

## Das vorläufige Fazit

In diesen hier nur unvollständig und verkürzt angedeuteten Versuchen, die traditionelle Erbsündenlehre dem heutigen Verständnishorizont gemäßer auszusagen und sie in ihrem heilstheologischen Gehalt dem Menschen nahezubringen, lassen sich einige feste Tendenzen erkennen, über die auch die Verkündigung nicht hinweggehen kann. Eine historisierende Betrachtung der Schrift überhaupt und des Urstandes (einschließlich der sog. außernatürlichen Gaben) und eines individuellen Adam im besonderen wird unter dem Einfluß der heilstheologischen Schriftinterpretation mehr und mehr aufgegeben, ja sie ist schon so gut wie überholt. Die Schrift hat den „gegenwärtigen“ Zustand der Menschen im Blick und will keine historisch verstandene Geschichte bieten. An ihren heilstheologischen Aussagen wird jedoch festgehalten: die Sündenverfallenheit aller Menschen von Anfang an, die

man jedoch nicht Gott anlasten könne, sondern für die der Mensch verantwortlich ist, und aufgrund der dieser „nach Erlösung schreit“. Von daher verlieren die Fragen nach Monogenismus und Polygenismus als „naturwissenschaftliche Fragen“ zunehmend an Bedeutung. Das gleiche gilt von einer biologisch-physisch verstandenen Abstammung bzw. „Vererbung“. Die Schrift läßt diese Fragen im dunkeln. Besondere Verständnisschwierigkeiten bieten nach wie vor der Begriff einer analogen Sünde bzw. Schuld, deren Problematik noch als ungelöst bezeichnet werden muß, sowie die Erklärung der Universalität der „Erbsünde“. Neuere Versuche, letztere aus einer natürlich-übernatürlichen Geschichtseinheit her, aufgrund eines existenzialen natürlich-übernatürlichen Mitseins zu erklären, lassen nach Ansicht mancher Theologen noch wesentliche Fragen ungeklärt. Die Hinwendung zu einer geschichtlich-personalen Sicht scheint jedoch einen Weg anzuzeigen, auf dem eine Lösung möglich wäre.

## Drogenabhängigkeit und Alkoholismus

Die Drogenabhängigkeit wird mit mehr oder weniger drastischen Schlagworten in letzter Zeit in der Öffentlichkeit ventiliert. Nur hinter wenigen Diskussionsbeiträgen scheinen sozialmedizinische und sozialpädagogische Anliegen zu stehen, viele haben noch nicht einmal Informationswert. Zu unkontrolliert werden gesellschaftliche Abwehrmechanismen als Tatsachen und als Abhilfen weitergegeben. Der neue „Buhmann“ wird vorwiegend bei den „Linken“ lokalisiert. Ihnen werden damit die bedenklichen Entwicklungen angelastet. Große gesellschaftliche Gruppen können so ihr Unbehagen gegen kritische unliebsame Minderheiten anhand von Mißständen abreagieren. Gleichzeitig fühlen sich diese Gruppen entschuldigt. Es läßt sich leichter leben, wenn man überzeugt wird, daß andere — möglichst noch unbeliebte Gruppen — an Mißständen, an Fehlentwicklungen Schuld haben. Forderungen nach drastischen Sanktionen sind die Folge; diese wiederum führen nicht selten zur Verdächtigung auch ernstgemeiner Hilfsangebote.

Diese „Verarbeitung“ des Problems des steigenden Rauschmittelmisßbrauchs ist um so erstaunlicher, wenn die Reaktionen derselben Öffentlichkeit etwa auf das Phänomen des Alkoholismus beobachtet werden. Parallelen ergeben sich zunächst nur in der Rückschau. Als man den Alkoholismus noch als Problem einer Klasse oder einzelner Gruppen deklarieren konnte („Schnaps- und Elendsalkoholismus“), um die Jahrhundertwende und in den zwanziger Jahren, da waren noch ähnliche Entrüstungen möglich. Man reagierte mit strafrechtlichen Maßnahmen, mit Zwangsunterbringung. Zum Alkoholismus hat sich die Einstellung inzwischen gewandelt. Alkoholmißbrauch duldet man, auch noch gehäufte Exzesse. Man fördert die Alkoholisierung und greift nur dann zu gesellschaftlichen Sanktionen, wenn zu stark oder dauernd gesellschaftliche Normen verletzt werden.

### Begriffliche Erläuterungen

Es ist erforderlich, die verschiedenen Arten der Mittelabhängigkeit auf dem gemeinsamen Hintergrund individueller und gesellschaftlicher Faktoren zu sehen. Nicht die Darstellung der Symptome der Abhängigkeit, son-

dern die Erforschung und Beachtung der psychosozialen Bedingtheiten und der sozialpsychiatrischen Zusammenhänge helfen, das Problem in seiner Entstehung zu erkennen und entsprechende Hilfen für den einzelnen und die Gesellschaft anzubieten.

In der Literatur wird zur Charakterisierung der Rauschmittelabhängigkeit eine Vielzahl von Begriffen verwendet, die in der öffentlichen Debatte oft unpräzise verwendet werden. Um weitere Mißverständnisse zu vermeiden, ist deshalb eine kurze begriffliche Klärung erforderlich.

