auslösenden Faktoren gehören, verschlimmern sich noch, was weitere Kompensationshandlungen begünstigt.

Kaufsucht ist eine eher unauffällige Sucht, sie ist für den Außenstehenden, der die Symptomatik nicht kennt, nur schwer erkennbar. Das Suchthafte am Kaufen bleibt oft lange Zeit unerkannt – sowohl von den Süchtigen selbst, die sich ihre Abhängigkeit nicht eingestehen möchten, als auch vom sozialen Umfeld, das die Kaufaktivitäten der Süchtigen eher anerkennt als kritisch kommentiert. Denn im Gegensatz zu anderen Süchten, die mehr oder weniger sozial geächtet sind und normabweichendes Verhalten darstellen, ist Kaufen – auch übermäßiges und kompensatorisches Kaufen – grundsätzlich gesellschaftlich erwünscht.

⁷ Vgl. Michael Neuner, Verbraucherkonkurs und Restschuldbefreiung: Eine kritische Analyse aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht, in: Michael Neuner/Gerhard Raab (Hrsg.), Verbraucherinsolvenz und Restschuldbefreiung, Baden-Baden 2001, S. 115–142; vgl. auch Rolf Haubl, Geldpathologien und Überschuldung: am Beispiel Kaufsucht, in: Psyche, 50 (1996) 9/10, S. 916–953.

Das Suchtmittel Kaufen

Abhängig sind die von Kaufsucht Betroffenen von einem bestimmten „Suchterleben“, das ihnen das Kaufen verschafft, nämlich Anregung, Beruhigung, aber auch Anerkennung, Bestätigung und Aufmerksamkeit. Bei der Kaufsucht verschafft das Kaufen selbst diese Befriedigung. Es ist nicht primär der Besitz oder der Konsum der Güter, auch wenn der Besitz kurzfristig positive Gefühle vermitteln kann. Kaufen kann zum einen als „Tranquilizer“ dienen. Der Zweck besteht dann darin, eine innere Unruhe zu betäuben und aufsteigende Depressionen oder Ängste zu unterdrücken. Zum anderen kann Kaufen als „Aufputzmittel“ wirken, um aus dem als sinnlos und ermüdend empfundenen Alltag auszubrechen. Kaufen soll zu Glücksgefühlen verhelfen, die ausbleiben, wenn andere die Süchtigen nicht beachten. Man beschenkt sich selbst, um eine innere Leere zu füllen, man versucht der Realität zu entfliehen, deren Anforderungen sich die Süchtigen nicht gewachsen fühlen.

Schließlich kann Kaufen auch der Selbstbestätigung dienen. Kaufen wird als Symbol für selbständiges, kompetentes Entscheiden empfunden („Bei den Modifarben hab’ ich den siebten Sinn, die Verkäuferinnen haben doch keine Ahnung“), als Symbol für Überfluss und ein intensives Leben („Ich stelle mir vor, Geld spielt keine Rolle; ich genieße es, als Stammkundin bevorzugt bedient zu werden“), als emotionale Unterstützung („Einkauf versetzt mich in Hochstimmung“), als Bestärkung einer unsicheren Identität („Ich kaufe Sportgeräte und teure Accessoires, um meiner jungen Frau zu imponieren“). Kaufen dient auch als Ersatz für Anerkennung in anderen Lebensbereichen („Ich bin ja sonst nichts wert“), als Schutz vor einer inneren Leere und Minderwertigkeitsgefühlen („Als Kundin mit lockerem Scheckbuch bin ich jemand“), als Belohnung („Da gönne ich mir etwas, wenn ich es sonst schon so schwer habe“) und Trost („Kaufen ist bei mir Partnerersatz“), als Bestätigung eigener Fantasievorstellungen. Grundlage ist meist eine unerfüllte Sehnsucht nach Liebe, Anerkennung, Zuneigung, Respekt und Beachtung. Dies ist auch daran abzulesen, dass Kaufsucht sehr häufig mit Depressionen einhergeht.

Fast alle Kaufsüchtigen spezialisieren sich auf bestimmte Produkte und Kaufumgebungen, die für sie mit einer bestimmten Symbolik verbunden sind. Frauen scheinen sich dabei mehr auf Klei-

ding, Schuhe, Schmuck, Lebensmittel und Bücher zu verlegen, Männer kaufen eher technische und modische Accessoires, technische Geräte, Sportgeräte etc. Manche Kaufsüchtigen kaufen nur reduzierte Waren, bei manchen entscheidet die Gemütslage, welche Art von Produkten – und damit welche Symbole – gekauft werden. Dass die Güter jedoch nach der Kaufsituation eine untergeordnete Rolle spielen, kann daran abgelesen werden, wie mit ihnen umgegangen wird, wenn sie erst einmal gekauft worden sind: Häufig werden sie zu Hause gar nicht ausgepackt, nicht oder nur einmal benutzt, sie werden achtlos weggeräumt, verschenkt oder aus Angst vor Vorwürfen der Familie sogar versteckt oder weggeworfen. Aus dem Katalog bestellte Waren bleiben ungeöffnet in den Paketen, an den Kleidern hängen noch die Preisschilder, Lebensmittel werden im Keller gelagert und vergessen, bis sie ungenießbar geworden sind.

Entstehung der Kaufsucht

Es wird angenommen, dass an der Entstehung der Kaufsucht eine Reihe psychologischer, sozialer und biologischer Faktoren – etwa eine ererbte Prädisposition für eine mangelhafte Impulskontrolle – beteiligt sind. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht muss die Entstehung der Suchtstruktur auf zwei Ebenen betrachtet werden: Auf der Ebene des Individuums stellt sich die Frage, wie die Suchtstruktur der Entwicklung des Individuums entspringt, welche Faktoren sie aufbauen und verstärken; auf der Ebene der Gesellschaft geht es um die Bedeutung gesellschaftlicher Institutionen wie Normen, Werte, Sozialisationsbedingungen und Kompensationsmöglichkeiten, die das Entstehen von Suchtstrukturen allgemein und für die Ausbreitung der Kaufsucht insbesondere begünstigen. Die beiden Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern – insbesondere durch die Sozialisationserfahrungen – miteinander verwoben.

Auf der *Ebene des Individuums* verweisen die Lebensgeschichten der Betroffenen auf spezifische Lernbedingungen, Erziehungsstile und Sozialisationsbedingungen, die zu einer Störung der Autonomie bei den Heranwachsenden führen und Suchtpersönlichkeiten hervorbringen. Durch seelische Verletzungen, emotionale Vernachlässigung, Ablehnung und Gleichgültigkeit von Seiten des Elternhauses oder aber durch ungebührliche Überversorgung und inkonsequentes Verwöhnen wurde

den Heranwachsenden die Möglichkeit genommen, emotionale Selbstständigkeit und Kompetenz zu erlangen, die sie zur Entwicklung von Autonomie und zur Ausbildung eines gesunden Selbstwertgefühls benötigt hätten. Das Konzept des Selbstwerts scheint bei der Entstehung von Kaufsucht eine zentrale Rolle zu spielen. Das niedrige Selbstwertgefühl von Kaufsüchtigen wird auch auf inadäquate Eltern-Kind-Interaktionen zurückgeführt.⁸ Psychoanalytische Erklärungen fokussieren auf narzisstische Charakterpathologien, Kastrationsangst oder unbewältigte Autonomiekonflikte.⁹

Suchtfördernd wirkt auch eine Erziehung, die materielle Güter zur Belohnung und Bestrafung einsetzt, wodurch Güter und Geschenke einen symbolisch überhöhten Stellenwert erhalten. Kaufsüchtigen wurde die Benachteiligung, die sie erlebt haben – z. B. im Vergleich zu bevorzugten Geschwistern –, oft am Beispiel der Versorgung mit Konsumgütern deutlich, die ihnen dann auch besonders stark in Erinnerung bleibt. Auch „Lernen am Modell“ scheint eine Rolle zu spielen: In manchen Fällen wurde bereits am elterlichen Modell gelernt, wie man Konsum zu Kompensationszwecken einsetzt.¹⁰

In Anlehnung an die motivationspsychologische Theorie der Kausalitätsorientierungen scheinen Kaufsüchtige eher „impersonal“ orientiert zu sein.¹¹ Ihre Haltung zum Leben und zu den Menschen beruht auf einem Gefühl der Unfähigkeit, mit den Herausforderungen des Alltags aus eigener Kraft fertig zu werden. Ihr Verhalten ist daher überwiegend wenig absichtsgelenkt (intentional), zielgerichtet und von der Person gesteuert, sondern nonintentional, zufällig und von dem Bewusstsein durchdrungen, dass ihr Verhalten an den Umständen nichts ändern kann. Dies kann durch traumatische Lebenssituationen oder *kritische Lebensereignisse* im Erwachsenenalter wie lange Arbeitslosigkeit, unglückliche Beziehungen, Abhängigkeiten oder körperliche Versehrtheit verstärkt werden.

8 Vgl. Ronald J. Faber/Thomas C. O'Guinn, Dysfunctional Consumer Socialization: A Search for the Roots of Compulsive Buying, in: P. Vanden Abeele (Hrsg.), *Psychology in Micro and Macro Economics*. Proceedings of the 13th Annual Colloquium of the International Association for Research in Economic Psychology, Leuven, Belgium, September 28 – October 1, 1988.

9 Vgl. z. B. R. Haubl (Anm. 7)

10 Vgl. G. Scherhorn/L. A. Reisch/G. Raab (Anm. 1).

11 Vgl. Edward Deci/Richard Ryan, The General Causality Orientations Scales: Self-Determination in Personality, in: *Journal of Research in Personality*, 19 (1985), S. 109–134.

Kaufsucht wird auch mit Stimmung aufhellendem Selbstschenkverhalten in Verbindung gebracht, das Kaufsüchtige häufig zeigen.¹² Selbstgeschenke haben therapeutische Zwecke. Sie verhelfen kurzfristig zu positiven Gefühlen, schützen und stützen Selbstwert und Selbstkonzept und bieten die Möglichkeit zum persönlichen Kontakt, der den Süchtigen häufig fehlt. Dass die Betroffenen die in der Kaufsituation hergestellten Sozialkontakte in der Regel genießen, wurde verschiedentlich gezeigt.¹³ Obwohl auch hier mittel- und langfristig negative Konsequenzen auftreten wie Distress und Schamgefühle, beschenken sich Kaufsüchtige weiterhin, weil zum einen der kurzfristige emotionale „Lift“ die späteren negativen Gefühle überwiegt und weil zum anderen insgesamt die Fähigkeit absinkt, zu widerstehen.

Jenseits individueller Sozialisierungserfahrungen wird die Entwicklung der Kaufsucht auch durch die Bedingungen und Möglichkeiten einer modernen *Konsumgesellschaft* beeinflusst. Kaufen und Konsumieren spielen hier eine zentrale ökonomische, soziale, psychologische und kulturelle Rolle. Jenseits der unmittelbaren Bedarfsdeckung hat das Konsumieren wichtige symbolische Funktionen, die in die Kategorien Positions-, Kompetenz-, Expressions-, Hedonismus- und Kompensationsfunktion eingeteilt werden können.¹⁴ Kaufsucht enthält Elemente aller fünf Funktionen, wobei insbesondere die Kompensationsfunktion im Mittelpunkt steht. Konsum ist Abbild und Voraussetzung sozialer Teilhabe und ist stark symbolisch überhöht. Kaufen symbolisiert Belohnung, Größe, Selbstständigkeit, Fülle und Sicherheit. Es ist der Bereich, den die Gesellschaft ihren Mitgliedern von Kindesbeinen an als zentralen Übungsplatz für selbstständiges Handeln bietet. Der „heimliche Lehrplan“ der Werbung und Medien erzieht dazu, sich etwas zu gönnen, durch Güter zu kompensieren und Defizite durch den Problemlöser Produkt zu überdecken. Dass diese „Pseudotherapie“ nicht gelingen kann, ist den Betroffenen zwar im Grunde bewusst; da sie jedoch kurzfristig Erleichterung verschafft, ist sie ein verführerisch einfaches und zuverlässig wirksames Mittel der kurzfristigen Problembewältigung in Form einer Fluchtburg.

12 Vgl. z. B. Thomas C. O'Guinn/Ronald J. Faber, *Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration*, in: *Journal of Consumer Research*, 16 (1989), S. 147–157.

13 Vgl. z. B. Susan L. McElroy u. a., *Treatment of Compulsive Shopping with Antidepressants: A Report of Three Cases*, in: *Annals of Clinical Psychiatry*, 3 (1991), S. 199–204.

14 Vgl. Lucia A. Reisch, „Symbols for Sale“: Funktionen des symbolischen Konsums, in: *Leviathan – Zeitschrift für Sozialwissenschaft*, Sonderheft, 21 (2002), S. 226–248.

Unter den Bedingungen einer postmodernen Konsumgesellschaft werden neben der symbolischen Überhöhung des Konsums weitere Einflüsse wirksam: Die zunehmende Komplexität des Konsums und seine Ästhetisierung, die zunehmende Nutzung von Konsumentenkrediten und virtuellen Zahlungsmöglichkeiten, der steigende Werbe- und Druck und die zunehmende allgemeine Verunsicherung der Konsumenten sind das Umfeld, in dem sich Kaufsucht entwickeln kann.

