

FHNW  
Hochschule für Soziale Arbeit  
Bachelorstudium in Sozialer Arbeit  
Basel

## **Bindung**

### **Drogenabhängige Mütter und ihre Kinder**

Welchen Einfluss eine Drogenabhängigkeit auf die Entstehung einer Mutter-Kind Bindung haben kann.



## **Bachelor Thesis**

**Vorgelegt von:**

Beatrice Fähndrich  
6. Semester FHNW

**Eingereicht bei:**

Dr. sc. nat. Lucy Bayer-Oglesby  
Im Juni 2013

## **Abstract**

**Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Situation von drogenabhängigen Frauen mit ihren Kindern. Im Fokus steht dabei die Bindungsqualität zwischen der Mutter und ihrem Kind. Dabei wird die Hauptfragestellung beantwortet, welchen Einfluss eine Drogenabhängigkeit auf den Bindungsaufbau der Kinder zu ihren Müttern haben kann. Das Ziel der Arbeit ist, die schwierige Lebenssituation der betroffenen Frauen mit ihren Kindern zu erläutern und die daraus entstehenden ungünstigen Entwicklungsbedingungen für die Kinder aufzuzeigen. Mit Einbezug der Resilienztheorie zeigt die Arbeit Möglichkeiten auf, welche Schutzfaktoren Kinder in schwierigen Lebenssituationen schützen und wie diese gefördert werden können. Auf diesen Erkenntnissen aufbauend, werden Handlungsansätze für die Soziale Arbeit ausgearbeitet und bereits bestehende, hilfreiche Angebote vorgestellt.**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
1.1 Motivation und Herleitung der Fragestellung .....	4
1.2 Fragestellung .....	5
1.3 Erwartete Ziele und Resultate der Bachelor Thesis .....	5
1.4 Eingrenzung des Themas.....	5
1.5 Angaben zu Methodik und Aufbau der Arbeit.....	6
<b>2. Die Bindungstheorie .....</b>	<b>7</b>
2.1 Der Mensch als Bindungswesen .....	7
2.2 Bindung und Bindungsverhalten.....	9
2.3 Die drei Bindungsstile .....	10
2.3.1 Die sichere Bindung (B) .....	10
2.3.2 Die unsicher- vermeidende Bindung (A).....	11
2.3.3 Die unsicher- ambivalente Bindung (C).....	12
2.4 Die desorganisierte Bindung .....	12
<b>3. Opiatabhängige Frauen .....</b>	<b>15</b>
3.1 Definition Drogenabhängigkeit.....	15
3.1.1 Opiate und andere Drogen.....	16
3.1.2 Drogen und ihre Wirkung .....	17
3.1.3 Beikonsum .....	18
3.2 Heutige Behandlungsformen .....	18
3.3 Zur Lebenssituation opiatabhängiger Frauen.....	19
3.3.1 Psychische Belastungen .....	20
3.3.2 Soziale Belastungen .....	20
3.3.3 Körperliche Belastungen .....	20
3.4 Schwangerschaft und Geburt .....	21
3.4.1 Auswirkungen des Drogenkonsums auf den Fötus .....	22
3.4.2 Die pränatale Bindung zwischen Mutter und Kind .....	22
3.4.3 Die Geburt .....	24
3.4.4 Zur Situation von opiatabhängigen Müttern mit ihren Säuglingen.....	25
3.5 Einfluss einer Opiatabhängigkeit auf die Mutter- Kind Bindung .....	25
3.6 Einfluss einer Substitution auf die Mutter-Kind Bindung .....	27

<b>4. Die Lebenswelt von Kindern opiatabhängiger Mütter.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Die Entwicklung der Kinder.....</b>	<b>29</b>
4.1.1 <i>Die körperliche Entwicklung.....</i>	29
4.1.2 <i>Die kognitive Entwicklung.....</i>	30
4.1.3 <i>Die psychosoziale und emotionale Entwicklung.....</i>	31
<b>4.2 Bindungsmuster.....</b>	<b>31</b>
<b>4.3 Bindungsstörungen.....</b>	<b>32</b>
<b>5. Die Resilienztheorie.....</b>	<b>34</b>
<b>5.1 Der Begriff Resilienz.....</b>	<b>34</b>
<b>5.2 Das Risikofaktorenkonzept.....</b>	<b>35</b>
<b>5.3 Das Schutzfaktorenkonzept.....</b>	<b>37</b>
5.3.1 <i>Schützende Faktoren im Kind (lebensbegünstigende Eigenschaften).....</i>	37
5.3.2 <i>Schützende Faktoren in der Familie.....</i>	38
5.3.3 <i>Schützende Faktoren im Umfeld.....</i>	38
5.3.4 <i>Schützende Prozesse: Verbindungen zwischen protektiven Faktoren im Kind und seiner Umwelt.....</i>	39
<b>5.4 Resilienz bei Kindern aus suchtblastenden Familien.....</b>	<b>39</b>
<b>5.5 Förderung von Resilienz.....</b>	<b>40</b>
<b>6. Die Bedeutung für die Soziale Arbeit.....</b>	<b>41</b>
<b>6.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse.....</b>	<b>41</b>
<b>6.2 Relevanz für die Soziale Arbeit.....</b>	<b>42</b>
6.2.1 <i>Eine Untersuchung zum Nutzen von Rehabilitationsmassnahmen.....</i>	43
<b>6.3 Zwei Beispiele aus der Praxis.....</b>	<b>44</b>
6.3.1 <i>„Die Alternative“ – zwei Generationen in der Therapie.....</i>	45
6.3.2 <i>Das Kooperationsprojekt „Sucht in der Familie“.....</i>	47
<b>6.4 Schwierigkeiten in der Praxis.....</b>	<b>49</b>
<b>7. Schlussfolgerung und Ausblick.....</b>	<b>49</b>
<b>7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Überprüfung der Fragestellung.....</b>	<b>50</b>
<b>7.2 Kritische Würdigung der Befunde und des Vorgehens.....</b>	<b>51</b>
<b>7.3 Reflexion des persönlichen Erkenntnisgewinns.....</b>	<b>52</b>
<b>8. Quellenverzeichnis:.....</b>	<b>54</b>

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

## 1. Einleitung

In den 80er Jahren prägte das Elend der verwahrlosten, sterbenden Menschen das Bild der Drogenszene in der Schweiz. Aufgrund der beginnenden HIV-Epidemie in den 90er Jahren folgte ein Paradigmenwechsel in der schweizerischen Drogenpolitik. Die bis anhin abstinenzorientierte und repressive Haltung gegenüber Heroinabhängigen wurde in einer vier Säulen Politik mit den gleichberechtigten Säulen „Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression“ modernisiert (vgl. Wiesbeck 2008: 9). Die Einführung einer medizinischen Behandlung mit einer vermeintlich weniger schädlichen Ersatzsubstanz, genannt Substitutionsbehandlung, und die damit einhergehende psychosoziale und medizinische Versorgung, hat zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Lebenssituation von drogenabhängigen Menschen geführt (vgl. Wiesbeck 2008: 9).

Nach Klein (2008: 128), hat heute ein erheblicher Anteil von drogenabhängigen Frauen Kinder. Bei den Frauen in einer Substitutionsbehandlung sind es ungefähr 50%. Bei den Frauen in niedrighwelligen Angeboten rund 30%. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass ca. ein Drittel aller Drogenabhängigen Kinder haben. Seit der Zunahme von Substitutionsbehandlungen hat sich die Zahl der Frauen, die ein Kind gebären, erhöht. Möglicherweise sind die positiven Auswirkungen auf die Gesamtsituation einer Substitution die Gründe dafür. Aufgrund dieser stetigen Verbesserung von Behandlungsmöglichkeiten kann davon ausgegangen werden, dass auch zukünftig die Zahl von drogenabhängigen Frauen mit Kindern steigen wird (vgl. Klein 2008: 128).

Nach heutigen Schätzungen gibt es in Deutschland ca. 30000 bis 40000 Kinder von drogenabhängigen Müttern (vgl. Klein 2006: I). In der Schweiz liegen keine genauen Zahlen vor, wie viele drogenabhängige Mütter Kinder haben. Eine Schätzung aus dem Jahr 2001 zeigt, dass die Zahl bei ca. 3000 – 5000 Kindern von opiatabhängigen Eltern liegt (vgl. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2011). Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es grundsätzlich zu begrüßen, wenn Kinder bei ihren Müttern aufwachsen können. Damit den Kindern jedoch eine gesunde Entwicklung gelingen kann, sind verschiedene Faktoren wichtiger Bestandteil. Dazu gehören zum Beispiel die „familiäre Stabilität, Verlässlichkeit, sichere Bindung, Gewaltfreiheit und positive Zuwendung“ (Klein 2008: 128). Die Entwicklungsbedingungen von Kindern, welche bei ihren drogenabhängigen Müttern aufwachsen, sind leider in vielen Fällen nicht optimal. Verstärkte Armut,

Vernachlässigung, mangelnde Erziehungskompetenzen, Arbeitslosigkeit, Trennungs- und Gewalterfahrungen und weitere familiäre Probleme sind Risiken, welchen die Kinder ausgesetzt sind (vgl. Klein 2008: 129). Als weiterer Risikofaktor einer gesunden Entwicklung der Kinder gilt, der unsichere oder fehlende Aufbau einer Mutter-Kind Bindung. Schleske sagt: „Der „psychische Platz“, den das zukünftige Kind im Leben seiner Eltern einnehmen wird, ist im Wesentlichen bereits vor der Geburt festgelegt.“ (Schleske 2008: 13) Das bedeutet, dass die Bindung oder die Beziehung der Mutter zu ihrem heranwachsenden Kind bereits während der Schwangerschaft entsteht. Nach der Geburt braucht der Säugling eine Bindungsperson, welche seine Signale richtig deuten und wahrnehmen kann. Damit verbunden wird das Vertrauen des Kindes in sich und in die Umwelt aufgebaut und entwickelt. Der Aufbau einer sicheren Bindung ermöglicht dem Kind eine sichere Basis aufgrund deren Exploration und Erkundung der Umgebung möglich wird (vgl. Bowlby 2003: 22-26).

### **1.1 Motivation und Herleitung der Fragestellung**

Die Anforderungen an die Arbeit im Bereich der illegalen Drogen haben sich in den letzten 30 Jahren sehr verändert. Aufgrund des stetigen Wandels stellen sich in der suchtspezifischen Arbeit immer neue Herausforderungen. Damit verbunden ist auch die Thematik von drogenabhängigen Frauen mit ihren Kindern. Dabei ist einerseits auf die schwierigen Lebensumstände von schwangeren, drogenabhängigen Frauen und Müttern zu achten, andererseits werden die Kinder in Strukturen hineingeboren, welche eine ungesunde Entwicklung und möglicherweise eine Suchtentwicklung fördern.

Kinder haben das Recht bei ihren Eltern aufwachsen zu können. Damit aber eine gesunde Entwicklung gewährleistet werden kann, braucht das Kind eine verlässliche und stabile Bezugsperson. Aufgrund der biologischen Bedingungen ist das üblicherweise die Mutter. Während der Schwangerschaft können bereits Weichen für die spätere Bindungsentwicklung der Kinder gestellt werden. Da mittlerweile bekannt ist, dass eine stabile Bindung der Kinder ihre Entwicklung positiv beeinflusst, gilt es, diese zu fördern.

Die Arbeit befasst sich mit der gesamten Situation von drogenabhängigen Müttern mit ihren Kindern. Dabei liegt der Fokus auf dem Einfluss einer Drogenabhängigkeit auf die Bindungsbereitschaft der Mutter und damit einhergehend auf der Bindungsfähigkeit der Kinder. Oftmals sind die schwierigen Lebensumstände von Kindern mit ihren drogenabhängigen Müttern schlechte Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung.

Um die Thematik von drogenabhängigen Müttern und die Bindungsentwicklung ihrer Kinder aufzuzeigen, werden folgende Fragestellungen bearbeitet.

## **1.2 Fragestellung**

### Hauptfragestellung:

Welchen Einfluss hat eine Drogenabhängigkeit der Mütter auf die Bindungsentwicklung ihrer Kinder?

### Unterfragestellungen:

Welchen Einfluss hat eine Substitutionsbehandlung der Mutter auf die Entwicklung der Bindung zwischen der Mutter und dem Kind?

Welchen Belastungen und Schwierigkeiten sind drogenabhängige Mütter ausgesetzt und welche Auswirkungen können diese auf die Entwicklung der Kinder haben?

Welche Faktoren ermöglichen Kindern von Drogenabhängigen, trotz schwieriger Lebenssituation, eine gesunde Entwicklung zu machen?

Welche Unterstützung können Fachleute der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit drogenabhängigen Müttern und ihren Kindern anbieten?

## **1.3 Erwartete Ziele und Resultate der Bachelor Thesis**

Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, dass Mütter aufgrund ihrer Abhängigkeit Schwierigkeiten haben, ihren Kindern eine stabile Bindungsperson zu sein. Das Ziel der Arbeit ist es, die Situation von drogenabhängigen Frauen mit ihren Kindern aufzuzeigen und den Aspekt der Bindungsqualität zu erläutern. Auf diesen Erkenntnissen aufbauend, sollen Lösungsansätze für die Arbeit mit den betroffenen Frauen herausgearbeitet werden. Weiter soll auf die Problematik der betroffenen Kinder aufmerksam gemacht und Lösungsmöglichkeiten für eine Verbesserung derer Lebenssituation erarbeitet werden. Zudem soll die Arbeit aufzeigen, wie die Soziale Arbeit in der Drogenhilfe die unterschiedlichen Anforderungen in der Arbeit mit einer abhängigen Mutter bewältigen und Unterstützung anbieten kann.

## **1.4 Eingrenzung des Themas**

Die Arbeit beschäftigt sich insbesondere mit der Situation von drogenabhängigen Müttern mit ihren Kindern. Natürlich spielen bei der Entwicklung der Kinder auch ihre Väter eine wichtige Rolle. Weil aber einerseits der Fokus auf die Entstehung der Bindungsentwicklung gelegt wird und dabei die Mütter eine zentrale Funktion

einnehmen und andererseits die, oftmals auch drogenabhängigen, Väter selten ein kontinuierliches Engagement für ihre Kinder zeigen (Klein 2006: III), wird in dieser Arbeit auf die spezifische Rolle des Vaters nicht eingegangen.

### **1.5 Angaben zu Methodik und Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit, die unter Einbezug der Bindungs- und Resilienztheorie die Situation von drogenabhängigen Müttern mit ihren Kindern erläutert und mögliche Lösungsansätze für die Soziale Arbeit herausarbeitet. Damit die oben genannten Fragestellungen beantwortet werden können, wird im ersten Hauptkapitel (Kapitel zwei) die Bindungstheorie vorgestellt und die spezifischen Merkmale, die zu sicheren oder unsicheren Bindungen führen, dargestellt. Dabei wird insbesondere auf die Merkmale hingewiesen, welche die Entwicklung einer desorganisierten Bindung bei den Kindern begünstigen. Das dritte Kapitel widmet sich der Lebenssituation von drogenabhängigen Müttern und zeigt Überlegungen auf, weshalb eine Drogenabhängigkeit der Frauen die Bindungsentwicklung ihrer Kinder negativ beeinflusst. Dabei wird abschliessend in diesem Kapitel auf die Möglichkeiten einer Substitutionsbehandlung hingewiesen und der Fragestellung, nach dem Einfluss einer Behandlung auf die Mutter-Kind Bindung, nachgegangen. Das vierte Kapitel zeigt die Lebenssituation der Kinder von drogenabhängigen Müttern auf. Es beschäftigt sich mit den Auswirkungen einer unsicheren Bindung und den ungünstigen Lebensbedingungen auf die Entwicklung der Kinder. Darauf folgt im fünften Kapitel die Vorstellung der Resilienztheorie, die besagt, dass Kinder trotz schwierigen Umständen Schutzfaktoren besitzen, welche eine gesunde Entwicklung begünstigen.

Im sechsten Kapitel wird der Bezug zur sozialen Arbeit erläutert, wobei die Relevanz des Themas und mögliche Handlungsansätze beschrieben werden. Die bisherigen Erkenntnisse werden nochmals aufgeführt und in Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit gestellt. Dazu werden zwei Beispiele von Angeboten aus der Praxis beschrieben und mit den Erkenntnissen aus der vorliegenden Arbeit in Zusammenhang gebracht. Als erstes Praxisbeispiel wird die Institution „Alternative“ vorgestellt, eine suchtherapeutische Einrichtung für Schwangere und/oder Mütter mit einer Drogenabhängigkeit und ihren Kindern. Das zweite Praxisbeispiel ist ein Kooperationsprojekt „Sucht in der Familie“ der Aargauischen Stiftung Suchthilfe und Sucht Info Schweiz und widmet sich der Thematik der Unterstützung für suchtbelastete Familien. Zum Schluss folgen in einem letzten Kapitel eine Zusammenfassung der

vorgestellten Ergebnisse, die Überprüfung zur Beantwortung der Fragestellungen, die kritische Würdigung und eigene persönliche Erkenntnisse.

## **2. Die Bindungstheorie**

### **2.1 Der Mensch als Bindungswesen**

Bereits 1946 kamen Spitz und Wolf zu der Erkenntnis, dass Neugeborene ohne den „liebvollen Kontakt zu einer Bindungsperson trotz ausreichender Versorgung mit Nahrungsmitteln und Körperpflege [verkümmern]“ (Spitz/Wolf 1946, zit. nach Pönsch 2012: 15) oder sogar sterben. Der dafür prägende Begriff Hospitalismus wird bis heute noch verwendet. Man kann davon ausgehen, dass diese Beobachtung eine der wichtigsten Grundlage für das bindungstheoretische Denken ist (vgl. Pönsch 2012: 15). Die zu früheren Zeiten psychoanalytischen und lerntheoretischen Annahmen, dass sich Bindungen zwischen Individuen nur entwickeln um bestimmte Triebe, wie beispielsweise der Nahrungstrieb im Kleinkindalter, zu befriedigen, wurde von John Bowlby in Frage gestellt (vgl. Bowlby 2003: 22). Unter Einbezug von Kissgen beschreibt Pönsch, dass die Vorstellungen der Psychoanalyse mit den Erkenntnissen Bowlbys übereinstimmen, dass die Umwelt eines Kindes einen entscheidenden Einfluss hat, ob es sich psychisch gesund entwickeln kann. Dabei wird besonders der Mutter-Kind Beziehung eine grosse Bedeutung beigemessen (Pönsch 2012: 21).

John Bowlby entwickelte 1958 die Bindungstheorie, welche bis heute in der Bindungsforschung von Bedeutung ist. Er beschreibt das Bindungsverhalten als eine wichtige biologische Funktion des Menschen. Der Aufbau einer sicheren Bindung zwischen dem Kind und der Mutter, oder einer anderen Bindungsperson, dient als sichere Basis aufgrund deren das Kind die Umwelt erkunden kann (vgl. Bowlby 2003: 43f.).