*Gewöhnung* bedeutet im Bereich des Suchtgeschehens die „Änderung der Reaktionsfähigkeit des Körpers“ (Laubenthal) auf eine bestimmte Droge. Oberflächlich betrachtet erscheint die Gewöhnung als eine Art von Konditionierung des Organismus; bestimmte Mengen der Droge können „reaktionslos“ eingenommen werden. Diese „graduelle Verminderung der Reaktion“ (Glaser) auf Drogeneinnahme spielt in der Symptomatik der Suchterkrankungen eine Rolle und ist, wie verschiedene Autoren zeigen, nicht gleichzusetzen mit Gewöhnung im allgemeinen Sinn. Sie stellt vielmehr eine krankhafte Veränderung der normalen Abwehr- und Schutzfunktionen des Organismus dar. Im Bereich der Drogenabhängigkeit sind dadurch die oft großen Unterschiede in den Reaktionsweisen zwischen Ersteinnahme und weiterem Gebrauch verständlich (Remschmidt/Dauner, Klinische und soziale Aspekte der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. Medizinische Klinik, 65 [1970] Nr. 45, S. 1913).

*Mißbrauch* wird als „sinnwidriger und schädigender“ Gebrauch (Laubenthal) beschrieben. Die „nicht sachgerechte oder über das sachgerechte Maß hinausgehende Anwendung“ von Drogen ist ein objektiver Tatbestand und muß nicht als schädlich und falsch erkannt sein. Mißbrauch sagt nichts über eine graduelle Abhängigkeit aus. Ursachen und Formen des Mißbrauchs sind vielfältig und sind nicht selten gesteuert von unreflektierter Nachahmung. Unter diesem Gesichtspunkt wären u. a. die neuen Arten des Drogengebrauchs bei Jugendlichen zu untersuchen, ebenso der Medikamentenmißbrauch. *Süchtigkeit* und Sucht werden zwar fast allgemein syn-



onym gebraucht, doch bedeuten sie nicht das gleiche. Süchtigkeit (süchtige Haltung, Suchtgeneigtheit) ist ein persönlichkeitsgeformtes, dominierendes und hemmungsarmes Verlangen nach Lustgewinn, das das gewöhnliche Maß überschreitet. Die persönliche Entscheidungsmöglichkeit ist aber noch gegeben.

*Sucht oder Suchtkrankheit* ist „ein mehr passives Verhalten... unter Zwang, das nicht mehr aus einer verantwortlichen oder doch vollverantwortlichen selbstdirigierenden Persönlichkeit heraus erwachsen ist und dem das Merkmal einer freien Entscheidungsmöglichkeit in weitem Umfang fehlt. Im Falle einer toxischen Sucht kommen noch charakteristische, vom Toxikon abhängige Phänomene der chronischen Intoxikation wie Dosissteigerung und Abstinenzsymptome hinzu“ (Laubenthal, Allgemeine Probleme um Mißbrauch, Süchtigkeit und Sucht. In: Handbuch „Sucht und Mißbrauch“, 1. Auflage, Thieme, Stuttgart 1964).

*Abhängigkeit* ist ein Begriff, der in der neueren Fachliteratur vorrangig für Suchtphänomene verwendet wird. Vielfältige Übersetzungsschwierigkeiten und Versuche, die Begriffe Sucht (addiction) und Angewöhnung (habituation) schärfer voneinander zu unterscheiden, ließen die Expertenkommission der WHO diesen einheitlichen Begriff vorschlagen.

*Drogenabhängigkeit* (drug dependence) wurde als Oberbegriff gewählt. Drogenabhängigkeit ist definiert „als ein Zustand, der sich aus der wiederholten Verabreichung einer Droge ergibt, die periodisch oder dauernd erfolgt. Ihre charakteristischen Merkmale variieren je nach dem in ihr enthaltenen Wirkstoff. Dies muß durch die Bezeichnung der speziellen Art der Drogenabhängigkeit in jedem einzelnen Fall klar zum Ausdruck gebracht werden“ (Stolze, Über Sucht und Suchtmittel, Praxis der Psychotherapie, Bd. X, Nr. 2, 1962, S. 81). Drogenabhängigkeit kann für alle Arten des Mißbrauchs angewendet werden und besagt nichts über Gefährlichkeit und Ausmaß. *Droge* wird als Oberbegriff gebraucht für natürliche und chemische Stoffe wie Medikamente, Rauschmittel, Alkohol und dergleichen. Die Art und die Bedeutung der Drogenabhängigkeit müssen unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden: Einmal entwickelt sich die Abhängigkeit als Endergebnis des Wechselspiels zwischen den pharmakodynamischen Wirkungen der Droge und dem psychischen Zustand des einzelnen. Zum anderen spielt die Beziehung zwischen Drogenmißbrauch und Gesellschaft eine Rolle. Sie ist bestimmt durch soziale und wirtschaftliche und andere Faktoren.

*Alkoholisierung* meint einen durch die allgemeinen Lebens- und Ernährungsgewohnheiten bedingten hohen täglichen Verbrauch an alkoholischen Getränken. Sie ist nicht als krankhaft zu werten, hat aber starke Auswirkungen auf die Volksgesundheit und fördert spezielle Formen der Alkoholabhängigkeit. Frankreich ist das klassische Beispiel für den „rauschlosen Alkoholismus“. Für einzelne Regionen und Berufsgruppen in der Bundesrepublik gilt dasselbe. Auch ist eine allgemeine Tendenz zu einer tolerierenden Haltung Alkoholexzessen gegenüber festzustellen.

*Alkoholismus* besagt dagegen „den Genuß alkoholischer Getränke, der über das in der betreffenden Gesellschaft übliche Maß hinausgeht und gesundheitliche Schäden bzw. ungünstige soziale und wirtschaftliche Folgen hervorruft“ (Jellinek zit. nach W. Feuerlein, Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht. Medizinische Klinik 62,

Nr. 23 [1967], S. 922). Damit ist noch nichts über die Alkoholabhängigkeit ausgesagt. Es wird lediglich die Mißbrauchsform charakterisiert. Die Alkoholabhängigkeit wird in der Literatur oft noch mit *chronischem Alkoholismus* wiedergegeben.