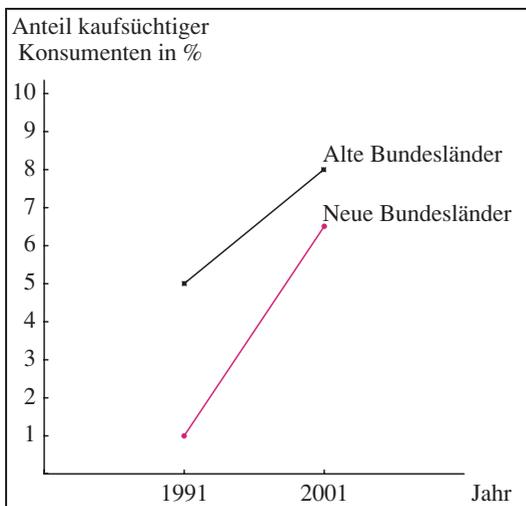
Besondere Bedeutung für die Konsumkultur hat in diesem Zusammenhang die deutsche Wiedervereinigung. Die DDR-Gesellschaft verstand sich nie als *Konsum-*, sondern sah sich auf dem Weg zur *Kulturgesellschaft*. Insofern sie Konsumgesellschaft war, war sie eine eng auf Gebrauchswerte hin orientierte Gesellschaft. Das Verhältnis beider deutschen Gesellschaften zueinander lässt sich in Kategorien wie Tradition versus Moderne, Mangel versus Überfluss, Egalität versus Individualisierung, Standardisierung versus Pluralität von Lebensstilen, Plan versus Markt, Versorgung und Bedarfsdeckung versus Konsum und Shopping charakterisieren.

Kennzeichnend für die DDR war der Anspruch einer paternalistischen, am Versorgungsanspruch der Partei orientierten Konsumpolitik, die sich in dem seit den sechziger Jahren unternommenen Versuch manifestierte, erzieherisch auf den Geschmack und die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger einzuwirken. Grundlegend war dabei die Idee der Planbarkeit und Formbarkeit menschlicher Bedürfnisse. Konsumpraktisch zeigte sich die Versorgungssituation in der Weise, dass man kaufte, wenn es etwas gab, und nicht, wenn man etwas benötigte oder das Bedürfnis hatte zu kaufen.

Eine Modernisierung der Konsumkultur vollzog sich allenfalls im Hintergrund. Die Folie bildeten Enklaven westlicher Konsumkultur, die über das Westfernsehen, Weihnachtspakete aus dem Westen sowie marktfähige Verteilungsformen wie Intershops geschaffen wurden. Aufgrund dieser „Kolonialisierung“ der ostdeutschen Lebenswelt durch Informationskanäle, Warentransfers und werberelevante Sozialtechniken waren DDR-Konsumenten nie vollständig von westlichen Konsumzusammenhängen abgeschnitten.

Der „Bedürfnisimport“ aus dem Westen, die Erzeugung von auf breiter Basis noch nicht erfüllbaren Begehrliehkeiten im konsumtiven Bereich begünstigte die Assimilation der ostdeutschen an die westdeutsche Konsumkultur. Anzunehmen ist, dass nicht alleine die wohlfahrtsrelevanten

Abbildung: Entwicklung der Tendenz zur Kaufsucht: Prozentuale Veränderungen des Anteils der Betroffenen im Jahre 2001 gegenüber 1991



Quelle: Eigene Darstellung.

Aspekte der Konsumfreiheit, sondern auch die Schattenseiten der westlichen Konsumkultur, etwa die warengebundenen Kompensationsmuster und -strategien, assimiliert worden sind.

Verbreitung und Entwicklung

Die im Oktober 1991 in Deutschland durchgeführte bevölkerungsrepräsentative Studie hatte gezeigt, dass ca. fünf Prozent der erwachsenen Bevölkerung in den westdeutschen und nur ca. ein Prozent der Bevölkerung in den ostdeutschen Bundesländern als „stark kaufsuchtgefährdet“ bezeichnet werden mussten. Noch „deutlich kaufsuchtgefährdet“ waren 20 Prozent (westdeutsche Bundesländer) bzw. 13 Prozent (ostdeutsche Bundesländer). Der Kaufsuchtindikator ersetzt keine psychologische Diagnose. In jedem Falle aber eignet sich das Messinstrument dazu, Tendenzen eines unkontrollierten und übermäßigen Kaufverhaltens, das sich vom Bedarf der Konsumenten weitgehend gelöst hat, aufzudecken und genauer einzuschätzen. Ein Jahrzehnt später, im Oktober 2001, hat sich die Situation deutlich verändert: Die Tendenz zum süchtigen Kaufen in Deutschland hat in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen. Dies gilt vor allem für die neuen Bundesländer, in denen sich die Situation der in den alten

Ländern weitgehend angeglichen hat und sich die Anzahl der Kaufsuchtgefährdeten mehr als sechsfach hat (vgl. die *Abbildung*).

Besonders betroffen sind die ostdeutschen Konsumentinnen. Offensichtlich haben die Konsumenten in den neuen Bundesländern mittlerweile die Konsummuster und Kompensationsstrategien von den Konsumenten der alten Bundesrepublik übernommen, die westliche Konsumkultur hat die östliche weitgehend verdrängt.

Die im Jahr 2001 durchgeführte Wiederholungsstudie bestätigte eine Reihe von Ergebnissen der ersten Studie von 1991 hinsichtlich des Zusammenhangs der Kaufsucht mit mehreren soziodemographischen Merkmalen. So scheinen grundsätzlich alle Einkommens- und Bildungsschichten von Kaufsucht betroffen zu sein. Allerdings zeichnete sich in der 2001 durchgeführten Studie ein interpretationsbedürftiger Trend ab, wonach die höchsten Kaufsuchtwerte bei Personen mit mittlerer bis guter Bildung sowie bei Personen mit niedrigem Einkommen liegen. Wie schon 1991 waren auch 2001 jüngere Konsumenten etwas stärker kaufsuchtgefährdet als ältere, Frauen stärker als Männer.

Gegenstand der Untersuchung war auch die Frage, inwieweit die Möglichkeiten des Internets die Verbreitung der Kaufsucht beeinflussen. Die Studie ergab, dass Internetnutzung und Kaufsuchttendenz zueinander in einem positiven Zusammenhang stehen. Aufgrund der geringen Fallzahl sollte dieser Befund jedoch als vorläufiger Hinweis betrachtet werden. Dasselbe gilt für die Tendenz kaufsuchtgefährdeter Investoren zu risikoreichen Geldanlagen.

Therapieansätze

Die vorliegende Selbsthilfeliteratur nennt eine Reihe von Maßnahmen, mit denen man kurzfristig den Kaufdrang bremsen kann, die jedoch keine therapeutische und damit längerfristige Wirkung haben.¹⁵ Da auch die Formen, in denen Kaufsucht auftritt, sehr unterschiedlich sind, lassen sich hier nur allgemeine Hinweise formulieren. Zu diesen „Sofortmaßnahmen“ gehören:

- Rückgabe von Kredit- und Kundenkarten und Bargeldzahlung;

¹⁵ Vgl. Ellen M. Catalano/Nina Sonenberg, *Consuming Passions. Help for Compulsive Shoppers*, Oakland, Cal. 1993.

- durch Selbstbeobachtung herausfinden, auf welche Reize bzw. Situationen man mit Kaufen reagiert, und sich diese bewusst machen;
- Zeiten des Schlussverkaufs oder des saisonalen Hochkonsums (z. B. Vorweihnachtszeit) sowie Ausverkäufe meiden;
- alle Bestände an Kleidung (oder je nach Fokussierung der Sucht auch Sportgeräte, Accessoires etc.) inventarisieren und diese Liste beim Einkaufen bei sich tragen;
- „Dekontextualisierung“ der Güter, indem beispielsweise mehrere davon zur Auswahl mit nach Hause genommen werden und auf diese Weise außerhalb der verführerischen Kaufatmosphäre „entzaubert“ werden;
- Formen regelmäßiger Haushaltsbuchführung einführen (z. B. selbstgestaltetes Haushaltsbuch, Einnahmen- und Ausgabenerfassung, Finanzbuchhaltung).¹⁶

Diese praktischen Maßnahmen ersetzen nicht ein langfristiges Bemühen, sich aktiv mit seiner Situation auseinander zu setzen. Wer sich seine Sucht eingesteht, der hat bereits den ersten Schritt getan. Weitere Schritte sind dann Gespräche mit einer Vertrauensperson, die Unterstützung bei der Überwindung der Sucht geben kann. Als hilfreich werden auch begleitende Selbsthilfegruppen und Betroffenen-Netzwerke empfunden, die sich in manchen größeren Städten gebildet haben. Zur Unterstützung finanzieller Konsequenzen der Kaufsucht stehen Schuldnerberatungen zur Verfügung. Mittelfristig geht es dann auch darum, die

¹⁶ Vgl. M. Neuner (Anm. 7).

eigene Konsumkompetenz zu verbessern. Dazu gehört vor allem die Fähigkeit zur Reflexion des Bedarfs im Sinne der Frage: „Brauche ich dieses Produkt wirklich?“

Mittlerweile gibt es Erfahrungen mit unterschiedlichen Therapieansätzen.¹⁷ Während in den USA die Pharmakotherapie eine wichtige Rolle spielt,¹⁸ überwiegt in Deutschland die verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung von Kaufsucht.¹⁹ Bei derzeit laufenden Studien an der Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg sowie an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf werden verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte zur Kaufsuchtbehandlung entwickelt und getestet. Erste Ergebnisse werden für Herbst 2004 erwartet.

Internetadressen:

Für Fallbeispiele, weitere Literaturhinweise und Kontaktadressen vgl. die Homepage der Forschungsgruppe www.kaufsucht.org

¹⁷ Vgl. April Lane Benson (Hrsg.), *I Shop, Therefore I am: Compulsive Buying and the Search for Self*, Northvale, N. J. 2000; Astrid Müller u. a., *Pathologisches Kaufen – Eine Literaturübersicht*, Erlangen (i. E.).

¹⁸ Vgl. Donald W. Black/Patrick Monahan/Janelle Gabel, *Fluvoxamine in the Treatment of Compulsive Buying*, in: *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1997) 4, S. 159–163; vgl. auch S. L. McElroy u. a. (Anm. 13).

¹⁹ Vgl. Achim Bongers, *Fallbeschreibung einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung von Kaufsucht*, in: Stefan Poppelreuter/Werner Gross (Hrsg.), *Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten*, Weinheim 2000, S. 165–180.

Magersucht und andere Essstörungen

Magersucht (*Anorexia nervosa*) wird aus medizinischer Sicht zu den Essstörungen gerechnet. Dazu gehören auch die Ess-Brech-Sucht (*Bulimia nervosa*) und die Esssucht (*Binge Eating Disorder*). Obwohl alle drei Formen der Essstörungen in der deutschen Benennung jeweils als Sucht bezeichnet werden, zählen sie nach medizinischen Kriterien, etwa den diagnostischen Leitlinien, nicht zu den eigentlichen Süchten, auch nicht zu den abnormen Gewohnheiten.

Essstörungen sind Krankheiten. Ihre jeweils kennzeichnenden Symptome sind in den international gebräuchlichen Verzeichnissen der Krankheiten (*International Classification of Diseases, ICD*) oder der psychischen Störungen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), im Detail etwas unterschiedlich, festgelegt.

Die Magersucht ist charakterisiert durch ein abnorm niedriges Körpergewicht, das entweder um 15 Prozent unter dem zu erwartenden Gewicht liegt oder einem BMI (*Body Mass Index*; Kilogramm geteilt durch Körpergröße in Metern im Quadrat) von 17,5 oder weniger entspricht. Der Gewichtsverlust wurde selbst herbeigeführt, entweder durch stark reduzierte Energiezufuhr, durch erhebliche Steigerung Energie verbrauchender körperlicher Aktivitäten oder durch Missbrauch von abführenden oder entwässernden Medikamenten. Dazu kommt eine krankhafte Angst, „dick“ zu werden, und eine krankhaft verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers, eine so genannte Körperschemastörung, die sich nicht selten auf einzelne Regionen, beispielsweise Bauch oder Oberschenkel, beziehen kann.

Kennzeichnend für die Bulimie („Stierhunger“) sind Heißhunger- oder Essattacken, von den Betroffenen meist als „Fressanfall“ bezeichnet, bei denen in kurzer Zeit große Mengen an Nahrungsmitteln verschlungen werden. Im DSM-IV (DSM, 4. Version) gibt es zeitliche Angaben über die Häufigkeit derartiger Attacken wie „3 Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche“. Ein weiteres diagnostisches Merkmal der Bulimie ist der Versuch, der dick machenden Wirkung der zu viel genossenen Nahrung durch verschiedene so genannte kompensatorische Maßnahmen entgegenzutreten: selbstinduziertes Er-

brechen, Missbrauch von Abführmitteln oder entwässernden Substanzen, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.