Besonders deutlich ist das Bindungsverhalten bei Säuglingen und im frühen Kindsalter zu beobachten. „Es umfasst Weinen und Rufen, die Fürsorge und Zuwendung auslösen, Folgen und Festhalten und auch starken Protest, wenn ein Kind allein gelassen oder bei fremden Personen zurückgelassen wird.“ (Bowlby 2003: 23) Das Bindungsverhalten bleibt bei den Menschen ein Leben lang bestehen, wenn es auch in der Intensität und Häufigkeit abnimmt. Besondere Bindungsmuster können mit dem Geschlecht, Alter, den Lebensumständen oder auch zum Teil von den Erfahrungen abhängen, die es mit früheren Bindungspersonen gemacht hat (vgl. ebd.: 23).

Bowlby hat in seiner Bindungstheorie sieben Merkmale herausgearbeitet, welche das Aufrechterhalten von Nähe konzeptualisieren (vgl. ebd.: 23-26).

1. Besonderheit: Das Bindungsverhalten ist gerichtet auf ein Individuum oder auf wenige besondere Individuen, wobei hierbei klare Präferenzen festzustellen sind.
2. Dauer: Frühe Bindungen werden selten aufgegeben und bestehen oft ein Leben lang. In späteren Lebensphasen können Individuen neue Bindungen eingehen und diese auch wieder beenden.
3. Emotionale Anteilnahme: Eine Bindung wird stets von intensiven Gefühlen begleitet. So kann der Verlust einer Bindung Angst oder Ärger auslösen, der Erhalt einer Bindung gibt das Gefühl von Sicherheit und die Erneuerung von Bindungen lösen Gefühle der Freude aus.
4. Individuelle Entwicklung: Die ersten Bindungen entstehen zu einer bevorzugten Person in den ersten neun Lebensmonaten. Je mehr soziale Interaktionen ein Kind mit dieser Person hat, umso mehr wird es an sie gebunden. Das Bindungsverhalten bleibt bei einer gesunden Entwicklung bis zum ca. dritten Lebensjahr erhalten und wird danach allmählich weniger.
5. Lernen: Als wichtiger Lernprozess in der Bindungsentwicklung gilt es, das Vertraute vom Fremden zu unterscheiden. Belohnungs- und Strafreize spielen dabei keine besondere Rolle. Trotz wiederholter Bestrafung kann sich eine Bindung zur Bindungsperson entwickeln.
6. Organisation: Das Bindungsverhalten des Kindes ist zu Beginn relativ einfach strukturiert. Ab dem ersten Lebensjahr wird es jedoch komplexer. Das Kind aktiviert aus mehreren unterschiedlichen Bedingungen wie Fremdheit, Angst, Hunger und Müdigkeit das Bindungsverhalten und braucht das liebevolle Eingehen der Bindungsperson um das Bindungsverhalten beenden und die Exploration beginnen zu können.
7. Biologische Funktionen: Auch junge Säugetiere zeigen zu ihrer Mutter Bindungsverhalten. Das Verhalten legt nahe, dass damit eine Schutzfunktion, beispielsweise vor Raubtieren, aufgebaut wird. Auch Kleinkindern suchen durch ihr Bindungsverhalten den Schutz und die sichere Basis bei ihrer Bindungsperson.

Aufgrund dieser Merkmale wird das Bindungsverhalten als Verhaltensweise verstanden, die sich von nahrungs- und geschlechtsbezogenem Verhalten

unterscheidet. Das Konzept der Bindung unterscheidet sich demnach stark von der Abhängigkeitstheorie. Abhängigkeit hängt beispielsweise nicht unbedingt mit dem Erhalt von Nähe zusammen und bezieht sich auch nicht auf ein besonderes Individuum (vgl. Bowlby 2003: 25).

## **2.2 Bindung und Bindungsverhalten**

Bindung ist nicht automatisch vorhanden. Sie wird nach der Geburt in den ersten Monaten entwickelt. Durch bestimmte angeborene Verhaltensweisen des Säuglings wird Nähe und Kontakt zu der fürsorgenden Person hergestellt. Zum Beispiel macht ein Säugling durch Bewegungen, seine Laute, Schreien oder seine Mimik und die Farbe seiner Haut darauf aufmerksam, dass er etwas braucht. Weil aufgrund dieser Verhaltensweisen der Kontakt zu einem Erwachsenen hergestellt werden kann, werden diese auch Bindungsverhaltensweisen genannt (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 72). Damit ein Kind in seinem Bindungsverhalten gestärkt wird, benötigt es von seiner Bindungsperson von Anfang an die Bereitschaft, die Feinfühligkeit und eine angemessene und prompte Reaktion auf seine Verhaltensweisen. Das Kind fühlt dadurch, ob es verstanden wird oder nicht (vgl. Grossmann 2004: 30).

Für das Bindungsverhalten typisch ist, dass ein Kind dann, wenn es die Mutter in der Nähe weiss, das Bindungsverhalten ablegt und die Umwelt erkunden kann. Die Mutter stellt dabei die sichere Basis dar, von wo aus das Kind die Umwelt explorieren und wieder zurückkehren kann. Ist das Kind ohne sichere Bindung, ist eine uneingeschränkte Entdeckungsreise nicht möglich (vgl. Bowlby 2003: 25). Dabei kann unter bestimmten Bedingungen, wenn das Kind beispielsweise Schutz braucht, Bindungsverhalten vom Kind erwartet werden. Sollte das Kind keine Bindungsverhaltensweisen zeigen, könnte das als nicht sichere Bindung zu der betreffenden Person interpretiert werden. Möglicherweise hat das Kind bereits Erfahrungen gemacht, dass die Bindungsperson ihre Rolle nicht sorgfältig ausgeübt hat (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 74).

Eine sichere Basis stellt in der Regel die Ursprungsfamilie dar. Das Kind kann sich aber auch eine neue Basis schaffen. „Jeder, der eine solche Basis nicht hat, ist ohne Wurzeln.“ (Bowlby 2003: 26) Mit dem Bindungsverhalten verbunden ist die Bereitschaft der Bezugsperson diese Bindung mit dem Kind eingehen zu wollen. Das zeigt sich dadurch, dass die Person für das Kind verfügbar ist und auf die Wünsche eingeht und antwortet (vgl. ebd.: 25f.).

## 2.3 Die drei Bindungsstile

Mary Ainsworth und Barbara Wittig haben in ihren Untersuchungen das Bindungsverhaltensmuster von Kindern im Zusammenhang mit der Feinfühligkeit, der Kooperation und Annahme der Mutter erforscht und dabei wesentliche Unterschiede festgestellt. Das Befinden der Kleinkinder beeinflusste ihr Bindungs- und Explorationsverhalten massgeblich. Kinder im Krabbelalter, die sich wohl fühlten, explorierten ihre Umgebung und kehrten erst zur Mutter zurück, wenn sie sich unwohl oder bedroht fühlten (vgl. Ainsworth/Wittig 2003: 112).

Der Untersuchungsgegenstand von Ainsworth war die sogenannte „Fremde Situation“ (FS). Grossmann und Grossmann beschreiben diese als ein „standardisierter Ablauf von Episoden zur Erfassung der Bindungsqualität“ (Grossmann/Grossmann 2012: 137).

Aus den ersten Versuchen, die Kinder in verschiedene Bindungsverhaltensmuster und Explorationsweisen einzuordnen, entstanden die drei Gruppen, A, B und C.

Aufgrund der Resultate von Mary Ainsworth werden in der Bindungstheorie die drei unterschiedlichen Bindungsstile „sicher gebunden (B), unsicher- vermeidend gebunden (A) und unsicher- ambivalent gebunden (C)“ benannt (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 141). Zu den jeweiligen Klassifizierungen wurden noch Unterklassen herausgearbeitet, auf welche in den folgenden Ausführungen nicht eingegangen wird.

### 2.3.1 Die sichere Bindung (B)

Das Hauptmerkmal einer sicheren Bindung ist die ausgewogene Balance zwischen dem Explorationsverhalten und dem Bindungsverhalten in der Fremden Situation (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 147). Im Beisein der Mutter spielen diese Kinder sorglos und selbstständig. Sie äussern gegenüber der Mutter ihren Unmut oder wenn ihnen etwas Angst macht. Sie teilen aber auch ihre Freude mit der Mutter. Die Kinder protestieren wenn die Mutter den Raum verlässt, suchen sie und beginnen häufig mit weinen. Kommt die Mutter nach der Trennung wieder, wollen sie von ihr getröstet werden. Die Kinder sind aber nicht nachtragend und setzten ihre Erkundungen bald darauf wieder fort. Trotz der Trennung konnte bei dieser Gruppe der Kinder keine Erhöhung des Stresshormons Kortisol festgestellt werden, obwohl sie intensiv nach ihrer Mutter riefen und weinten (vgl. ebd.: 147). Eine sichere Bindung ist an der offenen Kommunikation der Kinder gegenüber der Bindungsperson, besonders bei negativen Gefühlen, zu erkennen. Die Kinder lassen sich erfolgreich trösten und können in Anwesenheit der Bindungsperson unbeschwert spielen (vgl. ebd.: 150).

Sicher gebundene Kinder erleben häufiger als andere, dass sie in Stress- und Notsituationen getröstet werden. Sie verinnerlichen dieses Modell ihrer Herkunftsfamilie und übertragen dies auf spätere Beziehungen (vgl. Hopf 2005: 137). Auch konnten diese Kinder das Vertrauen zu ihren Bezugspersonen und der Umwelt entwickeln und haben gelernt, dass ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden. Dies ermöglicht den Kindern offener und selbstsicherer auf die Umwelt zugehen zu können (vgl. ebd.: 135). Eine sichere Bindung und die damit mögliche Exploration gewährleisten den Kindern eine „psychische Sicherheit“, die als günstige Voraussetzung für „die spätere Fähigkeit, flexibel mit Anforderungen umzugehen“, gesehen wird (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 205).

### *2.3.2 Die unsicher- vermeidende Bindung (A)*

Die Kinder mit einer unsicher- vermeidenden Bindung zu ihrer Bezugsperson zeigen kaum Trennungsschmerz. Wenn noch eine andere Person bei ihnen ist, weinen sie beim Weggang der Bindungsperson nicht und vermeiden es der zurückkehrenden Person Bindungsverhalten zu zeigen. Sie wenden sich stattdessen anderem zu (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 152). Obwohl diese Kinder sehr gelassen auf eine Trennung der Bindungsperson reagieren, wurde eine deutliche Erhöhung der Herzschlagfrequenz und des Kortisolspiegels festgestellt, dies im Gegensatz zu den sicher gebundenen Kindern (vgl. ebd.: 152).

Die Kinder mit unsicher- vermeidendem Bindungsmuster erlebten im Säuglingsalter von ihren Bindungspersonen häufig eine Aversion gegen ihre Bindungsverhaltensweisen. Die Kinder werden zwar wie die sicher gebundenen versorgt, wenn sie weinen, die Bindungsperson besitzt aber nicht die benötigte Feinfühligkeit und reagiert oft mit Ärger und Ungeduld (vgl. ebd.: 167). Unter Einbezug von Ainsworth u.a. beschreibt Hopf das vermeidende Verhalten der Kinder als Bewältigungsstrategie in sehr schwierigen Konfliktsituationen. So können sie durch Vermeidung der Mutter ihre Gefühle wie Wut und Ärger unterdrücken und so negative Folgereaktionen der Mutter verhindern. Ein weiterer Vorteil dieser Strategie für die Kinder ist auch, dass sie die sehr häufigen Zurückweisungen der Mutter vermeiden, um sich so vor einer Enttäuschung zu schützen (vgl. Hopf 2005: 64).

Die häufigen Erfahrungen der Kinder von vermehrter Zurückweisung spiegeln sich in ihrem inneren Arbeitsmodell wieder. Das heisst, sie verinnerlichen die Erfahrungen die sie gemacht haben und reagieren in konkreten Situationen dementsprechend. Beispielsweise nehmen Sie aufgrund eigener Erfahrungen emotional weniger Anteil in

Notsituationen bei anderen und reagieren mit weniger Empathie ihren Mitmenschen gegenüber, da sie selber schon mit wenig auskommen mussten (vgl. Hopf 2005: 137).

### *2.3.3 Die unsicher- ambivalente Bindung (C)*

Typisches Merkmal einer unsicher- ambivalenten Bindung ist „das ausgeprägte, widersprüchliche, übertriebene und dramatisch wirkende Bindungsverhalten, das mit Ärger vermischt ist“ (Grossmann/Grossmann 2012: 154). Die Kinder suchen einerseits die Nähe der Mutter, andererseits weisen sie diese aber auch ärgerlich zurück. Sie scheinen Angst vor einer möglichen Trennung der Bindungsperson zu haben und beobachten deswegen jede Bewegung der Mutter, um ein mögliches Verlassen erkennen zu können. Die Kinder lassen sich von der Bindungsperson nur schwer beruhigen und reagieren trotzig und wütend (vgl. ebd.: 154). Im Gegenteil zu den sicher gebundenen Kindern besitzen die unsicher- ambivalent Gebundenen nicht die nötige Balance zwischen dem Bindungs- und Explorationsverhalten, was die Kinder daran hindert, ihre Umgebung entdecken zu können (vgl. ebd.: 155).

Ähnlich wie bei den unsicher- vermeidend gebundenen Kindern erleben auch diese eine wenig einführende Art und Weise der Mutter, wobei sie jedoch „noch mehr Hoffnung auf eine positive Entwicklung der Interaktion mit ihren Müttern“ (Hopf 2005: 65) haben. Sie zeigen dies, indem sie den Kontakt zur Mutter aktiv suchen und sich an ihr festklammern (vgl. ebd.: 65).

Obwohl die beiden Bindungsstile unsicher- ambivalent und unsicher- vermeidend zu den unsicher gebundenen Bindungen zählen, sind sie dennoch im Rahmen einer normalen Bindungsentwicklung zu betrachten (vgl. Ahnert 2004: 69). Dagegen kann bei der nachfolgend aufgeführten desorganisierten Bindung aufgrund von deutlich abweichenden Merkmalen bereits von einer Bindungsstörung gesprochen werden (vgl. ebd.: 69).

## **2.4 Die desorganisierte Bindung**

Aus den Beobachtungen von hunderten von Kleinkindern in der „Fremden Situation“ in den USA, Kanada, Japan und Europa kristallisierte sich eine Gruppe von ca. 10% heraus, die keiner bestimmten Klassifikation eindeutig zugeordnet werden konnten (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 156). Mit Bezug auf Mary Main bezeichnet

Grossmann und Grossmann diese Gruppe als desorganisiert oder desorientiert in ihren Bindungsstrategien und kennzeichnen sie mit dem Buchstaben „D“ (vgl. ebd.: 156).

Zu den typischen Verhaltensweisen einer desorganisierten Bindung gehören widersprüchliche Verhaltensweisen, wie beispielsweise ein ängstliches Hin und Her zwischen Exploration und der Nähe zur Bindungsperson. Die Kinder weisen auch Stereotypen auf und zeitlich unkoordinierte oder auch erstarrte oder „eingefrorene“ Bewegungen (vgl. ebd.: 160). Auffallend ist, dass sich die Kinder in der „Fremden Situation“ aggressiv gegenüber ihrer Bindungsperson verhalten. Da diese Person eigentlich ein Schutz für die Kinder sein sollte, wird dieses Verhalten als dysfunktional bewertet. Auch als dysfunktional angesehen, ist die Angst vor der Bindungsperson (vgl. ebd.: 160).

Seit das Phänomen der desorganisierten und desorientierten Bindung erstmals beschrieben wurde, wurde es Gegenstand vieler Forschungsvorhaben. Mit Bezug auf Lyons- Ruth & Jacobvitz stellten Grossmann und Grossmann fest, dass verschiedene Faktoren auf Seiten des Kindes, der Mutter aber auch der Gesellschaft diese Form von Bindungsstörung begünstigen (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 160). Die bisher bekannten Faktoren und Lebensereignisse die zu einer desorganisierten Bindung führen können, sind im Folgenden aufgelistet (vgl. ebd.: 161):

Seitens des Kindes:

- Genetische Besonderheit
- Intrauterine Belastung (Belastungen im Mutterleib)
- Neurologische Schädigung
- Häufiger oder gerade vollzogener Pflegewechsel

Seitens der Mutter:

- Psychiatrische Krankheit
- Postnatale Depression
- Drogenabhängigkeit der Mutter
- Knapp überstandene tödliche Krankheit
- Gehäufte Verluste, z.B. Abort, Kindstod, Unfalltod in der Verwandtschaft

Seitens der Gesellschaft:

- Unter bestimmten Voraussetzungen sozial akzeptierte Trennungen des Kindes von der Mutter oder dem Vater

Mehreren Forschern gelang es, in ihren Untersuchungen, Zusammenhänge zwischen oben genannten Faktoren und der Entwicklung einer desorganisierten Bindung zu beobachten. So konnte beispielsweise festgestellt werden, dass genetische Ursachen selten einen unmittelbaren Einfluss auf eine desorganisierte Bindungsentwicklung haben und die Mutter durch die nötige Feinfühligkeit die Entwicklung einer Bindungsstörung verhindern kann (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 161). Weitere Untersuchungen stellten einen Zusammenhang zwischen einer psychischen Krankheit oder Drogenabhängigkeit der Mutter und einer desorganisierten Bindung ihrer Kinder fest (vgl. ebd.: 161f.). Aber auch gesellschaftliche Bedingungen können eine Entwicklung desorganisierter Bindung begünstigen. So zum Beispiel, wenn das Sorgerecht beiden Elternteilen zugesprochen wird und das Kind dadurch kein eindeutiges Zuhause hat (vgl. ebd.: 162).

Die aufgeführte Tabelle 1 von Zulauf- Logoz gibt einen Überblick über die Häufigkeit von desorganisierten Bindungen nach den Merkmalen der Stichprobe (vgl. Zulauf-Logoz 2004: 302).

#### **Häufigkeit des desorganisierten Musters nach Risikovariablen**

<b>Besondere Merkmale der Stichproben</b>	<b>Prozentanteil D- Kinder</b>
1 Normale Mittelschichtsstichproben	15- 18%
2 Depressive Eltern	19- 21%
3 Jugendliche Mütter	23%
4 Niedriges sozioökonomisches Niveau	24- 34%
5 Mütter mit Alkohol- und Drogenproblemen	43%
6 Misshandelnde Eltern	48%
7 Körperliche beeinträchtigte Kinder	20%
8 Neurologisch auffällige Kinder (Autismus, Down-Syn.)	35%

Abb. 1: Häufigkeit des desorganisierten Musters nach Risikovariablen (vgl. Zulauf-Logoz 2004: 302)

Auffallend an der Tabelle ist, dass ein hoher Anteil der Kinder von Müttern mit Alkohol- und Drogenprobleme eine desorganisierte Bindung aufweisen. Wie im folgenden Kapitel ersichtlich wird, kumulieren bei drogenabhängigen Müttern mehrere Risikofaktoren wie beispielsweise zusätzlich zur Suchterkrankung noch eine Depression oder ein sehr niedriges sozioökonomisches Niveau.