Der *Suchtkranke* ist ein in seiner Gesamtpersönlichkeit und in seinen mitmenschlichen Beziehungen gestörter Mensch, dessen physische und psychische Abhängigkeit vom Suchtmittel einen solchen Grad erreicht hat, daß er sich ohne fremde Hilfe nicht mehr davon lösen kann.

### *Alkoholabhängigkeit in der Bundesrepublik*

Es ist ein beliebtes Mittel, die Bedeutung von Problemen an Zahlen zu demonstrieren. Dieser Erwartung kann auch hier entsprochen werden. Doch ist festzustellen, daß nur einzelne Umriss der Problemsituation statistisch erfaßt sind. Auswirkungen des Drogenmißbrauchs in den verschiedenen Bereichen sind so gut wie nicht erfaßt. Erst allmählich beginnen entsprechende Forschungsvorhaben.

Für die Bundesrepublik ist über vier Arten der Drogenabhängigkeit und die damit jeweils verbundenen Gleiterscheinungen zu berichten. Umfangmäßig an erster Stelle steht der Alkoholismus, gefolgt (von der Aktualität, nicht vom Ausmaß her gesehen) von dem Mißbrauch von Rauschmitteln und Halluzinogenen. Der Tabakmißbrauch bedürfte ebenfalls einer besonderen Erwähnung. Am wenigsten erforscht ist der Medikamentenmißbrauch.

Bei allen Zahlenbeispielen muß berücksichtigt werden, daß Mißbrauch und Abhängigkeit miteinander korrespondierende Faktoren sind, daß z. B. Verbrauchszahlen auch Evidenzfaktoren für Mißbrauch und Abhängigkeit enthalten können.

In unserem Kulturkreis ist Alkohol das am meisten gebrauchte Genußmittel. Der durchschnittliche Jahresverbrauch von Alkohol je Einwohner in der Bundesrepublik betrug 1969 10,75 l (Jahrbuch zur Alkohol- und Tabakfrage 1971, Hamburg 1971). Bereits 1966 war der Pro-Kopf-Verbrauch doppelt so hoch wie in den USA oder in Großbritannien und betrug etwa die Hälfte des Verbrauchs in Frankreich.

1969 wurden insgesamt 22,5 Milliarden DM für alkoholische Getränke ausgegeben. Das sind etwa 5% des Volkseinkommens. Zum Vergleich: 1968 wurden von Bund und Ländern nur knapp 11 Milliarden DM für das gesamte Straßenwesen (einschließlich Autobahnen, Brückenbau) ausgegeben.

St. Wieser hat in einer sozialpsychiatrischen Untersuchung das Trinkverhalten der Bremer Bevölkerung geprüft und eine Korrelationsuntersuchung bei einer Durchschnittspopulation der BRD durchgeführt. (Über das Trinkverhalten der allgemeinen Bevölkerung. Stereotype des Abstinents und Trinker. Fortschr. Neurol. 36, 1968, S. 485 bis 509.)

In einzelnen Fällen wird der erste Alkoholkonsum bereits unter dem 6. Lebensjahr angegeben. Die ersten Alkoholerfahrungen werden nach dem 10. Lebensjahr häufiger und erreichen zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr ihr Maximum. 75% der Befragten haben ihre ersten Alkoholerfahrungen in der Familie gemacht. Männliche Jugendlichen beginnen mit 14 bis 16 Jahren in der Öffentlichkeit zu trinken, weibliche zwei Jahre später. 24% der Befragten trinken täglich größere Mengen Alkohol, 57%



der männlichen und 43% der weiblichen Befragten hielten Abstinenz für sich nicht für möglich. Bei 41% der jüngeren Befragten war Bier das bevorzugte Getränk mit einer absteigenden Tendenz bei älteren Befragten. Spirituosen wurden (entsprechend der höheren Altersstufe) von 72% bis 93% bevorzugt. Markante geschlechtsspezifische Unterschiede wurden nicht festgestellt. 54% der Männer und 36% der Frauen gaben an, daß sie auch für sich allein trinken, dagegen wollen 46% der Männer und 64% der Frauen nur in Gesellschaft trinken. 60% der Befragten trinken lieber zu Hause. Eine Teiluntersuchung der „Alleintrinker“ zeigt, daß Alkohol auch als „psychotropes Mittel“ verwendet wird. Die Antworten auf die folgenden Fragen zeigen die fast medikamentartige Stellung des Alkohols.

„Ich spüre, daß der Alkohol mir gut tut“	14%
„Bei niedergedrückter Stimmung“	12%
„Zur Entspannung“	10%
„Um sorgenvolle Gedanken loszuwerden“	2%

Die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen wird mit 0,75% bis 1% der Wohnbevölkerung angegeben (rd. 600 000). In einer Gemeinde mit 3000 Einwohnern wäre also mit 20 bis 30 Alkoholabhängigen zu rechnen. Diese Zahlen sind Erfahrungswerte, exakte Untersuchungen liegen nicht vor, jedoch besteht unter den Fachleuten Einigkeit, daß es sich hierbei um eine mittlere Schätzzahl handelt.

