Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Bindung und Beziehungsgestaltung zwischen substanzabhängigen Müttern und ihren Kleinkindern

Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im stationären Kontext

Theoriearbeit BA 115 / Bachelor Thesis von
Sofia Bösiger
15-633-167

Eingereicht bei
Nadine Käser, MA
Olten, am 29. Juni 2018

Abstract

Substanzabhängigkeit nimmt im Leben von Betroffenen viel Platz ein und beeinflusst deren Beziehungssysteme, zum Beispiel jenes zu ihren Kindern. Stationäre Einrichtungen für substanzabhängige Frauen und ihre Kinder ermöglichen es der Mutter-Kind-Dyade an Stabilität zu gewinnen. Sie sollen eine tragfähige Mutter-Kind-Beziehung fördern, indem sie die Bedürfnisse der Mutter berücksichtigen und gleichzeitig das Wohl des Kindes sichern (Die Alternative 2011a). Die Bindungstheorie weist darauf hin, dass die frühen Interaktionserfahrungen und Bindungsmuster der Kinder, für deren weitere Entwicklung von grosser Bedeutung sind (Bowlby 2006, Howe 2015).

Im stationären Kontext ergeben sich jedoch für Mutter und Kind, sowie auch für Professionelle der Sozialen Arbeit Herausforderungen. In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten der Professionellen der Sozialen Arbeit in Bezug auf solche Herausforderungen im spezifischen Kontext der stationären Suchtbehandlung erläutert.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

1.1 Relevanz für die Soziale Arbeit 3

1.2 Aufbau der Arbeit 5

2 Abhängigkeitserkrankung und Frauen 6

2.1 Abhängigkeitserkrankung oder Suchtkrankheit 7

2.2 Lebenslage substanzabhängiger Menschen 9

2.2.1 Ökonomische Dimension 9

2.2.2 Wohlfahrtstaatliche Dimension 10

2.2.3 Soziale Dimension 11

2.3 Substanzabhängigkeit bei Frauen 13

2.3.1 Schwangerschaft und Mutterschaft 14

3 Stationäre Kontext 16

3.1 Stationäre Einrichtungen für substanzabhängige Erwachsene 17

3.2 Das «Zwei-Generationen-Modell» am Beispiel der Institution *Die Alternative – Ulmenhof* 18

4 Bindungstheorie 22

4.1 Entwicklung der Bindungstheorie 23

4.2 Bindungsphase und inneres Arbeitsmodell 25

4.3 Bindungsverhalten 26

4.4 Bindungsfiguren 27

4.5 Bindungstypen 28

4.5.1 Der sichere Bindungstyp 29

4.5.2 Der unsicher-vermeidende Bindungstyp 30

4.5.3 Der unsicher-ambivalente Bindungstyp 30

4.5.4 Der desorganisierte Bindungstyp 31

4.6 Bindungsqualität 32

5 Herausforderungen für die Beziehungsgestaltung im stationären Kontext 34

6 Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im stationären Kontext 38

7 Schlussfolgerungen 43

7.1 Beantwortung der Haupt- und Teilfragen 43

7.2 Weiterführende Fragen 46

8 Quellenangaben 47

8.1 Literaturverzeichnis 47

8.2 Internetquellen 51

Ehrenwörtliche Erklärung 53

1 Einleitung

Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit sind weltweit verbreitete Themen (Friedrichs 2002: 13). Laut dem Bundesamt für Gesundheit ist «keine Gesellschaft frei von Suchtmitteln» (Bundesamt für Gesundheit 2010: 13). Jedoch ist der Gebrauch von unterschiedlichen Substanzen in allen Gesellschaften und Epochen sowohl auf der Ebene der Einstellung der Bevölkerung und der Konsumierenden, als auch auf der Ebene der erhältlichen Substanzen bedeutsamen Veränderungen ausgesetzt. Die bekannteste und landläufigste legale Droge in unserer Gesellschaft ist der Alkohol (vgl. Behrendt et al. 2015: 14). Der Gebrauch dieser Substanz ist grundsätzlich seit Jahrzehnten über die Welt verbreitet, sei es um sich zu entspannen, oder um sich zu berauschen (ebd.). Tabak bzw. Nikotin ist die zweithäufigst konsumierte, legale Droge. Obwohl bekannt ist, dass sowohl Alkohol, als auch Nikotin bei übermässigem Konsum gesundheitsschädigend sein können, werden diese negativen Folgen grösstenteils ausgeblendet und diese Substanzen werden legal gehandelt (ebd.: 15). In den meisten Ländern der Welt, gibt es andere Narkotika, mit denen die Menschen lange einen vergleichbaren Umgang pflegten, wie wir in Europa mit Alkohol oder Nikotin, so zum Beispiel der Haschischkonsum in Asien oder der Kokagebrauch in Südamerika (Behrendt et al. 2015: 15). In den meisten Ländern sind diese Substanzen heute aber illegal (ebd.).
Im Jahr 2014 haben gemäss der *act-info* Datenerhebung 7’769 Personen - davon 5’515 Männer und 2’254 Frauen - mit einer ambulanten, teilstationären oder stationären Suchtbehandlung in der Schweiz begonnen (Bundesamt für Gesundheit 2016: 19). In den meisten Fällen sind diese Individuen jedoch nicht die einzigen Betroffenen ihrer Abhängigkeitserkrankung, sondern sie befinden sich fast alle in einem Beziehungssystem. In Arenz-Greiving (2007: 9) wird Abhängigkeitserkrankung als eine «Familienerkrankung» definiert. Dies bedeutet, dass nebst der substanzabhängigen Person auch die ganze Familie als System von Beziehungen betroffen ist (ebd.). Wenn der Fokus auf das Familiensystem substanzabhängiger Menschen gerichtet wird, ist festzustellen, dass die kleinsten Mitglieder dieser Familiensysteme, d.h. die Kinder abhängigkeitserkrankter Eltern, trotz ihrer grossen Verletzlichkeit lange übersehen wurden (vgl. Arenz-Greiving 2007: 10). Erst vor etwa 30 Jahren hat die Fachöffentlichkeit im deutschsprachigen Raum damit begonnen sich mit der Problematik dieser Kinder verstärkt auseinanderzusetzen (vgl. Homeier/Schrappe 2012: 5). Da die Kinder in solche Familiensysteme hineingeboren werden, sind sie von den einzelnen Mitgliedern insbesondere von ihren Betreuungspersonen abhängig und sie können der möglichen schwierigen Familiendynamik nicht entkommen (Arenz-Greiving 2007: 12), sie sind darum besonders schutzbedürftig.

Weiter stellt Arenz-Greiving (2007: 11) fest, dass sich die Erfahrungen und Ereignisse in den ersten Lebensjahren bei Menschen am tiefsten einprägen und im späteren Leben nur bedingt korrigiert werden können. Daraus zeigt sich die Notwendigkeit, den Fokus auf die ersten Lebensjahre der Kinder zu legen, da letztere in dieser Lebensphase vieles erlernen und in sich verankern, was später verschiedene Bereiche ihres Lebens beeinflussen kann. Auch in der Bindungstheorie wird die Annahme gemacht, dass die in den ersten Lebensjahren erfahrene menschliche Beziehung eines Kindes der Grundstein zur Entwicklung seiner Persönlichkeit legt (Bowlby 2006: 176). Aus diesem Grund will ich mich beim Verfassen der vorliegenden Arbeit auf diese Theorie beziehen.

Bertenghi (1997: 15) schreibt in ihrem Werk, dass vor allem der negative Einfluss von Alkohol und die Folgen einer Alkoholabhängigkeit bei einem Elternteil auf das Leben der betroffenen Kinder schon seit längerer Zeit in der Literatur thematisiert werden. Dies zeigte sich auf der Suche nach Fachliteratur deutlich. Jedoch wird in Friedrichs (vgl. 2002: 11) der Gebrauch illegaler Drogen als kultureller Bestandteil und als eine nicht absolut verhinderbare Tatsache angesehen. Weiter wird erläutert, dass die Realität des Gebrauchs illegaler Drogen von der Bevölkerung anerkannt werden muss (ebd.). Daher wird in dieser Arbeit nicht das relativ aufgearbeitete Thema der Alkoholabhängigkeit thematisiert und auf die Situation von Kindern alkoholabhängiger Eltern eingegangen, sondern die Situation von Kindern, deren Eltern eine Abhängigkeit von illegalen Drogen mit sich bringen, ins Zentrum gestellt. Für die Erstellung dieser Arbeit gelten diejenigen Suchtstoffe als illegale Drogen, welche im Art. 2 des schweizerischen Betäubungsmittelgesetz (BetmG) festgehalten sind (https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/index.html). Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetmG) vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121) verbietet heute in der Schweiz den Konsum von Cannabis, Morphin, Kokain, Amphetaminen und anderen Suchtstoffen und Präparaten (vgl. https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/index.html). Der Art 8. des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) sagt, dass gewisse der genannten Substanzen weder angebaut, eingeführt, hergestellt, noch gehandelt werden dürfen (Ausnahmebewilligungen in speziellen Situationen) (ebd.).

Wie schon erwähnt, wird eine Abhängigkeitserkrankung als Familienthema betrachtet. Die substanzabhängige Person ist nicht die einzige, die unter ihrer Erkrankung leidet. Auch die Angehörigen substanzabhängiger Personen haben mit den Folgen der Erkrankung zu kämpfen. Rennert (vgl. 2001: 73) schreit dazu, dass eine Abhängigkeitserkrankung bei einem Familienmitglied Störungen in den familiären Beziehungen auslöst. Seit einigen Jahren findet in der Suchtbehandlung eine bedeutungsvolle Umorientierung und Umstrukturierung statt (vgl. Brakhoff 1987: 25). Diese basiert auf wichtigen Erkenntnissen aus der Forschung, mit dem Schwerpunkt der Relevanz der Beziehungssysteme der KlientInnen.

Somit werden wichtige Beziehungen, u.a. Familienbeziehungen, immer mehr in die Therapie miteinbezogen (ebd.). Heutzutage gibt es im sozialen Bereich Institutionen, die ganzen Familiensystemen, Paaren oder einzelnen Elternteilen zusammen mit ihren Kindern stationäre Unterstützung anbieten. Dieser systemische Ansatz kann sich als sehr sinnvoll erweisen, gleichzeitig ist er aber auch komplex (siehe Kapitel 1.1).
In dieser Arbeit wird vor allem auf die Beziehung zwischen substanzabhängigen Müttern und ihren Kleinkindern eingegangen. Darum wird teilweise auch nur die weibliche Form erwähnt. Der Grund dafür ist, dass die Mutter in der Regel die erste und wichtigste Bindungs- und Bezugsperson eines Kindes ist. Der Vater kann in vielen Fällen auch eine wichtige Bezugsperson sein und, obwohl Kinder auch Bindungsverhalten gegenüber anderen Erwachsenen äussern, zeigen sie dies der Mutter gegenüber immer früher, stärker und durchgängiger (Bowlby 2006: 197).

Daher lauten die Fragestellung und weitere Unterfragen folgendermassen:
Welches sind mögliche Herausforderungen in Bezug auf die Beziehungsgestaltung in der stationären Arbeit mit substanzabhängigen Müttern und ihren Kleinkindern aus bindungstheoretischer Sicht, und was sind potenzielle Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit?

- Inwiefern beeinflusst die Abhängigkeitserkrankung die Lebenslage substanzabhängiger Frauen?
- Wie zeichnet sich der stationäre Kontext einer Zwei-Generationen-Einrichtung am Beispiel der suchttherapeutischen Gemeinschaft *Die Alternative - Ulmenhof* aus?
- Welches sind die zentralen Konzepte der Bindungstheorie und welche Bedeutung haben die unterschiedlichen Bindungstypen?
- Welche Herausforderungen und mögliche Handlungsmöglichkeiten ergeben sich in Bezug auf die Beziehungsgestaltung in der Praxis?

1.1 Relevanz für die Soziale Arbeit

Eine Abhängigkeitserkrankung ist auch heute noch eine Krankheit, die zum Teil eine gesellschaftliche Ächtung mit sich bringt (vgl. Arenz-Grieving 2007: 7). Eine der vielen Aufgaben der Sozialen Arbeit ist es, sich mit den Problemen, welche die Menschen in sich und mit sich selbst haben, und auch mit den Problemen, welche die Gesellschaft mit ihnen hat, zu beschäftigen (Hochuli Freund/Stotz 2015: 35). Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, die ethische Begründung des beruflichen Handelns der Sozialen Arbeit, stellt fest, dass Soziale Arbeit die Verpflichtung hat Lösungen für soziale Probleme zu finden, zu entwickeln und zu vermitteln (AvenirSocial 2010: 6).