Aufgrund dieser Kumulation mehrerer Risikofaktoren sind die Voraussetzungen, zumindest aus bindungstheoretischer Sicht, für die Entwicklung eines Kindes von Alkohol- und drogenabhängigen Müttern sehr ungünstig (vgl. Pönsch 2012: 35).

Das folgende Kapitel soll aufzeigen, in welchen Lebenssituationen sich Mütter mit einer Drogenabhängigkeit befinden und wie diese die Entstehung einer sicheren Bindung der Kinder zu ihren Müttern beeinträchtigen können.

### **3. Opiatabhängige Frauen**

#### **3.1 Definition Drogenabhängigkeit**

Nach dem heutigen Wissensstand über Abhängigkeit muss eine Reihe bestimmter Kriterien erfüllt werden, damit von einer Abhängigkeit ausgegangen wird. Die Klassifikation erfolgt über den ICD-10 Codes, wobei psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen von F10 – F19 angesiedelt sind. Das F steht für die „psychische und Verhaltensstörung“ und die 1 für eine psychotrope Substanz, wobei die Art der Substanz von 0 – 9 nummeriert ist. Die psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide finden sich bei F11. An vierter Stelle der Klassifikation sind die Wirkungen der Substanzen angegliedert. Dabei wird unterschieden zwischen akuter Intoxikation (.0), schädlicher Gebrauch (.1), Abhängigkeitssyndrom (.2) (vgl. ICD-10-GM Version 2012).

Es gibt noch weitere Klassifikationen von Entzugssyndromen, welche hier nicht mehr aufgeführt werden.

Dieser Klassifikation zufolge, lautet die Diagnose einer Abhängigkeit durch Opiate F112. Die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom sind folgende: „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlichen Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom“ (vgl. ICD-10-GM Version 2012).

### *3.1.1 Opiate und andere Drogen*

Das am häufigsten konsumierte Opiat ist Heroin. Dieses wird durch chemische Prozesse aus dem Rohopium des Schlafmohns in Pulverform gewonnen. Neben dem Heroin gehören noch Opium und Morphin zu den Opiaten. Rohopium enthält ungefähr 10% bis 18% Morphin. Dabei wird es in chemischen Prozessen umgewandelt zu dem sogenannten Heroin Nr. 1, dessen Wirkungsgehalt bei ca. 60% bis 80% liegt. Dieses kann wiederum durch chemische Verfahren weiterverarbeitet werden. Es entsteht das Heroin Nr. 2, ein grau-weisses Pulver und weiter das Heroin Nr. 3, bereits eine wasserlösliche graubraune Substanz. Das Heroin Nr. 4 ist schliesslich entweder ein bräunliches oder weisses Pulver und erreicht eine Wirkungskonzentration von über 90%. Das auf dem Markt erhältliche illegale Heroin ist qualitativ sehr unterschiedlich und enthält noch weitere Substanzen wie beispielsweise Codein. Der Wirkstoffgehalt liegt bei mittlerer Qualität bei ca. 50%. Die gebräuchlichste Konsumform ist das Injizieren. Dabei wird das Heroin flüssig gemacht, mit einer Spritze aufgezogen und direkt in die Vene gespritzt. Weitere Möglichkeiten des Konsums von Heroin sind das Rauchen oder Schnupfen (vgl. Singerhoff 2002: 124).

Zu den weiteren sehr häufig konsumierten illegalen Drogen gehört das Cannabis mit dem Hauptwirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC). In Europa wird das Cannabis am häufigsten in Form von Haschisch oder Marihuana konsumiert, wobei Haschisch eine dunkelbraune gepresste Substanz ist und Marihuana die getrockneten und zerkleinerten Pflanzenteile sind. Beide Sorten werden in Form von Zigaretten geraucht (vgl. Singerhoff 2002: 119f.).

Auch Kokain gehört zu den gängigen Drogen im illegalen Bereich und wird aus den Blättern des südamerikanischen Kokastrauches gewonnen. Das weisse Pulver wird durch die Nase geschnupft oder kann aufgelöst, wie das Heroin, intravenös injiziert oder geraucht werden (vgl. ebd.: 132).

Eine weitere Gruppe der bekannten illegalen Drogen sind die Amphetamine, oder umgangssprachlich, auch Designerdrogen genannt. Dieser Name deswegen, weil aus den verschiedenen chemischen Substanzen ständig neue Drogen designt werden. Die rasche Neuentwicklung und damit verbunden die Schwierigkeit Verbote zu erlassen, sind typische Merkmale dieser Droge (vgl. ebd.: 132).

### 3.1.2 Drogen und ihre Wirkung

In der Regel wirkt das Heroin „beruhigend, entspannend und schmerzlindernd“ (Singerhoff 2002: 125). Es kommt aber fast gleichzeitig zu euphorischen Gefühlen und einem explosionsartigen Hochgefühl. Umgangssprachlich wird dieses Hochgefühl auch Kick, Flash oder High genannt. Nach der Einnahme von Heroin sind Ängste, Unsicherheiten und Probleme verschwunden und es stellt sich ein angenehmes Wohlgefühl ein (vgl. ebd.: 125f.).

Nebst der angenehmen Wirkung ist Heroin auch ein Gift, welches bei zu hoher Dosis zu einer toxischen Wirkung führen kann, also zu einer Vergiftung. „Lähmung des Atemzentrums, Bewusstlosigkeit, Verlangsamung der Herzstätigkeit und Kreislaufversagen“ (Singerhoff 2002: 126) sind die Folgen davon. Da bei Frauen eher ein risikoärmerer Konsum besteht, sind im Verhältnis zu den Männern weniger Frauen von diesen Folgen betroffen (vgl. ebd.: 126).

Die Wirkung der Cannabispflanze wird mit einem Glücksgefühl umschrieben, welches in der Regel bis ca. vier Stunden nach dem Konsum andauert. Der Konsum führt zur Entspannung und einer inneren Ruhe und Ausgeglichenheit. Aber auch negative Gefühle können ausgelöst werden. Beispielsweise treten teilweise unangenehme Halluzinationen oder Ängste auf (vgl. ebd.: 121).

Im Gegenteil zu den eher beruhigenden Stoffen ist Kokain eine aufputschende und euphorisierende Droge. Die Psyche wird stark stimuliert und das zentrale Nervensystem angeregt. Es kommt zu „Überaktivität, Euphorie, übersteigertem Kontaktbedürfnis, sexueller Erregung, Hemmungslosigkeit, Allmachtsgefühlen und zu Sinnestäuschungen“ (Singerhoff 2002: 132f.). Nimmt die Wirkung ab, setzt oftmals eine depressive Phase ein. Angeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Erschöpfung sind die Folgen davon (vgl. ebd.: 132ff.).

Die Wirkungen der Amphetamine sind unterschiedlich und werden in drei Gruppen unterteilt: 1. Die Psychostimulanzien (Amphetamin und Methamphetamin) 2. Die Entaktogene (MDA, MDMA, MDE) und 3. Die Halluzinogene (DOM). Die Psychostimulanzien aus Gruppe eins bewirken bei niedriger Dosis ein erhöhtes Selbstvertrauen und Euphorie. Die Konzentration und Leistungsfähigkeit werden gesteigert. Müdigkeit und Hungergefühl werden unterdrückt. Bei einer mittleren bis hohen Dosis nehmen die körperlichen Auswirkungen zu. Erregter Zustand, Zittern, Unruhe und Atemlosigkeit sind die Folgen davon. Zu der zweiten Gruppe gehört unter anderem Ecstasy. Dieses wirkt enthemmend, entspannend und angstlösend. Die

Halluzinogene aus der dritten Gruppe rufen vor allem Sinnestäuschungen hervor und verändern das Denken (vgl. Singerhoff 2002: 138ff.).

Die Risiken bei Amphetaminen sollten nicht unterschätzt werden. Einerseits ist die Unkenntnis über die Zusammensetzung der Droge mit einem erhöhten Risiko von ungewünschten Nebenwirkungen verbunden, andererseits kann aber auch die Droge selbst toxisch wirken und zu körperlichen Vergiftungen führen. Die Folgen davon sind unter anderem, eine Verlangsamung der Herzstätigkeit, Bluthochdruck, Verwirrtheit und Krampfanfälle (vgl. Singerhoff 2002: 140f.).

### *3.1.3 Beikonsum*

Unter Beikonsum wird das regelmässige, wahllose Konsumieren von Stoffen verstanden, welches nicht in die eigentliche diagnostische Klassifikation gehört. Heroinabhängige Menschen haben in der Regel eine ganze Palette von anderen Substanzen, die dazu konsumiert werden. Neben Nikotin und Alkohol gehören auch Cannabis und Kokain zu den häufig konsumierten Drogen. Weitere sehr häufig anzutreffende Substanzen bei Heroinabhängigen sind die Beruhigungsmedikamente wie beispielsweise Benzodiazepine (vgl. Falcato 2013: 9).

## **3.2 Heutige Behandlungsformen**

Substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) sind heute in der Schweiz weit verbreitet. Es handelt sich dabei „um den Ersatz einer für ein adäquates Leben unverzichtbaren Substanz oder um den Austausch eines potentiell ungünstigen Stoffes durch einen (vermeintlichen) weniger schädlichen“ (Stohler 2013: 4). Bereits 1974 wurde die SGB in der Schweiz eingeführt. Allerdings nur für eine kleine Gruppe von Abhängigen, denn schon ein geringer Beikonsum wurde mit dem Ausschluss bestraft. Dies führte vor allem darauf zurück, dass die SGB nur als zweite Behandlungsmöglichkeit in Betracht gezogen worden war. Die erste Behandlungsmethode galt dem Erreichen der Abstinenz (vgl. Stohler 2013: 4). Diese Ansicht wurde im Laufe der Zeit immer mehr revidiert und führte zu einer stetigen Zunahme von Substitution bei Heroinabhängigen. Ein sehr gängiges Substitutionsmittel ist das Methadon. Weitere Möglichkeiten zur Substitution von Heroin bieten Buprenorphin, Morphin oder Diacetylmorphin (vgl. Uchtenhagen/Hämmig 2011: 149).

Als neuere Substitutionsbehandlung hat sich seit den 90er Jahren die Heroingestützte Behandlung (HeGeBe) in der Schweiz etabliert. Diese Substitution mit pharmazeutisch

hergestelltem Heroin ist den Schwerstabhängigen vorbehalten, die mit anderen Massnahmen nicht mehr erreicht werden können (vgl. Wiesbeck 2008: 9).

Substitutionsgestützte Behandlungen haben für Frauen eine besondere Bedeutung. Die positiven Auswirkungen der Medikation tragen massgeblich zu einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit und einer Stabilisierung der Gesamtsituation bei. Dies hat insbesondere im Falle einer Schwangerschaft erhebliche Vorteile. Einerseits sind Frauen in Substitutionsgestützten Behandlungen in einem ständigen Kontakt mit den Betreuungspersonen, andererseits bedeutet aber auch die stabile, kontinuierliche Abgabe einer „Ersatzdroge“ eine wesentliche Verbesserung für die Gesundheit des heranwachsenden Kindes (vgl. Hedrich 1992: 127ff.).

Eine nationale Methadonstatistik im Jahr 2010 in der Schweiz belegt, dass 4745 Frauen in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon sind. Der Anteil der Frauen im Vergleich zu den Männern beträgt 1/3. Bei den heroingestützten Behandlungen wurden in der gesamten Schweiz im Jahr 2011 1392 Patienten und Patientinnen gezählt, wobei der Anteil der Frauen bei 24, 5% liegt (vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2012).

### **3.3 Zur Lebenssituation opiatabhängiger Frauen**

Frauen unterscheiden sich in ihrem Konsumverhalten gegenüber den Männern. Bei illegalen Substanzen wird angenommen, dass Frauen insgesamt risikoärmer konsumieren. Sie tendieren eher zu unauffälligerem Substanzmissbrauch wie beispielsweise die Einnahme von Medikamenten (vgl. Singerhoff 2002: 43ff.). Etwa ein Drittel aller Drogenabhängigen sind Frauen. Der Einstieg in die kriminalisierte Drogenszene bedeutet für ein Mädchen oder eine junge Frau ein gravierenderer sozialer Abstieg, als das bei einer legalen Substanz der Fall wäre. Meistens beginnt der Konsum bei Frauen im Alter zwischen 16 – 20 Jahren. Sehr oft gelangen diese jungen Frauen über eine Liebesbeziehung zu einem abhängigen Freund in die Abhängigkeit. Von den drogenkonsumierenden Frauen sind ungefähr 65%- 80% sexuell missbraucht worden (vgl. ebd.: 43ff.). Es erstaunt also nicht, dass durch den Heroinkonsum nicht nur soziale und psychische Probleme gelöst werden wollen, sondern die Suche nach einem neuen Lebenskonzept im Vordergrund steht. Weil die Droge Heroin nur illegal zu beschaffen ist, sind die Betroffenen den ganzen Tag dem sogenannten Beschaffungsstress ausgeliefert. Nur selten können die finanziellen Mittel auf legalen Weg erworben werden, was bedeutet, dass kriminelle Geldbeschaffung

sowie Prostitution unumgänglich sind um die Sucht stillen zu können (vgl. Singerhoff 2002: 128ff.).

### *3.3.1 Psychische Belastungen*

Drogenabhängige Frauen haben in ihrer Kindheit oftmals traumatisierende und belastende Erfahrungen gemacht. Sehr oft wuchsen sie in kaputten Familien auf und wurden nicht selten körperlich und emotional vernachlässigt (vgl. Kästner et al. 2008: 84). Um die Drogen finanzieren zu können, prostituieren sich viele Frauen. Dadurch wiederholen sich Ihre negativen Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und Gewalt aus der Kindheit. Auch setzen sich Frauen dadurch wieder erneuten Abhängigkeitsverhältnissen gegenüber ihren Freiern und Dealern aus. Wegen des ständig drohenden Drogenentzuges sind sexuelle Dienstleistungen von Frauen erpressbar (vgl. Singerhoff 2002: 129).

Aufgrund der vielen, oftmals traumatisierenden Erlebnisse, sehen drogenabhängige Frauen ein eigenes Kind häufig als Hoffnungsträger für eine bessere Zukunft. Dabei sind sie jedoch einer ständigen Ambivalenz ausgesetzt. Einerseits in dem Wunsch eine gute Mutter zu sein, andererseits sind sie aber auch geplagt von Schuldgefühlen bezüglich des Drogenkonsums. Die Anforderung an sich selber nehmen erheblich zu und die Frauen sind damit mit weiteren psychischen und emotionalen Belastungen konfrontiert (vgl. Kästner et al. 2008: 84f.).

### *3.3.2 Soziale Belastungen*

Aufgrund der Beschaffungskriminalität sind viele Frauen mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Ihr Tagesablauf besteht vielmals aus organisieren, planen, abwarten, konsumieren und sich verstecken (Kästner et al. 2008: 85). Viele leben in heruntergekommenen Wohnungen oder sind in niederschweligen Institutionen untergebracht. Da viele der drogenabhängigen Frauen schon in sehr jungen Jahren mit konsumieren beginnen, besitzen viele von ihnen keinen Berufsabschluss und verdienen ihr Geld wenn möglich mit Gelegenheitsjobs oder leben von der Sozialhilfe (vgl. ebd.: 85).

### *3.3.3 Körperliche Belastungen*

Durch den langjährigen Drogenkonsum sind körperliche Schädigungen keine Seltenheit. Betroffene Frauen sind oft unter- oder mangelernährt, haben schlechte

Zähne und einen allgemeinen ungepflegten, kranken Zustand. Nach Angaben von Poehlke beschreiben Kästner et al. dass sich durch den intravenösen Konsum ca. 60% mit Hepatitis C und 25% mit Hepatitis B infiziert haben. Rund 5% haben sich im Laufe ihrer Drogenkarriere mit dem HIV angesteckt (vgl. Kästner et al. 2008: 85f.). Der regelmässige Drogenkonsum führt auch zu einer Unregelmässigkeit des Menstruationszyklus. Besonders schwierig sind Blutabnahmen oder intravenöse Zugänge bei drogenabhängigen Frauen, da die Venen durch den intravenösen Konsum sehr vernarbt und dünn sind (vgl. ebd.: 86).

### **3.4 Schwangerschaft und Geburt**

Durch den regelmässigen Heroingebruch haben drogenabhängige Frauen oftmals keinen normalen Menstruationszyklus und der Eisprung wird gehemmt. Die betroffenen Frauen haben häufig nicht das Gefühl, bei Geschlechtsverkehr verhüten zu müssen. Deswegen bemerken sie eine Schwangerschaft oft erst nach der 14. Woche (vgl. Raben 1994: 56). Bei einer verminderten Opiateinnahme verringert sich jedoch diese oben genannte kleine Fruchtbarkeitsstörungen und es kommt zum, für die Frauen oft unerwarteten, Eisprung, wodurch eine Schwangerschaft möglich wird (vgl. ebd.: 56). Die schwangeren, drogenabhängigen Frauen haben sehr oft den Wunsch, ihr Kind zu bekommen und sind voller Hoffnungen auf ein besseres Leben durch und mit ihrem Kind (vgl. ebd.: 56).

Bereits während der Schwangerschaft kann die Entwicklung des Kindes durch verschiedene Einflüsse geschädigt werden. Drogenabhängige Frauen nehmen häufig mehrere Substanzen ein und neben der Hauptdroge Heroin werden zusätzlich noch weitere konsumiert wie beispielsweise Methadon, Kokain, Alkohol oder Nikotin (vgl. Sobot 2009: 178). Auch bei Frauen in Substitutionsbehandlungen wird davon ausgegangen, dass trotz Schwangerschaft der Beikonsum erhalten bleibt. Aus diesen Gründen ist es besonders schwierig, postnatale Schädigungen des Kindes einzelnen Substanzen zuordnen zu können. Nebst den substanzbedingten möglichen Schädigungen des Kindes, kann auch die psychosoziale Einstellung der Mutter gegenüber dem Ungeborenen einen wichtigen Einfluss haben (vgl. ebd.: 177f.).

### *3.4.1 Auswirkungen des Drogenkonsums auf den Fötus*

#### Medizinische Faktoren

Wie bereits erwähnt, sind Frauen mit einer Drogenabhängigkeit oft, bereits vor der Schwangerschaft, in einem schlechten gesundheitlichen Zustand. Durch die häufigen Injektionen sind die Venen oft sehr dünn und vernarbt. Dadurch ist es schwierig, ihnen Blut abzunehmen oder Zugängen zu legen. Diese schlechten körperlichen Zustände sind für die schwangeren Frauen ungünstige Voraussetzungen um die Zeit der Schwangerschaft und die Vorfreude auf das Kind geniessen zu können.

