vielleicht schneller s.o.) spiegelt wohl die generelle Auffassung, die ja auch unsere auf diesem Krankheitsmodell basierende Gesundheitspolitik begründet (s.o.) wider.

Soer (1978, 66) allerdings bezieht unter den Begriff Jugendalkoholismus auch schon die Prodromalstadien (s.o.) des Alkoholismus ein. Für ihn ist es dann möglich, von Jugendalkoholismus auch dort zu sprechen, wo die Merkmale der Erwachsenenform des Alkoholismus noch nicht existieren (Soer ebd.). Das ist - wie ich noch zu begründen versuchen werde - eine sehr bedenkliche, weil kontraproduktive Ausweitung des Begriffs. Gruner (1976) hat einen weiteren Versuch der Typenbildung - jetzt allerdings bezogen auf den Jugendalkoholismus - unternommen. Er unterscheidet fünf Erscheinungsformen:

1. Der Gelegenheitstrinker (oder der Probierer) - ein normales Phänomen in der Übergangszeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter.
2. Der beginnende Gewohnheitstrinker, der mit seinem Eintritt ins Berufsleben (und damit in einen Teil der Erwachsenenwelt) erstmals und mehr oder weniger regelmäßig mit Alkohol in Kontakt kommt.
3. Der primäre Rauschtrinker, der das Rauscherleben aufgrund einer durch Krisen und Konflikte gekennzeichneten Entwicklung, bewußt sucht und daher exzessiv trinkt.
4. Der sekundäre Rauschtrinker, der von den illegalen Drogen auf die legale Droge Alkohol umgestiegen ist (kein Beschaffungsproblem!).
5. Der fakultative Rauschtrinker als Mehrfachabhängiger (Polytoxikomanie).

Prototyp des jugendlichen Alkoholikers sei - so Gruner (1976, 56) - der primäre Rauschtrinker, der eine gewisse Verwandtschaft mit dem erwachsenen Gamma-Alkoholiker habe (vgl. Stimmer 1978, 33). Ihm selbst seien hier Fälle bekannt (Gruner ebd.), wo schon der erste Alkoholgenuß aus unerklärlichen Gründen zum praktisch sofortigen Kontrollverlust geführt hätten; er spricht vom 'instant-Alkoholiker'; in der Regel aber dauere es 2 - 5 Jahre bis sich der Kontrollverlust und das voll ausgeprägte Bild der Alkoholkrankheit entwickelt habe. Nun, ich lasse das jetzt mal so stehen und gehe auf eine weitere

Differenzierung dieses jugendlichen Gamma-Typs ein, die von Stimmer (1978, 33) stammt. Er nämlich unterteilt diesen Konflikttypus in den Gammatyp 1, der sich durch ein hohes Konfliktbewußtsein auszeichnet und den Gammatyp 2, bei dem ein niedriges Konfliktbewußtsein vorherrscht. Stimmer konnte in seiner Untersuchung nachweisen, "daß beim jungen Alkoholiker, aufgrund seines jugendlichen-Status, ein höheres und meist auch bewußteres Konfliktpotential besteht als bei älteren Alkoholikern" (Stimmer 1978, 35). Er versteht dann auch den Kontrollverlust nicht mehr als Unfähigkeit des jugendlichen Alkoholkonsumenten, sondern als ein Ausweg, den der Jugendliche bewußt als einzig möglichen perzipiert. Dies ist nun eine Auffassung, in der eine neue Perspektive in unser Blickfeld kommt: nämlich die Möglichkeit des sinnhaften Handelns des Menschen, die meiner Meinung nach auch eine reelle Möglichkeit in der Alkoholismusdiskussion darstellen kann und müßte (vgl. Barthels 1989). Diese Möglichkeit berücksichtigen heißt aber, daß wir unsere gegenwärtigen Glaubenssätze über Alkoholismus z.T. ganz erheblich revidieren müssen. Warum? Die Antwort auf diese Frage ist der Ausgangspunkt einer - so meine ich - relativ neuen Überlegung und sie steht im nächsten Abschnitt.

Die Verletzung des Konsistenz-Postulats von Forderungssätzen als zentrales irrationales Moment in der derzeitigen wissenschaftlichen Alkoholismus- und Jugendalkoholismusdebatte

Die meisten Experten und Therapeuten, die sich mit den sogenannten 'Alkoholkranken' (jugendlichen und erwachsenen) beschäftigen, fordern von diesen Verantwortung und Selbstkontrolle im Umgang mit Alkohol (in und/oder nach der Therapie; vgl. Barthels 1989, 4ff.). Gleichzeitig aber - und das wird deutlich, wenn man sich die (deterministisch-mechanomorphen) Alkoholismustheorien näher anschaut - sind dieselben Experten und Therapeuten im Grunde davon überzeugt, daß der 'Alkoholranke' seinen Umgang mit dem Alkohol überhaupt nicht kontrollieren kann, daß er also auch nicht verantwortlich damit umgehen kann.

Es herrscht heute schon eine gewisse Übereinstimmung darüber, daß für den Patienten, der keine Verantwortung übernehmen will, auch keine Therapie (und keine Selbstkontrolle) möglich ist (Montada 1983; Yalom 1989). Das Problem besteht nun aber darin, daß die meisten Experten und