Es ist also Auftrag der Profession der Sozialen Arbeit für die Problematik seiner Klientel, in diesem Fall der substanzabhängigen Personen und deren Angehörigen, einzustehen. Umso mehr gilt dies, weil die Abhängigkeitserkrankung oft an viele andere Themen gekoppelt ist, wie zum Beispiel schwierigen familiären Situationen, Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, Verschuldung oder instabilen Wohnsituationen. Laut Hochuli Freund und Stotz (2015: 51) unterstehen Professionelle der Sozialen Arbeit einem Doppelmandat. Dies bedeutet, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit nicht nur für die Bedürfnisse und Interessen ihrer Klientel zuständig sind, sondern auch ihrem Auftraggeber - dem Staat - Rechnung tragen müssen (ebd.). Dieses Doppelmandat entspricht einer Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle, die als Spannungsfeld wahrgenommen werden kann (ebd.: 53). Staub-Bernasconi erweitert diesen Ansatz (2007: 199) und spricht sogar von einem Tripelmandat, das die Soziale Arbeit zusätzlich zu ihrer doppelten Loyalitätsverpflichtung auch der eigenen Profession gegenüber verpflichtet.

Der stationäre Kontext von «Zwei-Generationen-Einrichtungen» in der Suchtbehandlung bedeutet für die Professionellen der Sozialen Arbeit noch eine weitere Herausforderung. In diesem Arbeitsfeld stehen einerseits die erwachsenen Personen und andererseits die Kinder im Zentrum. Fachkräfte haben in diesem Setting meistens, neben ihrem Tripelmandat, mehrere Aufträge, welche sich an unterschiedliche Zielgruppen richten. Daher befinden sie sich oft in einem schwierigen Spannungsfeld. Die zwei Parteien - Mutter und Kind - bringen unterschiedliche Themen, Bedürfnisse und Anliegen mit, die einer gewissen Aufmerksamkeit bedürfen. Die zentralen Themen bei den Eltern sind, abgesehen von ihrer Drogenproblematik, meistens die Erziehung ihrer Kinder und die Beziehungsgestaltung zu letzteren. Die Kinder brauchen vor allem einen umfassenden Schutz ihrer Rechte und ihres Wohls. Es stehen somit drei verschiedene Aufträge, die zwei unterschiedliche KlientInnengruppen betreffen. Die Soziale Arbeit ist in diesem Zusammenhang beauftragt die Klientel, sowohl die Eltern, als auch die Kinder, zu begleiten, zu betreuen und zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren (AvenirSocial 2010: 6). Brakhoff (vgl. 1987: 62) schreibt in diesem Zusammenhang, dass eine simultane Betreuung von Mutter und Kind eine der anspruchsvollsten Aufgaben in der Suchttherapie ist. Professionelle der Sozialen Arbeit sollen ihr Bewusstsein für dieses Spannungsfeld möglichst stärken, eine Sensibilisierung für die Komplexität dieses Arbeitsfeldes entwickeln und ihr professionelles Handeln immer wieder reflektieren.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zunächst soll in dieser Arbeit zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankung beigetragen werden. Die unterschiedlichen wissenschaftlichen Begriffe werden im Kapitel 2.1 aufgezeigt und es wird festgestellt, welche zur weiteren Argumentation in dieser Arbeit gebraucht werden. Die Lebenssituation substanzabhängiger Menschen wird im Kapitel 2.2 anhand des Lebenslagen-Ansatzes erläutert. Anschliessend wird auf die spezifische Situation substanzabhängiger Frauen eingegangen. Dabei werden die genderspezifischen Themen, wie etwa Schwangerschaft und Mutterschaft ins Blickfeld genommen.
In Kapitel 3 wird der stationäre Kontext erst allgemein thematisiert. Danach wird am Beispiel der suchttherapeutischen Gemeinschaft *Die Alternative - Ulmenhof* versucht der stationäre Kontext von Einrichtungen für Suchttherapie im Zwei-Generationen-Modell darzustellen. Dieser Kontext hilft bei der Darstellung der Herausforderungen und Handlungsmöglichkeit der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Bindung- und Beziehungsgestaltung zwischen den Kindern und ihren Müttern. Die verschiedenen Institutionen des «Zwei-Generationen-Modells» haben nicht alle dieselben Schwerpunkte und nehmen Erwachsene mit ganz unterschiedlichen Problematiken auf. Daher ist es von Bedeutung, das Beispiel einer «Zwei-Generationen-Einrichtung» mit dem Schwerpunkt Abhängigkeit aufzugreifen. Somit kann das Hauptgewicht auf die relevanten Umstände, in diesem Fall die Abhängigkeitsproblematik bei den Eltern, gelegt werden.
In einem nächsten Schritt wird im Kapitel 4 der Schwerpunkt auf die Bindungstheorie und auf die verschiedenen Bindungstypen gelegt. Die Bindungstheorie wird in diesem Sinne als erklärende Theorie angewendet. Mit Bezug dazu und anhand der im Praxisfeld von «Zwei-Generationen-Einrichtungen» in der Suchtbehandlung beobachteten Schwierigkeiten, werden Herausforderungen für die Soziale Arbeit zu schildern versucht. Im Anschluss daran werden unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Bindungsförderung und Beziehungsgestaltung zwischen den Müttern und ihren Kleinkindern aufgezeigt.

2 Abhängigkeitserkrankung und Frauen

Es ist schwierig genau festzustellen, wie viele Frauen und Männer in der Schweiz von illegalen Drogen abhängig sind. Als Erstes stellt sich die Frage nach der Ehrlichkeit bei den Angaben anlässlich von Befragungen der Bevölkerung, insbesondere bei sensiblen Themen wie dem Gebrauch von illegalen Drogen (Gmel et al. 2017: 81). Dazu sind Konsumenten illegaler Drogen oft auch diejenigen, die gar nicht, oder nur sehr schwer, telefonisch und/oder persönlich erreichbar sind. Dies führt dazu, dass die Anzahl der Konsumenten von illegalen Drogen in den Statistiken vermutlich deutlich unterschätzt wird (ebd.). Zudem ergibt sich eine weitere Schwierigkeit bei der Datenerhebung im Fall von multiplem Substanzgebrauch. Die *World Health Organization* (WHO) definiert den multiplen Substanzgebrauch als - oft gleichzeitigen oder aufeinanderfolgenden - Gebrauch von mehr als einer psychoaktiven Substanz oder einem Substanztyp durch ein Individuum, in der Regel mit der Absicht, die Effekte einer anderen Substanz zu verstärken oder zu mindern (http://www.suchtmonitoring.ch/de/7.html?multipler-substanzgebrauch). Bei den meisten der durchgeführten Befragungen wird der Fokus hingegen auf den Gebrauch von einzelnen Substanzen gelegt. Laut *Suchtmonitoring Schweiz* (ebd.) gibt es europaweit kaum Dokumentationen zum multiplen Substanzgebrauch. Bei vielen substanzabhängigen Menschen besteht jedoch ein multipler Substanzgebrauch. Die fehlende Dokumentation zu dieser Problematik macht es schwierig präzise Zahlen zu nennen. Es ist nicht immer auszumachen, welche der in Befragungen angegebenen Substanzen wirklich die Hauptproblematik darstellt. Da viele der Befragten Mehrfachnennungen machen, besteht das Risiko, dass statistische Ergebnisse unpräzise sind.

Opioide sind in der Schweiz nach Alkohol die am häufigsten angegebene Problemsubstanz von Personen, die aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung und/oder einem Substanzmissbrauch Hilfe in einer am Monitoringsystem *act-Info* teilnehmenden Institution aufsuchen (Bundesamt für Gesundheit 2016: 19). Unter Opioide werden natürliche und synthetisch hergestellte Substanzen verstanden, von denen Heroin die bekannteste Droge ist (vgl. Behrendt et al. 2015: 21). Basierend auf der Statistik der Methadonbehandlungen (d.h. Substitution zu Heroin), der drogenbedingten Todesfälle und der Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) schätzt das Bundesamt für Gesundheit, dass es in der Schweiz im Jahr 2002 etwa 18’500 bis 25’500 opiatabhängige Personen gibt (vgl. http://shop.addictionsuisse.ch/download/688738ca2410e5158bc9cca2053bd1b241b520ba.pdf).

Zum folgenden Kapitel ist wichtig zu wissen, dass die individuelle Erkrankung oft in einem komplexen System zu betrachten ist.

2.1 Abhängigkeitserkrankung oder Suchtkrankheit

Das Wort «Abhängigkeit» wurde in den 1960er Jahren auf Empfehlung der *World Health Organization* (WHO) eingeführt (vgl. Schreiber 2003: 126). Da der bisher angewendeten Begriff «Sucht» von der WHO als zu vieldeutig und zu wenig aussagekräftig betrachtet wurde (ebd.). Im deutschsprachigen Raum wird daher der Ausdruck «Abhängigkeit» benutzt um das unüberwindbare Verlangen nach einer bestimmten Substanz zu beschrieben, oder ein Verhalten zu bezeichnen, das die Betroffenen nicht steuern können (vgl. ebd.).
Sucht wird vom Bundesamt für Gesundheit als ein «umgangssprachlicher Begriff für verschiedene medizinische-psychologische Krankheitsbilder» definiert, der in unterschiedlichen offiziellen, sowie inoffiziellen Dokumenten und Einrichtungen nach wie vor angewendet wird (Bundesamt für Gesundheit 2010: 13). Weiter beschreibt Wessler (1996: 57) den Begriff «Sucht» als die am häufigsten benutzte Bezeichnung, um Abhängigkeit zu beschreiben, zugleich aber auch die unschärfste Ausdrucksform dafür.
In der Fachwelt wurden bis zur Veröffentlichung der fünften Auflage des *Diagnostical and Statistical Manual of mental Disorders (*DSM-5) im Jahr 2013 jedoch prinzipiell die Begriffe «Abhängigkeit» und «Missbrauch» angewendet. In dieser Auflage des *Diagnostical and Statistical Manual of mental Disorders* wurde die frühere Unterscheidung zwischen Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch aufgehoben, weil es sich um ein hierarchisiertes Konzept handelte. Wenn Symptome für eine Abhängigkeit erfüllt waren, wurde keine Diagnose des Missbrauchs gestellt. In solchen Fällen hatte also die Diagnose der Abhängigkeit Vorrang, was sich als unbefriedigend erwies (vgl. Rumpf/Kiefer 2011: 45). Neu ist also im DSM-5 stattdessen der Begriff «Substanzgebrauchsstörung» vermerkt (ebd.). Da sich die Fachwelt in Europa, das Bundesamt für Gesundheit inbegriffen, am *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (*ICD) orientiert - das ICD ist das international wichtigste medizinische Diagnoseklassifikationssystem -, wird in dieser Arbeit der Begriff «Abhängigkeitserkrankung» bzw. Substanzabhängigkeit benutzt.
Die medizinische Anerkennung von Abhängigkeit als eine Krankheit hat sich lange in erster Linie auf die Alkoholproblematik begrenzt (vgl. Kreyssig 1996: 40). Es ist unter anderem die Entwicklung der Substitution, die zu einer stärkeren Medizinierung der illegalen Substanzen geführt hat (vgl. ebd.). Abhängigkeit gilt heute als eine chronische Krankheit und gleichzeitig auch als eine psychische Störung. Die Anerkennung von Abhängigkeit als eine Krankheit ergibt erstens die Möglichkeit für die Finanzierung einer Behandlung und stellt die Zuständigkeiten für diese Kosten fest (ebd.). Sie soll den Patienten ermöglichen, sich Unterstützung in unterschiedlichen Hilfsangeboten der Suchtarbeit zu holen (vgl. Kreyssig 1996: 40).

Im ICD-10 Kapitel 5 (F10-F19), werden die unterschiedlichen psychischen Störungen und Verhaltensstörungen je nach verursachender Substanz oder Problematik klassifiziert und nach Schweregrad kodiert (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2016: 182).

Die Symptome einer Abhängigkeit sind laut dem ICD-10 folgende (vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2016: 180):

- Ein unwiderstehliches Verlangen danach, eine gewisse Substanz zu konsumieren.
- Schwierigkeiten, den Konsum in Bezug auf die Menge und den Zeitpunkt zu kontrollieren.
- Eine Toleranzentwicklung und eine zunehmende Konsummenge.
- Das Auftreten von Entzugserscheinungen bei der Absetzung oder Reduzierung des Substanzgebrauchs.
- Eine progressive Vernachlässigung von anderen Interessen und eine Einengung des Denkens auf den Substanzgebrauch.
- Ein fortgesetzter Konsum trotz körperlicher, seelischer und sozialer Nachteile.