Es liegen keine medizinischen Ergebnisse vor, welche Wirkung Opiate auf das Ungeborene im Mutterleib haben. Es wird davon ausgegangen, dass bei dem reinen Substanzgebrauch oder dem Konsum von Substitutionsmitteln, Auswirkungen auf die Hirnentwicklung nicht ausgeschlossen werden können (vgl. Kästner et al. 2008: 86f.). Es ist jedoch nicht genau zu belegen, da oftmals eine Vielzahl unterschiedlicher Substanzen konsumiert wurde und die Konsumentinnen rückblickend keine exakten Auskünfte über den genauen Substanzgebrauch während der Schwangerschaft geben können (vgl. Schuhmacher 2008: 62). Allgemein bekannt ist, dass Alkohol in der Schwangerschaft sehr schädlich ist und zu schweren körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen des Säuglings führen kann.

#### Psychosoziale Faktoren

Schwangere, drogenabhängige Frauen sind in ständiger Sorge um die Gesundheit ihres Ungeborenen. Sie kennen die möglichen negativen Auswirkungen ihrer Drogenabhängigkeit auf ihr ungeborenes Kind. Im stetigen Bewusstsein, ihren Kindern zu schaden, sind drogenabhängige Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt von Schuldgefühlen geplagt und ständig mit ihrem eigenen Versagen konfrontiert (vgl. Sobot 2009: 233).

Da ihre Mütter dem ständigen Beschaffungsstress, Ängsten vor möglicher Verhaftung und Partnerschaftstress ausgesetzt sind, erleben die Föten nebst den negativen Auswirkungen der Substanzen die vielen Stressoren der Mutter. Das ungeborene Kind ist bereits im Mutterleib mit den negativen Begleiterscheinungen einer Drogenerkrankung konfrontiert (vgl. Sobot 2009: 208f.).

### *3.4.2 Die pränatale Bindung zwischen Mutter und Kind*

Schleske sagt, dass „der psychische Platz, den das zukünftige Kind im Leben seiner Eltern einnehmen wird, bereits vor der Geburt festgelegt wird“ (Schleske 2008: 13).

Damit verbunden sind Hoffnungen, Zuschreibungen aber auch Befürchtungen an die bevorstehende Zeit mit dem Kind. Innerhalb all diesen Gedanken und Gefühlen der Eltern wird sich das Kind später entwickeln. Dabei sind diese inneren Bilder der Eltern stark verknüpft mit ihrer eigenen Herkunftsgeschichte (vgl. ebd.: 13).

Durch die häufigen traumatisierenden Erfahrungen aus der eigenen Kindheit sind drogenabhängige Schwangere sehr oft geplagt von Zweifel und Unsicherheit an ihre zukünftige Mutterrolle. Die Angst zu versagen und dem Kind keine gute Mutter sein zu können, ruft negative Gefühle gegenüber dem ungeborenen Kind hervor (vgl. Sobot 2009: 224).

Mit Bezug auf Verney beschreibt Pönsch, dass die organische und emotionale Entwicklung des Kindes im Mutterleib massgeblich von schädigenden Einflüssen oder positiven, liebevollen Botschaften der Mutter bestimmt wird (vgl. Pönsch 2012: 95). Untersuchungen haben gezeigt, dass das ungeborene Kind mit erhöhten Herztönen auf anhaltende belastende Gedanken der Mutter reagiert, weil über die Nabelschnur Stresshormone in den Blutkreislauf des vorgeburtlichen Kindes gelangen (vgl. Alberti 2010: 146).

Drogenabhängige Schwangere können sich selten aktiv auf das Kind einstellen. Durch die ungünstige Lebenssituation, von Beschaffungsstress über juristische Verfahren bis hin zu Wohnungsnot oder Streit in der Partnerschaft, sind sie ständigem Stress ausgeliefert. Aufgrund von Zyklusstörungen durch die Opiateinnahme bemerken Drogenabhängige Frauen oftmals erst ungefähr im vierten Monat dass sie schwanger sind. Der Zeitpunkt für eine bewusste Entscheidung ob das Kind behalten werden will oder nicht ist somit vorbei. Ist die Schwangerschaft nicht geplant gewesen, müssen sich die Frauen im vierten Monat auf ihr Kind noch gänzlich einstellen und wie Sobot beschreibt, „emotional hinterherwachsen“ (Sobot 2009: 223).

Bereits ab dem fünften Monat des heranwachsenden Kindes, erlebt die Mutter die Bewegungen des ungeborenen Kindes und nimmt es als unabhängiges Wesen wahr. Diese Wahrnehmung der Mutter ermöglicht erst die Entstehung einer Interaktion zwischen Mutter und Kind und löst dadurch ein Bindungsgefühl aus (vgl. Pönsch 2012: 95). Sind sich die Frauen dieser sensiblen Phase des Kindes nicht bewusst, können äussere Umstände wie beispielsweise Streiten oder Schreien, das Kind zusammenzucken lassen. Nach Alberti können in dieser Phase traumatische Erfahrungen stärkere Auswirkungen auf die spätere Entwicklung haben als in anderen Phasen der Schwangerschaft (vgl. Alberti 2010: 159f.). Hat ein Fötus bereits vorgeburtliche, traumatische Erfahrungen gemacht, so können spätere Folgen wie

beispielsweise „seelische Zurückgezogenheit, Angst vor nahem Kontakt, Schwierigkeiten sich zu entspannen, ständige Wiederholung von Stresssituationen und Alpträume“ darauf hinweisen (vgl. ebd.: 161).

### *3.4.3 Die Geburt*

Wegen den allgemeinen schlechten Lebensumständen, endet die Schwangerschaft bei drogenabhängigen Frauen meistens vier bis sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin. Während der Geburt sind die Frauen Entzugssymptomen ausgesetzt, welche zu erhöhten Unruhen, Nervosität und Blutdruckschwankungen führen (vgl. Schumacher 2008: 64). Auch das Neugeborene hat aufgrund der stetigen pränatalen Einwirkung von Drogen unter Entzugserscheinungen, dem sogenannten „neonatalen Abstinenzsymptom“ (NAS) (Sobot 2009: 227) zu leiden. Es tritt bei ungefähr 90% der betroffenen Babies auf. In der Regel beginnt das NAS bereits wenige Minuten nach der Geburt, kann sich aber auch bis auf einige Wochen ausdehnen (vgl. ebd.: 227).

Die häufigsten Symptome des NAS sind „allgemeine Reizbarkeit, motorische Überaktivität, abnorme Berührungsempfindlichkeit, beschleunigte Herzrhythmus, Atembeschleunigung, die Veränderung des Schlaf- Wach- Rhythmus, wildes Saugen an der eigenen Faust, schrilles und übermässig langes Schreien, Tremor und Zittern, Niesen, Schwitzen, Fieber, Erbrechen, Durchfall, Trinkschwäche und in schweren Fällen allgemeine Krämpfe“ (Schumacher 2008: 64). Dabei sind besonders die ersten Tage oder Wochen eines Neugeborenen wichtig für eine gelungene Anpassung an die neue Lebenswelt. Der Säugling ist abhängig von einer liebevollen, fürsorglichen Pflege (vgl. Arenz-Greiving 1994: 25). Mit Einbezug von Untersuchungen von Spitz beschreibt Arenz-Greiving, dass eine nur medizinische und pflegerische Betreuung in diesen ersten Tagen schädigende Auswirkungen auf das Kind haben könnte (vgl. ebd.: 25). Auch Kästner legt dar, dass die unmittelbare Zeit nach der Geburt eine sehr prägende Bindungserfahrung für die Mutter und ihr Kind ist und sollte, wenn nicht unbedingt nötig, nicht aufgrund von medizinischen Untersuchungen gestört werden (vgl. Kästner et al. 2008: 93). Die drogenabhängigen Mütter sind in dieser Phase von starken Schuldgefühlen geplagt. Auch eine Wegnahme des Kindes aus medizinischen Gründen, kann die Angst, keine gute Mutter zu sein, verstärken oder. Oftmals erfahren die Mütter, aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit, offen gezeigte Ablehnung von Seiten des Krankenhauspersonals und die Schuldgefühle nehmen noch mehr zu (vgl. Arenz-Greiving 1994: 26). All diese Faktoren, während oder unmittelbar nach der Geburt, erschweren die Entstehung einer Mutter-Kind Bindung (vgl. ebd.: 27).

Nach der Geburt ändert sich im Bezug auf das Neugeborene einiges. Die Kinder sind ab diesem Zeitpunkt eigenständige Rechtspersonen. Das bedeutet, dass der Schutz des Kindes auch von staatlicher Seite gewährleistet werden muss und alle im Hilfesystem beteiligten Personen zur Mitwirkung verpflichtet sind (vgl. Kästner et al. 2008: 95). Dies kann zur Folge haben, dass opiatabhängige Mütter ständig in Sorge darüber sind, dass ihnen ihr Kind weggenommen werden kann (vgl. ebd.: 95).

#### *3.4.4 Zur Situation von opiatabhängigen Müttern mit ihren Säuglingen*

Bereits kurz nach der Geburt stellt sich für opiatabhängige Mütter die Frage, ob Stillen sinnvoll ist oder nicht. Sind die Frauen HIV infiziert oder besteht ein anhaltender Heroin oder sonstiger Drogenkonsum, ist davon abzuraten. Bei einer Substitution gelangt zwar auch eine kleine Menge in die Muttermilch, bei einer geringen Menge ist aber keine relevante Wirkung zu befürchten. Auch eine Hepatitis C, von der viele drogenabhängige Frauen betroffen sind, hat, solange keine akuten Krankheitssymptome vorhanden sind, keine negative Auswirkung auf das Stillen der Neugeborenen. Da besonders bei drogenabhängigen Schwangeren eine enorme Unsicherheit betreffend Gesundheit bei ihren Neugeborenen besteht, ist es sehr ratsam, bereits vor der Geburt Wünsche, Möglichkeiten und Risiken mit den Betroffenen zu besprechen (vgl. Kästner et al. 2008: 94f.).

### **3.5 Einfluss einer Opiatabhängigkeit auf die Mutter- Kind Bindung**

Die Zahl der Kinder von Alkohol- und drogenabhängigen Frauen mit einer desorganisierten Bindung ist mit 43% besonders hoch. Wie in den vorherigen Kapiteln dargelegt, lässt es sich dadurch erklären, dass eine, in dieser Arbeit schwerpunktmässige, Opiatabhängigkeit einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung einer Mutter- Kind Bindung hat.

Bereits während der Schwangerschaft werden wesentliche Bausteine für eine Beziehung zwischen der Mutter und ihrem ungeborenen Kind gelegt (vgl. Huber 2011: 88). Die Gefühle und Erwartungen können von dem Kind verstanden werden und sein späteres Leben beeinflussen (vgl. ebd.: 88). Durch die Hoffnungen und Zuschreibungen von Drogenabhängigen an ihr ungeborenes Kind auf ein besseres Leben sind die Mütter oftmals nach der Geburt überfordert. Häufig endet diese Überforderung in erneuten Rückfällen (vgl. Kästner et al. 2008: 84f.).

Einen erheblichen Einfluss auf die Bindungsentstehung haben die nachgeburtlichen Begleiterscheinungen des Säuglings. Verney sieht hier eine besonders sensible Phase in der das Kind zur medizinischen Überwachung von der Mutter separiert wird (vgl. Sobot 2009: 231). Weiter können auch die Schuldgefühle der Mütter dazu beitragen, dass sie ihre Kinder selten in der Überwachungsstation besuchen. Der Säugling bleibt gerade in dieser besonders schwierigen Zeit des Entzuges auf sich alleine gestellt (vgl. ebd.: 232). Die Bereitschaft auf die kindlichen Signale feinfühlig und prompt zu reagieren kann aufgrund von Überforderung, Drogenkonsum oder auch dem Beschaffungsstress wesentlich eingeschränkt sein. Dazu kommt noch erschwerend hinzu, dass Kinder welche nach der Geburt einen Entzug erlebt haben, grundsätzlich öfters schreien und weniger schnell zu beruhigen sind (vgl. Sobot 2009: 233).

Erfährt der Säugling diese stetige ungeduldige oder ruppige Zurückweisung so wird ihm damit gezeigt, dass seine Bindungssignale nicht erwünscht sind. Im Laufe der Zeit wird sich das Kind immer mehr von der Mutter abwenden, was diese wiederum als Charakterzug missversteht (vgl. Grossmann/Grossmann 2012: 153).

Wird eine drogenabhängige Mutter mit ihrem Kind nach der Geburt nach Hause entlassen, können viele Faktoren zu einer ständigen Überforderung führen. Da der Heroinkonsum illegal ist, ist die Mutter mit ihrem Kind noch mehr in Sorge mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen als vorher (vgl. Singerhoff 2002: 130). Die Angst vor einem Sorgerechtsentzug ist allgegenwärtig und kann dazu führen, die Kinder zu ermahnen mit niemandem über die Drogenabhängigkeit zu reden (vgl. Arenz – Greiving 2007: 14). Den Gewaltstrukturen der Drogenszene sind nun auch die Kinder ausgesetzt. Der äussere Druck auf die Mutter, für das Kind funktionieren zu müssen, nimmt ständig zu. Die Mütter erleben sich in zwei komplett entgegengesetzten Welten. Einerseits in der „normalen“ bürgerlichen Gesellschaft in der sie als Mütter dazugehören möchten. Andererseits in der Drogenszene, welche massiv von der Gesellschaft ausgegrenzt wird. (vgl. Singerhoff 2002: 130).

Nach Zweyer führt eine sichere Bindung zur besseren Anpassung an die ungünstigen Lebensbedingungen und ermöglicht eine gesunde Entwicklung (vgl. Zweyer 2008: 94) Da jedoch die Bindungsentwicklung von Kindern drogenabhängiger Mütter bereits von Beginn ihres Lebens erschwert ist, kann davon ausgegangen werden, dass die ungünstigen Lebenssituationen, die eine Drogenabhängigkeit der Mutter mit sich bringen, eine gesunde Entwicklung der Kinder massiv beeinträchtigen.

### **3.6 Einfluss einer Substitution auf die Mutter-Kind Bindung**

Wenn Frauen während der Schwangerschaft illegale oder legale Drogen konsumieren, ist die Gefahr von gesundheitlichen Komplikationen und Schädigungen für die Kinder besonders hoch (vgl. Hedrich 1992: 130). Einen Ersatz der illegalen Droge durch die Substitution mit einem legalen Medikament, wie beispielsweise Methadon, bewirkt eine stabile Drogenkonzentration und bietet die Möglichkeit zur langsamen Entgiftung (vgl. ebd.: 131). Die Behandlung durch Substitution führt zu einer besseren gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung der drogenabhängigen Frauen und ihren Kindern. Durch die geregelte Abgabe des Substituts entsteht ein enger Kontakt mit dem Helfersystem. So besteht die Möglichkeit den betroffenen Frauen die notwendige Unterstützung und Beratung anzubieten (vgl. ebd.: 133).

Dabei ist besonders die Vernetzung zwischen medizinischer und psychosozialer Hilfe für die betroffenen Frauen eine grosse Unterstützung. Das Angebot der Hilfestellung bezieht sich neben der Substitutionsbehandlung auch auf die Sicherung der materiellen Grundlagen, berufliche Eingliederung und soziale Integration, aber auch auf die persönliche Kompetenzentwicklung im Bezug auf die Rolle als werdende Mutter (vgl. Rukiek et al. 2011: 120). Für die betroffenen, drogenabhängigen Frauen, bedeutet eine Substitution auch der Weg aus der Illegalität und Kriminalität. Die Finanzierung der Droge muss nicht mehr von den Frauen selbst geleistet werden. Damit kann der Beschaffungsstress vermindert oder sogar ganz beseitigt werden (vgl. ebd.: 122).

Die beschriebenen positiven Aspekte einer Substitutionsbehandlung können bei schwangeren Frauen durchaus einen günstigen Einfluss auf die Entwicklung einer Mutter-Kind Bindung mit sich bringen. Die Frauen sind während der Schwangerschaft nicht mehr dem Beschaffungsdruck ausgeliefert und demzufolge entspannter. Das ungeborene Kind, welches den gefühlsmässigen Zustand der Mutter erlebt und auf Stresssituationen mit bestimmten Symptomen, wie erhöhter Herzschlag oder Hormonausschüttungen, reagiert (Alberti 2010: 21), ist diesen Situationen weniger ausgesetzt. Die bereits im Mutterleib beginnende physische und psychische Kommunikation, die laut Krüll (2011: 119) als wichtige Voraussetzung für eine gesunde Bindungsentwicklung gesehen wird, kann durch die Stabilisierung der Lebenssituation von drogenabhängigen Schwangeren begünstigt werden. Ausserdem kann sich eine psychosoziale Beratung, die mit einer Substitutionsbehandlung einhergehend ist, positiv auf das Selbstwertgefühl der Schwangeren auswirken. Die Kompetenz und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der betroffenen Frauen können in Beratungen

gefördert werden (vgl. Rukiek et al. 2011: 120). Nehmen sich Frauen bereits während der Schwangerschaft als kompetente Mutter ihrem ungeborenen Kind gegenüber wahr, kann dies auch positive Auswirkung auf die spätere Kompetenz als Mutter haben (vgl. Schleske 2008: 28). Es scheint demnach für die Entstehung einer Mutter-Kind Bindung besonders wichtig, dass drogenabhängige, substituierte Schwangere in ihrer Rolle als Mutter gestärkt werden und sie ihre Schuldgefühle gegenüber dem Kind ablegen können.

Trotz den günstigeren Bedingungen für die schwangeren Frauen in Substitutionsbehandlung, sind sie dennoch schwierigen Situationen ausgesetzt. Durch die Stabilisierung ihrer Lebenssituation, erfahren die Betroffenen seit langem die Alltäglichkeiten eines normalen Lebens (vgl. Hedrich 1992: 138). Sie müssen sich mit diesen neuen Herausforderungen erstmals auseinandersetzen. Dazu kommen noch die vielen negativen Erlebnisse ihrer Vergangenheit, welche während ihres akuten Drogenlebens mehrheitlich verdrängt wurden (vgl. ebd.: 138). Viele drogenabhängige Frauen haben jahrelang eine Abwertung ihrer Persönlichkeit erfahren und müssen sich nun in ihrer Rolle als Frau und werdende Mutter neu definieren (vgl. ebd.: 138). Oftmals gelingt es den Betroffenen nicht, sich all diesen Herausforderungen zu stellen, wodurch die Gefahr des Beikonsums erhöht wird (vgl. ebd.: 138). Diese, zusätzlich zur Substitution, wahllose Selbstmedikation durch Drogen und Medikamente hat einen negativen Einfluss auf den Verlauf einer Schwangerschaft und auf die Erfüllung der mütterlichen Kompetenz.