Anhand der „erstmaligen Aufnahmen wegen Alkoholismus“ in psychiatrischen Landeskrankenhäusern war von 1956 bis 1966 ein enormer Anstieg zu verzeichnen, der sich zwischen 30% und 300% bewegte (Denkschrift des Regierungspräsidiums Südwürttemberg/Hohenzollern 1966). Die Erfahrungen in den Behandlungseinrichtungen zeigen, daß von den Alkoholabhängigen ca. 14% Frauen sind. 10% gehören der Gruppe der Jugendlichen und Jungerwachsenen (16 bis 25 Jahre) an.

Für die vielfältigen Auswirkungen der Alkoholisierung und des Alkoholismus können nur einige Zahlenbeispiele aufgeführt werden. Alkoholismus als direkte Todesursache wird mit 0,092% angegeben, also bei Tausend Todesfällen ist ein Todesfall alkoholismusbedingt (Statistisches Jahrbuch, Gesundheitswesen, 1965, Nr. 671 bis 679). Dabei sind nicht die Todesursachen mitberücksichtigt, die ebenfalls mit dem Alkoholismus ursächlich zusammenhängen können, z. B. Leberzirrhose.

Die Mortalitätsrate bei Alkoholabhängigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beträgt zwischen 270–300%. Die Selbstmordrate liegt hoch, 2,8% der Alkoholabhängigen begehen Selbstmord, 22,1% machen Selbstmordversuche. Nach *Strotzka* (Einführung in die Sozialpsychiatrie, Rowohlt 1965) liegt die Selbstmordrate bei der Durchschnittsbevölkerung bei 0,19%.

Der volkswirtschaftliche Schaden durch Arbeitsunfälle als Folge des Alkoholmißbrauchs wurde 1966 mit sieben Millionen Tagen errechnet (Deutsches Ärzteblatt Nr. 17/1967). 1966 erfolgten 86,2% aller Führerscheinentzüge wegen Trunkenheit. 40% aller schweren Verkehrsunfälle mit Todesfolge gehen in den letzten Jahren zu Lasten von alkoholisierten Verkehrsteilnehmern. Die Kriminalitätsstatistik zeigt, daß rund 12% aller (erfaßten) Straftaten unter Alkoholeinfluß begangen wurden. Erfahrungen zeigen, daß rund 40% der behandelten Alkoholabhängigen bereits vorbestraft waren. Trotz des vielen Zahlenmaterials gibt es keine exakten Korrela-

tionsuntersuchungen. Die Tendenz bei vielen statistischen Nachprüfungen läuft darauf hinaus, den Alkoholabhängigen als besonders depravierte Persönlichkeit darzustellen. Wenige Untersuchungen zeigen Ansätze, auch die Abhängigkeit mitverursachender gesellschaftlicher Faktoren herauszuschälen.

### Mißbrauch und Abhängigkeit von Rauschmitteln

Seit 1967 verebben Berichte über die Rauschgiftwelle nicht mehr. Die Verbreitung des Gebrauchs und Mißbrauchs von Rauschmitteln ist zu einem gemeinsamen Problem der Jugendlichen und Heranwachsenden aller westlichen Länder geworden. Zahlenbelege zu dieser Neuentwicklung sind nur sehr beschränkt möglich. Die vorhandenen Zahlen sind zum Teil noch weniger beweisbar als die im Bereich des Alkoholismus. Ausländische Untersuchungen haben ergeben, daß in den USA 20 bis 30% der Mittelschüler und Studenten Erfahrungen mit Marihuana haben, daß in Dänemark 25% Erfahrungen haben und 8% regelmäßig Mißbrauch treiben (*L. Kielholz*, Über Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, „Deutsche medizinische Wochenschrift“, 95, Nr. 3, 1970). Für die Bundesrepublik werden 50 000 Jugendliche und Heranwachsende genannt, die regelmäßig Rauschgift nehmen. In Berlin-Westend sollen 30% der Oberschüler in den höheren Klassen Haschisch rauchen (*Wanke*, Erfahrungen aus der Beratung Drogengefährdeter. In: Drogenproblem kritisch betrachtet, Kassel 1970). Für 1968 wurden insgesamt 4217 Süchtige erfaßt. So unvollständig alle diese Zahlen sind, so interessante Details können aus den Untersuchungen regionaler Beratungs- und Behandlungsstellen für Drogenabhängige berichtet werden. Befragungen und Behandlungsergebnisse zeigen, daß die überwiegende Mehrheit der Beteiligten Erfahrungen mit Cannabisprodukten hatte und daß diese auch in gesteigertem Maße öfter oder dauernd eingenommen werden. Eine weitere große Gruppe bilden die Halluzinogene.

Nach *Bschor* (Junge Rauschmittelkonsumenten in West-Berlin, Bericht, Berlin 1970) hatten 99,3% der befragten männlichen Personen Erfahrungen mit Cannabisprodukten, 50,9% mit Halluzinogentrips, 16,4% mit Psychotonika und mit Opiumalkaloiden. Die weiblichen Befragten zeigten in der Wahl der Rauschmittel keine markanten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Die folgende Übersicht über die Einnahmehäufigkeit gibt auch Aufschluß über den Konsumbeginn.