Eine Abhängigkeitserkrankung «kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen» (ebd.). Eine definitive Diagnose darf erst gestellt werden, wenn sich drei oder mehr der oben genannten Kriterien gleichzeitig im letzten Jahr manifestiert haben (World Health Organization o.J.) [Übersetzung durch die Verf.]. Eine Abhängigkeitserkrankung kann sich je nach Person und Substanz mehr oder weniger schnell entwickeln (Bundesamt für Gesundheit 2010: 13). Sie kann sich sehr schnell manifestieren. Es kann aber ebenso Jahre dauern, bis sich eine Abhängigkeit bei einer Person herausbildet und etabliert (ebd.).

2.2 Lebenslage substanzabhängiger Menschen

Der Begriff Lebenslage wird oft angewendet, wenn die Gesamtheit des Lebens von Menschen gemeint wird (vgl. Beck/Greving 2012: 15). In Beck und Greving (ebd.: 17) werden Lebenslagen als «die Gesamtheit der Rahmenbedingungen, Situationsmerkmale, Ressourcen und persönlichen Voraussetzungen, innerhalb derer sich Personen befinden und aus denen heraus sie […] kommunizieren und handeln oder auch nicht handeln» definiert.
Weiter gilt «Lebenslage» in der Sozialen Arbeit als Konzept zur Erfassung der Lebenssituation von Individuen (Lessmann 2006: 30). Es gilt dabei die Gesamtheit der Lebensbedingungen eines Menschen, die für ihn im Vergleich zu anderen Menschen Vorteile oder Nachteile bedeuten, aufzuzeigen (vgl. Hradil 1990: 125). Der Lebenslage-Ansatz ist mehrdimensional und umfasst ökonomische, wohlfahrtsstaatliche und soziale Dimensionen wie zum Beispiel Einkommensniveau und Bildung, Wohnbedingungen und Gesundheit oder auch soziale Beziehungen und soziale Rollen (vgl. Hradil 1990: 138). Es ist dabei wesentlich zu beachten, dass Menschen nicht unter den einzelnen Bedingungen wie etwa Gesundheits-, Wohn- oder Einkommensbedingungen leben, sondern in einer Zusammensetzung dieser unterschiedlichen Lebensbedingungen (ebd.: 137). Beim Lebenslagenansatz soll jeweils die individuelle Kombination ungleicher Lebensbedingungen betrachtet werden (Hradil 1990: 139). In den nächsten Unterkapiteln werden diese Lebensbedingungen in Bezug auf substanzabhängige Menschen skizziert. Gleichzeitig sollte daran erinnert werden, dass selbstverständlich jeder Mensch eine individuelle Persönlichkeit hat und, dass «die typische substanzabhängige Person» nicht existiert (vgl. Röhr 2017: 75).

2.2.1 Ökonomische Dimension

Bei dieser Dimension handelt es sich um den ökonomischen Wohlstand der Menschen (vgl. Hradil 1990: 138). In der ökonomischen Dimension sind Themen wie etwa Einkommen, formale Bildung oder Berufsprestige inbegriffen (ebd.).
Laut der *act-Info* Befragung aus dem Jahr 2014 haben beinahe 40% der befragten substanzabhängigen Menschen mit der Hauptsubstanz Opioide keine abgeschlossene Ausbildung oder die obligatorische Schule als höchsten Schulabschluss (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: 38). Der frühe Abbruch von Schule oder Ausbildung führt bei vielen substanzabhängigen Menschen zu einem niedrigen Bildungsstand, was ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt verschlechtert (vgl. Ulrich 2000: 232). Für diejenigen, welche Arbeit haben, ist ein häufiges Problem, dass der Konsum bei der Arbeit kaum unbemerkt bleibt (vgl. Ulrich 2000: 232). Viele Substanzabhängige erleben somit in ihrer beruflichen Situation nur wenig Erfolg. Die meisten von ihnen haben auch keine stabile Einkommensquelle. In

vielen Fällen wird Substanzabhängigkeit mit Arbeitslosigkeit und Verschuldung in Zusammenhang gestellt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015: 40). Das Leben substanzabhängiger Personen dreht sich nur noch um die Substanz, die Betroffenen sind zu allem bereit um an ihrer Droge zu gelangen (vgl. Warns 1996: 36). Kriminalisierung wird somit in den Drogenszenen auch sehr schnell ein Thema. Die Substanz zu besorgen, das Geld dafür aufzutreiben (Gesetzesüberschreitung) und sich dabei nicht von der Polizei erwischen zu lassen wird zu einer Überlebensfrage (vgl. ebd.). Während viele Männer ihren Drogenkonsum unter anderem mit Diebstahl, Hehlerei oder Drogenhandel finanzieren, sind Frauen oft auf den Verkauf ihres Körpers angewiesen (Ulrich 2000: 230).

2.2.2 Wohlfahrtstaatliche Dimension

Laut dem Lebenslagenansatz geht es bei der wohlfahrtsstaatlichen Dimension um Themen wie zum Beispiel Sicherheit, Wohnbedingungen und Gesundheit (Hradil 1990: 138).
Der missbräuchliche Gebrauch von Drogen, insbesondere derjenige von mehreren Substanzen gleichzeitig, bleibt selten ohne Einfluss auf die Gesundheit (vgl. Ulrich 2000: 230). Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz kann, je nach spezifischem Wirk- und Schädigungsprofil dieser Substanz, ganz unterschiedliche gesundheitliche Folgen haben (Vogelgesang 2017: 193). Es ist bekannt, dass der Körper von Männer und Frauen, konsumierte Substanzen unterschiedlich aufnimmt, verarbeitet und abbaut (vgl. Fahrenkrug 2006: 83). Es kann zum Beispiel zu schweren chronischen Schäden, Spritzenabszessen, Blutvergiftungen oder Zahnverfälle, Überdosierungen und Drogennotfällen mit Atemdepression oder sogar zu Atemstillstand führen (Ulrich 2000: 230). Darüber hinaus stellen, nebst den akuten gesundheitlichen Leiden, auch Infektionsrisiken wie zum Beispiel bei intravenösem Substanzgebrauch Hepatitis und HIV oder noch weitere sexuell übertragbare Erkrankungen, insbesondere bei substanzkonsumbedingter Prostitution, ein Problem dar (ebd.). Auch die psychische Gesundheit kann durch die Abhängigkeitserkrankung belastet werden. Bei vielen substanzabhängigen Menschen besteht auch eine sogenannte Dualdiagnose (Conradi et al. 2014: 28). Dies bedeutet, dass bei einer Person mit einer psychischen Störung zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt (ebd.). Der Drogenkonsum ist nicht zwingend die Ursache einer psychischen Störung, sondern beide Störungsbilder können sich parallel entwickeln (vgl. http://shop.addictionsuisse.ch/download/688738ca2410e5158bc9cca2053bd1b241b520ba.pdf). Problematisch ist hierbei, dass sich die beiden Erkrankungen gegenseitig negativ verstärken (Conradi et al. 2014: 28).
Eine instabile Wohnsituation kann eine weitere Folge einer Abhängigkeitserkrankung sein. In der *act-Info* Befragung aus dem Jahr 2014, wurde festgestellt, dass von 897 befragten

Substanzabhängigen mit der Hauptsubstanz Opioide (Heroin) etwa 30% vor ihrem Eintritt entweder obdachlos, in Haft oder in einer anderen Einrichtung (therapeutische Einrichtung, Spital oder Klinik) waren (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: 37). Für substanzabhängige Personen bedeutet eine Wohnung zu bekommen und/oder zu halten eine grosse Schwierigkeit (vgl. Ulrich 2000: 232).
Wegen der bestehenden Kriminalität und durch den oft sehr hohen Beschaffungsdruck haben die meisten Substanzabhängigen viele Ängste. Sie leben aufgrund der Illegalität ihres Drogengebrauchs unter einem konstanten Druck, haben Angst von der Polizei erwischt zu werden und dabei ihre Freiheit zu verlieren (vgl. Warns 1996: 38). Die Angst davor, an einer Überdosis oder einer sonstigen Krankheit zu sterben oder sich zu infizieren, ist auch ständig präsent (vgl. Ulrich 2000: 230).

2.2.3 Soziale Dimension

Die soziale Dimension des Lebenslagenansatzes führt auf den sozialen Beziehungen und Rollen sowie auf die Diskriminierung oder die Privilegierung von Menschen zurück (vgl. Hradil 1990: 138).
Substanzabhängige Menschen sind aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung neben den gesundheitlichen Folgen meistens auch mit markanten sozialen Folgen konfrontiert. Ausgrenzung und Diskriminierung bilden, nebst der strafrechtlichen Verfolgung, einen beträchtlichen Faktor im Leben substanzabhängiger Menschen (Ulrich 2000: 224). Menschen, die Drogen konsumieren, werden oft von der Gesellschaft stigmatisiert (ebd.). Der Konsum illegaler Substanzen wird oft mit Mythen in Verbindung gebracht, wie etwa «Cannabis ist die Einstiegsdroge für andere (härtere) Drogen» oder auch «wer einmal abhängig ist, bleibt für immer abhängig» (vgl. ebd.).
Das Leben einer substanzabhängigen Person dreht sich mehrheitlich nur noch um ihre Droge (Warns 1996: 36). Rennert (2001: 73) beschreibt die Beziehung der substanzabhängigen Person zu seiner Droge als «eine Art Liebesbeziehung». Alle anderen Beziehungen, die ihr vorher wichtig waren, werden vernachlässigt (ebd.). Durch die bestehende Kriminalisierung und den permanenten Beschaffungsdruck entwickeln viele substanzabhängige Menschen spezifische Persönlichkeitseigenschaften wie zum Beispiel Egoismus und/oder Misstrauen (vgl. ebd.: 36), was die sozialen Beziehungen zu Familienmitglieder, Freunden und/oder Verwandten anspannt oder sogar dazu führt, dass diese ganz abbrechen. Wird das Thema Sucht in der Schweiz erwähnt, denken viele sofort an die offene Drogenszene. Am Beispiel der Stadt Zürich sind die Bilder des Platzspitzes und der Drogenszene am Zürcher Letten noch sehr präsent. Mitglieder einer solchen Szene haben zueinander ein einigendes Band, den Drogengebrauch (vgl. ebd.: 34). Beim Drogenkonsum in solchen

Szenen ist meistens mehr als nur die pharmakologische Wirkung von Bedeutung (vgl. Warns 1996: 30). Der Substanzkonsum hat auch eine soziale Wirkung (ebd.). Er ermöglicht es, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, vermittelt Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe und kann zudem beim Aufbau einer sozialen Identität eine wichtige Rolle spielen (ebd.).

Substanzabhängigkeit ist oft von Vorurteilen geprägt und wird in der Öffentlichkeit meistens mit den negativ konnotierten Themen wie etwa Kriminalität, Prostitution, Gefängnis und Aids-Erkrankungen in Verbindung gebracht. Laut Arenz-Greiving (vgl.1994: 20) gehören Kinder für die Gesellschaft jedoch in eine «ordentliche» Familie und nicht in ein Drogen-Milieu. Vogelgesang (vgl. 2017: 193) äussert sogar, dass - am Beispiel von Alkoholabhängigkeit - eine von Abhängigkeitserkrankung betroffene Frau noch mehr stigmatisiert wird als ein substanzabhängiger Mann. Zeigt eine Frau mangelnde Selbstbeherrschung und vernachlässigt damit ihre weibliche Rollenverpflichtung, ist dies negativer konnotiert, als wenn ein Mann dies tut (vgl. ebd.).

Das folgende Kapitel geht auf die frauenspezifischen Aspekte einer Abhängigkeitserkrankung ein.

2.3 Substanzabhängigkeit bei Frauen

In den vorhergegangenen Kapiteln wird kaum zwischen drogenkonsumierenden Männern und Frauen unterschieden. Es ist erstaunlich zu sehen, wie wenig das Geschlecht in der Forschung über Substanzabhängigkeit miteinbezogen wird. Es gibt jedoch sehr wohl geschlechtsspezifische Unterschiede. Aus rein biologischer Sicht haben Frauen zum Beispiel ein erhöhtes Risiko an negativen Folgen des Drogenkonsums zu leiden, weil ihr Körper die Substanzen anders verträgt, als dies bei den Männern der Fall ist (vgl. Fahrenkrug 2006: 83). Das Bundesamt für Gesundheit weist darauf hin, dass das Geschlecht auf die Bedürfnisse, Ressourcen und Erfahrungen einen Einfluss hat und dass eine zentrale Aufgabe in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten darin besteht, auf diese Unterschiede der Zielgruppen einzugehen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2001: 9).