#### **4. Die Lebenswelt von Kindern opiatabhängiger Mütter**

Wie im vorherigen Kapitel ersichtlich wird, sind die Bedingungen um eine sichere Bindung aufzubauen, für die Kinder von drogenabhängigen Müttern erschwert. Im Laufe ihrer Entwicklung kommen noch weitere Faktoren dazu, die eine unbeschwerte und sorglose Kindheit beeinträchtigen. Sehr oft einhergehend mit einer Drogenabhängigkeit ist die Arbeitslosigkeit. Und damit verbunden die Armut, welcher die Kinder ausgesetzt sind. Dazu kommen häufige Trennungserfahrungen und Fremdplatzierungen (vgl. Klein 2008: 128). Bleiben die Kinder bei der Mutter, sind diese sehr häufig alleinerziehend und weisen ein hohes Ausmass an Einsamkeit und Isolation auf. Die Gruppe von drogenabhängigen, alleinerziehenden Müttern ist innerhalb der sozial benachteiligten Menschen nochmals marginalisiert. Dieser

Umstand kann sich für die Kinder als besonders schädlich erweisen, da die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes dadurch erheblich eingeschränkt ist (vgl. ebd.: 128f.).

Als weitere ungünstige Entwicklungsbedingungen für die Kinder von drogenabhängigen Müttern sind die oftmals fehlenden Erziehungskompetenzen der Mütter. (vgl. ebd.: 128). Dies zeigt sich häufig durch ambivalentes Erziehungsverhalten gegenüber dem Kind. Einerseits wird das Kind verwöhnt, andererseits auch wieder vernachlässigt. Versprechen und Zusagen werden oftmals nicht eingehalten und das Kind muss oft Stimmungsschwankungen erleben und aushalten (vgl. Arenz-Greiving 1994: 36f.). Diese Verhaltensweisen von drogenabhängigen Müttern führen bei ihren Kindern zu grossen Unsicherheiten, weil sie nie genau wissen, worauf sie sich verlassen können (vgl. ebd.: 37).

#### **4.1 Die Entwicklung der Kinder**

Während Schwangerschaften und Geburten von opiatabhängigen Frauen mit ihren Kindern gut dokumentiert sind, gibt es wenige Untersuchungen, die sich mit der weiteren Entwicklung der Kinder von opiatabhängigen Müttern beschäftigen. Die meisten Studien kommen aus den USA und sind nur begrenzt auf den deutschsprachigen Raum übertragbar (vgl. Bertenghi 1997: 129). Generell ist es schwierig zu beurteilen, ob eine Störung der Kinder im späteren Leben mit der direkten Drogeneinwirkung während der Schwangerschaft oder mit den ungünstigen drogenmilieuspezifischen Belastungen zu tun hat (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., 2009).

##### *4.1.1 Die körperliche Entwicklung*

Wie bereits beschrieben, erlebt bis zu 90% aller Kinder von opiatabhängigen Müttern nach der Geburt das neonatale Entzugssyndrom, wobei der Zeitpunkt des Auftretens und die Stärke der Symptome stark variieren (vgl. Arenz-Greiving 1994: 31f.). Bis der körperliche Entzug überstanden und der Gesundheitszustand der Kinder stabil ist, kann normalerweise zwei Wochen bis zu drei Monaten dauern (vgl. ebd.: 32).

Verschiedene Untersuchungen zeigen einen kleineren Schädelumfang bei Kindern von drogenabhängigen Müttern auf. Der Schädelumfang ist massgeblich für die Gehirnentwicklung, was bedeutet, dass ein zu kleiner Schädel bei der Geburt einen bleibenden Rückstand in der Gehirnentwicklung haben kann (vgl. ebd.: 34). Mehrere

Autoren sehen darin ein drogenspezifisches Phänomen, dass beispielsweise durch Heroin ausgelöst werden kann (ebd.: 34). Weitere Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass sich der Rückstand im Laufe der Entwicklung des Kindes auswachst, und daher eher von einer Verzögerung als von einem Defizit gesprochen werden muss (vgl. Bertenghi: 1997: 131).

Mit Bezug auf Van Baar beschreibt Bertenghi, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder von Opiatabhängigen in den ersten zwei bis drei Lebensjahren nicht wesentlich von anderen Kindern unterscheidet (vgl. Bertenghi 1997: 130). Es gibt allerdings Unterschiede in der Körpergrösse und des Kopfumfanges, wobei die Kinder von drogenabhängigen Müttern stets kleiner waren als Kinder von nicht Abhängigen (vgl. Arenz-Greiving 1994: 35).

#### *4.1.2 Die kognitive Entwicklung*

Verschiedene Untersuchungen ergaben, dass nur wenige relevante Unterschiede bezüglich der kognitiven Entwicklung von Kindern von drogenabhängigen Müttern und Kinder von nicht Drogenabhängigen, festzustellen sind (vgl. Bertenghi 1997: 133). Diverse Tests zum Erfassen der geistigen und kognitiven Fähigkeiten haben aber zum Beispiel ergeben, dass Kinder drogenabhängiger Mütter schlechtere Testergebnisse aufweisen. Dies wurde auch beobachtet, wenn Kinder bei Pflegeeltern aufwuchsen, was auf einen direkten Zusammenhang mit dem Einfluss der Droge schliessen lässt. Diese Unterschiede konnten jedoch bei den Kindern im Alter von drei bis vier Jahren nicht mehr festgestellt werden (vgl. ebd.: 133). Die bei den Frühgeburten oftmals allgemeine Verzögerung der kognitiven Fähigkeiten wird im Alter von ca. sechs Jahren wieder aufgeholt. Einzig die verzögerte Sprachentwicklung und damit den direkten Einfluss auf die geistige Entwicklung scheinen sich mit der Zeit zu verfestigen und können dadurch einen Einfluss auf spätere Schulleistungen haben (vgl. ebd.: 134).

Eine wichtige Beobachtung konnte gemacht werden, bei der Selbsteinschätzung der kognitiven Fähigkeiten von Müttern und ihren Kindern. Im Vergleich zu nicht abhängigen Müttern unterschätzten sich die drogenabhängigen Mütter und deren Kinder im Bezug auf ihre eigenen kognitiven Fähigkeiten öfters, als die nicht Abhängigen. Diese Fehleinschätzung kann die Motivation und das Selbstwertgefühl erheblich beeinflussen und dadurch zu schlechteren Leistungen führen (vgl. ebd.: 135).

#### *4.1.3 Die psychosoziale und emotionale Entwicklung*

In verschiedenen Untersuchungen konnten zum Teil einzelne Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder drogenabhängiger Mütter festgestellt werden (vgl. Arenz-Greiving 1994: 36). Es handelt sich dabei um verschiedene Störungen im „Aktivitätsniveau“ (ebd.: 36) sogenannte Hyperaktivität. Dazu gehören „kurze Aufmerksamkeitsspannen, Schlafstörungen, Wutausbrüche und niedrige Frustrationstoleranzen“ (ebd.: 36).

Viele Kinder im Vorschul- und Schulalter sind entweder stark zurückgezogen oder fallen durch übermässig aktives und störendes Verhalten auf. Sie laufen Gefahr, bei Gleichaltrigen auf Ablehnung zu stossen und dadurch in die soziale Isolation zu geraten (vgl. Lugt/Steinhausen 2000: 6).

#### **4.2 Bindungsmuster**

Mit Bezug auf die zahlreichen Studien von Allen und Land, Carlson und Sroufe oder Weinfeld et al. beschreibt Zweyer, dass Kinder und Jugendliche mit einer sicheren Bindung zur Mutter, einen höheren Selbstwert, ein positiveres Selbstbild und eine höhere Flexibilität aufweisen als die unsicher Gebundenen (vgl. Zweyer 2008: 94). Es zeigte sich ausserdem, dass sicher gebundene Kinder mehr Ausdauer im Lösen von Problemen besaßen und angemessener mit Gefühlen umgehen konnten. Sie waren sozial kompetenter und konnten besser Freundschaften eingehen als die unsicher gebundenen Kinder (vgl. ebd.: 94).

Die Studien zeigen auf, dass eine sichere Bindung ein zentraler Faktor darstellt, um eine Anpassung an die unterschiedlichen schwierigen Bedingungen zu ermöglichen und grundlegend ist, für eine gesunde kognitive, soziale und emotionale Entwicklung (vgl. ebd.: 94).

Für die Kinder von drogenabhängigen Müttern sind die Bedingungen, eine sichere Bindung aufzubauen, massiv erschwert. Sehr oft werden die Kinder von ihren Müttern vernachlässigt oder misshandelt, was zu einem desorganisierten Bindungsmuster führen kann (vgl. Zulauf-Logoz 2004: 302). Hält dieses desorganisierte Bindungsmuster des Kindes über längere Zeit an, können daraus Bindungsstörungen entstehen (vgl. Brisch 2011: 62).

### **4.3 Bindungsstörungen**

Eine Bindungsstörung darf nicht als ein Verhaltensmuster einer unsicheren Bindung gesehen werden, da diese nach der Bindungstheorie als ein im Rahmen „der Norm liegendes Adaptionmuster angesehen wird“ (Brisch 2011: 102). Es sind vielmehr die erheblichen Veränderungen im Verhalten mit der Bezugsperson. Diese Verhaltensweisen treten nicht nur situativ auf, sondern manifestieren sich über einen längeren Zeitraum. Die Diagnosestellung einer Bindungsstörung sollte über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten gemacht werden (vgl. ebd.: 102).

Im Folgenden werden einige Bindungsstörungen kurz erläutert:

#### Kein Anzeichen von Bindungsverhalten

Grundsätzlich ist diese Bindungsstörung ungefähr nach dem 8. Lebensmonat eines Kindes feststellbar, weil erst nach der Entwicklung der „Fremdenangst“ eine ausgeprägte Differenzierung und Bevorzugung einer bestimmten Bezugsperson festgestellt werden kann (vgl. Brisch 2011: 102). Die Kinder, bei denen diese Bindungsstörung auftritt, konnten keine stabile, verlässliche und auch keine unsichere Bindung aufbauen. Es gibt für sie keine Bindungsperson, bei denen sie sich sicher fühlen oder die sie bei Angst und Unsicherheit aufsuchen würden (vgl. ebd.: 103).

#### Undifferenziertes Bindungsverhalten

Die Kinder mit einem undifferenzierten Bindungsverhalten verhalten sich zu allen Bezugspersonen freundlich und machen keinen Unterschied, ob sie diese schon lange kennen oder diese Person fremd ist (vgl. Brisch 2011: 103). Im Gegensatz zu den Kindern mit keiner gestörten Bindung, fehlt ihnen eine vorsichtige Zurückhaltung gegenüber fremden Personen (vgl. ebd.: 103).

#### Übersteigertes Bindungsverhalten

Das Bindungsverhalten dieser Kinder zeigt sich durch „exzessives“ Klammern. Sie sind nur in absoluter Nähe ihrer Bezugsperson emotional beruhigt und ausgeglichen (vgl. Brisch 2011: 105). Die Kinder sind in fremden Situationen ausgesprochen überängstlich und geben ihre Erkundungen und Interessen gänzlich auf. Auf eine Trennung der Bezugsperson reagieren sie emotional sehr gestresst und können in Panik geraten (vgl. ebd.: 105).

Häufig zu beobachten ist diese Form von Bindungsstörung bei Kindern, deren Mutter unter einer Angststörung leidet und das Kind als eine sichere emotionale Basis braucht. Die Mütter lassen nicht zu, dass ihr Kind sich emotional selbstständig verhält (vgl. ebd.: 105). Diese Kinder sind auch noch im Schulalter nur in absoluter Nähe zu ihrer Bezugsperson ausgeglichen und erkunden kaum ihre Umgebung (vgl. ebd.: 105).

#### Gehemmttes Bindungsverhalten

Im Gegensatz zum übersteigerten Bindungsverhalten zeigen diese Kinder keinen Widerstand bei Trennungen. In ihrem Bindungsverhalten gegenüber der Bezugsperson wirken sie sehr gehemmt und fallen durch übermässige Anpassung auf (vgl. Brisch 2011: 106). Oftmals erlebten diese Kinder Misshandlungen oder sind ständiger Gewaltandrohungen ausgesetzt. Die Kinder lernen ihre Bindungswünsche vorsichtig auszudrücken, da sie einerseits Schutz und Geborgenheit suchen, andererseits aber die Androhung von Gewalt massive Ängste auslösen (vgl. ebd.: 106).

#### Aggressives Bindungsverhalten

Die Bindungsbeziehungen werden von Kindern mit dieser Störung durch körperliche oder verbale Aggressionen gestaltet. Die Kinder erlebten und erleben immer wieder massive Zurückweisung ihrer Bezugsperson. Dabei bilden sich Ängste, so dass keine Bindung entsteht oder bestehende Bindungen wieder abgebrochen werden. Durch ihr aggressives Verhalten scheinen sie Bindungen zu anderen Personen regelrecht zu erkämpfen, was jedoch gerade aufgrund der Aggressionen sehr häufig auf Ablehnung stösst (vgl. Brisch 2011: 107).

#### Bindungsstörung mit Suchtverhalten

Durch frühe Erfahrungen von Vernachlässigung oder unfeinfühligem Verhaltensweisen durch die Bezugsperson, was für einen Säugling grossen Stress darstellt, können sich suchtarartige Verhaltensweisen entwickeln (vgl. Brisch 2011: 108).

Normalerweise lernt ein Säugling durch die Feinfühligkeit der Mutter wie er starke Affekte regulieren kann. Der Säugling braucht in der Zeit in der er Stress erlebt, beispielsweise aufgrund von Angst, Traurigkeit oder Furcht, die liebevolle Zuwendung der Bindungsperson um sich beruhigen zu können. Durch diese Erfahrung der Stressregulation, gemeinsam mit der Bindungsperson, wächst beim Kind die Fähigkeit zur Selbstregulierung von starken Gefühlen und Stressreaktionen (vgl. Brisch 2013: 278). Durch die im Kapitel 3.4 beschriebenen Einflüsse einer Drogenabhängigkeit auf

die Bindungsbereitschaft der Mutter, erleben die Säuglinge von drogenabhängigen Müttern oftmals keine adäquate Zuwendung in Stresssituationen (vgl. Kap. 3.4). Wird der Säugling in seiner Stresssituation von der Mutter nicht wahrgenommen, erlebt er einen Zustand grosser Erregung (vgl. Brisch 2013: 279). Weil ein Säugling sich dagegen nicht wehren oder flüchten kann, wird er, um mit dieser Erregung zurechtzukommen, „in einen Zustand der Dissoziation geraten“ (ebd.: 279). Das bedeutet, dass der Säugling einen Teil seines Grosshirns abschaltet und nur noch auf den überlebensfunktionierenden Gehirnregionen funktioniert (vgl. ebd.: 279). Der Säugling fällt in eine sogenannte „Schockstarre“, in der er keine Gefühle und Affekte mehr wahrnimmt (vgl. ebd.: 279).

Gelingt es einer Mutter nicht, auf die Stresssituationen ihres Säuglings einzugehen und damit die Affekte zu regulieren, kann dieser auch lernen, dass ein Suchtmittel eine ähnliche Wirkung haben kann (vgl. ebd.: 279f.). Dies kann bei einem Säugling beispielsweise die Nahrung sein. Es gibt Mütter, die auf jedes Schreien ihres Kindes mit Stillen antworten. Hat der Säugling aber einfach Angst oder fühlt sich unsicher, ist das Stillen eine inadäquate Reaktion und führt beim Säugling dazu, dass er lernt, dass Stresssituationen mit einem „Suchtmittel“ reguliert werden können (vgl. ebd.: 280).

Der weitere Verlauf einer pathologischen Bindungsstörung und die Möglichkeiten einer Behandlung kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher erläutert werden. Es zeigt jedoch die Wichtigkeit auf, den Kindern einen sicheren Bindungsaufbau zu ermöglichen, um diese Formen von Störungen zu vermeiden.

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Thematik, weshalb es einigen Kindern gelingt trotz ungünstigen Voraussetzungen eine gesunde Entwicklung zu machen.

## **5. Die Resilienztheorie**

### **5.1 Der Begriff Resilienz**

Als wichtiger Bestandteil heutiger Forschung zur Widerstandsfähigkeit von Kindern gilt die Resilienztheorie. Der Begriff Resilienz leitet sich aus dem englischen Wort „resilience“ ab und heisst übersetzt Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität (vgl. Wustmann 2012: 18). Dabei gibt es heute in der Literatur eine Vielzahl von Definitionen. In der Definition von Welter- Enderlin wird unter Resilienz „die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus und Rückgriff auf persönliche und

sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter- Enderlin 2012: 13). Eine andere Begriffsbestimmung nach Wustmann lautet: „Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“ (Wustmann 2012: 18)

Die Ergebnisse der Forschung sind deswegen besonders wichtig, weil sie aufzeigen, welche Faktoren dazu beitragen, dass sich Kinder trotz widrigen Umständen gesund und positiv entwickeln können (vgl. Wustmann 2012: 9f.). Dabei gilt jedoch zu beachten, dass trotz den Widerstandskräften der Kinder die individuellen Risiken nicht verharmlost und angemessene Hilfestellungen nicht überflüssig werden (vgl. Opp/Fingerle 2008: 7).

Verschiedenste Studien belegen, dass die Resilienz eines Menschen von der Wechselwirkung zwischen den Risikofaktoren und den unterschiedlichen Schutzfaktoren abhängt, welche beim Individuum, seiner Familie und seinem Umfeld vorhanden sind (vgl. Werner 2012: 30).

## **5.2 Das Risikofaktorenkonzept**

Bereits 1983 hat Garmezy als Risikofaktor ein Merkmal bezeichnet, „(...) das bei einer Gruppe von Individuen, auf die dieses Merkmal zutrifft, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung im Vergleich zu einer unbelasteten Kontrollgruppe erhöht“ (Garmezy 1983, zit. nach Wustmann 2012: 36). Mit Bezug auf unterschiedliche Forscher wie Jessor et al., Wolke und Fingerle stellt Wustmann fest, dass verschiedene Bedingungen die Wahrscheinlichkeit von positiven Entwicklungen senken und sich ungünstige Verhaltensweisen erhöhen. Die Risikofaktoren können eine Störung verursachen und die Entwicklung einschränken, wobei zu beachten gilt, dass das Risikofaktorenkonzept nicht dem Kausalitätsprinzip folgt. Das bedeutet, nicht jeder Risikofaktor führt unmittelbar zu einer psychischen Störung oder einer Entwicklungsbeeinträchtigung (vgl. Wustmann 2012: 36). Oder wie Fingerle es beschreibt: „Zu jedem Risikofaktor existieren Fälle, in denen sich keine psychischen Beeinträchtigungen entwickeln.“ (Opp/ Fingerle 2008: 13)

Die heutige Risikoforschung untersucht die Lebensbedingungen welche die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen kann und versucht Gruppen von Kindern zu identifizieren, deren Entwicklung gefährdet ist (vgl. Wustmann 2012: 36). Einige Forscher der Entwicklungspsychopathologie wie beispielsweise Laucht; Laucht et al.;

Niebank und Petermann unterscheiden dabei zwei grosse Gruppen von Entwicklungsgefährdungen. Dabei sehen sie einerseits die biologischen oder psychologischen Merkmale der Kinder, auch Vulnerabilitätsfaktoren genannt, als mögliche Risiken, andererseits benennen sie die psychosozialen Merkmale der Umwelt, welche das Kind betreffen, als Risikofaktoren oder Stressoren (vgl. Wustmann 2012: 36). In Anlehnung an Egle, et al.; Laucht, Schmidt und Esser; Scheithauer und Petermann folgt eine exemplarische Auswahl von Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren (vgl. Wustmann 2012: 38). Die Aufzählung ist dabei nicht abschliessend.

### Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren

Vulnerabilitätsfaktoren	Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prä-, peri- und postnatale Faktoren</li> <li>- Genetische Faktoren</li> <li>- Chronische Erkrankungen</li> <li>- Schwierige Temperamentsmerkmale</li> <li>- Unsichere Bindungsorganisation</li> <li>- Geringe kognitive Fertigkeiten</li> <li>- Geringe Fähigkeit zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Armut, niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>- Familiäre Disharmonie, Trennung, Scheidung der Eltern, Alleinerziehend, Wiederheirat</li> <li>- Psychische Störung der Eltern, Alkohol- Drogenmissbrauch</li> <li>- Niedriges Bildungsniveau</li> <li>- Migrationshintergrund</li> <li>- Soziale Isolation</li> <li>- Verlust eines Geschwister, Behinderung in der Familie</li> </ul>

Abb. 2: Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren (vgl. Wustmann 2012 38f.).

Opp und Fingerle deuten an, dass einzelne Risiken keine befriedigende Erklärung für das Entstehen von abweichendem Verhalten sind (vgl. Opp/Fingerle 2008: 13). Auch Lösel belegt in empirischen Untersuchungen, dass einzelne Risikofaktoren nur selten mit Verhaltensproblemen einhergehen (vgl. Wustmann 2012: 41). Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die schädlichen Auswirkungen zunehmen, je mehr Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren aufeinandertreffen. Unter Einbezug von Rutter und Master belegt Wustmann, dass Kinder mit „multipler Risikobelastung“ besonders stark entwicklungsgefährdet sind (vgl. Wustmann 2012: 41).

Trotz erhöhten Risiken entwickeln sich einige Kinder gesund. Eine Erklärung liefert das Schutzfaktorenkonzept, welches im folgenden Kapitel erläutert wird.

### 5.3 Das Schutzfaktorenkonzept

Eine der wenigen Längsschnittstudien die die Widerstandsfähigkeit von Kindern bis ins Erwachsenenalter beobachtet, ist die Kauai-Studie. Diese wurde auf der Insel Kauai durchgeführt und danach benannt. 1955 begann ein Team von Kinderärzten, Psychologen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialdienste die Untersuchung von 698 Kindern. Sie studierten dabei bereits während der pränatalen Entwicklungsperiode den Einfluss von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren und schützende Faktoren (vgl. Werner 2008: 20f.).

Werner und Werner und Smith erfassten die Population im Geburtsalter, im Alter von 1, 2, 10, 18, 32, und im Alter von 40 Jahren (vgl. Werner 2008: 21). Es zeigte sich bei 30% dieser Population ein hohes Entwicklungsrisiko, weil sie in chronischer Armut aufwuchsen, Komplikationen bei der Geburt erlitten und in Familien aufwuchsen, die durch die Psychopathologie der Eltern und Disharmonie in der Familie geprägt waren. Bei 2/3 dieser Kinder zeigte sich, dass sie im Alter von zwei Jahren schon vier oder mehreren Risikofaktoren ausgesetzt waren. Diese Kinder entwickelten dann auch schwere Lern- oder Verhaltensprobleme in der Schulzeit, wurden straffällig oder bekamen psychische Probleme (vgl. ebd.: 21).

Im Gegensatz dazu entwickelte sich das andere Drittel trotz den erheblichen Risiken, denen sie ausgesetzt waren, zu leistungsfähigen und fürsorglichen Erwachsenen (vgl. ebd.: 21). Dabei wurden verschiedene schützende Faktoren festgestellt, welche eine positive Entwicklung begünstigen.

#### 5.3.1 Schützende Faktoren im Kind (*lebensbegünstigende Eigenschaften*)

Als wichtiger Aspekt wurden bestimmte Persönlichkeitsmerkmale festgestellt, welche bei Kindern bereits mit einem Jahr beobachtet wurden und damit bei ihren Bezugspersonen positive Reaktionen hervorriefen. Die Kinder werden als besonders liebevoll, anschmiegsam, fröhlich und aufgeschlossen wahrgenommen (vgl. Werner 2008: 22). Die resilienten Kinder besitzen Eigenschaften, mit welchen sie altersspezifische Entwicklungsaufgaben erfolgreich meistern können. Dadurch erfahren sie ein positives Selbstwertgefühl, welches ihnen wiederum hilft bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen (vgl. ebd.: 22f.). Dabei war auffällig, dass resiliente Kinder im Grundschulalter, auch wenn sie nicht besonders intelligent waren, ihre Fähigkeiten effektiv ausnutzten. Gewöhnlich hatten diese ein bestimmtes Hobby und Interesse, welches sie mit einem Freund oder einer Freundin teilten (vgl. ebd.: 22f.). In

der Studie zeigte sich, dass sich schulische Leistung positiv auf die Widerstandsfähigkeit der Kinder auswirkte (vgl. ebd.: 22).

### *5.3.2 Schützende Faktoren in der Familie*

Die Bindungsqualität der resilienten Kinder zeigte sich bereits in frühen Jahren als sehr ausgeprägt. Die Kinder konnten mindestens zu einer kompetenten und stabilen Person in ihrem familiären Umfeld eine enge Bindung entwickeln. Diese Bezugspersonen waren sehr oft Tanten, Onkel oder Grosseltern und konnten auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen (vgl. Werner 2012: 32). Es gibt andere Untersuchungen dazu, die zeigen, dass Kinder von psychotischen Eltern oder Kinder die misshandelt wurden, aufgrund dieser ausgeprägten Bindungsqualität, zumindest am Anfang ihres Lebens, ein grundlegendes Vertrauen aufbauen konnten (vgl. Werner 2008: 23). Als weitere wichtige Schutzfaktoren wurden in der Kauai-Studie die Schulbildung und die Kompetenz der Mutter, im Umgang mit dem Baby festgestellt. In der Familie mit einer psychisch erkrankten Mutter, können auch Grosseltern oder andere Verwandten diese Rolle als stabile Bindungsperson übernehmen. Widerstandsfähige Kinder scheinen ein besonderes Talent zu besitzen, solche „Ersatzeltern“ zu finden (vgl. ebd.: 24). In der Kauai-Studie wurden Unterschiede betreffend der Geschlechter in der Erziehungsgestaltung bei Jungen und Mädchen beobachtet. Resiliente Jungen stammen häufig aus Familien, in denen klare Strukturen und Regeln herrschen und in der ein männliches Familienmitglied (Vater, Grossvater, älterer Bruder oder Onkel) als Identifikationsmodell dient und Gefühle nicht unterdrückt (vgl. ebd.: 24). Die widerstandsfähigen Mädchen kommen oft aus Haushalten in denen „die Betonung der Unabhängigkeit mit der zuverlässigen Unterstützung einer weiblichen Bezugsperson verbindet (Mutter, Grossmutter, ältere Schwester oder Tante)“ (ebd.: 24).

### *5.3.3 Schützende Faktoren im Umfeld*

Die Kauai-Studie zeigt auf, dass resiliente Kinder und Jugendliche dazu neigen, sich vermehrt bei Verwandten, Freunde oder Nachbarn Unterstützung zu suchen und sich auf diese verlassen können (vgl. Werner 2008: 25).

Dabei zeigten resiliente Jugendliche, dass sie die Möglichkeit nutzten, bei Älteren oder gleichaltrigen Personen Unterstützung oder Rat einzuholen. Auch Lieblingslehrer eines Kindes, Bekannte aus der Nachbarschaft oder Eltern eines Freundes können als Schutzfaktoren bei schwierigen Umständen dienen (vgl. Werner 2012: 32). Die

Verbindungen zu anderen stabilen Familien helfen den widerstandsfähigen Kindern und Jugendlichen eine positivere Lebensperspektive einzunehmen (vgl. Werner 2008: 24). Der britische Psychiater Michael Rutter fand, dass die positiven Erfahrungen in der Schule den Stress im Elternhaus lindern können. Er beschreibt dazu drei unterschiedliche Aktivitäten in der Schule die für Risikokinder bedeutungsvoll erscheinen. 1. Aktivitäten, die den Kindern helfen, wichtige Erziehungs- und Berufsziele zu erreichen. 2. Aktivitäten, die das Selbstwertgefühl des Kindes stärkt und 3. Aktivitäten, die anderen Menschen in Not helfen (vgl. ebd.: 25).

#### *5.3.4 Schützende Prozesse: Verbindungen zwischen protektiven Faktoren im Kind und seiner Umwelt*

Als wichtige Erkenntnis aus der Kauai-Studie zeigte sich eine „gewisse Kontinuität in der Verbindung lebensbejahender Eigenschaften und schützenden Faktoren in der Familie und der Gemeinde“ (vgl. Werner 2008: 25). Die individuelle Disposition der Kinder, führt sie dazu, eine Umwelt auszuwählen, die sie unterstützt und ihre Fähigkeiten und ihr Selbstvertrauen verstärken (vgl. ebd.: 25). Es zeigte sich beispielsweise, dass das gutmütige, ausgeglichene Temperament eines Kleinkindes, welches positive Reaktionen auslöst, auch im Schulalter mehr Unterstützung von Erwachsenen erhält als andere. Auch eine bessere Leistung in der Schule geht mit mehr Unterstützung von Lehrern einher und führt zu einem grösseren Selbstvertrauen im Erwachsenenalter (ebd.: 25).

Dabei scheint der Einfluss von schützenden Faktoren auf die Anpassungsfähigkeit der Kinder in den verschiedenen Entwicklungsstufen zu variieren. Die persönliche Disposition der Kinder wie Temperament und Gesundheitszustand, haben einen grösseren Einfluss im Säuglings- und Kleinkindalter. Wogegen die Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten sowie das Vorhandensein von kompetenten Ersatzeltern sich eher in der Schulzeit als schützende Faktoren zeigen (ebd.: 26).

#### **5.4 Resilienz bei Kindern aus suchtblastenden Familien**

Mit Bezug auf Wolin und Wolin 1995 beschreibt Klein sieben Resilienzfaktoren bei Kindern mit suchtkranken Eltern, welche vor den Folgen der krank machenden Familienumwelt schützen können (vgl. Klein 2003: 47).

1. Einsicht, dass beispielweise mit dem suchtkranken Elternteil etwas nicht stimmt.

2. Unabhängigkeit, dass sich die Kinder nicht allzu sehr von den Stimmungen im Elternhaus beeinflussen lassen.
3. Beziehungsfähigkeit. Den Kindern gelingt es, zu einer anderen Bezugsperson, als zum suchtkranken Elternteil, eine stabile Bindung aufzubauen.
4. Initiative, die es den Kindern ermöglicht, sich eigenen Beschäftigungen und Hobbies zu widmen
5. Kreativität. Die Kinder sind in der Lage, ihren Gefühlen auf künstlerische Art und Weise Ausdruck zu verleihen.
6. Humor, der den Kinder ermöglicht, durch Ironie oder Sarkasmus sich von der schwierigen Familiensituation zu distanzieren
7. Moral. Die Kinder sind in der Lage, ein, von ihren suchtkranken Eltern unabhängiges, Moral- und Wertesystem zu entwickeln.

Diese sieben Faktoren ermöglichen den Kindern eine erhöhte Toleranz in stressreichen Situationen und eine gute Anpassungsfähigkeit an die veränderten Lebensbedingungen (vgl. Klein 2003: 47).

### **5.5 Förderung von Resilienz**

Es ist wichtig zu beachten, dass sich die Balance, zwischen stressreichen Lebensereignissen, die die kindliche Vulnerabilität verstärkt und den schützenden Faktoren, welche die Widerstandsfähigkeit stärkt, verändert (vgl. Werner 2008: 27).

Resilienz darf nicht als angeborenes, stabiles und jederzeit einsetzbares Persönlichkeitsmerkmal gesehen werden. Vielmehr entwickelt sich Resilienz in der stetigen Auseinandersetzung mit den widrigen lebensspezifischen Bedingungen und den Schutzfaktoren, „auf die das Individuum durch Interaktionen mit der Umwelt zugreifen kann“ (Weiss 2008: 159). Unter Einbezug von Masten; Masten und Coatsworth und Petermann beschreibt Wustmann, dass das zentrale Ziel aller Präventions- und Interventionsmassnahme im Bezug auf Resilienz, eine Verminderung von Risikoeinflüssen und die Erhöhung der Schutzfaktoren ist (vgl. Wustmann 2012: 122). Damit ist gemeint, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Risikofaktoren und deren Folgeaktionen auftreten, vermindert wird. Weiter ist es wichtig, die Stress- und Risikowahrnehmung beim Kind zu verändern und auf die situativen Bedingungen zu reagieren. Auch die sozialen Ressourcen im Umfeld des Kindes gilt es zu erhöhen und die kindlichen Kompetenzen zu fördern. Als letzter wichtiger Punkt zur Förderung der

Resilienz gilt es die Bindungsqualität, die Erziehungsqualität und die Qualität sozialer Unterstützung zu verbessern (vgl. Wustmann 2012: 122).

Das folgende Kapitel fasst die bisherigen zusammengetragenen Erkenntnisse nochmals zusammen und befasst sich mit der letzten Fragestellung, „welche Unterstützung kann die Soziale Arbeit in der Arbeit mit drogenabhängigen schwangeren Frauen und Mütter anbieten, damit ihre Kinder eine gesunde Entwicklung machen können.“

## **6. Die Bedeutung für die Soziale Arbeit**

### **6.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse**

Wie das zweite Kapitel aufzeigt, sind die Lebensbedingungen von drogenabhängigen Frauen sehr erschwert. Die bereits während ihrer Kindheit negativ erlebten Erfahrungen wie Gewalt oder sexueller Missbrauch, wiederholen sich nun auch durch das Drogenmilieu im Erwachsenenalter. Der Konsum von illegalen Drogen führt die betroffenen Frauen in die soziale Isolation. Aufgrund der negativen körperlichen, sozialen und psychischen Folgen einer Drogenerkrankung ist ihre Lebenssituation häufig sehr desolat.

Wird eine Frau in solch einer Situation schwanger, wird das Kind sehr oft als Hoffnungsträger, um dieser misslichen Lage zu entkommen, gesehen. Gleichzeitig erleben diese Frauen aber auch schwere Schuldgefühle dem ungeborenen Kind gegenüber. Die ungünstige Lebenssituation von drogenabhängigen Frauen und ihr ständiger Beschaffungsstress ermöglichen ihnen kaum, sich mit dem ungeborenen Kind zu beschäftigen und somit eine erste Bindung herzustellen.

Aufgrund einer Substitutionsbehandlung besteht für die Frauen die Möglichkeit, bestimmte psychosoziale Belastungen, wie beispielsweise den Beschaffungsstress, zu verringern oder ganz abzulegen. Die verbesserte Gesamtsituation durch eine SGB ermöglicht ihnen, ihre Kinder selber gross zu ziehen. Doch obwohl eine wesentliche Verbesserung erzielt werden kann, bleiben die Entwicklungsbedingungen der Kinder von substituierten drogenabhängigen Müttern weiterhin ungünstig. Einerseits sind die Voraussetzungen für einen sicheren Bindungsaufbau für die Kinder nach wie vor erschwert, andererseits sind aber auch die Bedingungen aufgrund des Beikonsums, der fehlenden mütterlichen Kompetenzen oder die Isoliertheit der Familie weiterhin hinderlich für eine gesunde Entwicklung. Aus bindungstheoretischer Sicht kann gesagt werden, dass den Kindern, aufgrund von fehlender Bereitschaft seitens der Mutter,

eine sichere Bindungsentwicklung erschwert wird. Der fehlende Aufbau einer sicheren Bindung kann zu Bindungsstörungen führen und eine gesunde Entwicklung massiv beeinträchtigen. Aufgrund der Drogenabhängigkeit der Mutter werden die betroffenen Kinder durch die gegebenen psychosozialen Bedingungen stark beeinflusst. Es fällt den Kindern oft schwer, die notwendigen Anpassungsleistungen an die Umwelt zu bewältigen und sie fallen oft durch unangebrachtes Verhalten auf. Die Kinder stossen in ihrem erweiterten Umfeld deswegen häufig auf Ablehnung und werden ausgegrenzt. Dass es trotzdem einigen Kindern gelingt unter ungünstigen Voraussetzungen eine gesunde Entwicklung zu machen, zeigt die Resilienztheorie im Kapitel fünf auf. Diese besagt, dass resiliente Kinder über bestimmte Schutzfaktoren verfügen müssen, um sich trotz Risikofaktoren gesund zu entwickeln. Wichtig dabei ist es, dass eine möglichst geringe Anzahl von Risikofaktoren und eine hohe Anzahl an Schutzfaktoren vorhanden sind.

## **6.2 Relevanz für die Soziale Arbeit**

Aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse kann abgeleitet werden, dass die Soziale Arbeit in der Arbeit mit drogenabhängigen Müttern, deren Kinder unbedingt miteinbeziehen muss. Das kann heissen, dass drogenabhängige Frauen bereits vor und sicher während der Schwangerschaft über ihre zukünftige Verantwortung informiert und in ihren Kompetenzen als werdende Mütter gestärkt werden. Drogenabhängige Schwangere brauchen eine kontinuierliche Unterstützung, um sich trotz Abhängigkeit auf ihre Rolle als zukünftige Mutter vorbereiten zu können und bereits während der Schwangerschaft die Möglichkeit haben, eine Bindung zu ihren Kindern aufzubauen. Nach der Geburt sollte der Mutter mit ihrem Kind ein geeignetes Behandlungssetting angeboten werden, wobei sie in ihrer Rolle als Mutter Unterstützung erleben und in Krisensituationen das Kind von Fachleuten betreut werden kann.

Für die betroffenen Kinder ist es besonders wichtig, dass sie, nebst der drogenabhängigen Mutter, Bezugspersonen haben, die verlässlich sind und zu denen eine sichere Bindung möglich ist. Die Kinder sollten altersadäquat über die Abhängigkeit informiert werden und Möglichkeiten haben, über ihre Emotionen reden zu dürfen. Als Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Kindern von drogenabhängigen Frauen gilt es die Schutzfaktoren bei den Kindern und in ihrem Umfeld zu erhöhen und die Risiken möglichst zu verringern.

Lange Zeit wurde die Problematik von Kindern von suchtkranken Eltern übersehen. Die Kinder werden von Aussenstehenden immer sehr selbstständig, unauffällig und liebenswürdig geschildert. Die Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind und ihre Einsamkeit werden selten wahrgenommen. Sie werden zu „vergessenen Kindern“ (vgl. Arenz-Greiving/Dilger 1994: 7). Arenz-Greiving und Dilger haben mehrere Forderungen für die Arbeit mit Kindern von Suchtkranken postuliert. Nachfolgend sind einige davon aufgelistet (vgl. ebd.: 10f.).