Sowohl für Magersucht als auch für Bulimie hat die *American Psychiatric Association (APA)* 1994 als ein diagnostisches Kriterium den „übertriebenen Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung“ in das DSM IV¹ eingeführt. Diese Abhängigkeit der eigenen Wertschätzung der Betroffenen von Aussehen und Figur hat es in früheren Versionen nicht gegeben und ist im DSM-IV eindeutiger formuliert als im *International Classification of Diseases, 10. Version (ICD-10)*.²

Für die Esssucht (*Binge Eating Disorder, BED*) sind bisher nur im DSM-IV so genannte Forschungskriterien festgelegt; im ICD-10 kann sie unter den so genannten „Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen“ (NNB) eingeordnet werden. Den Merkmalen nach ist die BED der Bulimie ähnlich. Auch hier treten Heißhungerattacken auf, jedoch werden von den Betroffenen keine kompensatorischen Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme unternommen. Bei der Esssucht kommt es somit allmählich zu einem Übergewicht; als Diagnosekriterium gefordert wird eine erhebliche psychische Belastung wegen des eigenen Essverhaltens. Diese Form der Essstörung wird vermutlich häufiger werden. Über die Abgrenzung zur Bulimie und den Stellenwert der Esssucht innerhalb der Essstörungen wird noch diskutiert.³

Magersucht, Bulimie und Esssucht können im Lauf der Zeit ineinander übergehen. Bei der Magersucht gibt es zwei Typen, je nachdem, ob außer Hungern und exzessiver Bewegung (so genannter restriktiver oder asketischer Typ) noch andere kompensatorische Maßnahmen eingesetzt

1 Vgl. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, Göttingen–Bern–Toronto–Seattle 1996 (Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß/H.U. Wittchen/M. Zaudig).

2 Vgl. H. Dilling/W. Mombour/M.H. Schmidt (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, Kapitel V), Bern 1993.

3 Vgl. M.J. Devlin/J.A. Goldfein/I. Dobrow, What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology, in: *International Journal Eat Disord*, 34 (2003), S. 2–8.

werden (*binge-purging-* oder *bulimischer Typ*). Mehr als die Hälfte der „asketischen“ Magersüchtigen durchbrechen das restriktive Verhalten; die Betroffenen essen gelegentlich und dann immer häufiger viel mehr, als sie sich ursprünglich erlaubt haben, und versuchen dann, einer drohenden Gewichtszunahme entgegenzusteuern. Aus einer Magersucht vom asketischen Typ wird so eine Magersucht vom bulimischen oder *binge-purging-Typ*. Überschreitet eine Magersüchtige oder ein Magersüchtiger die BMI-Grenze von 17,5 nach oben, treffen die diagnostischen Kriterien einer *Bulimia nervosa* zu. Ebenso kann sich ausgehend von einer Esssucht oder einem Übergewicht zunächst ohne begleitende psychische Störungen eine Magersucht entwickeln. Auch bei Essstörungen ist es also sehr wichtig, eine genaue Anamnese über die Entwicklung der Krankheit über die Zeit zu erheben.

Epidemiologische Daten und Verlauf

Essstörungen sind Krankheiten, die hauptsächlich im Jugendalter beginnen. Magersucht manifestiert sich am häufigsten um das 14. Lebensjahr, die Bulimie etwa ein bis zwei Jahre später; über die *Binge Eating Disorder* gibt es noch keine ausreichenden Daten über Krankheitsbeginn und Häufigkeiten.

Von allen Essstörungen sind überwiegend Mädchen und junge Frauen betroffen; Männer erkranken seltener an Essstörungen. Bei Magersucht beträgt das Verhältnis etwa eins zu zehn. Die Prävalenz der Magersucht wird mit ungefähr einem Prozent in der hauptsächlich betroffenen Altersgruppe von 12 bis 25 Jahren angegeben, die der Bulimie mit ungefähr vier Prozent.

Übersichten über Verlaufsstudien sowohl von *Anorexia nervosa*⁴ als auch von *Bulimia nervosa*⁵ ergeben eine hohe Variabilität der Ergebnisse. Als grobe Orientierung gilt bei Magersucht, dass etwa zwei Drittel der Betroffenen ihre Krankheit überwinden oder soweit gebessert werden, dass sie mit ihrem Leben zurechtkommen; der Rest nimmt einen chronischen Verlauf oder stirbt im Zusammenhang mit der Magersucht. Bei Bulimie werden bis etwa 70 Prozent teilweise oder vollständige

4 Vgl. H.C. Steinhausen, The outcome of anorexia nervosa in the 20th century, in: American Journal of Psychiatry, 159 (2002) 8, S. 1284–1293.

5 Vgl. N. Quadflieg/M.M. Fichter MM, The course and outcome of bulimia nervosa. Europ Child Adolescent, in: Psychiatry, 12 (2003) [Suppl. 1], S. 99–109.

Remissionen (Heilungen) berichtet,⁶ bezogen auf die Diagnose einer Essstörung.

Bei der Beurteilung des Krankheitsverlaufes ist aber zu berücksichtigen, dass Essstörungen nicht selten von anderen psychischen Krankheiten begleitet werden wie affektive Störungen, Zwangskrankheiten, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen. Diese begleitenden psychischen Krankheiten können die Essstörung überdauern und das Leben der Betroffenen erheblich beeinträchtigen, auch wenn die Essstörung „geheilt“ wurde.

Wir vermeiden den Begriff Heilung im Zusammenhang mit Essstörungen. Bei einzelnen Patientinnen haben wir immer wieder erlebt, dass – auch nach jahrelanger Symptombefreiheit – ausgelöst durch eine schwere Krise oder ein erhebliches seelisches Trauma (z.B. Tod eines Kindes) nahezu schlagartig ein Rückfall in vertraute anorektische oder bulimische Verhaltensweisen provoziert wird. Zwar ist rasche Hilfe möglich, wenn ein guter Kontakt zu einer therapeutischen Institution besteht; wir meinen, dass derartige Beobachtungen für eine vermutlich lebenslange potenzielle Gefährdung sprechen, und wir sehen Parallelen zu einer bleibenden Gefährdung eines Rückfalles nach einer überwundenen Abhängigkeit von Alkohol oder Nikotin.

Der Verlauf der Essstörungen kann durch zum Teil lebensbedrohliche medizinische Komplikationen beeinträchtigt werden. Magersüchtige sind stärker gefährdet als bulimisch Kranke. Es können nahezu alle Organsysteme betroffen werden, wenn auch in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Die Komplikationen reichen von akut auftretenden, bedrohlichen Symptomen wie Herzrhythmusstörungen bis zu langfristigen Störungen wie z.B. Osteoporose bei Magersucht oder die Entwicklung eines Bluthochdruckes als Folge des Übergewichtes bei einer Esssucht.

Ursachen der Essstörungen

Den Essstörungen liegt, wie auch anderen psychischen Krankheiten, eine komplexe Wechselwirkung zwischen biologischen, psychosozialen und soziokulturellen Faktoren zugrunde. Wir nehmen eine genetisch vermittelte Krankheitsdisposition an. Angehörige eines Familienmitgliedes mit *Anorexia nervosa* oder *Bulimia nervosa* haben ein

6 Vgl. ebd.

erhöhtes Risiko, eine Essstörung zu entwickeln.⁷ Vorstellbar sind Abweichungen in der biologischen Regulation des Hunger- und Sättigungsverhaltens bei Essgestörten. Ohne Zweifel werden Ergebnisse der aktuellen biologischen Forschung unsere Kenntnisse über einige Verhaltensweisen und Symptome von Essgestörten vermehren, wie etwa den Zusammenhang zwischen neurobiologischen Faktoren und dem merkwürdigen Bewegungsdrang vieler Magersüchtiger, der schon den Ärzten Ende des 19. Jahrhunderts aufgefallen ist.⁸

Es gibt Risikofaktoren, die in der Persönlichkeit der Betroffenen liegen: Später Essgestörte haben als Kinder ein vermindertes Selbstwertgefühl, was aber keineswegs spezifisch ist für Essstörungen. Später Magersüchtige gelten schon als Kinder als sehr angepasst, folgsam, mit einem großen Bedürfnis nach Harmonie, dazu sind sie sehr leistungsorientiert mit einem Hang zur Perfektion. Von ihren Müttern werden sie nicht selten als sehr anstellige, verständige, zuverlässige „Musterkinder“ geschildert. Aus therapeutischer Sicht verhalten sich nicht wenige später Magersüchtige schon früh erwartungsgerecht mit dem Wunsch nach Anerkennung und Liebe. Bulimisch Kranken wird bereits in ihrer Kindheit eine erhöhte Neigung zu impulsiven Handlungen zugeschrieben.

Die Familien Essgestörter spielen für die Erkrankung einer Tochter oder eines Sohnes eine wichtige Rolle. Die Vielfalt krankheitsauslösender oder -unterhaltender Interaktionsmuster wird weit mehr in langjähriger therapeutischer Erfahrung deutlich als in wissenschaftlichen Studien. Aus der Beschreibung von Betroffenen entstehen Bilder von nach außen intakten, sehr harmonischen, meist besonders leistungsorientierten Familien, die im Inneren kaum Individualität und Emotionalität zulassen. Es gibt aber mit Sicherheit keine bestimmte Familienstruktur und auch keine Form der Eltern-Kind-Beziehung, welche von vornherein für die Entstehung einer Magersucht oder einer Bulimie verantwortlich gemacht werden könnte. Vor dem Hintergrund des komplizierten Zusammenwirkens der verschiedensten ursächlichen Risikofaktoren ist auch die immer wieder von Angehörigen provozierte Frage einer Schuld-

zuweisung nicht hilfreich, sie ist überflüssig und vor allem nicht konstruktiv.

Gesellschaftliche Einflüsse

Die Bezeichnung *Anorexia nervosa* geht vermutlich auf eine Publikation des Londoner Internisten Sir William Gull aus dem Jahr 1874 zurück. Anfang 1888 hat derselbe Autor die Krankengeschichte eines 14-jährigen magersüchtigen Mädchens in der Zeitschrift „The Lancet“ veröffentlicht. In einem ausführlichen Leserbrief dazu hat der Londoner Arzt W. S. Playfair in derselben Zeitschrift am 28. April 1888 folgendes festgestellt: „Ich habe viele Beispiele von jungen Mädchen gesehen, bei denen die Anorexie Folge belastender Studien für irgendwelche höheren Examina für Frauen war, wie sie jetzt so in Mode sind.“ Playfairs Erklärung der Magersucht umschreiben wir heute als Leistungsdruck.

Die Verpflichtung zu Höchstleistungen dient immer wieder als Erklärungsversuch für einen rätselhaften Krankheitsprozess, wenn in den Medien über die Erkrankung oder gar den Tod eines prominenten Mitgliedes unserer Gesellschaft berichtet wird. Hinzu kommt etwa seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts ein schlankes Schönheitsideal, dem sich vor allem Mädchen und junge Frauen verpflichtet fühlen. So gibt es unzählige Schlangheitskuren und Diäten, Verheißungen für Traumfiguren und ein reichhaltiges Angebot an Nahrungsmitteln mit einer aufgedruckten Unbedenklichkeitserklärung in Bezug auf eine Gewichtszunahme. Doch die Erfolge aller Bemühungen um eine schlanke Figur sind insgesamt wenig ermutigend, und es mehren sich auch in unserem Land die Hinweise auf eine Verschiebung der Figur in Richtung Übergewicht. Deshalb werden in unzähligen Familien regelmäßig im Frühjahr oder aus gegebenem Anlass wie dem des Beginns der Badesaison Diäten und Schlangheitskuren wiederholt. Da Kinder sich in ihrem Essverhalten zuallererst nach ihren Müttern richten, ist es kein Wunder, dass – wie wir aus der wissenschaftlichen Literatur und eigenen Untersuchungen wissen – schon 10-Jährige zu einem hohen Prozentsatz unzufrieden mit ihrer Figur sind. Etwa ein Drittel der Mädchen und Jungen haben in diesem Alter bereits etwas unternommen, um abzunehmen, das heißt gehungert, willentlich erbrochen oder extrem viel Sport getrieben. Natürlich werden nicht alle diese Kinder später magersüchtig oder erkranken an einer

7 Vgl. L.R. Lilenfeld/W.H. Kaye u. a., A controlled family study of anorexia nervosa und bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity, in: Archiv General Psychiatry, 55 (1998) 7, S. 603–610.

8 Vgl. J. Hebebrand/C. Exner u. a., Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia, in: Physiological Behavior, 79 (2003) 1, S. 25–37.

Bulimie. Aber die übertriebene Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen und der eigenen Figur gilt in der wissenschaftlichen Literatur als ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung. Es bedarf nur wenig Phantasie, sich vorzustellen, dass ein selbstunsicheres Mädchen ihre erfolgreiche Methode abzunehmen – und dabei womöglich noch hervorragende Leistungen zu erbringen – als einen geheimen Schlüssel zum Glück empfinden muss, zumal dann, wenn Angehörige und Freundinnen in ihrer nächsten Umgebung im gleichen Bemühen wenig erfolgreich sind und sie deshalb Beifall und Bewunderung von Eltern, Geschwistern oder Freunden erntet.

Das schlanke Schönheitsideal in der westlich geprägten Welt, verbunden mit einer ideologisierten Verpflichtung zu Fitness, ist der wichtigste soziokulturelle Faktor für die Entstehung von Essstörungen. In vielen Bereichen in unserer Gesellschaft scheint die Vorgabe einer schlanken, mageren Figur durch die Modells auf fruchtbaren Boden zu fallen: nicht zuletzt in der Werbung und natürlich in der Mode. In einer breit angelegte Initiative der spanischen Regierung zur Erforschung, Behandlung und Prävention von Essstörungen werden u. a. auch Modedesigner, Hersteller von Konfektionskleidung und Verbände von Berufsmodells einbezogen.