Frauenspezifische Aspekte, die in der Fachliteratur am häufigsten untersucht werden, sind die Schwangerschaft und die Mutterschaft. Laut Fahrenkrug (2006: 83) bedeutet Schwangerschaft ein «Sonderrisiko». Da in dieser Arbeit die Beziehung und die Bindung zwischen substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern im Zentrum stehen, trägt die Erläuterung dieser Aspekte zur Fragestellung bei. Deshalb wird in diesem Kapitel hauptsächlich auf diese genderspezifischen Aspekte Bezug genommen. Professionelle der Sozialen Arbeit sollen sich mit Gender auseinandersetzten, weil sie, laut Böllert und Karsunky (2008: 7), nur so die eigene Arbeit geschlechterbewusst und geschlechterorientiert gestalten können. Es ist also zentral auf genderspezifische Themen individuell einzugehen. In SozialAktuell ist auch die Rede von einer möglichen Interdependenz zwischen Geschlecht und anderen Kategorien sozialer Ungleichheiten (vgl. Bramberger 2009: 13), was im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkankung von Bedeutung sein kann. Die meisten Frauen sind in der heutigen Gesellschaft Trägerinnen ganz unterschiedlicher Rollen. Was sie eint, ist ihr Frau-Sein. Sie unterscheiden sich jedoch in vielerlei Hinsichten, zum Beispiel in Bezug auf die Erwerbstätigkeit, ihre Rolle innerhalb einer Familie, ihre Sexualität und auch in Bezug auf ihren sozialen Status. Sie müssen mit der Vielschichtigkeit dieser Rollen und mit den Aufgaben und Erwartungen, die damit an sie gestellt werden, umgehen. Die eigenen Bedürfnisse der Frauen selber, ihre Möglichkeiten dazu, sich zu verwirklichen, stehen oft in einem Missverhältnis zu den an sie gestellten Erwartungen von ausserhalb (Arenz-Greiving 1994: 15).

Die Situation substanzabhängiger Mütter unterscheidet sich stark von der Situation kinderloser substanzabhängiger Frauen (Arenz-Greiving 1994: 21). Vogelgesang (vgl. 2017: 196) schreibt, dass sich substanzabhängige Frauen oft in einem Konfliktkreis im Bereich der Familie befinden. Laut Opp (vgl. 2002: 16) ist der Substanzgebrauch häufig ein Versuch,

den überfordernden Lebensverhältnissen und/oder der schwerwiegenden Biographie zu entkommen. In Arenz-Greiving (vgl. 1994: 21) konnte anhand von Befragungen festgestellt werden, dass die meistens opiatabhängigen Mütter konsumieren, um die Wirklichkeit überhaupt ertragen und um funktionieren zu können. Der Substanzkonsum ist in jenen Fällen also meistens mit Überforderung und grosser Not verbunden.

2.3.1 Schwangerschaft und Mutterschaft

Schwangerschaft löst bei den meisten Frauen eine ganze Bandbreite an unterschiedlichen und manchmal widersprüchlichen Gefühle aus, wie zum Beispiel das glückliche Gefühl, ein Wesen auf die Welt bringen zu dürfen und die damit verbundenen Hoffnungen, aber auch Ängste und Unsicherheiten bezüglich der Anforderungen und Erwartungen an eine Mutter (vgl. Bertenghi 1997: 97). Substanzabhängige können, wie schon im Kapitel 2.2.3 erwähnt wurde, durch «die gesellschaftliche Ausgrenzung und/oder Kriminalisierung» sozial isoliert sein (ebd.). Den schwangeren, substanzabhängigen Frauen fehlt somit oft das «Eingebundensein» in einem sozialen Netz (ebd.). Da diese Frauen von der Gesellschaft isoliert sein können, erhoffen sich manche mit der Geburt ihres Kindes weniger Einsamkeit (ebd.: 98). Während die einen Frauen sich ein Kind wünschen und ihre Schwangerschaft planen, sehen sich andere mit einer unerwarteten Schwangerschaft konfrontiert. Aufgrund der durch den Substanzgebrauch (z.B. Opioide) verursachten, unregelmässigen Menstruation und der oft unzuverlässigen Verhütung besteht bei substanzabhängigen Frauen eine grössere Wahrscheinlichkeit, mit einer Schwangerschaft konfrontiert zu (vgl. ebd.: 100). Diese Frauen erkennen ihre Schwangerschaft meistens erst spät, was die Zeit zur Vorbereitung der Geburt und auf die zukünftige Mutterrolle stark beschränkt (vgl. ebd.). Sowohl bei Wunschkindern als auch bei dem Entscheid, eine unerwartete Schwangerschaft auszutragen, werden die Kinder substanzabhängiger Mütter in vielen Fällen mit vielen Wünschen und Hoffnungen verbunden. Laut Bertenghi (1997: 98) ist der Kindeswunsch oft an das Bedürfnis nach einem Neuanfang gekoppelt. Viele Frauen wollen das, was sie in ihrem Leben nicht gehabt haben, ihren Kinder ermöglichen und somit verkörpern ihre Kinder alle ihre unerfüllten Wünsche (vgl. ebd.). Die Mütter versuchen mit den Kindern ihre «innere Leere zu füllen» (Bertenghi 1997: 98).

Ihre Kinder sind für viele substanzabhängige Mütter ein grosser Motivationsfaktor für ein Drogenfreies Leben (vgl. Arenz-Greiving 1994: 46). Wie schon erwähnt, kann das Kind für die Mutter einen Hoffnungsträger darstellen (Bertenghi 1997: 98), und ihr somit die Motivation verleihen von den Drogen weg zu kommen. Laut Warns (vgl. 1996: 42) können unerwartete Vorfälle im Leben substanzabhängiger Menschen zu einer Neuorientierung führen. Dies gilt offensichtlich auch für eine unerwartete Schwangerschaft. Obwohl ein Wunsch zur

Veränderung und zu einem drogenfreien Leben besteht, heisst dies noch nicht, dass es leicht ist, dazu zu gelangen (vgl. Arenz-Greiving 1994: 30). Deshalb haben viele Mütter keine oder nur wenig positive Perspektive für die Zeit nach der Geburt (vgl. ebd.: 30). Die vielen Erwartungen und Hoffnungen, die mit der Geburt des Kindes verbunden sind, können oft auch zu Enttäuschungen führen, denn zusätzlich zu den bereits bestehenden Problemen der Substanzabhängigkeit werden nun weitere Anforderungen an die Mütter gestellt, was oft ein Gefühl der Überforderung auslöst (vgl. Bertenghi 1997: 99).
Aufgrund dieser Angst, den neuen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, und der Konfrontation mit bestehenden gesellschaftlichen Normen und Werten, denen diese Frauen als substanzabhängige Schwangere nicht entsprechen, erscheint meist schon während der Schwangerschaft bei den zukünftigen Müttern ein schlechtes Gewissen ihrem Kind gegenüber (vgl. Arenz-Greiving 1994: 29). Wie im Kapitel 2.2.3 schon erwähnt wurde, gilt die Droge als Mittelpunkt des Lebens und andere Aspekte werden vernachlässigt (Warns 1996: 34). Die Abhängigkeitserkrankung hat Vorrang. Die Versorgung der Kinder und deren Bedürfnisse sind für abhängige Mütter oft «nachrangig» (vgl. Stachowske 2009: 26). Viele substanzabhängige Mütter Angst, dass ihnen das Kind aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung weggenommen wird, was dazu führt, dass sie ihre Überforderung nicht thematisieren, ihre Ängste unbesprochen bleiben und dass sie sich die notwendige Unterstützung bei bestehenden Hilfesystemen nicht suchen (vgl. Bertenghi 1997: 99-100). Sie wollen möglichst verhindern, dass ihre Abhängigkeit bekannt wird und versuchen sich der Gesellschaft anzupassen (Arenz-Greiving 1994: 23).

Die meistens Erlebnisse während der Schwangerschaft haben einen direkten oder indirekten Einfluss auf das ungeborene Kind (ebd.: 101). Die Substanzabhängigkeit einer Mutter kann direkte physische Auswirkungen auf den Fötus haben. Der Konsum kann bei gewissen Substanzen zu perinatalen Erkrankungen und körperlicher Missbildung führen (vgl. ebd.). Werden während der Schwangerschaft zum Beispiel Opiate konsumiert, kann bei dem Kind eine Substanzabhängigkeit entstehen, bei der Geburt hat das Kind dann körperliche Entzugserscheinungen (vgl. Arenz-Greiving 1994: 33). Die meisten substanzabhängigen Frauen sind sich der Gefahr möglicher Schäden und Auswirkungen ihres Substanzgebrauches auf ihr Kind bewusst. Dies kann wiederum bei vielen substanzabhängigen Müttern Scham- und Schuldgefühle auslösen (vgl. Arenz-Greiving 1994: 29). Nebst den gesundheitlichen Folgen des Substanzgebrauchs der Mutter auf ihr Kind werden auch die Ängste, emotionalen Krisen und die unsicheren Stimmungen der Mutter durch das Kind erfahren (Bertenghi 1997: 101). Die sich widersprechenden Emotionen mit denen die (zukünftige) Mutter umgehen muss, können bei ihr eine innere Ambivalenz dem Kind gegenüber auslösen (Sobot 2009: 224).

3 Stationäre Kontext

Für die Sozialhilfe-Behörden des Kantons Zürich (Zimmermann/Jizzini 2012) werden als stationäre Einrichtungen Heime, Spitäler, Kliniken, Rehabilitationszentren, und Ähnliches bezeichnet. Auch Wohnheime mit Vollpension oder therapeutische Wohngemeinschaften können unter diesem Begriff zusammengefasst werden.

Der Bundesrat hat in einer Botschaft vom 18. September 2000 (SR 00.079) zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) (https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2001/741.pdf) definiert, dass die Dauer des Aufenthaltes für die Abgrenzung zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung ein Kriterium ist. Bei stationärer Behandlung dauert dieser «rund um die Uhr» und als «teilstationäre Behandlung» wird insbesondere die Behandlung und medizinische Versorgung in sogenannten Tages- und Nachtkliniken, oder auch in Einrichtungen der sogenannten «one-day-surgery» qualifiziert (ebd.). In Bezug auf die Definition der teilstationären Behandlung bestehen jedoch regionale Unterschiede (ebd.). Stationäre Einrichtungen zeichnen sich also dadurch aus, dass sie 24 Stunden am Tag und meistens auch 365 Tage im Jahr eine Betreuung anbieten.

Die schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) hat in Zusammenarbeit mit Kantonen, Gemeinden, Städten und privaten Organisationen Richtlinien für die Feststellung des sozialen Existenzminimums erstellt (https://www.skos.ch/skos-richtlinien/). Menschen, die sich in stationären Einrichtungen aufhalten, haben Anrecht auf eine Pauschale für die Deckung der Auslagen. Die SKOS-Richtlinien regeln den Umfang dieser Pauschale abhängig von körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Person (ebd.). Im Normalfall empfehlen die Institutionen, wie hoch diese Pauschale sein soll, und definieren auch, welche Kostenpunkte darin inbegriffen sind, zum Beispiel Nahrung, Bekleidung, Körperpflege, usw. (ebd.).

Es gibt unterschiedliche stationäre Einrichtungen, die durchaus andere KlientInnen aufnehmen. Gewisse Institutionen haben spezifische Kriterien und Merkmale für ihre Klientel und sind auf gewisse Zielgruppe spezialisiert. Ein Kriterium kann zum Beispiel das Alter sein, so etwa bei Einrichtungen wie Kinder-, Jugend- oder Altersheimen. Das Geschlecht kann ein weiteres Kriterium darstellen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei Frauenhäusern oder Männerheimen. Andere Institutionen können aber auch eine Bandbreite an KlientInnengruppen haben, wie zum Beispiel die Spitäler. Es gibt auch Einrichtungen, die auf dem «Zwei-Generationen-Modell» beruhen, in welchen zwei Zielgruppen gleichzeitig betreut werden. In Kapitel 3.2 wird auf diesen spezifischen Kontext eingegangen.

3.1 Stationäre Einrichtungen für substanzabhängige Erwachsene

Im Art. 1a des Betäubungsmittelgesetz (https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/index.html) werden von Bund und Kantone Massnahmen in den folgenden vier Bereichen vorgesehen (Vier-Säulen-Prinzip):

- Prävention
- Therapie und Wiedereingliederung
- Schadenminderung und Überlebenshilfe
- Kontrolle und Repression

Dieses Vier-Säulen-Prinzip wird in der schweizerischen Suchtpolitik folgendermassen verstanden (Bundesamt für Gesundheit 2015: 28). Unter «Prävention» werden Massnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung, die zur Stärkung der vorhandenen Ressourcen und zur Vorbeugung von möglichen Suchtproblemen dienen, sowie die Früherkennung von Anzeichen und Risikoverhalten bei Betroffenen zusammengefasst (ebd.). Die Kategorie «Therapie und Wiedereingliederung» beinhaltet Beratungsangebote und Massnahmen, die sich an KlientInnen richten, bei denen eine Abhängigkeit bereits vorhanden ist, und die eine Veränderung vornehmen wollen und/oder müssen (ebd.). Ziel ist es, die Lebensqualität von Betroffenen zu erhöhen und ihnen eine gewisse Kontrolle über die Abhängigkeit, oder sogar den Ausstieg aus der Abhängigkeit zu ermöglichen (ebd.). «Schadensminderung und Überlebenshilfe» heisst die Stabilisierung des Zustandes der Betroffenen (ebd.: 29). Es werden dafür weniger schädigende Alternativen erarbeitet und angeboten, damit KlientInnen trotz weiterhin bestehendem Konsum einen einigermassen korrekten Lebensstil führen können (ebd.). Letztendlich bedeutet «Kontrolle und Repression» die Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Regulierung von legalen sowie illegalen Substanzen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung (ebd.). Der Zugang zu legalen Substanzen wie etwa Alkohol oder Tabak wird durch unterschiedliche Interventionen des Staates eingeschränkt und es gelten repressive Massnahmen im Umgang mit illegalen Drogen (ebd.).