Alter bei Konsumbeginn männlich	probiert	gelegentlich bis 2 x per Woche geraucht	3 x und mehr per Woche geraucht	Summe
12	—	—	—	—
13	—	3	1	4
14	—	1	9	10
15	—	2	5	7
16	—	5	18	23
17	—	7	8	15
18	—	5	9	14
19	—	3	12	15
20—22	—	14	15	29
23—25	—	21	8	29
26—30	6	8	2	16
31—35	1	—	—	1
36—40	—	1	—	1
Summe	7	70	87	164



weiblich

12	—	2	—	2
13	—	1	—	1
14	—	—	3	3
15	—	3	6	9
16	—	3	4	7
17	—	3	—	3
18	—	1	4	5
19	—	2	1	3
20—22	1	11	3	15
23—25	2	7	2	11
26—30	2	6	—	8
31—35	1	—	—	1
36—40	—	1	—	1
41—50	—	1	—	1
Summe	6	41	23	70

Bschor kristallisiert aus den Befragten und ihren Angaben fünf Konsumtypen heraus. Typ 1 sind die Probierer. Sie machen einige Versuche mit Rauschmitteln, insbesondere Haschisch, hören dann jedoch bald wieder auf (7%). Typ 2 sind die Cannabiskonsumenten. Sie gebrauchen überwiegend Haschisch bzw. Marihuana und reichen vom gelegentlichen Raucher bis zum Dauerkonsumenten (57%). Typ 3 sind die Konsumenten von Halluzinogenen. Sie konsumieren Haschisch und Halluzinogenentrips, letztere im Monat mindestens zweimal (29%). Typ 4 sind die Opiateverbraucher. Konsumenten, die von Opium bzw. Opiumalkaloiden abhängig sind und sich täglich mindestens einmal Opiate zuführen (5%). Typ 5 bilden die polytropen Konsumenten. Konsumenten, die wahllos in größerem Umfang alle möglichen jeweils erreichbaren Rauschmittel sich zuführen, sie sind nicht von Opiaten abhängig (2%).

### Ursachen der Drogenabhängigkeit

Drogenabhängigkeit ist kein einförmiges Problem, allein zurückführbar auf Willensschwäche und persönliches Versagen. Die seelischen, sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und körperlichen Bedingungen sind teils krankhafte Störungen, teils als Abweichungen und als normale Faktoren zu werten. Pharmakodynamische Faktoren spielen mit hinein.

Bei der Begriffsbestimmung des Suchtkranken (Drogenabhängigen) wurde davon ausgegangen, daß er ein in seiner Gesamtpersönlichkeit und in seinen mitmenschlichen Beziehungen gestörter Mensch ist. Das besagt, daß die persönlichkeitsbedingten Faktoren auch nicht nur in der jeweiligen Person zu suchen sind, daß es sich vielmehr um einen lebensgeschichtlichen Prozeß handelt, in den bereits wieder viele soziale Faktoren hineinspielen. Es gibt kein sicheres konstitutionspsychologisches Kriterium der Disposition zur Sucht. Die Verursachung suchtanlagebedingter Abnormität der Persönlichkeit wird heute nicht mehr so stark betont. Die Forschungsarbeiten über biochemische Verursachung der Abhängigkeit und der Sucht laufen noch. Sie sind aber als Teilaspekt wichtig. Mehr und mehr wird Sucht als Ausdruck einer neurotischen Fehlentwicklung und Fehlhaltung bewertet.

In der Literatur spielen die *lebensgeschichtlich* bedingten Störungen (*Cremerius*) eine wichtige Rolle. Bategay (Vom Hintergrund der Süchte, Bern 1963) führt neun Kriterien der Suchthaltung an, die alle auf *emotionale* Störungen und entsprechende *frühkindliche* Fehlentwicklungen hinweisen. Im einzelnen nennt er: mangelnde

Fähigkeit, die Realität so, wie sie ist, anzunehmen; Fehlen echter Beziehungen; verfehlte Vertiefung, Unfähigkeit zu spontaner Freude und zu Genuß, Dauerstreben nach Unlustverhütung, Unerstlichkeit, zerstörerische Tendenz gegen die Gesellschaft und gegen sich selbst, Wunsch nach Luststeigerung. Entwicklungspsychologisch sind folgende Ergebnisse interessant: Nach *A. Hoff* (Soziale Fallarbeit in der Suchtkrankenhilfe, 1966) zeigen die Lebensgeschichten von Suchtkranken vorwiegend folgende Störungen: 46% hatten in der Kindheit schweres Elend erlebt, 83 bis 93% hatten starke Störungen und negative Erlebnisse im Familienbereich, 83% zeigten mangelhafte affektive Bindung an Lebensziel und Lebensaufgabe. Bategay fand bei 68% der untersuchten Alkoholabhängigen familiäre Belastungen. Dietrich und Herle stellen bei 13% von 300 untersuchten Patienten familiäre Belastungen fest. Nach Feuerlein kommen 56% der Untersuchten aus Familien, die mit Alkoholismus belastet waren, 47% hatten eine dominierende Mutter, bei 38% war die Erziehung sehr streng. Diese Zahlen, die vorwiegend aus den Untersuchungen über die Alkoholabhängigkeit stammen, haben korrespondierende Ergebnisse im Bereich der Rauschmittelabhängigkeit. Sie zeigen, daß es *die* süchtige Persönlichkeit nicht gibt, daß sehr individuelle Lebensgeschichten, psychosoziale, kulturelle und sonstige Bedingtheiten eine wesentliche Rolle spielen.

Aus dem vorhin angeführten Zahlenmaterial über Trinkverhalten wird ersichtlich, daß bis 75% ihre ersten Trink Erfahrungen im Elternhaus machen, daß 59% der Befragten eine sehr tolerante Haltung zu Mißbrauchsformen bewiesen und daß 38% einer Teilgruppe die psychotropen Wirkungen des Alkohols persönlich schätzen. Einige Autoren sehen den Beginn süchtiger Fehlhaltungen im zufälligen Zusammentreffen von Mittelgebrauch und persönlicher Stress-Situation, wobei die spannungsreduzierende Wirkung der Droge erlebt wird. Es wird durch Wiederholung gelernt, Unlust durch die Droge zu mindern.