Die Rolle, die dem modernen Schlankheitsideal für die Entstehung der Essstörungen heute zugeschrieben wird, führt zu der Frage, ob die Häufigkeit der Essstörungen in den letzten 50 Jahren zugenommen hat. Anhand einer umfangreichen Metaanalyse der wichtigsten im 20. Jahrhundert publizierten Inzidenzraten kommen P. Keel und P. Klump zu unterschiedlichen Ergebnissen für Anorexia nervosa und Bulimie:⁹ Die Autorinnen fanden einen mäßigen Anstieg der Inzidenz für Anorexia in den letzten 50 Jahren, aber eine deutliche Zunahme der Häufigkeit von *Bulimia nervosa*. Unter Einbeziehung historischer Betrachtungen und von transkulturellen Studienergebnissen kommen sie zu folgendem Ergebnis: Für das Auftreten der *Anorexia nervosa* gibt es frühe historische Belege. Sie kommt auch in Kulturen ohne westlichen Einfluss, das heißt ohne ein entsprechendes Schönheitsideal, vor und hat in der Ära des Figurbewusstseins nur gering an Häufigkeit zugenommen. Hingegen hat die *Bulimia nervosa* in den letzten Jahrzehnten deutlich an Häufigkeit zugenommen; sie kommt in Völkern außerhalb eines

westlichen Einflusses kaum vor, und es gibt auch keine historischen Belege für diese Krankheit. Die Autorinnen folgern: Die *Bulimia nervosa* ist ein kulturgebundenes Syndrom, nicht aber die *Anorexia nervosa*. Für die Entstehung der Anorexia ist nämlich nach Meinung der Autorinnen ein abnormes Figurbewusstsein nicht notwendig, wohl aber für die Entwicklung einer Bulimie – vor dem Hintergrund eines überreichlichen Nahrungsangebotes und der Verfügbarkeit kompensatorischer Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme. Unser schlankes Schönheitsideal ist also als soziokultureller Faktor in unserer Zeit für die Entstehung einer *Bulimia nervosa* besonders wirksam, aber von geringem Einfluss bei der *Anorexia nervosa*.

Eine unterschiedliche Meinung vertreten E. G. Liles und S. C. Wood:¹⁰ Sie kommen nach eingehender Beschäftigung mit historischen Aspekten zu dem Schluss, die *Anorexia nervosa* sei kulturgebunden, weil Magersüchtige unter bestimmten ökonomischen und sozialen Umständen durch ihre Nahrungsverweigerung Kontrolle, Aufmerksamkeit und Respekt ihrer Umgebung gewinnen können. Auch Walter Vandereycken, Ron van Deth und Rolf Meermann bezeichnen das „Selbstaushungern“ in seiner geschichtlichen Dimension als ein kulturabhängiges Syndrom, geprägt durch die kulturelle Verschiedenheit der Epochen.¹¹ Die Fastenheiligen, Wundermädchen oder Hungerkünstler, von denen in ihrer Kulturgeschichte der Essstörungen die Rede ist, sind für die Autoren keine Belege für das frühe Vorkommen der heutigen Krankheit Magersucht. Gerade das Selbstwertgefühl in Abhängigkeit von Aussehen und Figur, also dem Schönheitsideal unserer Zeit, das seit 1994 ein diagnostisches Kriterium für Magersucht darstellt, lässt sich nach Meinung der Autoren auf das Leben mittelalterlicher Heiliger oder anderer historischer Magersüchtiger nicht übertragen.

In der gegenwärtigen Forschung scheint die Rolle gesellschaftlicher Einflüsse thematisch etwas an Bedeutung zu verlieren zugunsten neurobiologischer und vor allem genetischer Untersuchungen.¹² Unabhängig davon wünschen wir uns in der

9 Vgl. P. M. Keel/K. L. Klump, Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology, in: *Psychological Bulletin*, 129 (2003), S. 747–769.

10 Vgl. E. G. Liles/S. C. Woods, Anorexia nervosa as viable behaviour: extreme self-deprivation in historical context, in: *History of Psychiatry*, (1999), S. 205–225.

11 Vgl. W. Vandereycken/R. van Deth/R. Meermann, Wundermädchen, Hungerkünstler, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-Störungen, Weinheim–Basel–Berlin 2003.

12 Vgl. U. Schmidt, Aetiology of eating disorders in the 21. century. New answers to old questions. *Europ Child Adolescent*, in: *Psychiatry*, 12 (2003) [Suppl. 1], S. 30–37.

Gesellschaft eine zunehmende Wahrnehmung der Tatsache, dass es sich bei den Essstörungen um ernste, potenziell lebensbedrohliche Krankheiten vorwiegend junger Menschen handelt und nicht um einen Schlankheitstick oder eine pubertäre Marotte, wie der Name Pubertätsmagersucht suggerieren kann. Erstaunlich viele am Krankheitsgeschehen Beteiligte favorisieren noch immer diese Vorstellungen.

Die Meinung der Betroffenen

Magersüchtige und bulimisch Kranke setzen sich nicht mit historischen oder epidemiologischen Daten oder Theorien zur Krankheitsentstehung auseinander. Sie sind mit sich und ihrer Ideologie sowie ihren zwanghaften Gedanken vollauf beschäftigt. Die meisten unserer Patientinnen erinnern sich, wie die Essstörung begonnen hat. Sie berichten von einem belanglosen Vorfall, einer Hänselei, einer väterlichen Bemerkung über die körperliche Entwicklung der Tochter. Auslöser – nicht Ursache! – können aber auch gravierende Ereignisse sein, der Verlust einer nahen Bezugsperson, die drohende Scheidung der Eltern oder die Angst vor künftigen Anforderungen. Vor dem Hintergrund eines krankhaft überhöhten Leistungsanspruches („Nur die beste Eins in der Klasse hat gezählt . . .“) und einer starken Außenorientierung werden anstehende Entscheidungen zu einem schier unüberwindlichen Hindernis. Die freiwillige Leistung, an Gewicht abzunehmen, wird zu einem an der Waage ablesbaren Erfolgserlebnis, und allmählich treten reale Probleme in den Hintergrund, verlieren an Bedeutung vor der für Magersüchtige existenziellen Frage: Wieviel habe ich abgenommen, was muss ich tun, um noch mehr Kalorien zu verbrauchen? Eine sich entwickelnde Essstörung übernimmt eine existenzielle Funktion im Leben des betroffenen Individuums. Magersucht schützt in ihrem Erleben vor den täglichen Widrigkeiten und verleiht Macht über diejenigen, die sich zunehmend Sorgen machen. Heißhungerattacken werden zu einem Ventil für aufgestaute Gier nach Genüssen, die sie sich lange verboten haben, ein Mittel zur vorübergehenden Betäubung nach Frustrationen, Kränkungen und Verletzungen. Über mehr oder weniger lange Zeit erhöhen Essstörungen das Selbstwertgefühl, und die Betroffenen sind davon überzeugt, freiwillig zu handeln. Sie glauben auch fest daran, ihr abnormes Essverhalten, ihre exzessiven sportlichen Betätigungen, ihren abnorm großen Verbrauch an Medi-

kamenten zum Abführen und Entwässern jederzeit von heute auf morgen beenden zu können. Natürlich erinnert das an die Einstellung vieler Süchtiger, gleich welcher Art. Und doch wissen nicht wenige Essgestörte, dass sie die freie Entscheidung über das eigene Verhalten längst verloren haben, dass sie so handeln müssen, auch wenn es schon lange nicht mehr um eine ideale Figur geht und „gutes“ Aussehen und obwohl ihr Verhalten sie allmählich in Vereinsamung führt, alle Freunde verschreckt und verprellt sind, wenn Depression und körperliche Beschwerden zunehmen. Auch in diesem Stadium besteht eine hohe Ambivalenz gegenüber therapeutischen Angeboten. Die Furcht, etwas inzwischen Vertrautes hergeben zu müssen ist groß, und die Essstörung wird von einigen regelrecht personifiziert, als eine Art Partner beschrieben, der sie umwirbt, lobt oder beschimpft, sollten sie in einem schwachen Moment Abstriche vom täglichen Leistungsprogramm erwägen oder gar den Ekelgefühlen nachgeben und eine Behandlung anstreben.

Je länger eine Essstörung besteht, desto schwieriger ist es, die Betroffenen zu einer Behandlung zu motivieren. Sie sagen, den Zeitpunkt für eine Behandlung bestimmten nur sie alleine. So kann der plötzliche Entschluss, sich in eine Therapie zu begeben, auf unbestimmte Zeit verschoben werden, weil die Telefonnummer der empfohlenen therapeutischen Institution beim ersten Wählen belegt war. Mit extrem niedriger Frustrationstoleranz liegen sie auf der Lauer, um den geringsten Grund zu nutzen, eine Therapie nicht machen zu können. Essgestörte sind wahrlich schwierig im Umgang.

Therapeutische Möglichkeiten

Essstörungen sind, was ihre Behandlung betrifft, aufwendige Krankheiten.¹³ Ihr Verlauf ist selten geradlinig, Therapien müssen oft wiederholt werden. Gründe dafür sind nicht nur die lange Krankheitsverleugnung der Betroffenen und ihre oft ungenügende Motivation, sich behandeln zu lassen. Auch die Bereitschaft zu einer Psychotherapie ist nicht sehr groß, wie wir aus jahrelanger Beratungstätigkeit wissen, weder bei den Betroffenen noch ihren Angehörigen. Zudem fehlt es außerhalb der Ballungsräume an geeigneten Behand-

¹³ Vgl. W. S. Agras, The consequences and costs of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2001), S. 371–379.

lungsplätzen, ganz besonders für jugendliche Patientinnen und Patienten. Auch mangelt es, nicht zuletzt aus ungeklärten Kostenfragen, an einer organisierten Nachsorge.

Psychotherapie ist die Methode der Wahl für die Behandlung von Essstörungen. Angeboten wird eine breite Palette verschiedener Methoden. Nach unserer Überzeugung hat sich die kognitive Verhaltenstherapie am besten bewährt. Therapien können ambulant, teilstationär oder vollstationär durchgeführt werden. Bei starkem Untergewicht, gravierenden medizinischen Komplikationen, bei mehrmals täglichen Heißhungeranfällen oder bei gescheiterten Vorbehandlungen sind intensive, meist stationäre Behandlungen unerlässlich.

Bei *Anorexia nervosa* haben Behandlungsversuche mit Psychopharmaka zu keinen befriedigenden Ergebnissen geführt; für die Behandlung der *Bulimie* sind diese Medikamente – stets in Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen – günstiger zu beurteilen. Bei einzelnen Patientinnen und Patienten können zur Beeinflussung von Angst- und Spannungszuständen oder schweren depressiven Verstimmungen geeignete Psychopharmaka eine große Hilfe sein.

Das Therapiekonzept des Münchner Therapie-Centrums für Essstörungen (TCE)

Die einzigen Menschen, die eine essgestörte Patientin oder einen essgestörten Patienten wirklich verstehen können, sind Essgestörte. In unserer seit 1989 auf Essstörungen spezialisierten Behandlungseinheit finden alle therapeutischen Maßnahmen überwiegend in der Gruppe statt. Das Verständnis füreinander, die überwiegende Bereitschaft, einander zu helfen, und die Vertrautheit mit den Gedankengängen Essgestörter sind eine große Bereicherung für das Therapiekonzept und das therapeutische Team.

Unser Therapieprogramm ist inhaltlich und zeitlich strukturiert. Wir behandeln bevorzugt in geschlossenen Gruppen über einen definierten Zeitraum. Das Programm ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert und basiert auf dem Prinzip des Selbstmanagements. Das Programm ist in zeitlich aufeinander folgende Phasen gegliedert, nämlich eine ambulante Motivationsphase, eine teilstationäre Phase und eine ambulante Nachbe-

handlung. Regelmäßige Nachuntersuchungen sind Teil des Konzepts.

Das Therapieprogramm setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen, darunter Ernährungstherapie mit täglichem Esstraining, kognitive Verhaltenstherapie (*Psychoedukation*), Körperwahrnehmungs- und Entspannungstherapie und kreative Therapie. Seit 1993 unterhalten wir therapeutische Wohngemeinschaften mit zur Zeit 30 Plätzen, verteilt auf acht Wohnungen. Die Teilnahme an diesem Programm ist an eine Behandlung im TCE gebunden und endet mit Beendigung der Therapie.

Im Laufe der Zeit hat sich das Wohnprogramm neben der Gruppenbehandlung zum wichtigsten therapeutischen Baustein entwickelt. Es dient der praktischen Umsetzung der Ernährungstherapie und des Esstrainings; es bietet die Möglichkeit, den oft bestehenden Rückstand in der Sozialisation aufzuholen, Nähe und Distanz und Toleranz zu üben. Das Programm vermindert Isolationstendenzen und reduziert Rückfälle. Auch hier erleben wir die Hilfe untereinander als beeindruckend.

Ziele unserer Behandlung sind das Wiedererlernen eines normalen, nicht angstbesetzten Essverhaltens und eine Akzeptanz des Körpergewichts in normalen BMI-Bereichen sowie eine Förderung der Lebenskompetenz.