InfoDrog ist die schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit fördert sie die Vernetzung, die Qualität sowie die Zugänglichkeit der verschiedenen Therapie-, Beratungs- und Schadensminderungsangebote (http://www.infodrog.ch/index-de.html).

«Sucht ist eine Krankheit und Betroffene haben ein Recht auf Behandlung und Betreuung. Auch den Angehörigen, Partnern und Kindern steht Unterstützung zu. Die unterschiedlichen Therapieangebote haben zum Ziel, die soziale Integration zu unterstützen, die körperliche und psychische Gesundheit zu fördern und einen Ausstieg aus der Abhängigkeit zu ermöglichen» (http://www.infodrog.ch/therapie.html).
Stationäre Einrichtungen für Suchtbehandlung können also je nach Ausrichtung und Ziele der Institution und je nachdem, wie sich die Zielgruppe(n) darstellt, in diesen unterschiedlichen Bereichen Aufträge und Aufgaben übernehmen.
Laut dem Sozialhilfe-Behördenhandbuch des Kantons Zürich gelten als «suchttherapeutische Einrichtungen die Angebote, die sich an Personen mit einer Substanzabhängigkeit richten, deren Entwöhnung und soziale Eingliederung nach erfolgtem Entzug nicht ohne einen stationären Aufenthalt durchgeführt werden kann» (Zimmermann/Jizzini 2012).
Im Jahr 2016 wurden von InfoDrog, insgesamt 1’301 stationäre Therapieplätze im Drogenbereich erfasst. Dies bedeutet im direkten Vergleich zu den Zahlen der Vorjahre (1’090 Plätze im Jahr 2015 und 1’122 im Jahr 2014) eine Erhöhung (InfoDrog 2017: 1). Im nächsten Kapitel dieser Arbeit richtet sich der Fokus spezifisch auf die konkreten suchttherapeutischen Angebote der Institution *Die Alternative - Ulmenhof*.

3.2 Das «Zwei-Generationen-Modell» am Beispiel der Institution *Die Alternative – Ulmenhof*

Die Alternative ist ein Zürcher Verein für umfassende Suchttherapie und eine Pionier-Institution im Bereich der Suchttherapie in der Schweiz. Der Verein verfügt über ein grosses Betreuungsnetz, das eine Beratungs- und Nachsorgestelle (*Kanu*), eine sozialtherapeutische Gemeinschaft (*Ulmenhof*), ein Kinderhaus (*Tipi*) sowie Kindertagesstrukturen (im *Tipi* und im *Ulmenhof*), Rehabilitations- und Integrationswohnungen (*Fischerhuus und Bachmoos*) umfasst. Die intensive Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsangebote und die enge Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der verschiedenen Stellen ermöglicht eine Effizienzsteigerung in der Leistungserbringung (Die Alternative 2011a: 3). Dies wird durch die Verhinderung von Parallelstrukturen und Mehrfachbetreuungen ermöglicht (ebd.). Es besteht auch eine enge Zusammenarbeit mit den relevanten Partnern von Bund, Kantonen und anderen Fachorganisationen. Das Netz bietet sozial benachteiligten Menschen, insbesondere Suchtbetroffenen und ihren Kindern, eine möglichst umfassende Hilfe (http://www.diealternative.ch/nc/home.html). Die ethische Grundlagen des Vereins und der jeweiligen Institution bilden sich auf die Menschenrechts- und die Kinderrechtskonvention

(vgl. http://www.diealternative.ch/nc/bereichsleitungen/x/leitbild.html?sword_list%5B0%5D=ethische&sword_list%5B1%5D=grund). Die professionellen Fachkräfte der Einrichtungen betrachtet Menschen «als eigenständige, soziale Wesen, die entwicklungs- und veränderungsfähig sind, und ein Recht auf Selbstbestimmung» haben (ebd.). Die Klientel wird somit unter entwicklungsorientierten Zielsetzungen individuell betreut und begleitet (vgl. ebd.).

In dieser Arbeit wird auf die sozialtherapeutische Gemeinschaft *Ulmenhof* in Ottenbach, Kanton Zürich näher eingegangen. Der *Ulmenhof* wurde anfangs der 70er Jahren gegründet (Die Alternative 2011a: 5). Es war das erste Angebot des Vereins und richtete sich an substanzabhängige Erwachsene. Im Frühling 1984 nahm der Verein aufgrund der Erhöhung der Anzahl unbetreuter Kinder auf der Gasse eine entsprechende Konzepterweiterung vor und somit wurde das «Zwei-Generationen-Modell» eingeführt (ebd.). Heute richtet sich das Angebot der Gemeinschaft des *Ulmenhofs* an erwachsene Menschen mit oder ohne Kinder und besteht entsprechen aus zwei Einheiten, einer Erwachseneneinheit und einer Familieneinheit (vgl. Die Alternative 2011b: 6). Zwei Drittel der Belegung in den verschiedenen Einheiten des *Ulmenhofs* beruhen auf dem «Zwei-Generationen-Modell» (vgl. Die Alternative 2011b: 9). Eltern, die eine Therapie absolvieren, wird die Möglichkeit angeboten zusammen mit ihren Kindern eine betreute Wohnform in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.). Die KlientInnengruppen des «Zwei-Generationen-Modells» besteht aus einzelnen Elternteilen (Väter/Mütter) oder Elternpaaren mit einem oder mehreren Kindern und bietet auch Plätze für zukünftige Eltern, meistens schwangere Frauen im letzten Trimester (Die Alternative 2011a: 15). Substanzabhängige Erwachsene, welche in die Institution eintreten, haben in der Regel mit mehrfach problematischen Lebensbezügen zu tun. Folgende Themen können zum Beispiel zentral sein; multiplen Substanzgebrauch, soziale Desintegration, Verschuldung, physisch und psychisch beeinträchtigte Gesundheit und unvollständige Bildungsbiographie (Die Alternative 2011b: 9). Eltern des «Zwei-Generationen-Modells» sind jedoch noch von weiteren spezifischen Themen betroffen, wie etwa der zusätzlichen Problematik des familiären oder teilfamiliären Systems (ebd.). Dies beinhaltet zum Beispiel die Auseinandersetzung mit ihrer Elternrolle, der Erziehungsverantwortung, der Beziehungsgestaltung und mit der Familie als Einheit (ebd.).

Der *Ulmenhof* gewährleistet 365 Tage im Jahr und 24 Stunden am Tag eine professionelle Betreuung. Die therapeutischen Instrumente, die den KlientInnen angeboten werden, sind zum Beispiel Standortbestimmungsveranstaltungen, Einzel-, Paar- und Gruppengespräche, geschlechts- und themenspezifische Therapiegruppen, externe individuelle Psychotherapie, Wohngruppen-Sitzungen, Bildung, Kunsttherapie, Arbeits- und Ergotherapie, Sport und kreative Freizeitgestaltung (vgl. Die Alternative 2011b: 10 ff.). In den entspre-

chenden Gefässen wird die Bewältigung des Alltags reflektiert, werden die sozialen Kompetenzen gefördert und geübt und die Lebensbewältigungsstrategien der KlientInnen verbessert (Die Alternative 2011b: 6).

Wie schon erwähnt, unterscheidet sich das Therapieprogramm der erwachsenen KlientInnen ohne Kinder von demjenigen der Klientel aus der Familieneinheit, da letztere zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung andere spezifische Schwerpunkte mit sich bringt. Nebst den oben genannten Angebote und Therapiegefässen werden substanzabhängigen Erwachsenen und ihren Kindern aus dem «Zwei-Generationen-Modell» weitere Möglichkeiten zur Unterstützung angeboten, so etwa Elternbildung, Familienbegleitung, Entwicklungspsychologische Beratung (EPB), oder «Elternkaffee» (Die Alternative 2011a: 18). Dabei ist zu beachten, dass der *Ulmenhof* momentan eine Konzepterweiterung durchführt und dass dadurch noch nicht alle oben genannten Angebote in den vorliegenden Konzepten festgehalten sind.

Der Aufenthalt im *Ulmenhof* wird in verschiedene Phasen unterteilt (Die Alternative 2011a: 17). KlientInnen in der Familieneinheit befinden sich nach ihrem Eintritt in der Institution in einer Eingewöhnungsphase. In dieser ersten Phase werden die Mütter (Eltern) in der Betreuung ihrer Kinder von den Fachpersonen unterstützt und angeleitet. Die Alltagsroutine von Mutter und Kind wird strukturiert und individualisiert und es wird den Kindern ein stabiler Erfahrungsraum angeboten, der ihnen Orientierung, Sicherheit und Ruhe ermöglicht (ebd.). Danach kommen die KlientInnen in die Diagnostikphase, die etwa vier Monate dauert. Diese Phase beinhaltet die Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion, der Erziehungskompetenzen der Eltern im Alltag und die Festhaltung des Entwicklungstandes des Kindes die mittels der KOSS-Methodik (Kompetenzorientierte Arbeit im stationären Settings) festgehalten werden (vgl. ebd.). Diese Phase ist begleitet von psycho-edukativen Interventionen zu Themen wie kindliche Entwicklung, kindliche Bedürfnissen, Aufgaben von Eltern, sowie von Kompetenztrainings für die Alltagsgestaltung mit einem Kind (vgl. ebd). Eine Diagnostik wird anhand der angemessenen Instrumente des Manuals für kompetenzorientierten Arbeiten erstellt und es werden anschliessend in Zusammenarbeit zwischen den KlientInnen und den involvierten Fachkräften Handlungsziele in Bezug auf beide – Mutter (Eltern) und Kind – erarbeitet (vgl. ebd.). Als Letztes kommen die Zielgruppen in die Interventionsphase, in welcher, die formulierten Ziele Schritt für Schritt angegangen werden und Standortbestimmungsveranstaltungen mit den involvierten Personen stattfinden, damit die Entwicklung und die Umsetzung der Ziele reflektiert, überprüft und wenn notwendig auch angepasst werden (vgl. ebd.). Den professionellen Fachkräften in der suchtherapeutischen Einrichtung ist es bewusst, dass Krisen und Schwierigkeiten Teil des Prozesses sind. Bei Krisen der Mutter (oder des Vaters), wie zum Beispiel, wenn diese die Institution verlässt, wird versucht das Kind bestmöglich zu schützen und ihm einen stabilen und verlässlichen Rahmen zu

geben (Die Alternative 2011a: 16). In jeder Entwicklungsphase der Eltern ist bei einer Krisenentwicklung die Platzierung des betroffenen Kindes - zu seinem Schutz - im Kinderhaus *Tipi* möglich (vgl. ebd.:19).
Die Zeitdauer des Aufenthalts im *Ulmenhof* kann variieren.

Durch die Struktur des «Zwei-Generationen-Modells» und die beiden Zielgruppen, die als Klientel für die Soziale Arbeit gelten, sind an die Professionellen verschiedene Aufträge gerichtet. Einerseits ist der Auftrag in der Familieneinheit den Entwicklungsbedarf der Kinder zu diagnostizieren und den letzteren einen sicheren und entwicklungsfördernden Alltag zu gewährleisten (Die Alternative 2011a: 15). Zum anderen sind die Fachkräfte damit beauftragt, die Abhängigkeitserkrankung des erwachsenen Elternteils therapeutisch zu bearbeiten, seine Erziehungs- und Alltagskompetenzen einzuschätzen, sowie ihn in seiner Elternrolle und seinen Kompetenzen möglichst zu stärken. Therapie und Rehabilitation der erwachsenen Person werden mit der Betreuung der Kinder koordiniert (Die Alternative 2011a: 16). Das Therapieprogramm der Eltern wird in Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder angepasst. Das Ziel ist dabei die Erziehungsfähigkeit der erwachsenen Person zu entwickeln und zu stabilisieren sowie das Kindeswohl zu sichern.