Bei den *persönlichkeitsbedingten* Faktoren wurde bereits deutlich, wie stark soziale Erlebnisse die Persönlichkeit mitformen (z. B. Familien-Erziehungssituation) und je nach Art und Intensität für die weitere Entwicklung entscheidend sind. Kein Ursachenfaktor darf für sich allein gesehen werden. Die Suchtgenese stellt ein kompliziertes, kaum ganz durchschaubares Netz von Faktoren dar, die zwischen dem Einzelnen — seinen psychischen und physischen Kräften — und anderen, der Gesellschaft, spielen und sich gegenseitig fördern und verstärken.

### Soziale Faktoren der Abhängigkeit

Über die *sozialen* Faktoren der Abhängigkeit gibt es nur sehr begrenzte Forschungen. Wohl liegen Untersuchungen vor über die sozio-kulturellen Verschiedenheiten und die Bedingtheit der Drogenabhängigkeit, insbesondere des Alkoholismus. *D. Pittman* und *Solms* haben hier bemerkenswerte Arbeiten vorgelegt. Letzterer expliziert eine Arbeitshypothese Jellineks hinsichtlich des Alkoholismus, die auch bezüglich der Drogenabhängigkeit zu beachten ist: „In einem Sozialmilieu, das nur mäßiges Trinken akzeptiert und Exzesse ablehnt, riskieren lediglich jene Individuen trunksüchtig zu werden, die sich unter dem Druck erheblicher psychischer Anomalie über die sozialen Trinknormen hinwegsetzen. Dagegen sind in einem Sozialmilieu mit großzügig tolerierten Trinksitten Gewohn-



heitstrinker schon bei geringfügiger psychischer oder physischer Vulnerabilität trunksuchtsgefährdet.“ Das heißt, je stärker die Öffentlichkeit das Trinken aus religiös-rituellen Motiven begrenzt, disqualifiziert, tabuisiert, um so mehr wird die dort entstehende Drogenabhängigkeit zu einem psycho-sozialen, psychiatrischen Problem. Die Gruppe der Betroffenen wird kleiner.

Unter diesen Gesichtspunkten könnte man die so beliebten, aber sehr vorsichtig zu gebrauchenden Schlagworte wie „Wohlstandsalkoholismus“ bedingt zulassen. Sie weisen auf Einstellungsänderungen in der Gesellschaft hin (Werbung, Trinksitten, Enttabuisierung, Alkoholkonsum) und damit auf neue Entwicklungstendenzen und Formen der Abhängigkeit.

Demographische Untersuchungen über Drogenabhängigkeit liegen kaum vor. Lediglich im Bereich des Alkoholismus werden Einzelergebnisse mitgeteilt: Auffallend hoch ist die Zahl der Alkoholabhängigen aus „alkoholnahen“ Berufen. An erster Stelle steht nach Feuerlein die Gruppe der Bauarbeiter. Seit Jahrzehnten ist die Gruppe der Arbeiter unter den Alkoholabhängigen stärker vertreten. Eine Münchner Untersuchung weist 63 % Arbeiter unter den Patienten aus (bei 42 % Arbeitern im Bevölkerungsdurchschnitt). Dietrich und Herle dagegen versuchen zu belegen, daß das soziale Problem „Trunksucht und Arbeiterschaft“ bereits der Geschichte angehöre. Aufgrund ihrer Untersuchungen zeigen sie, daß eine Verlagerung eingetreten ist. Nach einer Gruppierung in „sozio-ökonomische Schichten“ stellt sich die Zusammensetzung so dar: I. Schicht (Obergruppe und obere Mittelgruppe = Akademiker, hohe Beamte) ca. 7 %, II. Schicht (gehobene und mittlere Mittelgruppe = selbständige Einzelhändler, Handwerker, mittlere Beamte, Angestellte, Werkmeister, Bauern mit mittelgroßem bis kleinem Anwesen) ca. 25 %, III. Schicht (Untere Mittelgruppe = Maurer, Kraftfahrer, Verkäufer, Vertreter) ca. 28 %, IV. Schicht (Endposition = Hilfsarbeiter, Landarbeiter, Eisenbahnarbeiter) ca. 23 %. In dieser Untersuchung wird besonders auch auf die Berufsentwicklung bei Alkoholabhängigen eingegangen. Aus dem Zahlenmaterial wird der berufliche Abstieg der Patienten im Vergleich zum väterlichen und zum ursprünglich erlernten Beruf ersichtlich. Es ist jedoch nicht zu erkennen, wieweit gesellschaftliche Sanktionen daran beteiligt sind (Behandlung — Verlust des Arbeitsplatzes — schlechter neuer Start). Sicher kann daraus auf erneute soziale und familiäre Konflikte geschlossen werden, nicht zuletzt auf die verminderte Chancengleichheit für die mitbetroffenen Familienangehörigen. Dieselbe Untersuchung macht deutlich, daß die Alkoholabhängigkeit entgegen früheren Zeiten im ländlichen Bereich fast gleich stark verbreitet ist wie im städtischen. Diese Ergebnisse decken sich in der Tendenz mit Erfahrungen der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und mit Untersuchungen in anderen europäischen Ländern.