Aktivitäten zur Prävention

In unserem Therapieprogramm werden die Patientinnen und Patienten zu schriftlichen Aufzeichnungen und Berichten – etwa über ihre Krankengeschichte, über den Therapieverlauf oder eine abschließende Bilanz – verpflichtet. Weil sie außerdem darin geübt sind, Probleme anzusprechen und darüber zu diskutieren, nehmen sie seit Jahren an allen unseren präventiven Aktivitäten teil. Unter ihrer Mitarbeit bemühen wir uns, über Essstörungen zu informieren und aufzuklären.¹⁴ In diesem Zusammenhang ist mit Unterstützung des Bayerischen Gesundheitsministeriums eine Wanderausstellung zum Thema Essstörungen entstanden, welche im Kulturzentrum Am Gasteig in München Anfang 2001 eröffnet wurde und seither in mehreren Städten präsentiert wurde. Der Titel der Ausstellung "*Is(s) was ?!*" stammt von einer

¹⁴ Vgl. M. Gerlinghoff/H. Backmund, Was sind Essstörungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung, Weinheim–Basel 2000.

Magerstüchtigen und die zugehörige Figur von einer anderen Patientin. Die Doppeldeutigkeit des Titels reflektiert zusammen mit der gebieterischen Gebärde die Erfahrungen vieler Essgestörter. Die Ausstellung besteht aus bebilderten Tafeln mit Informationen zum Thema Essstörungen und aus Bildern von Patientinnen, die das Erleben ihrer Krankheit ausdrücken. Bis jetzt haben mehrere Tausend Schülerinnen und Schüler diese Ausstellung besucht. Sie hat sich als ein brauchbares Medium erwiesen, um mit den Jugendlichen ins Gespräch zu kommen. In der Praxis verwischen sich dabei primäre und sekundäre Prävention, weil sich nach unserer Erfahrung nach einer Präsentation unserer Ausstellung immer wieder Betroffene bereit finden, eine Therapie zu machen.

Unsere Anstrengungen, diesen quälenden Krankheiten im Verbund mit den Betroffenen entgegenzuwirken, rechtfertigen sich nicht zuletzt aus einem Text, den eine 16-jährige Basler Patientin unserer Ausstellung hinzugefügt hat:

„Ich wurde einst als Samen in die Erde gesetzt.

Ich fing an zu sprießen und zu wachsen.

Nun bin ich ein junger Baum, doch kann ich nicht wachsen, wie ich möchte.

Ein Baum darf nicht zu breit, nicht zu schräg, nicht zu hoch und nicht zu krumm sein.

Nein, jeder Baum ist verpflichtet, schön anständig zu wachsen.

Ich würde gern so wachsen wie ich will, doch es ist, wie wenn Zäune um mich gebaut wurden, die meinen Ästen keinen Platz lassen, die mich einengen.

Ich befürchte, als alter Baum werde ich denken, ich bin nicht gewachsen, wie ich wollte.

Und es würde zu spät sein.“



Konsum psychoaktiver Substanz im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit

Ergebnisse der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“

Einführung

Der regelmäßige Konsum psychoaktiver Substanzen (wie Tabak, Alkohol, Marihuana und Ecstasy) zählt zu den wichtigsten vermeidbaren Krankheitsursachen, da die derzeit dominierenden Zivilisationskrankheiten in starkem Maße von diesem Gesundheitsverhalten ebenso wie den davon ausgehenden biomedizinischen Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck) bestimmt werden. Die gesundheitsrelevanten Alltagsroutinen stehen in der Regel in einem direkten Zusammenhang zu aktuellen wie späteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs.

Das Jugendalter stellt für den Konsum legaler und illegaler Drogen in der Regel die Schlüsselphase dar. In dieser Lebensphase kommen die Heranwachsenden zum ersten Mal mit diesen Substanzen in Berührung.¹ Dementsprechend werden teils bewusst und teils unbewusst vielfältige Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf den Konsum psychoaktiver Substanzen erprobt, erlernt, verfestigt oder auch wieder verworfen. Die überwiegende Anzahl der im Jugendalter „erfolgreich“ erworbenen Verhaltensweisen und Gewohnheiten werden im Erwachsenenalter beibehalten und sind damit bestimmende Faktoren für den weiteren Gesundheitszustand. Bei einer Betrachtung des Substanzkonsums ist aber nicht nur an die langfristigen Folgen zu denken. So wird die gesundheitliche Situation bereits im Jugendalter zu einem nicht geringen Ausmaß durch das Gesundheitsverhalten bestimmt.² Dennoch hat der Substanzkonsum ebenso wie andere gesundheitsbezogene

Verhaltensweisen für die Jugendlichen keine unmittelbare gesundheitliche Relevanz, sondern wird in Bezug auf die altersbedingt anstehenden Entwicklungsaufgaben eingesetzt.

Während über die psychosozialen Funktionen des Substanzkonsums im Jugendalter zahlreiche Erkenntnisse vorliegen, ist nach wie vor wenig über den Einfluss sozialer Ungleichheit auf den Konsum psychoaktiver Substanzen in dieser Altersgruppe bekannt. Das Fehlen von Erkenntnissen über soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und hier insbesondere im Substanzkonsum ist verwunderlich, da ihr Nachweis eine besondere Herausforderung für die Gesundheitspolitik darstellt. Kinder und Jugendliche sind den sozialen Verhältnissen, d.h. den Lebensbedingungen und Lebensumwelten, in denen sie aufwachsen, mehr oder weniger ausgeliefert. Hinzu kommt, dass inzwischen keine andere Altersgruppe stärker von Armut (als extreme Ausprägung sozialer Ungleichheit) betroffen ist als Kinder und Jugendliche.³ Darüber hinaus sind Informationen über soziale Unterschiede im Substanzkonsum für eine zielgruppengerechte Bedarfsplanung präventiver Aktivitäten, die über die Merkmale Alter und Geschlecht hinausgeht, von eminenter Bedeutung. So ist die Kenntnis derartiger Einflussfaktoren vor allem aus ökonomischer Perspektive sinnvoll: Präventionsprogramme müssen nicht flächendeckend, sondern sollten bei speziellen (sozialen) Risikogruppen zum Einsatz gelangen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Verbreitung des Substanzkonsums im Jugendalter und dem Ausmaß der Differenzen, die sich unter verschiedenen sozioökonomischen Bedingungen ergeben, mit besonderem Nachdruck.

1 Vgl. Marcus Freitag/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Illegale Alltagsdrogen*, Weinheim 1999.

2 Vgl. Matthias Richter/Wolfgang Settertobulte, *Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen*, in: Klaus Hurrelmann/Andreas Klocke/Wolfgang Melzer/Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitssurvey*, Weinheim 2003.

3 Vgl. Wolfgang Lauterbach/Andreas Lange, *Armut im Kindesalter. Ausmaß und Folgen ungesicherter Lebensverhältnisse*, in: *Diskurs*, 9 (1999) 1, S. 88–96; Sabine Walper, *Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern*, in: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Kindliche Entwicklungspotentiale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen* (Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht), München 1999.

Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Einblick in die Funktionen des Substanzkonsums im Jugendalter gegeben. Im Anschluss daran soll auf die Problematik einer sozial ungleichen Verteilung psychoaktiver Substanzen eingegangen werden. Danach wird die Verbreitung legaler und illegaler Drogen im frühen Jugendalter auf der Grundlage nationaler Auswertungen der internationalen Vergleichsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dargestellt. Dabei wird die Differenzierung des Substanzkonsums nach sozioökonomischen Merkmalen im Mittelpunkt stehen. Abschließend wird ein Ausblick auf die Anforderungen zeitgemäßer Präventionsbemühungen im Suchtbereich gegeben.

Funktionen des Substanzkonsums im Jugendalter

Heranwachsende werden im Verlauf ihrer Persönlichkeitsentwicklung vor die Anforderung gestellt, gesellschaftlich und kulturell definierte Verhaltenserwartungen zu erfüllen, die zum Erwerb einer stabilen personalen und erfolgreich angepassten sozialen Identität führen. Hierzu gehört primär die Lösung einer Vielzahl von gesellschaftlich und kulturell definierten Entwicklungsaufgaben. Der Begriff Entwicklungsaufgaben beschreibt hierbei einzelne Schritte auf dem Weg zum Erwachsenwerden. Entwicklungsaufgaben bestehen beispielsweise in der Ablösung von den Eltern, der Ausbildung der eigenen Geschlechtsrolle (einschließlich des Aufbaus sexueller Beziehungen), der Entwicklung eines Werte- und Normensystems (ethisches und politisches Bewusstsein) und in der Entfaltung eines persönlichen Lebensstilmusters.⁴

Im Rahmen der oben genannten Entwicklungsphase experimentieren die Jugendlichen mit neuen Rollen, probieren neue Verhaltensweisen und Einstellungen aus und testen diese auf ihre Funktionalität. Hierzu gehört auch und gerade das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegalen Drogen. Der Substanzkonsum kann dabei *unterschiedliche* Funktionen in den genannten Entwicklungsauf-

gaben übernehmen. So soll dadurch u. a. der eigene persönliche Stil ausgedrückt, der Zugang zu Gleichaltrigen- bzw. Peergruppen erleichtert und die Unabhängigkeit von den Eltern demonstriert werden.⁵ Die aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht kritischen Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und illegaler Drogenkonsum werden von Jugendlichen also aktiv eingesetzt, um den spezifischen Anforderungen dieser Lebensphase zu begegnen, und dienen zur Bewältigung alltäglicher Lebensprobleme und -herausforderungen. Was von Außenstehenden als unerwünschtes Risikoverhalten angesehen wird, erscheint aus der Perspektive der aktiv Handelnden möglicherweise als ein Bewältigungsverhalten. Substanzkonsum im Jugendalter kann demnach dazu dienen, zu experimentieren, Erfahrungen zu sammeln, Grenzen zu testen und nicht zuletzt einen verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erlernen. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass es dabei durchaus zu einem kurzfristigen Missbrauch kommen kann, denn möglicherweise ist es für manche Jugendliche einfacher, kontrollierter mit Alkohol umzugehen, wenn sie die schädigenden Folgen eines Alkoholrausches bereits erlebt haben.

Probleme oder ein Scheitern bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben (z. B. durch eine enge zeitliche Abfolge der Entwicklungsaufgaben oder eine Überforderung der Adaptionsfähigkeit von Jugendlichen) können zu einer Zunahme bzw. Verfestigung des Substanzkonsums führen. Dies beinhaltet jedoch nicht nur die Gefahr des Erwerbs und der Gewöhnung an gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, sondern steigert das Risiko des psychologisch begründeten Missbrauchs oder Suchtverhaltens.⁶ Der Substanzkonsum eröffnet Kindern und Jugendlichen hierbei *scheinbare* Potenziale der Problembewältigung. In diesem Prozess kann Substanzkonsum „Mittel zum Zweck“ werden und bekommt somit einen instrumentellen Wert. Soziale Belastungen und eigenes Versagen können kurzfristig verdrängt werden, wobei langfristige Folgen unberücksichtigt bleiben. Das Einüben eines Ausweich- oder Vermeidungsverhaltens verfestigt Handlungsdispositionen, die wiederum selbst ungeeignet sind, Aufgaben der Persönlichkeitsentwicklung zu

4 Vgl. Klaus Hurrelmann, Einführung in die Sozialisations-
theorie, Weinheim-Basel 2002; Helmut Fend, Entwicklungs-
psychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische
und psychologische Berufe, Opladen 2000; Martin Pinquart/
Rainer K. Silbereisen, Gesundheitsverhalten im Kindes- und
Jugendalter. Entwicklungspsychologische Ansätze, in: Bun-
desgesundheitsblatt, 45 (2002) 11, S. 873–878.

5 Vgl. Martin Pinquart, Krisen im Jugendalter, in: Monats-
schrift für Kinderheilkunde, 151 (2003) 1, S. 43–47.

6 Vgl. Elke Appel/André Hahn, Verbreitung legalen und
illegalen Drogenkonsums und die Bedeutung der Gleich-
altrigen für die Drogeneinnahme bei Berliner Gymnasiasten,
in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7 (2001) 1, S. 13–
25.

bewältigen. Substanzkonsum wird dann zum Ersatzziel und erhält damit eine bestimmte Funktion im Rahmen der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. So kann es zu einem Kreislauf aus steigenden Belastungen und der zunehmenden Bereitschaft, durch Risikoverhalten sozialen Anforderungen auszuweichen, kommen.

Insbesondere wenn der Substanzkonsum als Mittel gesehen wird, der aktiven Problemlösung aus dem Weg zu gehen, erhöht sich das gesundheitliche Risiko. Regelmäßiger oder exzessiver Konsum von Tabak und Alkohol führt gerade im Jugendalter zu schweren Entwicklungsstörungen; physiologische Effekte ebenso wie organische Schäden treten schneller als bei Erwachsenen ein, und auch die Zeitspanne vom Missbrauch bis hin zur Abhängigkeit ist gegenüber dem erwachsenen Organismus verkürzt.

Zusammenfassend muss angemerkt werden, dass der Substanzkonsum für die Mehrheit der Heranwachsenden eine Begleiterscheinung der Jugendphase ist, in der Entwicklungsaufgaben bearbeitet und Entwicklungsprobleme gelöst werden müssen. Mit der Übernahme von Erwachsenenrollen (Ehepartner, Eltern) tritt in den meisten Fällen auch eine Reduktion des Konsums ein. Dennoch gibt es nach wie vor Fälle, in denen der Konsum auf einem konstant hohen Niveau verbleibt.