4 Bindungstheorie

In der Fachliteratur wird vermehrt ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Bindungsqualität hergestellt (vgl. Hase 2013: 92). Hase (vgl. ebd.) berichtet in seinem Werk zum Beispiel, dass eine experimentelle Studie des Nervensystems ergeben habe, dass Mütter weniger befähigt seien, adäquat und empathisch auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen, wenn sie Drogen konsumieren. Die Bindungsqualität wird oft auch in Zusammenhang mit der möglichen Entwicklung einer psychischen Erkrankung wie zum Beispiel einer Abhängigkeitserkrankung gestellt (vgl. Schindler 2013: 17). Störungen des Bindungssystems und Abhängigkeitserkrankung können also einen gegenseitigen Einfluss aufeinander haben und beeinflussen beide die Entwicklung des Kindes (vgl. Hase 2013: 93). Aus diesem Grund wird die Bindungstheorie in dieser Arbeit als eine zur Beantwortung der Fragestellung angemessene Erklärungstheorie betrachtet.

Der Entwicklungspsychologe Edward Tronick hat das *Still Face Experiment* bzw. das Experiment des bewegungslosen Gesichts durchgeführt (vgl. Tinwell 2014: 156) [Übersetzung durch die Verf.]. In diesem Experiment spielt die Mutter in einem ersten Schritt ganz normal mit ihrem ungefähr einjährigen Baby, sie spricht mit ihm, lächelt es an und interagiert mit ihm (vgl. ebd.). Das Kind zeigt sich sehr zufrieden und interagiert aktiv mit seiner Mutter. In einem nächsten Schritt wird die Mutter gebeten ganz ausdruckslos zu werden und auf ihr Kind nicht mehr zu reagieren (vgl. Tinwell 2014: 157). Das Kind wendet alle seine vorhandenen Interaktionsmöglichkeiten an - es lächelt, es bewegt sich, es schreit - um bei der Mutter eine Reaktion auszulösen (vgl. ebd.). Da die Mutter nicht auf das Baby eingeht und keine Reaktion auf dessen Interaktionsversuche zeigt, wird das Baby unruhig, ängstlich und es zeigt eine gewisse Verzweiflung (vgl. ebd.). Das Pflegeverhalten seiner Eltern hat über das Leben eines Menschen von seiner frühen Kindheit an bis weit über sein Erwachsenenleben hinaus und damit auch auf seinen späteren eigenen Erziehungsstil einen Einfluss (vgl. Bowlby 2014: 3). Dies bedeutet, dass Erziehungsfiguren, durch das Verhalten, die Haltung und die Handlungsweise, die sie ihrem Kind gegenüber zeigen, das Leben desselben mitbestimmen (ebd.). Unterschiedliche Studien von Grinkers (1962) bis hin zu Offer (1969) ergeben ähnliche Resultate. Sie weisen alle darauf hin, dass gesunde, ausgewogene und selbstbewusste junge Menschen aus einem stabilen Familiensystem stammen (vgl. Bowlby 2014: 3). Eine erfolgreiche Beziehungsherstellung zwischen der Bezugsperson und dem Kind geschieht, wenn die Bezugsperson mit Zärtlichkeit, Lebhaftigkeit, Differenziertheit und Bewusstsein mit dem Kind interagiert, wenn sie auf die Signale des Kindes aufmerksam ist und prompt und feinfühlig darauf eingeht (vgl. Arenz-Greiving 1994: 25).

4.1 Entwicklung der Bindungstheorie

Zwei der bekanntesten Pioniere der Bindungstheorie sind John Bowlby und Mary Ainsworth (vgl. Howe 2015: 27). John Bowlby war ein britischer Kinderpsychiater, Kinderarzt und Psychoanalytiker. Er beobachtete unter anderem in seinem Praxisfeld als Familienpsychologe, dass Kinder, die von ihren Eltern getrennt waren, unruhiges und ängstliches Verhalten aufzeigten, insbesondere, wenn sie in unbekannter Umgebung oder in Anwesenheit unbekannter Personen waren (vgl. Howe 2015: 27). Dank den Ergebnissen seiner Beobachtungen konnte er das Konzept erstellen, welches später unter dem Begriff «Bindung» bekannt wurde (vgl. Howe 2015: 27). Er führte dabei zahlreiche Ideen aus unterschiedlichen Wissenschaften zusammen, um das Verhalten und die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkinder nachzuvollziehen (vgl. ebd.). Bowlby stützte sich stark auf den evolutionär-ethologischen Ansatz um seine Theorie zu entwickeln, und erklärt die Bindung zwischen dem Kind und seiner Mutter oder eine andere primäre Bezugsperson als etwas Instinktives (vgl. Neubert 2016: 20). Seiner Ansicht nach ist dieses starke Band als Resultat der Aktivität einer Anzahl von Verhaltenssystemen, deren voraussehbares Ergebnis die Nähe zur Bezugsperson ist, zu verstehen (Bowlby 2006: 177). Bowlby stellt sich die Frage danach, was es ausmacht, dass sich ein Kind an seine Mutter oder an eine andere Bezugsperson bindet (vgl. Neubert 2016: 20).

Bowlby gilt als treibende Kraft hinter der Bindungstheorie. Jedoch muss bei der Begründung derselben auch Mary Ainsworth in Betracht gezogen werden (vgl. Howe 2015: 27). Die Entwicklungspsychologin arbeitete eine Zeit lang an der Seite des Psychoanalytikers Bowlby, bevor sie sich in Uganda aufhielt, wo sie Babys in der häuslichen Interaktion mit ihren Müttern und anderen Angehörigen beobachtete. Anhand ihrer Forschungsergebnisse ermöglichte sie die Weiterentwicklung und Vertiefung von Bowlbys Ansätzen (ebd.). Bindungstheorie führt auf die Objektbeziehung zurück. In der Psychoanalyse ist man sich schon lange einig darüber, dass Kinder verschiedene physiologische Bedürfnisse erspüren, wie etwa das Bedürfnis nach Nahrung und/oder Wärme, und dass diese Bedürfnisse befriedigt werden müssen (vgl. Bowlby 2006: 176). Die «Essliebe-Theorie der Objektbeziehung» weist darauf hin, dass sich Kinder an eine Person binden, weil diese ihre Grundbedürfnisse, wie etwa das Bedürfnis nach Nahrung und Wärme befriedigen (vgl. ebd). In den meisten Fällen ist diese Hauptbetreuungsperson die Mutter. Die Theorie des «primären Objektsaugens» nimmt an, dass Babys von Geburt an von der menschlichen Brust angezogen sind (vgl. ebd.: 176 f.). Säuglinge wollen an dieser saugen und bilden automatisch den Zusammenhang zwischen der Brust und ihrer Mutter (vgl. ebd: 177).

Diese Theorien waren in der psychoanalytischen und psychologischen Literatur Teil der ersten Ansätze, die über das Wesen und den Ursprung des kindlichen Bandes berichteten (vgl. Bowlby 2006: 176). Diese Erkenntnisse reichen Bowlby und Ainsworth aber nicht. Die beiden gehen weiter darüber hinaus und stellen fest, dass das enge Band zwischen Mutter und Kind durch mehr als nur die Befriedigung von Nahrungs- und Wärmebedürfnis bedingt ist (vgl. Neubert 2016: 20). Die ersten Annahmen der Objektbeziehung widersprechen allen Beobachtungen (vgl. Bowlby 2014: 19). Angenommen, sie würden stimmen, müssten Babys in der Regel jeder Person folgen, von der sie etwas zu essen bekommen haben (ebd.). Bowlby und Ainsworth weisen somit auf «die Bedeutung und das kommunikative Potential der nonverbalen Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung» hin (Tortora 2011: 74). Säuglinge zeigen also auch eine angeborene Neigung dazu, mit anderen Mitmenschen in Kontakt zu treten und sich an diesen festzuhalten (Bowlby 2006: 177).

Wie schon erwähnt, war Mary Ainsworths Arbeit in den 70er Jahren von grosser Bedeutung für die Weiterentwicklung von Bowlbys Ansätzen. Bindung wurde dann später oft im Zusammenhang mit Traumata erforscht (vgl. Veith 2008: 7). Forscher befassten sich vermehrt mit Kindesmisshandlung, körperlichem und sexuellem Missbrauch (ebd.). Bindungsforschung interessierte sich auch für die Bedeutung von Bindung über die gesamte Lebensspanne (ebd.). Es wurde davon ausgegangen, dass Bindung sich im Laufe der Zeit und durch emotionale Erfahrungen in neuen Beziehungen kontinuierlich entwickeln und verändern kann (ebd.). Die meisten AutorInnen in der Fachliteratur beziehen sich heute noch auf Bowlby und Ainsworths Arbeit, was auf die Bedeutung dieser beiden WissenschaftlerInnen hinweist. In der Bindungsforschung findet jedoch mittlerweile laut Brisch und Hellbrügge eine Öffnung gegenüber der neuro- und psychobiologischen Frühentwicklungsforschung und der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien statt (vgl. Veith 2008: 7). Es werden klinisch relevante, transgenerationale Zusammenhänge zwischen elterlicher Bindungsrepräsentation und Bindungsqualität zu durchschauen versucht und zudem werden Risikopopulationen vermehrt in Forschungen einbezogen (ebd.). Kritisiert an der Bindungstheorie wird unter anderem der zu geringe Einbezug des kulturellen Kontextes und das vereinfachte Erklärungswissen nach dem «Wenn-dann-Modus» (ebd.: 14-15). Unsichere Bindung wird häufig mit späterem, auffälligem Verhalten in Verbindung gesetzt. Dies wird in Veith (2008: 15) als ein «weit verbreiteter Fehlschluss» definiert. Bindung kann höchstens als ein Risikofaktor angesehen werden (ebd.).

In den folgenden Unterkapiteln werden die wichtigen Konzepte der Bindungstheorie erläutert und zu schildern versucht.

4.2 Bindungsphase und inneres Arbeitsmodell

Ainsworth definiert Bindung als ein emotionales und instinktives Band, das zwischen zwei Menschen (oder Lebewesen) entsteht (vgl. Ulich 2003: 120). Eine Person verknüpft sich mit einer anderen, besonderen Person und es entsteht ein Band, das die beiden über den Raum hinaus verbindet und über die Zeit hinweg besteht (vgl. ebd.: 120). Das Band, das ein Kind zu einer primären Vertrauensperson entwickelt, wird in der Regel das ganze Leben lang aufrechterhalten (Sprangler 2011: 282). Zentral dabei ist die emotionale Qualität des Bandes. Wenn das emotionale Band von guter Qualität ist, hat die Interaktion mit der Bindungsperson einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden des Menschen und bereitet diesem Freude (vgl. Berk 2005: 252). Der Bindung wird eine schützende Rolle zugeordnet (vgl. Sprangler 2011: 284). Dieses starke Band ist für diejenigen Personen, die es entwickelt haben, ein Schutz vor äusseren Gefahren (vgl. ebd). In der Bindungstheorie entwickelt sich Bindung in vier aufeinander aufbauenden Phasen. Das Kind äussert schon kurz nach seiner Geburt angeborene Feinzeichen, die ihm den Kontakt zu anderen Menschen ermöglichen, und dies schon, bevor eine Bindung überhaupt zustande kommt (vgl. Berk 2005: 253). Diese Phase wird in Berk (2005: 253) «Vorbindungsphase» genannt. In der nächsten Phase fängt Bindung sich zu entwickeln an. Dies kann daran beobachtet werden, dass die Reaktion des Kindes auf die für ihn wichtigste Bezugsperson eine völlig andere ist, als diejenige auf eine fremde Person (vgl. ebd.: 254). In der sogenannten «Phase des Bindungsbeginns» beginnt das Kind, einen Unterschied zwischen seiner Bezugsperson und anderen Menschen zu machen. Eine Vertrauensbeziehung baut sich langsam auf, wenn das Kind die Erfahrung macht, dass die Bezugsperson auf seine Signale reagiert und Antwort gibt (vgl. ebd.). Die nächste Phase ist die «Bindungsphase». Zu diesem Zeitpunkt besteht eine eindeutige Bindung zwischen dem Kind und seiner Bindungsperson. Die Trennung von seiner Bezugsperson kann im Kind Angst und Unsicherheit auslösen (vgl. ebd.). Es zeigt ein eindeutiges Bindungsverhalten (siehe Kapitel 4.3), dass es ihm erlaubt, die Nähe zur Hauptbezugsperson und das damit verbundene Gefühl eine sichere Basis zu haben möglichst aufrecht zu halten. Letztendlich kommt das Kind in die «Differenzierungs- und Integrierungsphase». Hier findet unter anderem die Entwicklung der Sprachfähigkeiten statt, die das Kind zu einem besseren Verständnis in Bezug auf das Verlassen werden und das Wiederkehren der Bezugspersonen führt. Das Kind ist meistens in der Lage zu verstehen, wohin die Bezugsperson geht, und weiss, dass diese auch wiederkommen wird (vgl. ebd).
Im Laufen dieses ganzen Prozesses wird dem Kind immer mehr bewusst, was für Auswirkungen sein eigenes Verhalten und seine Handlungen bei seinem Gegenüber auslösen

können (vgl. Benz-Fragnière 2012: 10). Laut Bowlby erarbeiten Kinder aus diesen vier Phasen heraus und anhand der Wahrnehmung von Bindung und Beziehung zu ihrer Bezugsperson «innere Arbeitsmodelle» (vgl. Berk 2005: 255). Diese entstehen durch konkrete Erfahrungen des Kindes, wie Beziehungen zu anderen zu bewerten sind. Die sich aus den Erfahrungen gebildeten Arbeitsmodelle sind anfangs noch flexibel und können sich verändern (Veith 2008: 9). Die Veränderung basiert auf den wechselnden Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen (vgl. Benz-Fragnière 2012: 13). In der späteren Entwicklung des Kindes verankern sich die inneren Arbeitsmodelle und werden zu einer sogenannten «Bindungsrepräsentation» (ebd.).