Bedeutsam scheint unter den sozialen Faktoren ein Gegensatzpaar gesellschaftlicher Einstellungen zu sein. Einmal wird der Genußmittelkonsum mit allen Mitteln gefördert und zum Symbol des weltzugewandten, sich behauptenden, leistungsfähigen Menschen hochgespielt. Auf der anderen Seite werden bei Versagen, also bei erheblichem Mißbrauch, Sanktionen verhängt. Letzteres wird deutlich aus der zitierten Untersuchung von Wieser. Der Alkoholabhängige wird von 71 % der Befragten mit negativen Kriterien umschrieben. 21 % fühlen sich durch Alkohol-

abhängigkeit gestört. Nur 3 % würden das Verhalten des Suchtkranken als nicht störend empfinden. Diese Zahlen und die persönliche Einstellung zum Mißbrauch weisen auf eine sozialpsychologische Dynamik hin, mit der sich der Alkoholabhängige ständig auseinandersetzen muß.

Es wäre noch summarisch hinzuweisen auf den sozialen Umwandlungsprozeß, die damit gegebene größere Unsicherheit, das Brechen mit bisherigen Autoritäten, der stärker werdende Leistungsdruck im Beruf, die geringer werdenden Möglichkeiten, individuelles Erfolgsstreben zu befriedigen: alles zusätzliche soziale Faktoren, die verstärkend und belastend wirken können. Unter diesem Aspekt sind auch die Existenzängste der Suchtkranken mit zu sehen. Die Unsicherheit in der Deutung des eigenen Daseins, des Lebenssinns ist für viele eine starke Belastung geworden. Die Rauschmittelabhängigkeit zeigt keine wesentlichen anderen individuellen und sozialen Faktoren. Zu beachten ist jedoch die „Fremdheit“ einiger Rauschmittel, denen in unserem Kulturkreis der soziokulturelle Hintergrund fehlt, die von daher stärkere Ablehnung erfahren und für die härtere Sanktionen gefordert werden. Außerdem werden im Bereich der Rauschmittelabhängigkeit und Rauschmittelmisßbrauchs sehr stark Generationsauseinandersetzungen ausgetragen.

### *Behandlung und Behandlungsangebote*

Bei der Behandlung Suchtabhängiger geht es darum, dem Suchtkranken bei der Wandlung, der Weiterentwicklung bzw. dem Aufbau seiner Persönlichkeit und seiner sozialen Funktionen so weit zu helfen, daß ihm eine Lösung vom Suchtmittel physisch und psychisch möglich ist. Es geht aber auch darum, der Gesellschaft zu helfen, den Suchtkranken in seinem abweichenden Verhalten zu ertragen, ihn bei den Anpassungsversuchen an notwendige gesellschaftliche Normen und bei der Verwirklichung seiner persönlichen Lebenssituation zu unterstützen.

Die verschiedensten Fachleute sind immer mehr veranlaßt, in der Behandlung der Sucht- und Drogenabhängigkeit zusammenzuarbeiten. Psychosoziale, psychotherapeutische, psychiatrische, somatische und pharmakologische Erkenntnisse und Hilfen müssen berücksichtigt und eingesetzt werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, daß neben der Behandlung des individuellen Krankheitszustandes gleichzeitig eine Behandlung des sozialen Umfeldes des Kranken notwendig ist.

Die *ambulante* Behandlung bietet die Möglichkeit, mit dem Drogenabhängigen und seinem sozialen Umfeld gleichzeitig zu arbeiten. Der Suchtkranke wird nicht aus seinem sozialen Gefüge gelöst, sondern kann mit entsprechender Unterstützung gesunden in der Auseinandersetzung mit seinem Umfeld.

Von den sozialen Anpassungs- und Verhaltensstörungen her ist vor allem die Arbeit in Gruppen (*Gruppentherapie*) gefordert. Die Gruppenarbeit mit dem Suchtkranken selbst ist in den letzten Jahren besonders forciert worden. Sie müßte aber erweitert werden, indem auch nicht unmittelbar am Krankheitsprozeß beteiligte Gruppen der Gesellschaft in den Hilfsprozeß mit einbezogen werden. Damit würde dem Patienten die Eingliederung in ein soziales Bezugssystem erleichtert. In der Gesellschaft kann über diesen Weg der Widerstand, die Gleichgültigkeit und damit das krankmachende Verhalten abgebaut werden. Noch zu wenig sind heute in der Arbeit der Hilfe für Suchtkranke die gesellschaftspolitischen Aspekte berück-



sichtigt. Einzelne und Gruppen müßten die Anwaltsfunktion für bestimmte sozial benachteiligte Gruppen übernehmen.

Die Praxis hat gezeigt, daß eine Arbeit, orientiert nur an Symptomgruppen, fruchtlos und unhaltbar ist. Die verschiedenen Krankheitsformen können nicht isoliert betrachtet werden. Man muß ihre unterschiedliche Bedingtheit beachten. Das Resultat dieser Erkenntnis müßte die Organisation interdisziplinärer Hilfsangebote in umfassender Weise ermöglichen und aktivieren. Die Kooperation der verschiedensten psychosozialen und psychohygienischen Beratungs- und Behandlungsstellen muß in der Vorbeugung und in der Therapie erfolgen.

Neben der ambulanten Behandlung hat sich die *stationäre* Behandlung in Fachkrankenhäusern für Suchtkranke durchgesetzt. In (fast noch allgemein) sechsmonatigen Kuren wird die Rehabilitation des Suchtkranken vorbereitet. Auch in diesem Bereich zeichnen sich Entwicklungen hin zu einer konzentrierteren, dafür aber kürzeren Behandlung ab. Die laufenden Versuche von Entgiftungs- und Aufbaukuren in Verbindung mit ambulanter Behandlung haben bereits gute Erfolge gezeitigt.