Soziale Differenzen im Substanzkonsum

Unterschiedlichste Risiko- und Schutzfaktoren bestimmen die Wahrscheinlichkeit für Substanzkonsum in der Adoleszenz.⁷ Risikofaktoren können dabei sowohl in der Person als auch dem sozialen Umfeld und den gesellschaftlichen Strukturen liegen. Dem sozialen Kontext, in den die Jugendlichen eingebunden sind, kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu, da in diesem Lebensabschnitt der Einfluss verschiedener Sozialisationsinstanzen wirksam wird und Jugendliche sich im Spannungsfeld zwischen Elternhaus, Freundeskreis und Schulverpflichtungen orientieren müssen.⁸ Der Einfluss der Gleichaltrigengruppe, das

7 Vgl. Anneke Reese/Rainer K. Silbereisen, Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten, in: Thomas Freund/Werner Lindner (Hrsg.), Prävention – Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit, Opladen 2001.

8 Vgl. Emmanuel Kuntsche, Gesundheitsbesorgnis und Substanzkonsum unter Jugendlichen von 1986–1998, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 10 (2002) 1, S. 15–22.

Vorbild- und Unterstützungsverhalten der Eltern ebenso wie elterliche Vorgaben gelten hierbei als zentrale Determinanten des Substanzkonsums im Jugendalter.⁹ Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass mit zunehmendem Alter der Einfluss des Freundeskreises den der Eltern überwiegt, darf der elterliche Einfluss nicht unterschätzt werden. So bestimmen die Eltern beispielsweise auch darüber, mit wem die Jugendlichen zusammen sind. Zudem kann die Beziehung zu den Eltern eine bedeutsame Rolle spielen. Sind z. B. die elterliche Akzeptanz und Kontrolle gering, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche sich einer substanzkonsumierenden Gruppe zuwenden.¹⁰

Risiko- und Schutzfaktoren sind innerhalb einer Gesellschaft jedoch nicht gleich verteilt. Trotz erheblicher Investitionen in Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsleistungen ist der Einfluss sozialer Ungleichheit immer noch ein bedeutendes gesellschaftliches Problem. Aufgrund ihrer zentralen Stellung im gesellschaftlichen Leben beeinflussen soziale Ungleichheiten wesentlich die Chancen und Risiken der Lebensgestaltung des Einzelnen. Sozial ungleiche Lebenslagen bieten Kindern und Jugendlichen unterschiedliche Lern- und Erfahrungsräume an und nehmen somit auf die Ausbildung individueller Bewältigungskompetenzen, d. h. auf die Möglichkeiten jugendlicher Problembewältigung, direkt Einfluss.¹¹

Für Erwachsene konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) in der Regel häufiger gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen, wie Zigarettenrauchen, Fehlernährung, Alkoholmissbrauch und Bewegungsmangel aufweisen und zwar unabhängig davon, ob der sozioökonomische Status mit Hilfe der Bildung, des Berufsstatus oder des Einkommens gemessen wurde.¹² Dabei ist hervorzuheben, dass diese sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten nicht nur eine benachteiligte soziale Unterschicht betreffen, sondern dass ein sozialer Gradient im gesundheits-

9 Vgl. M. Pinquart/R. K. Silbereisen (Anm. 4).

10 Vgl. Friedrich Lösel/Thomas Bliesener, Zum Einfluss des Familienklimas und der Gleichaltrigengruppe auf den Zusammenhang zwischen Substanzgebrauch und antisozialem Verhalten von Jugendlichen, in: Kindheit und Entwicklung, (1998) 4, S. 208–220.

11 Vgl. Ullrich Bauer, Selbst- und/oder Fremdsocialisation. Zur Theoriedebatte in der Sozialisationsforschung, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 22 (2002) 2, S. 118–142.

12 Vgl. zusammenfassend Andreas Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.

relevanten Verhalten existiert, der die ganze Gesellschaft durchzieht: Je höher der sozioökonomische Status einer Person, desto niedriger ist das Risiko, sich gesundheitsschädigend zu verhalten. Effekt dieser sozial ungleichen Verteilung gesundheitlicher Risiken ist, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger an Krankheiten und Behinderungen leiden und früher sterben als Personen mit einem hohen Status (= gesundheitliche Ungleichheit).

Allgemein ist zu vermuten, dass Kinder und Jugendliche aus unteren sozialen Schichten zweifach prädisponierenden Faktoren für den missbräuchlichen Drogenkonsum ausgesetzt sind: Das sind zum einen familiäre Determinanten, d. h., ein hoher Drogenkonsum der Eltern (in sozial benachteiligten Gruppen überproportional hoch) korreliert positiv mit dem Konsumstatus der Kinder.¹³ Zum anderen wird, dem Erwachsenenmuster folgend, durch den Substanzmittelkonsum ausweichend auf Probleme reagiert (evasiver Reaktionstyp): Mangelnde Kompetenzen (in Benachteiligtengruppen wiederum wahrscheinlicher) zu einem angemessenen Bewältigungshandeln in Anforderungs- bzw. Überforderungssituationen werden durch den Drogenkonsum als Ausweichhandeln „kompensiert“.

Nach wie vor ist aber nur wenig über die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und dem Substanzkonsum von Jugendlichen bekannt. Bei einer kritischen Bewertung des internationalen Forschungsstandes wird zudem deutlich, dass die vorliegenden Ergebnisse inkonsistent und widersprüchlich sind. Während einige Studien auf eine sozial ungleiche Verteilung von Tabak, Alkohol- und illegalem Drogenkonsum hinweisen,¹⁴ finden andere keine oder nur geringe sozioökonomische Unterschiede bei diesen verhaltensbezogenen Faktoren.¹⁵

13 Vgl. Marcus Freitag, Familiäre Determinanten des Alkoholkonsums von Kindern: Implikationen einer prospektiven Längsschnittstudie für die Prävention, in: Petra Kolip (Hrsg.), Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter, Weinheim 1999; Dieter Henkel, „Die Trunksucht ist die Mutter der Armut“ – zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart, in: ders./Irmgard Vogt (Hrsg.), Sucht und Armut: Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Opladen 1998.

14 Vgl. z. B. Hein De Vries, Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour, in: *Social Science & Medicine*, 41 (1995) 3, S. 419–424; Richard Lowry/Laura Kann/Janet Collins/Lloyd Kolbe, The effects of socio-economic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents, in: *JAMA*, 276 (1996) 10, S. 792–797.

15 Vgl. Jolanda Tuinstra/Johan W. Groothoff/Doeke Post, Socio-economic differences in health risk behavior in adoles-

Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sozialer Ungleichheit mit zunehmendem Alter der Jugendlichen deutlicher wird. So kommen Berechnungen Uwe Helmerts¹⁶ bezüglich des Rauchverhaltens auf der Grundlage der deutschen Mikrozensus-Befragung zu dem Ergebnis, dass die Prävalenzraten für den Nikotinkonsum bei jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) nach dem zur Verfügung stehenden Haushaltsnettoeinkommen klar erkennbar variieren. Der Raucheranteil der von prekärem Wohlstand und Armut Betroffenen (Haushaltseinkommen < 1 400 DM) ist, bezogen auf das Jahr 1995, annäherungsweise doppelt so hoch wie der Anteil in der Vergleichsgruppe (Frauen: 41,4 Prozent vs. 18,5 Prozent, Männer: 46,4 Prozent vs. 33,0 Prozent) mit dem höchsten verfügbaren Haushaltseinkommen (> 6 500 DM).

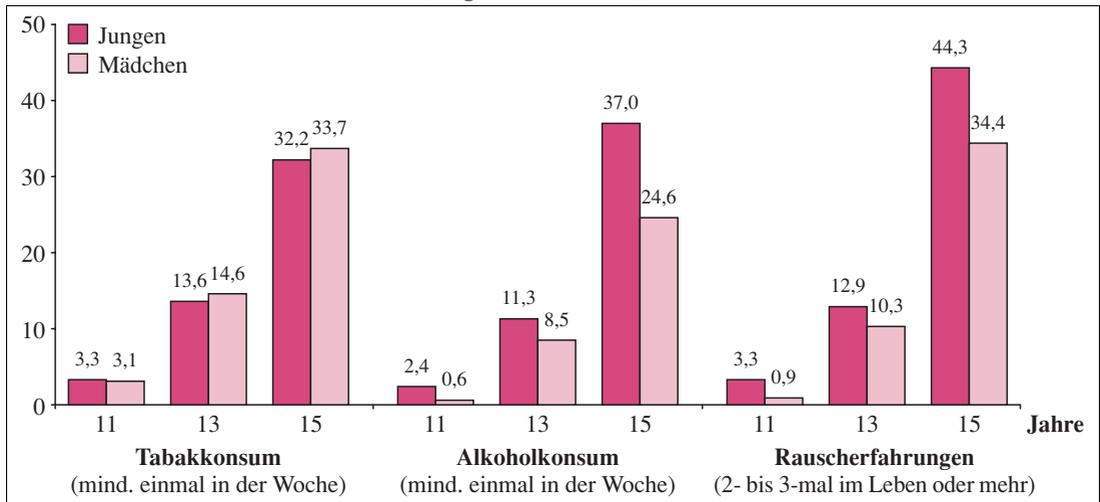
Ausgewählte Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse einer Analyse vorgestellt, die der Frage nachgegangen ist, ob sich für deutsche Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren ein Zusammenhang zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol und Cannabis) sowie alkoholbedingten Rauscherfahrungen einerseits und dem sozioökonomischen Status der Eltern sowie dem Schultyp der Jugendlichen andererseits nachweisen lässt. Datenbasis ist die deutsche Stichprobe der internationalen Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): A WHO Collaborative Cross-national Study“ aus dem Jahr 2002. Ziel der alle vier Jahre durchgeführten Studie ist es, Daten über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren zu sammeln und umfassende Veränderungen dieses Verhaltens im Laufe der Zeit

cence: do they exist? in: *Social Science & Medicine*, 47 (1998) 1, S. 67–74.; Andreas Klocke, Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter, in: Eva Barlösius/Elfriede Feichtinger/Barbara M. Köhler (Hrsg.), Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1995; Bruno Challier/Nearkasèn Chau/Rosemay Prédine/Marie Choquet/Bernard Legras, Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents, in: *European Journal of Epidemiology*, (2000) 16, 33–42.

16 Vgl. Uwe Helmert, Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundäranalyse der Daten des Mikrozensus 1995, in: *Gesundheitswesen*, 61 (1999) 1, S. 31–37.

Abbildung: Regelmäßiger Konsum von Tabak und Alkohol sowie alkoholbedingte Rauscherfahrungen nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Quelle: HBSC 2002: Daten für Deutschland (N = 5 650)

zu bestimmen.¹⁷ Dem internationalen Protokoll der HBSC-Studie folgend wurden ausschließlich Schülerinnen und Schüler aus einer Zufallsauswahl von Schulklassen aller Schulen in den vier beteiligten Bundesländern der fünften, siebten und neunten Klassen (Klumpenstichprobe) befragt, so dass die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einer Abweichung von etwa einem halben Jahr repräsentiert sind. Die hier verwendete strukturtypische Stichprobe für Deutschland besteht insgesamt aus 5 650 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren.¹⁸

Verbreitung legaler Drogen: Tabak- und Alkoholkonsum

In der *Abbildung* sind die alters- und geschlechtsspezifischen Konsumraten für Tabak und Alkohol sowie die Häufigkeit von alkoholbedingten Rauscherfahrungen aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass der regelmäßige Substanzkonsum bei

den 11- bis 15-Jährigen noch die Ausnahme darstellt. Ungefähr 16 Prozent der Jugendlichen rauchen, und 13 Prozent trinken Alkohol mindestens einmal in der Woche. Etwa 17 Prozent berichten über mindestens zwei bis drei Rauscherfahrungen in ihrem Leben. 75 Prozent der Jugendlichen berichten über keine der drei hier untersuchten Verhaltensweisen. Mit dem Alter der Jugendlichen steigt der regelmäßige Substanzkonsum jedoch deutlich an. So sind die Anteile der regelmäßigen Raucher unter den 11-jährigen Schülerinnen und Schülern noch sehr gering. Unter den 15-Jährigen raucht dann etwas mehr als ein Drittel aller Schülerinnen und Schüler mindestens einmal wöchentlich. Eine vergleichbare Zunahme zeigt sich auch für den Alkoholkonsum und die Rauscherfahrungen. In Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nur für den regelmäßigen Konsum von Alkohol und alkoholbedingte Rauscherfahrungen signifikant höhere Raten bei Jungen. Regelmäßig geraucht wird von etwa gleich vielen Mädchen und Jungen.

Verbreitung illegaler Drogen

Tabelle 1 gibt einen Überblick über den Konsum illegaler Drogen bei 15-jährigen Jugendlichen. Allgemein wird deutlich, dass der Konsum illegaler Drogen – mit Ausnahme von Cannabis – unter den 15-Jährigen eher selten ist. Etwa 18 Prozent der 15-jährigen Jungen und Mädchen haben im Jahr vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert, wobei Jungen (22,1 Prozent) signifikant häufiger Cannabis konsumiert hatten als

17 An der aktuellen Studie beteiligen sich Forschergruppen aus insgesamt 35 Ländern in Europa und Nordamerika. Vgl. auch Candace Currie/Oddrun Samdal/Will Boyce/Rebecca Smith (Hrsg.), Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey, Edinburgh 2001.