Die inneren Arbeitsmodelle haben einen grossen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Kindes (Benz-Fragnière 2012: 11). Sie bestimmen die Einschätzung von neuen Beziehungserfahrungen und tragen beim Kind zur Emotionsregulation in Belastungssituationen bei (ebd.). In der Bindungstheorie wird davon ausgegangen, dass innere Arbeitsmodelle einen Einfluss auf die Bindungssicherheit und das Selbstwertgefühl des Kindes haben (Benz-Fragnière 2012: 10). Wenn die Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert und auf dieses eingeht oder nicht, verknüpft das Kind dies mit seinem Selbstwert (ebd.). Feinfühligkeit der Mutter ihrem Kind gegenüber schafft beim Kind positive innere Arbeitsmodelle und ein positives Selbstbild (vgl. ebd.).

4.3 Bindungsverhalten

Die Bindungstheorie beschäftigt sich grundsätzlich mit der Entwicklung von Bindungsverhalten im ersten Lebensjahr, sowie auch über die gesamte Lebensspanne hinweg (Neubert 2016: 21).

Ainsworth (2009c zit. nach Neubert 2016: 31) beschreibt Bindungsverhalten folgendermassen:

«Bindungsverhalten ist ein Verhalten, durch das eine differenzierende, gefühlsmässige Beziehung mit einer Person oder einem Objekt entsteht; es beginnt damit eine Kette von Interaktionen, die dazu dienen, die gefühlsmässige Beziehung zu festigen».

Ein Kind signalisiert sein Bedürfnis nach Schutz und Unterstützung, wenn es sich in einer emotional verunsichernden Situation befindet und diese nicht selbst bewältigen kann (Ziegenhain et al. 2004: 44). Unter dem Begriff des «Bindungsverhaltens» wird also das Verlangen des Kindes nach seiner Bezugsperson verstanden (vgl. Ulich 2003: 119 f.). Dies äussert das Kind, indem es sich zum Beispiel an der Bezugsperson festhält, ihr hinterher kriecht, usw. (ebd.). Ziel des Bindungsverhalten ist es, dass das Kind in die Nähe seiner Bezugsperson gelangt, wo es auch Sicherheit und Schutz bekommen sollte (Howe 2015: 60). Laut Bowlby (2006: 196) ist somit die Rede von Bindungsverhalten, wenn das Kind

seine Bindungsperson erkennt und sich auch so benimmt, dass die Nähe zu dieser bestehend bleibt. Es sollte hier zur Kenntnis genommen werden, dass die Intensität des Bindungsverhaltens eines Kindes in gewissen Situationen nicht aussagekräftig ist für die Stärke der Bindung insgesamt (Howe 2015: 32).

Bowlby war in seinen ersten Studien zu Bindung der Meinung, dass der Mensch im Gegensatz zu anderen Lebewesen weniger entwickelt ist, wenn er zur Welt kommt (Neubert 2016: 21). Somit behauptet der Autor in seinen Werken, dass das menschliche Baby erst mit der Zeit fähig wird seiner Mutter oder anderer Hauptbezugsperson gegenüber Bindungsverhalten zu zeigen (vgl. ebd.). Es wird jedoch auch erwiesen, dass bei gegebener Sensibilität der Mutter auch Neugeborene schon einfache Interaktionen mit dieser herstellen können (vgl. Bowlby 2014: 7). Sprangler (2011: 282) behauptet, dass Säuglinge schon kurz nach der Geburt befähigt sind, auf soziale Interaktion einzugehen und auf soziale Reize zu reagieren. Zu diesen Reizen zählen zum Beispiel die Stimme und das Gesicht eines anderen Menschen. Ersichtlich wird durch die Reaktion des Kindes auf Trennung und anhand seiner Suche nach Trost bei Kummer beispielsweise, dass es im Laufe der Monate Bindungsverhalten zu bestimmten Bindungsfiguren entwickelt (vgl. ebd.). Bindungssicherheit wird durch das Bindungsverhalten und somit durch die Herstellung von Nähe und den Kontakt zwischen Mutter und Kind erreicht (vgl. Ulich 2003: 119 f.). Auf die spätere Entwicklung von Bindungsverhalten haben frühe inner- sowie ausserfamiliäre Erlebnisse und die damit verbundenen Emotionen eine bedeutsame Einflussnahme (vgl. Bowlby 2014: 5).

4.4 Bindungsfiguren

«Kleinkinder bauen von Natur aus Bindungen zu jenen Erwachsenen auf, die präsent und ihnen bekannt sind» (Howe 2015: 31).

Menschen, die für das Kind als Bindungsfiguren gelten können, sind zum Beispiel seine Mutter, sein Vater, seine Geschwister, seine Grosseltern, oder andere Betreuungspersonen. Meistens sind es die Menschen, die sich um das Kind kümmern, mit ihm Zeit verbringen, es beschützen und mit denen das Kind immer wieder interagiert (vgl. Sprangler 2011: 283). Schon in einem frühen Stadium sind Babys fähig, die Menschen in ihrer Umgebung zu unterscheiden (Howe 2015: 32). In der Bindungstheorie wird angenommen, dass sich eine sogenannte Hierarchie von Bindungspersonen bildet (Veith 2008: 8). An erster Stelle befindet sich die primäre Bezugsperson und danach kommen weitere Bezugspersonen (ebd.). Entscheidende Faktoren für die Hierarchisierung sind zum Beispiel die Zeit die eine Person mit dem Kind verbringt, die Qualität der Zuwendung, die sie dem letzteren entgegenbringt, wie sich die erwachsene Person emotional einsetzt und wie regelmässig diese

für das Kind zur Verfügung steht (vgl. Veith 2008: 8). Ein Kind kann also mehrere Bindungspersonen haben und zu seinen unterschiedlichen Bindungspersonen verschiedene Bindungsmuster entwickeln (Veith 2008: 8). Es ist falsch zu denken, dass ein Kind, das mehrere Bindungsfiguren hat, seine Bindungsfähigkeit auf diese Personen verteilt und somit zu keiner dieser Personen ein starkes Band entwickelt (vgl. Bowlby 2006: 295).
Wie schon erwähnt, ist die primäre Bindungsperson im Normalfall die Mutter. Dies ergibt sich daraus, dass das Baby in den ersten Monaten seiner Existenz in der Regel zu seiner Mutter den intensivsten Kontakt hat (Benz-Fragnière 2012: 9). Die Mutter ist häufig die erste Person, die mit dem Kind interagiert und ihm somit soziale Erfahrungen ermöglicht (ebd.).

4.5 Bindungstypen

Normalerweise haben Kinder bis zum Ende ihres zweiten Lebensjahres eine Bindung zu ihrer Hauptbezugsperson entwickelt (vgl. Berk 2005: 255). Jedoch kann die Qualität dieses Bandes bei jedem Kind ganz unterschiedlich sein (vgl. ebd.).
Ainsworth ist es gelungen, vor allem anhand ihrer Beobachtungen in Uganda und dank ihrer empirischen Forschungsergebnisse, drei unterschiedliche Bindungsmuster zu bestimmen (vgl. Neubert 2016: 31). Das sind der sichere Bindungstyp, der unsicher-vermeidende Bindungstyp und der unsicher-ambivalente Bindungstyp (ebd.). Später war es Mary Main, eine Schülerin von Ainsworth, die den vierten Bindungstyp erfasste; der desorganisierte Bindungstyp (ebd.). Benz-Fragnière weist darauf hin, dass das Bindungsmuster der sicheren Bindung mehrheitlich mit einer gesunden, weiteren Entwicklung des Kindes in Zusammenhang gebracht wird, während die drei anderen Muster oft einen Hinweis für eine gestörte weitere Entwicklung darstellen können (Benz-Fragnière 2012: 11). Zur Messung von Bindungssicherheit entwickelte Mary Ainsworth den «Fremden-Situations-Test». Bei diesem Test handelt es sich um acht Beobachtungssequenzen, während deren das Verhalten des Kindes in kurzen Situationen «von Trennung und Wiedervereinigung mit der Bezugsperson» beobachtet wird (Berk 2005: 256). Der Test dient als ein schnelles Verfahren zur Beurteilung der Mutter-Kind-Bindung und ermöglicht es, zwischen den drei von Ainsworth definierten Bindungstypen sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent zu unterscheiden (vgl. Neubert 2016: 33). Es wird dabei beobachtet, ob und wie Kinder ihre Bezugsperson als sichere Basis nutzen können (vgl. Berk 2005: 255). Bezüglich der Stabilität der Bindungsmuster ist Bowlby der Meinung, dass die Muster meistens beibehalten werden, wenn sich die familiäre Situation und somit auch das Fürsorgeverhalten nicht fundamental verändert (vgl. Neubert 2016: 34).
Die Bindungsmuster stellen eine Verhaltensstrategie dar, die Fürsorge und Schutz auszulösen und aufrechtzuerhalten versucht (Howe 2015: 61). Kinder versuchen ihr Bedürfnis

nach Sicherheit nach Möglichkeit zu befriedigen. Somit ergibt jedes dieser Muster auf eine gewisse Art einen Sinn, wenn die individuellen Verhältnisse in der Beziehung zwischen dem Kind und der Bindungsfigur betrachtet werden (Howe 2015: 61).

4.5.1 Der sichere Bindungstyp

Die gesunde Entwicklung eines Menschen führt oft auf den sicheren Bindungstyp zurück (vgl. Neubert 2016: 35). Eine sichere Bindung zu seiner wichtigsten Bezugsperson zu haben, heisst für das Kind, darauf Vertrauen zu können, dass diese Bindungsperson in einer für das Kind bedrohlichen oder angstauslösenden Situation für dieses erreichbar und verfügbar ist (ebd.), d.h., dass der Erwachsene angemessen und auf eine hilfreiche Art auf die Äusserungen von Angst und/oder Stress des Kindes reagiert. Dies löst im Kind ein sicheres Gefühl aus, das es ihm ermöglicht, sich der Welt offen zuzuwenden und diese zu entdecken (ebd.). Das Kind fühlt sich sogar von der Bindungsperson darin bestärkt (ebd.). Sichere, gebundene Kinder erkunden ihre Umwelt mit einem Gefühl von Autonomie und Handlungsfähigkeit, spielen frei und fröhlich herum im Wissen, dass sie sich im Notfall immer auf ihre Betreuungsperson verlassen können (vgl. Howe 2015: 61). Eine sichere Bindung ermöglicht es dem Kind direkt und positiv mit seiner Bindungsperson in Kontakt zu treten und klares Bindungsverhalten zu äussern (vgl. ebd.). Es ist in der Lage seine Bedürfnisse hemmungslos zu zeigen (ebd.). Es drückt zum Beispiel seinen Kummer oder seine Angst klar aus, und sucht bei seiner Bindungsperson Schutz und Trost (vgl. Sprangler 2011: 283). Dieses Verfahren ermöglicht es ihm, wieder zu einer emotionalen Stabilität zu gelangen und zu den Welten der Exploration und des Spiels zurückzukehren (ebd.). Berk (2005: 252) nennt ganz konkrete Beispiele, wie sich sichere Bindung beim Kind äussern kann. Bei einer Trennung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson ist das Kind verunsichert und es weint. Das Kind lächelt, zeigt Freude, und streckt die Arme nach ihr aus, wenn seine Mutter den Raum wieder betritt (ebd.). Es klettert auf den Schoss der Mutter und hält sich an ihr fest, wenn es Angst hat und getröstet werden muss (ebd.).
Ainsworth konnte durch ihre Forschungen aufzeigen, dass die Bindungsqualität durch ein feinfühliges Interaktionsverhalten seitens der Bezugsperson beeinflusst werden kann (vgl. Ulich 2003: 120). Das Interaktionsverhalten der Bezugsperson ist also ein entscheidender Faktor, wenn es um die Bindungssicherheit des Kindes geht (vgl. Neubert 2016: 36). Das Konzept der Feinfühligkeit besteht aus der Wahrnehmung der kindlichen Signale, der adäquaten Interpretation dieser sowie der Leistung einer angemessenen und prompten Reaktion darauf (vgl. Ulich 2003: 120).