1. In der Arbeit mit Familien ist ein Umdenken erforderlich. Für die Kinder müssen spezielle Angebote geschaffen werden. Das Aufgabenfeld für die Kinder sollte in Sucht- und Drogeneinrichtungen etabliert werden.
2. Die Arbeit mit Kindergruppen muss als Bestandteil in die Konzepte von Suchtberatungsstellen einfliessen. Der Arbeit mit Kindern von Drogenabhängigen sollen Wertschätzung und Akzeptanz entgegengebracht werden. Die Angebote müssen Kinder und Elternorientiert sein.
3. Die Finanzierung für die beginnenden Arbeitsansätze und Projekte sollen abgesichert sein. Es braucht genügend kompetente Fachpersonen die eine verantwortungsvolle Arbeit mit den Kindern ermöglichen.

Obwohl verschiedene Projekte und Arbeitsansätze in den letzten Jahren für die Arbeit mit Kindern aus drogenbelasteten Familien entstanden sind, zeigt sich doch anhand der Diskussionen und Angebote für Weiterbildungen bei Suchtschweiz eine bestehende Relevanz für dieses Thema. Als Ziel einer von der Suchtschweiz angebotenen Weiterbildung gilt, das gesamte Helfernetz, das mit Eltern und/ oder Kinder im Kontakt steht, zu sensibilisieren, damit betroffene Kinder früher professionelle Hilfe erhalten. Das Angebot richtet sich dabei an alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Suchtbereich, welche darauf wiederum andere Fachpersonen, wie beispielsweise Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendbehörden, der Sozialdienste, sowie Ärzte und Ärztinnen und Hebammen, für das Thema sensibilisieren. Aufgabe sollte sein, in das oft tabuisierte Thema einzuführen und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit betroffenen Kindern und deren Bezugspersonen zu erarbeiten (vgl. Suchtschweiz 2013: o.S.).

### *6.2.1 Eine Untersuchung zum Nutzen von Rehabilitationsmassnahmen*

Lugt und Steinhausen befassten sich in einer Studie mit den Entwicklungsbedingungen von Kindern von drogenabhängigen Frauen. Dabei sollte der Einfluss einer pränatalen

Drogenexposition, sowie die aktuellen Auswirkungen des Drogenmilieus in dem die Kinder leben, analysiert werden. Nach Möglichkeit sollten auch die mütterliche Persönlichkeit, ihre Biographie und Psychopathologie berücksichtigt werden. Die Studie soll Hinweise geben, ob es durch frühzeitiges Erkennen und Behandlung der Problematik Möglichkeiten gibt, die Entwicklung der Kinder günstig zu beeinflussen. Es wurden einerseits Kinder untersucht, welche sich mit ihrer/ihren Mutter/Eltern in einer therapeutischen Einrichtung befanden und andererseits Kinder, deren Eltern keine derartigen Hilfsangebote in Anspruch nahmen. Diese Gruppen von Kindern wurde mit einer Gruppe Gleichaltriger verglichen, deren Eltern nicht drogenabhängig sind (vgl. Lugt/Steinhausen 2000: 4f.).

Die Untersuchung zeigt, dass die spezifischen Anpassungsprobleme der Kinder, stark durch die psychosozialen Bedingungen beeinflusst werden. Wird die mütterliche Belastung und Befindlichkeit berücksichtigt, so erkennt man, dass besonders diejenigen Kinder von der Verhaltensnorm abweichen, deren Mütter unter grosser psychischer Belastung stehen (vgl. ebd.: 6).

Eine Erklärung wird im mütterlichen Interaktionsverhalten mit ihren Kindern gesehen, wobei die psychosozialen Ressourcen oder Belastungen einen sicheren Bindungsaufbau begünstigen oder eben erschweren (vgl. ebd.: 6). Zudem zeigt die Untersuchung auf, welchen Einfluss das Nutzen von Rehabilitationsmassnahmen gehabt hat. Frauen, welche eine Therapie gemacht haben, zeigten sich autonomer und sicherer im Umgang mit ihren Kindern als andere die noch nie an einer Rehabilitationsmassnahme teilgenommen haben. Offensichtlich wandelt sich die Persönlichkeit einer Mutter in einer Therapie, was wiederum positive Auswirkungen auf das Interaktionsverhalten mit ihren Kindern hat (vgl. ebd.: 7).

Abschliessend zur Untersuchung kann gesagt werden, dass es einer verbesserten Früherfassung und Behandlung von drogenabhängigen Müttern bereits in der Schwangerschaft bedarf und es Interventionen braucht, die auf die spezifischen Verhaltensmerkmale der Mütter mit ihren Kindern abgestimmt sind (vgl. ebd.: 7).

### **6.3 Zwei Beispiele aus der Praxis**

Im Folgenden sollen zwei Beispiele aus der Praxis aufzeigen, welche besondere Bedeutung die Thematik der Kinder von drogenabhängigen Müttern für die Soziale Arbeit hat. Da die Fachleute der Sozialen Arbeit in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern tätig sind, besteht die Möglichkeit, auf verschiedenen Ebenen Unterstützung zu leisten. Dies beginnt bereits mit der psychosozialen Beratung einer drogenabhängigen,

schwangeren Frau und gegebenenfalls einer Vermittlung in eine, nach ihren speziellen Bedürfnissen ausgerichtete, Institution. Die Begleitung und Unterstützung einer betroffenen Person während der Zeit der Schwangerschaft und Geburt muss daher von einer Fachperson übernommen werden. Durch die intensive Betreuung einer Mutter mit ihrem Kleinkind können Ängste und Unsicherheiten abgebaut und ein sicherer Bindungsaufbau begünstigt werden. Bei Krisen kann sogleich interveniert werden um besonders einschneidende, negative Erlebnisse des Kindes aufzufangen. Die Mütter erfahren durch eine professionelle Unterstützung die Entwicklung ihrer mütterlichen Kompetenz und fühlen sich dadurch selbstsicherer und autonomer.

Ein anderes Berufsfeld der Sozial Arbeit ist die Arbeit mit den Kindern. Dabei können Fachleute in Institutionen eine wichtige Bezugsperson für die Kinder darstellen, bei denen sie sich sicher fühlen. Weiter können die Kinder in ihren eigenen Fähigkeiten gestärkt und gefördert werden, damit sie trotz der ungünstigen Voraussetzungen über die notwendigen Ressourcen verfügen, um eine gesunde Entwicklung machen zu können.

Die folgenden zwei Beispiele sind sehr unterschiedliche Angebote und sollen die Möglichkeiten aufzeigen, wie drogenabhängige Schwangere und Mütter und ihre Kindern durch die Soziale Arbeit unterstützt werden können.

### *6.3.1 „Die Alternative“ – zwei Generationen in der Therapie*

Der Verein für umfassende Suchttherapie „die Alternative“ wurde 1971 gegründet. Das Betreuungsangebot beinhaltet Beratung, Abklärung, Therapie, Rehabilitation und Integration mit Nachsorge für Menschen mit einer Suchterkrankung. Bereits 1984 konkretisierte und erweiterte der Verein sein Angebot, sodass Eltern (damit sind auch Alleinerziehende gemeint) gemeinsam mit ihren Kindern in die Therapie eintreten konnten (vgl. Burkhard et al. 2011: 20). Mit diesem „zwei Generationen“ Programm betrat die „Alternative“ Neuland. Es gab bis zu jenem Zeitpunkt keine vergleichbare Einrichtung an denen sie sich orientieren konnte. Das erste Konzept baute damals jedoch noch zu einseitig auf der Betreuung der Eltern auf. Besonders bei Abbruch der Therapie oder in Krisenzeiten waren die Kinder den elterlichen Prozessen schutzlos ausgeliefert. In den letzten 30 Jahren entwickelte sich das Betreuungsangebot deshalb, unter Einbezug von Kinderschutzmassnahmen, immer weiter. Es entstand das Kinderhaus „Tipi“ in dem Kinder während 24 Stunden notfallmässig untergebracht werden können. Weiter werden Betreuungs- und Förderungspläne sowohl für die Eltern

wie auch für die Kinder erstellt, wobei immer das ganze Familiensystem im Fokus steht (vgl. ebd.: 20).

Das Zwei- Generationenmodell ermöglicht den Eltern (meistens sind es die Mütter), trotz eines stationären Aufenthalts, ihre Funktion als Erziehungsberechtigten weiterhin ausführen zu können. Die Eltern werden einerseits in ihrer Rolle während des Therapieprozesses unterstützt und ihre Kompetenzen gefördert, andererseits haben sie durch den stationären Rahmen auch die Ruhe und die Möglichkeit sich auf die Kinder einzulassen und eine Beziehung aufzubauen (vgl. ebd.: 22).

Für die Kinder bedeutet ein Eintritt in eine Institution die Beendung ihrer oftmals instabilen und traumatisierenden Lebensbedingungen. Biologische, psychische und soziale Bedürfnisse werden erfüllt und Entwicklungsdefizite abgebaut. Ein umfassender Kinderschutz ist gewährleistet. Zusammen mit den Eltern wird darauf hin gearbeitet, dass die Kinder wieder Vertrauen zu ihren Eltern aufbauen können und Verlässlichkeit erleben (vgl. ebd.: 22).

Besonders wichtig ist es, den Kindern einen stabilen und konstanten Rahmen zu geben. Denn für ihre Eltern ist die gleichzeitige Rolle als Suchtpatienten und Eltern eine grosse Herausforderung, die häufig mit Spannungen, Überforderung und Krisen einhergeht. Die Eltern sehen sich mit den Anforderungen auf verschiedenen Ebenen konfrontiert. Einerseits die aktive Auseinandersetzung mit ihren eigenen Lebensproblemen und ihres Suchtverhaltens, andererseits wagen sie auch den Schritt sich auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzulassen um als verlässliche Person eine verbindliche Beziehung zu ihren Kindern aufbauen zu können (vgl. ebd.: 22).

In der Familieneinheit werden substanzabhängige Eltern mit ihren Kindern von 0-6 Jahren 24 Stunden betreut. Die Kinder werden unter Anleitung von Betreuungspersonal von ihren Eltern begleitet. Es finden spezifische Abklärungen der elterlichen Ressourcen und Fähigkeit statt. Während den Therapien der Eltern übernimmt das Fachpersonal die Betreuung der Kinder. Ebenso bleiben die Kinder bei einem negativen Prozessverlauf in der Familieneinheit und werden von denselben Fachpersonen begleitet (vgl. ebd.: 22f.).

#### Integrierte Angebote in der Familien-Einheit

Ein Angebot des Ulmenhofs bietet das Modul „Auszeit für Schwangere“. Dieses richtet sich an schwangere, drogenabhängige Frauen, welche die letzten Monate vor der

Geburt eine Auszeit nehmen möchten, sich aber nicht für eine Therapie entscheiden können. Die Frauen treten in den Ulmenhof ein und kurz vor der Geburt wechseln sie in die Familieneinheit. Sie werden durch regelmässige Beratungsgespräche auf die Mutterrolle vorbereitet. Die werdende Mutter kann sich mit der Begleitperson auf die Geburt und die Zeit danach vorbereiten. Sie wird unterstützt bei den Kontrolluntersuchungen bis hin zur Geburt. Auch danach besucht die Begleitperson die drogenabhängige Frau mit ihrem Kind im Spital und begleitet sie beim Austritt aus dem Spital bis hin zum Wiedereintritt in die Familieneinheit (vgl. ebd.: 23).

Aus bindungstheoretischer Sicht, bietet die „Alternative“ die Möglichkeit, dass Frauen bereits während der Schwangerschaft ihre drogenspezifischen Belastungen verringern und sich psychisch bewusster auf das Kind einstellen können. Die intensive, psychosoziale Begleitung kann die Frauen in ihrer Rolle als Mutter stärken und vorhandene Schuldgefühle abbauen. Die Bindungsbereitschaft zu ihrem Kind kann dadurch gefördert werden. Die erste Zeit mit einem Neugeborenen ist für jede Mutter eine Herausforderung. Durch das Neonatale Entzugssyndrom sind die Babies von drogenabhängigen Müttern meistens sehr unruhig und schreien viel. Die „Alternative“ bietet den Müttern die Möglichkeit, sich die notwendige Unterstützung in der Betreuung ihrer Kinder zu holen und die Kinder während Krisen in geschützter Umgebung zu wissen. Durch die Anwesenheit von Fachleuten, erfährt das Kind Verlässlichkeit und Geborgenheit. In dieser geschützten Institution hat das Kind einerseits die besseren Voraussetzungen eine sichere Bindung zur eigenen Mutter aufzubauen und andererseits auch andere Bezugspersonen, die es als sichere Basis nutzen kann. Eine sichere Bindung dient als wichtiger Schutzfaktor und kann die Entwicklung der Kinder positiv beeinflussen.

### *6.3.2 Das Kooperationsprojekt „Sucht in der Familie“*

Mit dem Kooperationsprojekt „Sucht in der Familie“ zwischen der Aargauischen Stiftung Suchthilfe und Sucht Info Schweiz, entstanden für die Kinder und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien neue Perspektiven. Als Projektziele wurden die erhöhte Aufmerksamkeit für die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien, der Ausbau von interdisziplinären Kooperationsstrukturen von beteiligten Fachleuten, sowie die Entwicklung von spezifischen Angebote für betroffene Kinder und die Ermittlung der Bedürfnisse und des Unterstützungsbedarf von suchtkranken Eltern,

genannt. Die Umfrage der Eltern hat einen Ausbau von bedürfnisorientierten Angeboten ermöglicht (vgl. Abderhalden/Rickenbacher 2011: 11).

Das Ergebnis der Elternbefragung zeigte, dass die grössten Interessen die Etablierung einer Kindergruppe und organisierte Freizeitaktivitäten für Kinder sind. Weiter ist es den Befragten wichtig, ihre Kinder in die Beratung mitbringen zu können. Auch das Angebot eines Kurses zu Erziehungsfragen wurde als wichtig erachtet (vgl. ebd.: 12).

Die Aargauische Suchthilfe konnte die Angebote einer Kinder- und Jugendgruppe, sowie einen Kurs für Erziehungsfrage und die Teilnahme der Kinder an den Beratungsgesprächen umsetzen (vgl. ebd.: 12).

Inhaltlich werden in der Kinder- und Jugendgruppe altersadäquat die Grundlagen zum Thema Sucht vermittelt und damit das Verständnis für die Situation der Eltern gefördert. Weiter wird aber auch gelernt, über die spezielle Rolle als Kind von Suchtkranken zu sprechen und seine Gefühle zu äussern (vgl. ebd.: 13).

Die angebotenen Elternkurse beschäftigen sich mit den Themen weshalb und wie sollte mit den Kindern über die eigene Sucht gesprochen werden und die Vermittlung von Schutzfaktoren sowie der Umsetzung derselben in den Familienalltag. Weiter sollen die Eltern ihren eigenen Erziehungsstil kritisch reflektieren und Verhalten ändern lernen. Wichtig ist auch, die Ressourcen der Eltern zu aktivieren und sie in ihren Rollen als Erziehungsverantwortliche zu stärken (vgl. ebd.: 14).

Das letzte Angebot umfasst die Teilnahme der Kinder an den Beratungsgesprächen der Eltern. Dies ermöglicht den Beratenden zu erfahren was die Kinder bewegt und dies zugleich mit den Eltern zu thematisieren um sie so in ihren Erziehungsaufgaben zu unterstützen (vgl. ebd.: 14).

Dieses Projekt einer ambulanten Drogenberatungsstelle zeigt, welche unterschiedlichen Möglichkeiten es gibt, Drogenabhängige mit ihren Kindern zu unterstützen. Durch die angebotenen Erziehungskurse können elterliche Kompetenzen gestärkt und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufgebaut werden. Dadurch gewinnen drogenabhängige Mütter Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern. Gelingt es den Müttern, für ihre Kinder eine verlässliche Bezugsperson zu sein, können diese eine sichere Bindung zu ihnen aufbauen.

Ein weiterer wichtiger Teil des Projektes ist, die Kinder mit in die Beratungsgespräche zu nehmen. Dadurch haben die Fachleute einen besseren Einblick in die Mutter-Kind Beziehung und können gegebenenfalls intervenieren. Sind die Kinder mit in der Beratung können auch ihre Anliegen aufgenommen und thematisiert werden.

Als spezielles Angebot für die Kinder wurde eine Kinder- und Jugendgruppe aufgebaut. Im Bezug auf die Förderung der Resilienz bei Kindern von drogenabhängigen Müttern ist diese Form von Angebot besonders wichtig. Durch den Kontakt zu Gleichaltrigen erfahren sie Zugehörigkeit. Sie haben die Möglichkeit Beziehungen zu anderen einzugehen, was wiederum eine schützende Funktion haben kann. Eine Kindergruppe ermöglicht den Fachleuten der Sozialen Arbeit, die Kinder ernst zu nehmen, sie zu stärken und in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

#### **6.4 Schwierigkeiten in der Praxis**

Auch wenn die notwendigen Interventions- und Unterstützungsmassnahmen von den Fachleuten der Sozialen Arbeit und anderen Professionen immer mehr angeboten werden, heisst das noch lange nicht, dass keine neuen Projekte mehr nötig sind. Das Projekt der Aargauischen Suchthilfe zeigt, dass eine Bedarfsklärung bei den betroffenen Menschen sehr sinnvoll ist und nach diesen Kriterien neue, sinnvolle Angebote geschaffen werden können. Trotz bestehenden Angeboten nutzen es möglicherweise nicht alle betroffenen Frauen mit ihren Kindern. Eine grosse Herausforderung der Sozialen Arbeit und anderen Berufsgruppen ist einerseits, dass die betroffenen Personen, besonders die Kinder, erkannt und erreicht werden und andererseits, die Motivation bei Betroffenen gefördert werden kann, sich auf die angebotenen Hilfen einzulassen.

Im Bezug zur letzten Fragestellung, welche Unterstützung die Soziale Arbeit in der Arbeit mit drogenabhängigen Mütter und ihren Kindern leisten kann, kann abschliessend zusammengefasst werden, dass in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, wie beispielsweise in der Suchtberatung, in einer therapeutischen Wohngemeinschaft oder in der pädagogische Arbeit mit Kindern, die Soziale Arbeit vertreten ist und Hilfestellungen geben kann.

### **7. Schlussfolgerung und Ausblick**

Das letzte Kapitel dient nochmals als Zusammenfassung der erworbenen Erkenntnisse und überprüft die Beantwortung der einzelnen Fragestellungen. Darauf folgt eine kritische Würdigung der Autorin und abschliessend eine Reflexion zum persönlichen Erkenntnisgewinn.