Die zur Zeit bestehenden Institutionen sind fast ausschließlich im Bereich des Alkoholismus tätig. Sie nehmen aber in zunehmendem Maße auch Drogenabhängige auf. Eine Vergleichszahl aus dem Bereich des Alkoholismus soll jedoch charakterisieren, wie groß der Nachholbedarf an entsprechenden Einrichtungen ist. Von den in der Bundesrepublik geschätzten behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen sind maximal ein Drittel bekannt und noch weniger können eine intensive Behandlung erhalten. In der Suchtkrankenhilfe haben sich seit Jahrzehnten, vor allem die beiden konfessionellen Wohlfahrtsverbände, das Diakonische Werk und die Caritas, um fach- und personengerechte Hilfe bemüht. Die Aktivitäten im Be-

reich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Öffentlichen Wohlfahrtspflege sind bisher nicht zahlreich.

Zur Zeit existieren 21 Heilstätten für Suchtkranke bzw. Fachkrankenhäuser, in denen Alkoholranke auf der Basis der Freiwilligkeit behandelt werden können. 17 dieser Heilstätten sind für Männer, 4 für Frauen mit insgesamt 1126 Plätzen.

Die Caritas unterhält 104 ambulante Einrichtungen mit folgenden Mitarbeitern: 82 Sozialarbeiter (hauptamtlich), 61 Sozialarbeiter (nebenamtlich), 46 Ärzte (auf Vertragsbasis), 14 Psychologen (auf Vertragsbasis), 2 Psychologen (hauptamtlich), 9 sonstige Fachkräfte, 78 Mitarbeiter in Büro und Verwaltung und ca. 1000 freitägige Mitarbeiter. In diesen Einrichtungen waren 1969 28743 Suchtkranke namentlich bekannt. Davon wurden 12061 behandelt, bei 4309 wurde die Behandlung abgeschlossen. Von den behandelten Patienten waren 10814 Männer und 1247 Frauen.

In den sechs katholischen Heilstätten mit 324 Plätzen arbeiten in Therapie, Verwaltung und Wirtschaft 47 Mitarbeiter hauptamtlich, weitere 38 Mitarbeiter sind teilszeitbeschäftigt.

Das Diakonische Werk hat eine ähnliche Zahl ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen anzubieten. Alle Fachstellen stehen in einer engen Verbindung mit den verschiedensten Selbsthilfeorganisationen, wie Kreuzbund, Blaues Kreuz, Guttempler-Orden.

Im Bereich der Bundesrepublik Deutschland hat die Deutsche Hauptstelle zur Abwehr der Suchtgefahren (DHS), 47 Hamm/Westf., die Aufgabe der Koordination der Aktivitäten übernommen. Mit ihren internationalen Symposien und den wissenschaftlichen Jahreskonferenzen werden die Ergebnisse der Wissenschaft und der Praxis weitergegeben. In Zusammenarbeit mit den Fachverbänden werden Fortbildungslehrgänge organisiert.

## Sonderberichterstattung Synode (VI)

### *Wie sehen die deutschen Katholiken ihre Kirche?*

Erste Ergebnisse der repräsentativen Interviewbefragung aus Anlaß der Synode

Anfang September wurden mit einiger Verspätung Teilergebnisse bzw. Teilauswertungen der repräsentativen Interviewbefragung deutscher Katholiken veröffentlicht (vgl. Synode 6/1971). Befragt wurden insgesamt 3995 nach einem repräsentativen Schlüssel ausgewählte Personen. Die eigentliche Analyse der Befragungsergebnisse wird das Institut für Demoskopie in Allensbach zu einem umfassenden Forschungsbericht verarbeiten. Zwischenergebnisse dieses Forschungsberichtes sollen jedoch den Sachkommissionen der Synode wie der Öffentlichkeit laufend bekanntgegeben werden. Dennoch werden sie für die Kommissionsarbeit selbst kaum voll zum Zuge kommen. Dafür hätten sie bereits zu Beginn dieser Arbeit vorliegen müssen. Zudem besteht bei Teilveröffentlichungen — dies gilt auch für die folgende Zusammenfassung einzelner Aspekte — die Gefahr, daß das Detail in falschem Licht erscheint, da das Ganze noch nicht bekannt ist. Die vorliegenden Ergebnisse bilden zusammen mit den bereits veröffentlichten (vgl. Herder-Korrespondenz, ds. Jhg., S. 44—48) die in dieser Breite einzige und darum auch voll ernst zu nehmende Umfrage über Auffassungen,

Stimmungen und Einstellungen der deutschen Katholiken zu Religion und Kirche.

Aus der vorliegenden Teilauswertung sollen im folgenden nur vier Gesichtspunkte herausgegriffen werden: 1. mögliche Wertkonflikte und Wertidentitäten zwischen der Kirche und den deutschen Katholiken; 2. der Grad der praktischen Identifizierung, soweit dieser sich aus den Angaben über Kirchenbesuch und Kirchen- bzw. Gemeindebindung eruieren läßt 3. die Haltung zu einigen religiösen Grundfragen und 4. die Frage der Priester- und Laiendienste in der Kirche.

#### *Wertkonflikte und Wertidentität*

Aus dem erfragten „heutigen Wertsystem“, zu dem die Stellung der Kirche im Vergleich zur eigenen Wertauffassung der Katholiken ermittelt werden sollte, lassen sich grob gemeinschaftsbezogene und individuumsbezogene Wertgruppen herauslesen. Als hervorstechendste gemeinschaftsbezogene Werte wurde erfragt die Erhaltung des