18 Die deutsche Teilstudie wurde im Frühjahr 2002 unter der Leitung der Universität Bielefeld in Kooperation mit der Fachhochschule Frankfurt/Main, der TU Dresden und dem Robert-Koch-Institut in Berlin in den jeweiligen Bundesländern durchgeführt. Weitere Angaben zur aktuellen Erhebung sowie eine genaue Beschreibung der Studie in: Matthias Richter, Anlage und Methode des Jugendgesundheits surveys, in: K. Hurrelmann/A. Klocke/W. Melzer/U. Ravens-Sieberer (Anm. 2).

Tabelle 1: Konsum illegaler Substanzen bei 15-Jährigen nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

	Cannabis-konsum ^a	Konsum von Medikamenten ^a	Konsum von Amphetaminen/Speed ^a	Konsum von Ecstasy ^a
Gesamt	18,3	3,5	2,5	2,4
Jungen	22,1	3,9	2,9	2,5
Mädchen	14,9	3,1	2,2	2,4

^a mindestens einmal in den letzten 12 Monaten

Quelle: HBSC 2002: Daten für Deutschland (N = 1 697)

Mädchen (14,9 Prozent). Der Missbrauch von Medikamenten (mit dem Ziel der Rauscherzeugung) folgt mit großem Abstand an zweiter Stelle. Aufputzmittel, zu denen die Amphetamine und „Speed“ genannten Drogen zählen, wurden von 2,5 Prozent der Jugendlichen mindestens einmal im letzten Jahr konsumiert. Ein ähnlicher Wert findet sich auch für den Konsum von Ecstasy. Geschlechtsunterschiede konnten beim Konsum der „harten Drogen“ nicht nachgewiesen werden.

Der Einfluss des familiären Wohlstands

Wie aus *Tabelle 2* deutlich wird, übt der familiäre Wohlstand¹⁹ nur einen sehr schwachen Einfluss auf den Substanzkonsum aus. Bei den in der Tabelle dargestellten *Odds Ratios* (zu deutsch etwa „Wettquoten“) handelt es sich um Koeffizienten, die angeben, um welchen Faktor sich das Risiko des (regelmäßigen) Konsums von Substanzen bei Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe im Vergleich zur Referenzgruppe (in diesen Fall ein hoher familiärer Wohlstand) erhöht.

In Bezug auf den regelmäßigen Tabakkonsum lässt sich unter Kontrolle der Altersverteilung bei Mädchen mit einem niedrigen familiären Wohlstand zwar ein signifikant erhöhtes Risiko des regelmäßigen Konsums nachweisen, jedoch ist dieser Effekt nicht stark genug, um das Gesamtmodell signifikant zu beeinflussen. Für den (regelmäßigen) Alkoholkonsum zeigt sich nur bei Jungen ein schwacher, aber signifikanter Einfluss. Jungen mit

niedrigem familiären Wohlstand haben demnach ein etwa 40 Prozent *niedrigeres* Risiko, regelmäßig Alkohol zu trinken, als Jungen mit einem hohen Wohlstand.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich für wiederholte Rauscherfahrungen. Auch hier konnte nur bei Jungen ein Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand nachgewiesen werden. Im Vergleich zum regelmäßigen Alkoholkonsum findet sich aber kein linearer Effekt. So hat die Gruppe mit einem mittleren Wohlstand ein signifikant niedrigeres Risiko von zwei oder mehr Rauscherfahrungen als die Referenzgruppe. Ein Effekt des familiären Wohlstands auf den Cannabiskonsum konnte unabhängig vom Geschlecht nicht festgestellt werden.

Der Einfluss des Schultyps

Während der familiäre Wohlstand nur in einer marginalen Beziehung zum Substanzkonsum steht, lassen sich für den Schultyp²⁰ ausgeprägtere Unterschiede nachweisen. Dies gilt besonders für den Tabakkonsum. Sowohl Jungen als auch Mädchen, die nicht auf ein Gymnasium gehen, haben ein fast 3-mal so hohes Risiko, regelmäßig zu rauchen, wie gleichaltrige Gymnasiasten.

Während der regelmäßige Alkoholkonsum bei Jungen in einer signifikanten, wenn auch schwachen Beziehung zum familiären Wohlstand steht, hat der Schultyp keinen Einfluss auf den Alkoholkonsum. Bei alkoholbedingten Rauscherfahrungen zeigt sich unabhängig vom Geschlecht, dass Jugendliche, die nicht auf ein Gymnasium gehen, ein erhöhtes Risiko von wiederholten Rauscherfahrungen aufweisen. Wie bereits beim familiären Wohlstand kann auch beim Schulformvergleich kein Effekt auf den Konsum von Cannabis nachgewiesen werden.

19 Die Skala zum familiären Wohlstand besteht dabei aus vier verschiedenen Variablen (Items): (1) familiärer Besitz eines eigenen Autos (0, 1, 2 oder mehr), (2) Anzahl von Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten (0, 1, 2, 3 oder mehr), (3) eigenes Zimmer des Jugendlichen (nein = 0, ja = 1) und (4) Anzahl von Computern im Haushalt (0, 1, 2, 3 oder mehr). Aus den vier Items wurde ein additiver Index gebildet, der Ausprägungen von 0 bis 9 annehmen kann. Anschließend wurde der Index in drei Gruppen von niedrigem bis hohem familiären Wohlstand klassifiziert. Dieser Index hat gegenüber klassischen SES-Indikatoren wie Bildung und Beruf den Vorteil, dass die Fragen problemlos von den Jugendlichen zu beantworten sind und damit nur wenige fehlende Antworten zu verzeichnen sind.

20 Da die Schulsysteme der vier an der HBSC-Studie beteiligten Bundesländer vollkommen unterschiedlich strukturiert sind, ist nur die Unterscheidung von Gymnasiasten vs. Schülern anderer Schulformen möglich.

Tabelle 2: Der Einfluss des familiären Wohlstands und des Schultyps der Jugendlichen auf den regelmäßigen Konsum psychoaktiver Substanzen (altersadjustierte Odds Ratios, 95 Prozent Konfidenzintervalle¹)

	Tabakkonsum		Alkoholkonsum		Rauscherfahrungen		Cannabiskonsum ^a	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Fam. Wohlstand								
hoch	1.00 ^b	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
mittel	1.08	1.22	0.79	0.99	0.75*	0.99	0.95	1.24
niedrig	1.40	1.41*	0.59*	0.79	0.75	0.93	0.85	0.76
Signifikanz	ns	ns	p<0,05	ns	p<0,05	ns	ns	ns
Schulform								
Gymnasium	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
and. Schulform	2.88*	2.63*	1.14	1.24	1.41*	1.35*	1.20	0.93
Signifikanz	p<0,001	p<0,001	ns	ns	p<0,01	p<0,05	ns	ns

¹ logistische Regressionsmodelle, kontrolliert für Alter der Jugendlichen.

* Die Kategorien, die im Vergleich zur Referenzgruppe ein signifikant höheres bzw. niedrigeres Risiko des Verhaltens aufweisen.

^a nur 15-Jährige (keine Kontrolle für das Alter)

^b Referenzgruppe

ns = nicht signifikant

Quelle: HBSG 2002: Daten für Deutschland.

Fazit

Es wird deutlich, dass sich der überwiegende Teil der 11- bis 15-Jährigen heute gesundheitsbewusst verhält und einen weniger gesundheitsriskanten Umgang mit dem Körper pflegt als noch vor 30 Jahren.²¹ Dennoch gibt es bereits vor Erreichen des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestalters für Tabak- und Alkoholkonsum eine Teilgruppe von Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinkt (13 Prozent) und/oder Tabak raucht (16 Prozent). Eine ähnlich hohe Anteil der 15-Jährigen (18 Prozent) hat darüber hinaus in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert.

Die hier berichteten Ergebnisse zeigen weiter, dass der familiäre Wohlstand – als ein Indikator sozial ungleicher Lebensbedingungen – nur einen sehr schwachen Einfluss auf den Substanzkonsum im Jugendalter ausübt. Für keine der hier untersuchten Verhaltensweisen zeigt sich ein signifikanter sozialer Gradient in Form eines steigenden Konsums bei sinkendem familiärem Wohlstand – wie er beispielsweise im Erwachsenenalter vorliegt. Im Vergleich dazu steht der Schultyp der Jugendlichen in einem engen Zusammenhang zum regelmäßigen Tabakkonsum und zu wiederholten Rauscherfahrungen. Dieses Ergebnis bestätigt

21 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001 – Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2001.

bereits existierende Annahmen, nach denen dem eigenen sozialen Status der Jugendlichen ein wesentlich größeres Gewicht bei der Bestimmung des Risikoverhaltens zukommt als Indikatoren, die jugendliche Lebensbedingungen lediglich von den elterlichen Angaben zum sozioökonomischen Status ableiten.²²

Offenbar hat die Lebenswelt „Schule“ einen eigenständigen Einfluss auf das Konsumverhalten der Jugendlichen. So haben verschiedene Studien zeigen können, dass bestimmte schul- und klassen-klimatische Bedingungen (z. B. die Unterstützung durch Mitschüler, die Schulfreude oder schulische Leistungsanforderungen) in einem Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden stehen.²³ Viele dieser Einflussfaktoren ergeben sich unabhängig von der jeweiligen Schulform. Die Qualität der

22 Vgl. Anthony Glendinning/Janet Shucksmith/Leo B. Hendry, Social class and adolescent smoking behaviour. *Social Science and Medicine*, 38 (1994) 10, S. 1449–1460; Carine A. Vereecken/Lea Maes/Dirk De Bacquer, The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviours among adolescents in Belgium, in: *Journal of Adolescent Health* (im Druck); Minoru Takakura u. a., Patterns of health-risk behavior among Japanese high school students, in: *Journal of School Health*, 71 (2001) 1, S. 23–29.

23 Vgl. Oddrun Samdal/Wolfgang Dür, The School Environment and the Health of Adolescents, in: Candace Currie/Klaus Hurrelmann/Wolfgang Settertobulte/Rebecca Smith/Joanna Todd (Hrsg.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC). International Report*, Copenhagen 2000; Ludwig Bilz/Cornelia Hähne/Wolfgang Melzer, Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen, in: K. Hurrelmann/A. Klocke/W. Melzer/U. Ravens-Sieberer (Anm. 2).

Schulkultur kann zudem von Bedingungen abhängen, die primär an die Einzelschule gekoppelt sind (Einzugsgebiet der Schüler, Lehrer-Lehrer-/Lehrer-Eltern-Kommunikation, Engagement der Lehrer). Der Substanzkonsum kann somit nicht ursächlich auf die soziale, d. h. hier die familiäre Herkunft der Jugendlichen zurückgeführt werden. Die Schule verfügt offenbar auch heute noch über die Möglichkeit, eine wichtige Vermittlerrolle bei der Ausbildung von protektiven Verhaltensmerkmalen zu übernehmen. Sie hat im Prozess der Ablösung von den elterlichen Erziehungsmilieus eine Schlüsselfunktion.

Diese Funktion der Schule muss auch in der Prävention Berücksichtigung finden. Jüngere Ansätze in der Primärprävention basieren bereits auf Konzeptionen, die eine Steigerung der sozialen und der allgemeinen Lebenskompetenzen anvisieren. Auf dieser Grundlage sollen die Fähigkeiten zur Belastungsbewältigung erhöht und damit die Risiken für jugendliches Ausweich- oder Problemverhalten (wie den Drogenkonsum) verringert werden. Kompetenzbasierte Programme dieser Form haben sich sukzessive auch im deutschen Sprachraum durchgesetzt.²⁴ Insbesondere Suchtprävention kann damit nicht mehr nur noch als die Vermittlung von abstraktem Wissen über die Ursachen und Folgen des Drogenkonsum und -missbrauchs aufgefasst werden. Bleibt solches Wissen nur äußerlich, wird es nicht zu einem Bestandteil der individuellen Kompetenzstruktur, werden zwar spezielle Gefährdungslagen erkannt. Ihnen können jedoch keine wirksamen Verhaltensstrategien entgegengestellt werden.

24 Vgl. Petra Kolip (Hrsg.), Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter, Weinheim 1999.

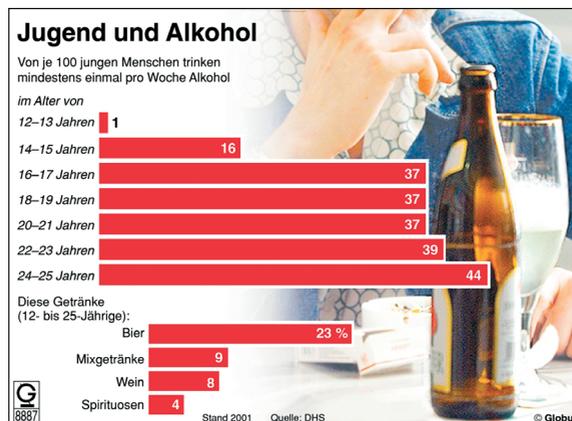
Das aktuelle Präventionsverständnis stellt daher die Steigerung der individuellen Handlungs- und Bewältigungskompetenzen in den Mittelpunkt. Prävention zielt auf das einzelne Individuum, um das Handlungssubjekt zu stärken. Damit werden auch im schulischen Bezugsrahmen die engen Grenzen einer bloßen *Gesundheits-erziehung* – dem schulischen Lernverhältnis zwischen Sender und Empfänger immer ähnlich – überschritten. Dennoch muss auch an heutige Konzeptionen in der Suchtprävention die Frage gestellt werden, wie und in welchem Maße, d. h. mit welcher Erfolgswahrscheinlichkeit und unter welchen „idealen“ Bedingungen, die Förderung suchtprotektiver Faktoren erfolgen kann. Die Frage danach, ob der individuelle Präventionserfolg in Abhängigkeit von den Einflussfaktoren sozialer Ungleichheit variiert, bleibt bisher weitgehend unbeantwortet. Wenn jedoch der Substanzkonsum im Jugendalter einem sozial hoch differenzierten Muster von Einflussfaktoren folgt, muss davon ausgegangen werden, dass der Erfolg der Suchtprävention in einem sehr ähnlichen Maße von gesellschaftlichen Faktoren der Programmeinbettung und flankierenden Unterstützungsangeboten abhängt. Der Bedarf an zusätzlicher analytischer Trennschärfe im Suchtbereich scheint damit noch längst nicht gedeckt.