## **7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Überprüfung der Fragestellung**

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auf, welchen Schwierigkeiten drogenabhängige Mütter mit ihren Kindern ausgesetzt sind und welche Auswirkungen sich daraus auf die Entwicklung der Kinder ergeben können. Aus bindungstheoretischer Sicht lässt sich schlussfolgern, dass die Entstehung einer sicheren Bindung der Kinder zu einer Bezugsperson ein wesentlicher Schutzfaktor für eine gesunde Entwicklung darstellt. Das Kapitel zwei erläutert die Bindungstheorie und befasst sich mit verschiedenen Aspekten, die zu einem sicheren oder unsicheren Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind führen. Damit ein Kind eine sichere Bindung aufbauen kann, braucht es eine verlässliche Bindungsperson, die feinfühlig und prompt auf die Signale des Säuglings reagiert. Auf dieser Erkenntnis aufbauend zeigt das dritte Kapitel die Thematik von drogenabhängigen Frauen auf und beantwortet die Hauptfragestellung: **„Welchen Einfluss hat eine Drogenabhängigkeit der Mütter auf die Bindungsentwicklung ihrer Kinder?“** Zusammenfassend lässt sich sagen, dass drogenabhängige Schwangere und Mütter aufgrund ihrer psychosozialen Situation erhöhten Belastungen ausgesetzt sind, welche sich negativ auf den Aufbau einer sicheren Bindung auswirken. Zum Abschluss dieses Kapitels wird noch auf die erste Subfrage eingegangen **„welchen Einfluss hat eine Substitutionsbehandlung der Mutter auf die Entwicklung der Bindung zwischen der Mutter und dem Kind?“** und aufgezeigt, dass durch die Substitutionsbehandlung eine wesentliche Verbesserung der Gesamtsituation von drogenabhängigen Frauen erreicht werden kann. Durch die gleichzeitig medizinische und psychosoziale Behandlung während einer Substitution hat eine drogenabhängige Frau deutlich weniger Beschaffungsstress und kann sich besser auf die Schwangerschaft und später auf die Mutterrolle konzentrieren.

Überleitend wird in Kapitel vier die Situation der Kinder von drogenabhängigen Müttern erläutert und damit verbunden die Auswirkungen einer Abhängigkeit auf die Entwicklung der Kinder. Die zweite Subfrage **„welchen Belastungen und Schwierigkeiten sind drogenabhängige Mütter ausgesetzt und welche Auswirkungen können diese auf die Entwicklung der Kinder haben?“** konnte in diesen Kapiteln nur teilweise beantwortet werden. Es lässt sich zusammenfassend aber sagen, dass die oftmals alleinerziehenden, arbeitslosen und in Armut lebenden Mütter durch die Abhängigkeit sozial isoliert sind. Die Kinder erleben die Mutter sehr oft als unzuverlässig. Entweder sie werden, auch aufgrund von Schuldgefühlen, verwöhnt oder aber, wenn die Mutter unter akutem Drogeneinfluss steht, vernachlässigt. Die betroffenen Kinder erleben zuhause keine Sicherheit, was eine gesunde Entwicklung

massiv beeinträchtigen kann. Eine genaue Erläuterung der Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder ist einerseits aus der Literatur schwer zu finden und andererseits im Rahmen dieser Arbeit zu ausschweifend.

Die dritte Subfrage **„welche Faktoren ermöglichen Kinder von Drogenabhängigen trotz schwieriger Lebenssituation eine gesunde Entwicklung zu nehmen?“** konnte im fünften Kapitel mit Einbezug der Resilienztheorie beantwortet werden. Dabei zeigt die Theorie auf, welche Zusammenhänge zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bestehen und wie durch gezielte Förderung die Schutzfaktoren der Kinder gestärkt werden können.

Im sechsten Kapitel werden die vorliegenden Ergebnisse zusammengefasst und daraus die Beantwortung der letzten Subfrage **„welche Unterstützung können Fachleute der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit drogenabhängigen Mütter und ihren Kindern anbieten?“** abgeleitet. Dabei wird einerseits die Relevanz für die Soziale Arbeit deutlich und andererseits zeigen zwei Beispiele aus der Praxis auf, in welcher Form die Unterstützung durch die Soziale Arbeit gewährleistet werden kann.

## **7.2 Kritische Würdigung der Befunde und des Vorgehens**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es der Autorin gelungen ist, die vorgestellten Fragestellungen mit Einbezug von Fachliteratur weitgehend zu beantworten. Die Erkenntnisse der Bindungstheorie lassen daraus schliessen, dass Kinder bereits im Mutterleib eine fürsorgende und liebevolle Mutter brauchen um sich auf dieser Welt willkommen zu fühlen. Der schutzlose Säugling ist ganz auf die Pflege und Betreuung seiner Bezugsperson angewiesen und kann sich nur auf seine Bezugsperson verlassen, wenn diese prompt und feinfühlig auf seine Signale reagiert. Auch wenn die Lebenssituation von drogenabhängigen Frauen eine ungünstige Voraussetzung für eine Schwangerschaft und die Erfüllung der Mutterrolle darstellt, lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass drogenabhängige Frauen zwischen dem Wunsch eine gute Mutter zu sein und den Schuldgefühlen wegen des Drogenkonsums hin und hergerissen sind. Aufgrund der eigenen, oft schlechten Erfahrungen in der Kindheit mit den eigenen Eltern, fehlt den drogenabhängigen Frauen oftmals die Feinfühligkeit gegenüber ihrem Kind. Doch gerade ein Neugeborenes, noch dazu geplagt von den Auswirkungen des neonatalen Entzugssyndroms braucht in diesen ersten Wochen eine besonders feinfühlige und liebevolle Zuwendung. In diesem Zusammenhang sieht die Autorin eine besondere Bedeutung für eine gelungene Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten der Sozialen Arbeit, welche die

drogenabhängige Frau begleitet, dem medizinischen Personal und wenn nötig den Fachleuten von Kinderschutzbehörden.

Der Autorin ist bewusst, dass Kinder von suchtkranken Menschen eine besondere Aufmerksamkeit verdienen. In der vorliegenden Arbeit wurde bewusst zuerst die Thematik der drogenabhängigen Mütter erarbeitet, damit auch die Schwierigkeiten und Belastungen der betroffenen Mütter ersichtlich werden. Trotzdem sieht es die Autorin als gelungen an, der Thematik der Kinder gleichermassen Beachtung zu schenken und auch auf deren Situation aufmerksam zu machen. Mit Einbezug der Resilienztheorie zeigt die Autorin auf, welche Möglichkeiten sich für die Kinder, trotz schwieriger Bedingungen eine gesunde Entwicklung zu nehmen, ergeben und wie diese Schutzfaktoren von allen Beteiligten gestärkt werden können.

In Kapitel sechs, zur Bedeutung für die Soziale Arbeit, kann noch erwähnt werden, dass eine genaue Bedarfsanalyse zur Überprüfung der bestehenden Angebote in der Suchtarbeit wünschenswert, im Rahmen dieser Arbeit aber nicht möglich gewesen ist. Dass die heutige Situation von Kindern suchtkranker Eltern in Fachkreisen immer noch sehr häufig diskutiert wird, zeigt jedoch, dass eine stetige Verbesserung und Entwicklung von Hilfsangeboten weiter angezeigt ist.

### **7.3 Reflexion des persönlichen Erkenntnisgewinns**

Drogenabhängige Menschen stehen häufig am Rande unserer Gesellschaft. Sie werden oft mit „verwahrlost“, „asozial“ und „dreckig“ in Verbindung gebracht. Sind Frauen von einer Drogenabhängigkeit betroffen und dazu noch schwanger oder haben Kinder, treffen sie nur auf sehr wenig Verständnis ihrer Mitmenschen. Drogenabhängige Frauen sind von sehr starken Schuldgefühlen geplagt und isolieren sich dadurch auch immer mehr. Doch genau diese Isolation ist für die betroffenen Kinder eine besonders schwierige Situation. Nehmen drogenabhängige Schwangere oder Mütter kein adäquates Unterstützungsangebot in Anspruch und sich auf sich alleine gestellt mit ihren Kindern, kann dies sehr schnell zur Überforderung führen. Der Aufbau einer sicheren und stabilen Bindung zur Mutter ist dann für die Kinder meist nicht möglich.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse denke ich, dass es wichtig ist, den betroffenen Frauen eine wertschätzende und verständnisvolle Haltung entgegen zu bringen. Dabei geht es in der Suchthilfe einerseits darum, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen um die betroffenen Mütter auch adäquat beraten und begleiten zu können, andererseits sollten sie aber auch in ihrer Kompetenz und Eigenverantwortung gestärkt

werden, damit sie sich, trotz ihrer Erkrankung, als wertvolle und kompetente Mutter fühlen können.

Mir ist dabei wichtig, die vielfältigen Auswirkungen einer Drogenabhängigkeit nicht als Rechtfertigung für die desolate Situation von Kindern zu verstehen. Doch wie die Arbeit aufgezeigt hat, ist eine sichere Bindung ein sehr entscheidender Schutzfaktor für die Entwicklung eines Kindes. Darum denke ich, ist es von besonderer Bedeutung, drogenabhängige Frauen so zu unterstützen, dass sie als verlässliche und fürsorgliche Mütter für ihre Kinder zur Verfügung stehen.

Die schwierige Situation der betroffenen Kinder muss dabei wahrgenommen und Massnahmen zu deren Schutz ergriffen werden. Die Institution „die Alternative“ setzt dies in ihrem Konzept sehr gut um, sodass bei Krisen der Mütter die Kinder von den Fachpersonen adäquat betreut werden und der Schutz des Kindes somit gewährleistet ist.

Ich denke, dass es noch weiterer Überlegungen bedarf, wie Kinder von Drogenabhängigen am besten erreicht werden können und welche besondere Betreuung es benötigt, um eine gesunde Entwicklung zu begünstigen. Als besonders sinnvoll sehe ich die Angebote von speziellen Kindergruppen, in denen die Fachleute der Sozialen Arbeit, altersgerecht über die Abhängigkeit aufklären und die Kinder in ihren eigenen Kompetenzen stärken können.

## 8. Quellenverzeichnis:

Abderhalden, Irene/Rickenbacher, Regula (2011). Sucht und Familie: Die Entstehung neuer Angebote. In: Zeitschrift Suchtmagazin. 37. Jg. (4). S. 11-15.

Ahnert, Lieselotte (2004). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In: Ahnert, Lieselotte (Hg.). Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 63-81.

Ainsworth, Mary D.S./Wittig, Barbara (2003). Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation (1969). In: Grossmann, Karin/Grossmann, E. Klaus (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 112-145.

Alberti, Bettina (2010). Die Seele fühlt von Anfang an. Wie pränatale Erfahrungen unsere Beziehungsfähigkeit prägen. 4. Aufl. München: Kösel-Verlag.

Arenz-Greiving, Ingrid (1994). Suchtkranke Mütter und ihre Kinder. 2. unveränd. Aufl. In: Arenz-Greiving, Ingrid/Dilger, Helga (Hrsg.). Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 15-49.

Arenz-Greiving, Ingrid (2007). Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken. 6. Aufl. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.

Arenz-Greiving, Ingrid/Dilger, Helga (Hrsg.). (1994). Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Bertenghi, Claudia (1997). Kinder drogenabhängiger Eltern. Betrifft: Kindheit. Kinder und Jugendliche – kennen und verstehen. Eine Informationsreihe. Zürich: Pro Juventute Verlag.

Bowlby, John (2003). Bindung (1987). In: Grossmann, Karin/Grossmann, E. Klaus (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 22-26.

Bowlby, John (2003). Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzungsexperiment (1980). In: Grossmann, Karin/Grossmann, E. Klaus (Hrsg.). Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 38-54.

Burkhard, Peter/Frei, Elisabeth/Alison, Jeanette (2011). Die Alternative. Zwei Generationen in Therapie. In: Zeitschrift Suchtmagazin. 37. Jg. (4). S. 20-24.

Brisch, Karl Heinz (2011). Bindungsstörung. Von der Bindungsstörung zur Therapie. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz (2013). Die bindungsbasierte Behandlung von Suchterkrankungen auf verschiedenen Altersstufen. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.). Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 277-297.

Falcato, Luis (2013). Eine Reise nach Genf – Tagungsbericht zur 3. NaSuKo. In: Zeitschrift Suchtmagazin. 39. Jg. (1). S. 7-10.

Grossmann, E. Klaus (2004). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, Lieselotte (Hg.). Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 21-41.

Grossmann, Karin/Grossmann, E. Klaus (2012). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hedrich, Dagmar (1992). Frauen und Methadon. In: Bossong, Horst/Stöver, Heino (Hg.). Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. New York: Campus Verlag. S. 127-144.

Hopf, Christel (2005). Frühe Bindungen und Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Huber, Roswita (2011). Annas Geschichte – Beziehungsaufträge an das ungeborene Kind. In: Levend, Helga/Janus, Ludwig (Hg.). Bindung beginnt vor der Geburt. Heidelberg: Mattes Verlag. S. 88-99.

Kästner, Ralph/Härtl, Kristin/Stauber, Manfred (2008). Das Konzept der psychosomatischen Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren: Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung. 2.Aufl. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 83-99.

Klein, Michael (2003). Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien. In: Farke, Walter/Grass, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag. S. 39-57.

Klein, Michael (2006). Kinder im Kontext drogenbelasteter Familien. In: Klein, Michael/Hoff, Tanja/Pauly, Anne (Hg.). Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten Hilfen. Regensburg: S. Roderer Verlag. S. 4-23.

Klein, Michael (2006). Vorwort. In: Klein, Michael/Hoff, Tanja/Pauly, Anne (Hg.). Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten Hilfen. Regensburg: S. Roderer Verlag. Vorwort I-III.

Klein, Michael (2008). Kinder drogenabhängiger Eltern. In: Klein, Michael (Hg.). Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 128-139.

Krüll, Marianne (2011). Sicherheit für Schwangere und Kind? – Überlegungen zur pränatalen Diagnostik. In: Levend, Helga/Janus, Ludwig (Hg.). Bindung beginnt vor der Geburt. Heidelberg: Mattes-Verlag. S. 113-122.

Lugt, Hiltrud/Steinhausen, Hans Christoph (2000). ...und was wird aus den Kindern? – Die Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Mütter. In: Zeitschrift Suchtmagazin. 26. Jg. (5). S. 3-8.

Opp, Günther/Fingerle, Michael (2008). Erziehung zwischen Risiko und Protektion. 3. Aufl. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael (Hg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 7-18.

Pönsch, Christian (2012). Suchtkranke Eltern und Bindungsentwicklung der Kinder. Vom Durchbrechen transgenerationaler Verflechtungen. Hamburg: disserta Verlag.

Raben, Ralph (1994). Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft: Substitutions- und Reduktionsbehandlung. 2. unveränd. Aufl. In: Arenz-Greiving, Ingrid/Dilger, Helga (Hrsg.). Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 50-62.

Rukiek, Gundula/Blanchot, Aline/Brake-Zinecker, Inge (2011). Substitutionsbehandlung und psychosoziale Unterstützung – wie kann das (gut) gehen? In: Hönekopp, Inge/Stöver, Heino (Hg.). Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 119-130.

Schleske, Gisela (2008). Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung. 2. Aufl. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 13-39.

Schumacher, Kati (2008). Heroinabhängige Frauen mit Kindern. Zu ihrer Situation in unserer Gesellschaft. Saarbrücken: VDM Verlag.

Singerhoff, Lorelies (2002). Frauen und Sucht. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Sobot, Arnhild (2009). Warum brauchen Babys Therapie? 2. korr. Aufl. In: Stachowske, Ruthard (Hg.). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. Kröning: Asanger Verlag. S. 175-244.

Stohler, Ruedi (2013). Substitutionsgestützte Behandlung: Ein historischer Überblick. In: Zeitschrift Suchtmagazin. 39. Jg. (1). S. 4-6.

Uchtenhagen, Ambros/Hämning, Robert (2011). Substitutionsbehandlung in der Schweiz. Was wir unter Guter Praxis verstehen. In: Hönekopp, Inge/Stöver, Heino (Hg.). Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 149-157.

Weiss, Hans (2008). Frühförderung als protektive Massnahme – Resilienz im Kleinkindalter. 3. Aufl. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael (Hg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 158-174.

Welter-Enderlin, Rosmarie (2012). Einleitung: Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. 4. Aufl. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.). Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer Verlag. S. 7-19.

Werner, Emmy E. (2008). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Aufl. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael (Hg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 20-31.

Werner, Emmy E. (2012). Wenn Menschen trotz widriger Umständen gedeihen-und was man daraus lernen kann. 4. Aufl. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.). Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag. S. 28-42.

Wiesbeck, Gerhard (2008). Vorwort Gerhard Wiesbeck. In: Schmid, Otto/Müller, Thomas (Hg.). Heroin - von der Droge zum Medikament. Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994-2008. Lengerich: Papst Science Publishers. S. 9-10.

Wustmann Seiler, Corina (2012). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 4. Aufl. Berlin: Cornelsen Verlag.

Zulauf-Logoz, Marina (2004). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In: Ahnert, Lieselotte (Hg.). Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 297-312.

Zweyer, Karen (2008). Eltern-Kind-Bindung. Auswirkung auf die psychische Gesundheit. In: Klein, Michael (Hg.). Kinder und Suchtgefahren. Risiken, Prävention, Hilfen. Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 90-102.

## **Internetquellen:**

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2011). URL: [http://www.arud.ch/tl\\_files/arud/rechte\\_spalte/infomaterial/publikationen/2001\\_E\\_Opiat\\_abhaengigkeit%20und%20Mutterschaft.pdf](http://www.arud.ch/tl_files/arud/rechte_spalte/infomaterial/publikationen/2001_E_Opiat_abhaengigkeit%20und%20Mutterschaft.pdf) [Zugriffsdatum: 30. Mai 2013].

ICD-10-GM Version (2012). URL: [http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f10-f19.htm#S05F10\\_4](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-f10-f19.htm#S05F10_4) [Zugriffsdatum: 30. Mai 2013].

Bundesamt für Gesundheit BAG (2012). URL: <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/heroin/behandlung/> [Zugriffsdatum: 29. Mai 2013].

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (2009). URL: [http://fdr-online.info/media/Texte/Positionspapier\\_D\\_S\\_K%281%29.pdf](http://fdr-online.info/media/Texte/Positionspapier_D_S_K%281%29.pdf) [Zugriffsdatum: 30. Mai 2013].

Suchtschweiz (2013). URL: <http://www.suchtschweiz.ch/aktuell/article/fortbildung-zum-thema-kinder-aus-suchtbelasteten-familien/>? [Zugriffsdatum: 01. Juni 2013].

## **Abbildungsverzeichnis:**

Abb. 1: Häufigkeit des desorganisierten Musters nach Risikovariablen. Zulauf-Logoz, Marina (2004). In: Ahnert, Lieselotte (Hg.). Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. S. 302.

Abb. 2: Vulnerabilitätsfaktoren und Risikofaktoren. In: Wustmann Seiler, Corina (2012). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. 4. Aufl. Berlin: Cornelsen Verlag. S. 38f.

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich durch meine Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Schriften oder dem Internet entnommen worden sind, sind als solche kenntlich gemacht und die vollständigen Angaben dazu sind im Quellenverzeichnis wiederzufinden. Die Datenschutzbedingungen wurden eingehalten. Die Arbeit hat noch nicht in gleicher Form vorgelegen.

Basel, im Juni 2013

Unterschrift: 