Internethinweise:

Internationale HBSC-Studie:
<http://www.hbsc.org>

Deutsche HBSC-Studie:
<http://www.hbsc-germany.de>

Informationen der Universität Bielefeld zur HBSC-Studie: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/projekte/hbsc.html>



Tödlicher Tabak

Zahl der Todesopfer weltweit

im Jahr 2002 2020*



*Prognose

Rauchen ist die Ursache von...



Weltweit rauchen...

...1 Milliarde Männer

Anteil der Raucher an allen Männern

in den Industrieländern **35 %**

in den Entwicklungsländern **50 %**

...250 Millionen Frauen

Anteil der Raucherinnen an allen Frauen

in den Industrieländern **22 %**

in den Entwicklungsländern **9 %**



© Globus 8349

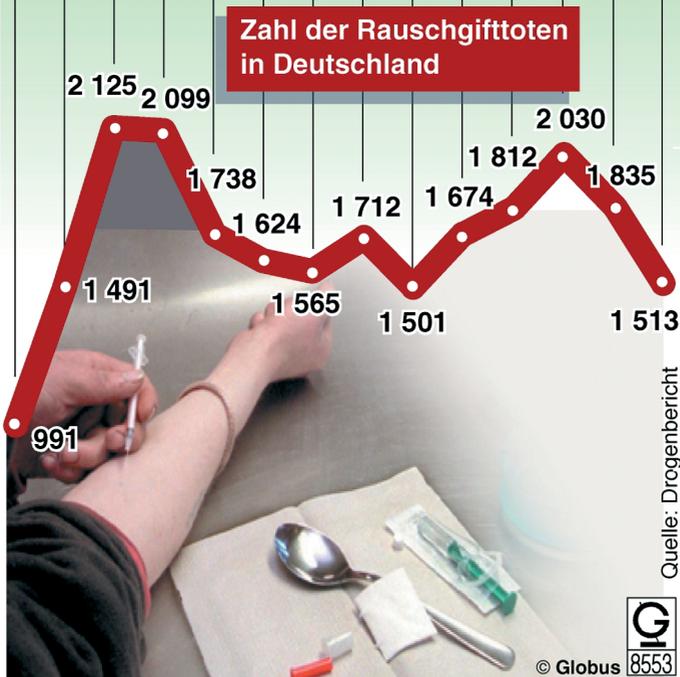
Quelle: WHO Weltgesundheitsreport 2002



50 % der jungen Raucher werden an den Folgen des Rauchens sterben, wenn sie Raucher bleiben

Tödliche Sucht

1989 '90 '91 '92 '93 '94 '95 '96 '97 '98 '99 '00 '01 2002



Erstauffällige Konsumenten harter Drogen im Jahr 2002

Drogenart	Anzahl	Veränderung zu 2001 in %
insgesamt	20 230	-10,3
darunter Amphetamin	6 666	+7,0
Heroin	6 378	-18,9
Kokain	4 933	+1,2
Ecstasy	4 737	-22,3
LSD	229	-58,3

Quelle: Drogenbericht



Jürgen Leinemann

geb. 1937; seit 1971 beim Spiegel, u. a. Büroleiter in Washington, Reporter in Bonn, Büro- und Ressortleiter Deutsche Politik in Berlin; seit 2002 Spiegel-Autor; Träger des Egon-Erwin-Kisch-Preises von 1983 und des Siebenpfeiffer-Preises 2001.

Anschrift: Der Spiegel, Büro Berlin, Friedrichstr. 79, 10117 Berlin.

E-Mail: juergen_leinemann@spiegel.de

Veröffentlichungen u. a.: Gratwanderungen, Machtkämpfe, Visionen – Deutsche Momente, Wien 1999; Helmut Kohl. Ein Mann bleibt sich treu, Berlin 2001.

Stefan Poppelreuter

Dr. phil., Dipl.-Psych., geb. 1964; Bereichs- und Projektleiter der impuls GmbH, Personal- und Managementberatung.

Anschrift: c/o Psychologisches Institut der Universität Bonn, Römerstraße 164, 53117 Bonn.

E-Mail: Poppelreuter@impuls-beratung.com

Veröffentlichungen u. a.: Arbeitssucht, Weinheim 1997; Arbeitssucht, in: Jörg Fengler (Hrsg.), Handbuch der Suchtbehandlung, Landsberg 2002.

Lucia A. Reisch

Dr. oec., geb. 1964; wissenschaftliche Assistentin an der Universität Hohenheim.

Anschrift: Univ. Hohenheim (530a), 70593 Stuttgart.

E-Mail: lureisch@uni-hohenheim.de

Michael Neuner

Dr. oec., geb. 1962; wissenschaftlicher Assistent am Transatlantik-Institut der FH Ludwigshafen am Rhein.

Anschrift: FH Ludwigshafen am Rhein, Transatlantik-Institut, 67059 Ludwigshafen am Rhein.

E-Mail: michael.neuner@fh-ludwigshafen.de

Gerhard Raab

Dr. oec., geb. 1960; Professor für Marketing und Psychologie an der FH Ludwigshafen am Rhein.

Anschrift: wie M. Neuner.

E-Mail: raab@fh-ludwigshafen.de

Veröffentlichungen der Forschungsgruppe u. a.: Gerhard Raab, Kaufsucht: Kompensatorisches und suchthafes Kaufverhalten, in: Stefan Poppelreuter und Werner Gross (Hrsg.), Nicht nur Drogen machen süchtig, München 2000; Michael Neuner/Lucia A. Reisch, Trends zur „Kaufsucht“ von Konsumenten, in: Sparkasse, 119 (2002) 1; Lucia A. Reisch, „Symbols for sale“: Funktionen des symbolischen Konsums, in: Leviathan, Sonderheft (2002) 21.

Monika Gerlinghoff

Dr. med., geb. 1939; Oberärztin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie und Leiterin des Therapie-Centrums für Essstörungen, München.

Anschrift: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Therapie-Centrum für Essstörungen, Schleißheimer Straße 267, 80809 München.

E-Mail: twg@psy2000.de

Herbert Backmund

Dr. med., geb. 1931; Nervenarzt, München.

Anschrift: wie M. Gerlinghoff.

E-Mail: twg@psy2000.de

Veröffentlichungen von M. Gerlinghoff und H. Backmund u. a.: Therapie der Magersucht und Bulimie. Anleitung zu

eigenverantwortlichem Handeln, Weinheim 1995; (zus. mit Norbert Mai) Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen, Weinheim 2001³; Essen will gelernt sein, Weinheim 2003.

Matthias Richter

Dipl.-Soz., geb. 1971; wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bielefeld.

Anschrift: Univ. Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld.

E-Mail: matthias.richter@uni-bielefeld.de

Veröffentlichung u. a.: (zus. mit Wolfgang Settertobulte) Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen, in: Klaus Hurrelmann/Andreas Klocke/Wolfgang Melzer/Ulrike Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey, Weinheim 2003.

Ullrich Bauer

M.A., geb. 1971; wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bielefeld.

Anschrift: wie M. Richter.

E-Mail: ullrich.bauer@uni-bielefeld.de

Veröffentlichung u. a.: Selbst- und/oder Fremdsocialisation. Zur Theoriedebatte in der Sozialisationsforschung, in: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 22 (2002) 2.

Klaus Hurrelmann

Dr. rer. soc., geb. 1944; Professor für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld; Leiter des WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion.

Anschrift: wie M. Richter.

E-Mail: klaus.hurrelmann@uni-bielefeld.de

Veröffentlichungen u. a.: Lebensphase Jugend, Weinheim 1999; Einführung in die Sozialisationsforschung, Weinheim 2002.

Nächste Ausgabe

Jochen Hippler

Die Folgen des 11. September 2001 für die internationalen Beziehungen

Harald Müller

Das transatlantische Risiko. Deutungen des amerikanisch-europäischen Weltordnungskonflikts

Victor Mauer

Die geostrategischen Konsequenzen nach dem 11. September 2001 und die Erschütterung der transatlantischen Beziehungen

Erich Reiter

Die Sicherheitsstrategie der EU – eine neue Basis für ein handlungsfähiges Europa?

Wolfgang S. Heinz

Internationale Terrorismusbekämpfung und Achtung der Menschenrechte

Tilman Brück/Dieter Schumacher

Die wirtschaftlichen Folgen des internationalen Terrorismus

Willi Leibfritz

Auswirkungen des Terrorismus auf die Volkswirtschaften und die Wirtschaftspolitik

Jürgen Leinemann *Essay*

„Sehstörung“ oder die Droge Politik

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1–2/2004, S. 3–6

■ Das Phänomen der Sucht ist auf allen Ebenen der Gesellschaft anzutreffen, auch auf jener der Politik. Es geht hier allerdings nicht um Alkohol oder Kokain, sondern es geht um die „Droge Politik“ und in der Folge um Realitätsverlust. Es geht darum, dass gerade jene Menschen Gefahr laufen, von Berufswegen ein gestörtes Verhältnis zur Wirklichkeit zu entwickeln, denen wir durch Wahl den Auftrag erteilt haben, unser eigenes Leben, unsere persönliche Alltagsrealität zu ordnen, zu schützen – notfalls zu verändern, am besten zum Besseren.

Stefan Poppelreuter

Arbeitssucht: Massenphänomen oder Psychoexotik?

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1–2/2004, S. 8–14

■ Der Beitrag setzt sich kritisch mit dem aktuellen Forschungsstand sowie der Bedeutung des Problems der Arbeitssucht in der Industriegesellschaft auseinander. Es werden Möglichkeiten der Diagnose von Arbeitssucht und deren Konsequenzen auf individueller, organisatorischer und gesamtgesellschaftlicher Ebene diskutiert sowie Möglichkeiten und Ansätze zur Prävention und Intervention bei Arbeitssucht auf den drei Ebenen Individuum, Organisation, Gesellschaft skizziert.

Lucia A. Reisch/Michael Neuner/Gerhard Raab Zur Entstehung und Verbreitung der „Kaufsucht“ in Deutschland

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1–2/2004, S. 16–22

■ Der Beitrag gibt einen Überblick über die Forschung zur Kaufsucht. Es werden das Phänomen der Kaufsucht, seine Entstehung, Verbreitung und Ansätze zu seiner Therapie erläutert. Ein Schwerpunkt liegt auf den empirischen Studien der Hohenheimer Forschungsgruppe „Kaufsucht“, insbesondere auf zwei bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen, die 1991 und 2001 in Deutschland durchgeführt wurden. Die Ergebnisse dieser Erhebungen werden im Zeitvergleich sowie im Vergleich zwischen den westdeut-

schen und ostdeutschen Bundesländern diskutiert. Die Tendenz zum süchtigen Kaufen hat sich innerhalb eines Jahrzehntes signifikant verstärkt. Der Anstieg war in den ostdeutschen Bundesländern besonders deutlich. Dies lässt auf eine Zunahme des kompensatorischen Elements im Kaufverhalten sowie auf eine Angleichung der östlichen an die westliche Konsumkultur schließen.

Monika Gerlinghoff/ Herbert Backmund Magersucht und andere Essstörungen

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1–2/2004, S. 23–29

■ Die Essstörungen Magersucht, Ess-Brech-Sucht und die Esssucht werden im medizinischen Sinn nicht zu den Süchten gerechnet. Es sind ernste Krankheiten meist junger Menschen, die bei etwa 30 Prozent einen chronischen Verlauf nehmen oder sogar tödlich enden können. Psychotherapie ist die Methode der Wahl. Im eigenen Behandlungsprogramm bevorzugt das Münchner Therapie-Centrum eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. Präventiven Aktivitäten gilt besonderes Bemühen.

**Matthias Richter/Ullrich Bauer/
Klaus Hurrelmann**

Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit

Ergebnisse der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1–2/2004, S. 30–37

■ Während über die Verbreitung und die psychosozialen Funktionen des Substanzkonsums im Jugendalter zahlreiche Erkenntnisse vorliegen, ist bislang wenig über den Einfluss sozialer Ungleichheit auf den Substanzkonsum in dieser Altersgruppe bekannt. Im Beitrag werden neben einer Kurzdarstellung des Forschungsstandes Ergebnisse aus einer WHO-Studie vorgestellt, die aufzeigen, dass der familiäre Wohlstand nur einen schwachen Einfluss auf den Substanzkonsum bei 11- bis 15-Jährigen ausübt, während der Schultyp in einer engen Beziehung zum Tabakkonsum und den Rauscherfahrungen steht. Abschließend wird die Bedeutung präventiver Maßnahmen im schulischen Kontext herausgestellt.