4.5.2 Der unsicher-vermeidende Bindungstyp

Beim unsicher-vermeidenden Bindungstyp wird den Ängsten und Bedürfnissen des Kindes meistens wenig bis keine Achtung geschenkt (vgl. Howe 2015: 62). Aus diesem Grund wird oft auch vom ängstlich-vermeidenden Bindungstyp gesprochen (Neubert 2016: 37). Dieses Bindungsmuster zeichnet sich darin aus, dass das Kind keine angemessene und hilfreiche Reaktion auf seine Bedürfnisse von Seite der Bindungsperson erwartet (vgl. ebd.). Im Gegenteil werden diese Kinder meistens von ihrer Bindungsfigur, zum Beispiel der Mutter, zurückgewiesen, wenn sie auf diese zugehen und ihre Schutz- und Trostbedürfnisse ausdrücken (Howe 2015: 62). Die Bindungsfigur lehnt oftmals den intensiven Körperkontakt mit dem Kind ab (Neubert 2016: 37).
Ainsworth und Bowlby definieren die Mütter unsicher-vermeidender Kinder als weniger feinfühlig ihren Kindern gegenüber (vgl. Neubert 2016: 37). Das Bindungsmuster des Kindes wird also durch das Verhalten der erwachsenen Person geprägt (ebd.). Das Kind entwickelt somit vermeidende Bindungsstrategien (Howe 2015: 62). Es verinnerlicht, dass es die erwachsene Person stört, wenn es zum Beispiel weint, sich an der Bezugsperson festhält oder ihr folgt, und es prägt sich ein, dass sein Bindungsverhalten keine Antwort bewirkt oder nicht zu mehr Verfügbarkeit der Bezugsperson führt (ebd.). Die erwünschte Nähe zur Bezugsperson ist dann am grössten, wenn das Kind keine Bedürfnisse und kein Bindungsverhalten ausdrückt (vgl. ebd.). Somit versuchen diese Kinder erlebte Stresssituationen und Angstgefühle alleine in Griff zu bekommen (vgl. Neubert 2016: 37). Berk (vgl. 2005: 256) erläutert, dass die meisten Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung keine Reaktion aufzeigen oder es kaum merken, wenn sie zum Beispiel die Bezugsperson verlässt und sie in der Anwesenheit von fremden Personen sind. Sie zeigen bei der Wiedervereinigung mit ihrer Bezugsperson ebenfalls keine Zeichen eines starken Bedürfnisses nach Nähe oder Zuneigung zu dieser (vgl. ebd.).

4.5.3 Der unsicher-ambivalente Bindungstyp

In Benz-Fragnière (2012: 12) wird dieses Bindungsmuster auch als ängstlich-widerstrebender, resistenter oder ambivalenter Bindungstyp definiert. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder suchen bei Anwesenheit der Bezugsperson den ständigen Kontakt und die Nähe zu dieser, zeigen sich sehr zurückhaltend mit der Erkundung ihrer Umgebung und beschäftigen sich kaum damit (vgl. Berk 2005: 256). Wenn die Bezugsperson es verlässt, wird das Kind emotional sehr angespannt und gerät in eine grosse Stresssituation, was zum Beispiel anhand heftigen Weinens des Kindes erkannt werden kann (vgl. ebd.). Bei Wiedervereinigung mit der Bezugsperson kann diese das Kind kaum beruhigen, auch wenn es auf den

Arm genommen wird. Das Baby zeigt sich oft ablehnend, aggressiv und äussert ein starkes Bedürfnis nach Nähe, aber gleichzeitig auch einen starken Ärger beim Kontakt (ebd.). So strampelt, schlägt, stösst es, oder es wendet sich von der Bezugsperson ab. In den meisten Fällen benötigt es mehr Zeit als andere Kinder, bis es sich wieder beruhigen lässt (vgl. Berk 2005: 256). Das Kind ist also nicht befähigt, seine Emotionen zu regulieren, und dies auch nicht mit Unterstützung der Bindungsperson (vgl. Sprangler 2011: 283).
Dieses Muster ergibt sich daraus, dass das Kind sich unsicher ist, ob die Bezugsperson für ihn in den notwendigen Situationen verfügbar sein wird, und ob es die Antwort auf seine Bedürfnisse und Unterstützung bekommen wird (vgl. Benz-Fragnière 2012: 12). Eine Mutter, die ab und zu verfügbar ist, und dann wieder nicht, fördert durch ihr Verhalten die Entwicklung eines solchen Bindungstyps bei ihrem Kind (vgl. Benz-Fragnière 2012: 12).

4.5.4 Der desorganisierte Bindungstyp

Der vierte und letzte Bindungstyp ist derjenige mit der grössten Unsicherheit (Berk 2005: 256). Deshalb wird er auch als unsicher-desorganisierter/desorientierte Typ bezeichnet. Desorganisiert gebundene Kinder verfügen über keine eindeutige Verhaltensstrategie um zur notwendigen Nähe, zu Fürsorge und Trost zu gelangen und weisen einen Mangel an systematischer Organisation auf (vgl. Sprangler 2011: 284). Diese Kinder haben Schwierigkeiten, eine Bindungsstrategie zu organisieren, und empfinden die Beziehung zu ihrer Bezugsperson meistens als anstrengend (Howe 2015: 65). Das desorganisierte Verhaltensmuster ist bei vielen Kindern von psychisch erkrankten Eltern und bei Kindern, die vernachlässigt und/oder misshandelt werden, vorhanden (Benz-Fragnière 2012: 12). Oft ist in diesen Fällen die Bezugsperson der Grund für Ängste und Stresserfahrungen beim Kind (vgl. Howe 2015: 65). Kinder, die desorganisiert gebunden sind, betrachten ihr Gegenüber oft als unvorhersehbar, verwirrend, feindselig, verängstigt, hilflos, gefährlich oder unberechenbar (Howe 2015: 66). Nebst des für das Kind verwirrenden und bedrohlichen Verhaltens, fehlt den meisten Eltern desorganisiert eingestufter Kinder auch emotionale Erreichbarkeit (vgl. Howe 2015: 65). Sie sind oft nicht fähig, die Signale des Kindes wahrzunehmen, und somit auch nicht fähig, dem Kind in Notsituationen Schutz zu bieten (ebd.).
Das Bindungsverhalten des desorganisiert gebundenen Kindes kann als widersprüchlich oder merkwürdig definiert werden (Howe 2015: 66). Zum Beispiel kann sich dies zeigen, indem die Bewegungen oder der Gesichtsausdruck des Kindes plötzlich einfrieren (Berk 2005: 256). Die Trennung von ihrer Bezugsperson ist ein schwieriges Erlebnis für diese Kinder, da sie in solchen Trennungssituationen keine Bewältigungsstrategien haben (Benz-Fragnière 2012: 12).

4.6 Bindungsqualität

Laut Schäfer (2006: 13) wurde seit den 50er Jahre vermehrt bestätigt, dass mehr als nur die materielle oder intellektuelle Förderung für eine gesunde Entwicklung zählt, sondern auch eine stabile emotionale Bindung eine ausschlaggebende Grundlage dafür darstellt. Es stellt sich dabei die Frage, welche Faktoren die Qualität dieser Bindung ausmachen.
Berk (2005: 257) schildert in ihrem Werk vier unterschiedliche Faktoren, die aus wissenschaftlicher Perspektive einen Einfluss auf die Bindungssicherheit haben können. Einer dieser Faktoren ist die Gelegenheit, eine emotionale Bindung überhaupt einzugehen (ebd.). Studien wie etwa Spitz (1946) oder Tizard und Rees (1975) haben gezeigt, dass Kinder, denen die Entwicklung einer Bindung zu einer Bezugsperson in den ersten Lebensjahren nicht ermöglicht wurde, emotionale und soziale Schwierigkeiten aufgewiesen haben (vgl. Berk 2005: 258). Ebenfalls von Bedeutung ist die Qualität der Fürsorge (ebd.). In der Forschung wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass eine einfühlsame Fürsorge eine prompte, konsistente, liebevolle und auf die Bedürfnisse des Babys angemessene Reaktion der Bindungsperson, in Zusammenhang mit Bindungssicherheit steht (ebd.).
Weiter gelten die Persönlichkeitseigenschaften des Kindes als ein möglicher Einflussfaktor auf Bindungssicherheit (ebd.: 259). In der Forschung ist die Diskussion bezüglich des Einflusses des Temperamentes eines Kleinkindes auf die Bindungssicherheit jedoch umstritten (ebd.). Auf der einen Seite gibt es Ergebnisse von Studien, die darauf hinweisen, dass bei gewissen Kindern eine grössere Angst und Irritierbarkeit bei Trennung von der Bezugsperson besteht, und dies unabhängig davon wie feinfühlig die letztere ist (vgl. Berk 2005: 259), und dass dies somit die Wahrscheinlichkeit für unsichere Bindungsmuster erhöht. Auf der anderen Seite ergeben weitere Studien widersprüchliche Resultate und verweisen ihrerseits wieder auf die Bedeutung von Einfühlsamkeit bei Betreuungspersonen (vgl. ebd.: 262).
Letztendlich wird auch der familiäre Kontext als möglicher Einflussfaktor für die Bindungssicherheit angesehen (ebd.). Eltern haben in ihrer Kindheit und in ihrem eigenen Familienkontext auch unterschiedliche Bindungserfahrungen gemacht und daraus innere Arbeitsmodelle entwickelt, die später in der Beziehung zu den eigenen Kindern mit einfliesst (ebd.: 262 f.). Anhand von verschiedenen Studien konnte festgestellt werden, dass die meisten Eltern von sicher gebundenen Kindern bei der Bewertung ihrer eigenen Bindungserfahrungen objektiver und einsichtiger waren (vgl. ebd.). Jedoch können die persönlichen Erlebnisse der Eltern und ihre eigenen Bindungsmuster nicht in direkter Verbindung mit der späteren Bindungssicherheit ihrer Kinder gebracht werden (ebd.: 263). Viel aussagekräftiger

und bedeutsamer ist die Fähigkeit eines Menschen, negative Erlebnisse und damit verbundene Emotionen zu verarbeiten, neue Informationen in die vorhandenen Arbeitsmodelle zu integrieren und den eigenen Eltern gegenüber Verständnis zu zeigen (ebd.). Auch lässt sich herausstellen, dass gewisse Risikofaktoren, welche die Familienstruktur beeinflussen, wie etwa Trennungen, Traumata, lebensbedrohlichen und/oder psychische Erkrankungen der Eltern die Chancen für eine sichere Bindung beim Kind schwächen können (vgl. Benz-Fragnière 2012: 13). In diesem Zusammenhang bilden also Traumatisierungen in der Kindheit und im Jugendalter, u.a. Beziehungs- und Bindungstraumata einen Risikofaktor für die spätere Entstehung vielzähliger psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Schäfer 2006: 13).

5 Herausforderungen für die Beziehungsgestaltung im stationären Kontext

In der Folge erläutere ich mögliche Herausforderungen in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung bei substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern in der stationären Arbeit.
Hochuli Freund und Stotz (2015: 51) erläutern in ihrem Werk, dass, die Professionellen der Sozialen Arbeit mit einer Problematik der Loyalitätsverpflichtung konfrontiert sind und Träger eines doppelten Mandates sind. Dies bedeutet, dass die Soziale Arbeit die Aufgabe hat auf die Bedürfnisse, Anliegen und Interessen der Hilfesuchende einzugehen, sich an der individuellen Problemlage und Lebenswelt letzterer zu orientieren und ihrer Klientel angemessene und individuelle Unterstützung und Hilfsangebote anzubieten (ebd.). Gleichzeitig sind Sozialarbeitende auch verpflichtet der Gesellschaft, u.a. dem Staat als Auftraggeber, Rechnung zu tragen (ebd.: 51-52). Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben also eine widersprüchliche Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle (ebd.). Staub-Bernasconi (2007: 198) zeigt die Notwendigkeit auf, das eigene Mandat professionell auszuführen, damit die Soziale Arbeit als Profession gelten kann. Somit wird das berufliche Doppelmandat zum professionellen Tripelmandat erweitert, was die Soziale Arbeit verpflichtet, wissenschaftlich basierte Arbeitsweisen und Methoden zu haben, über eine ethische Grundlage (Berufskodex) zu verfügen und sich aufgrund der Menschenrechte zu legitimieren (Staub-Bernasconi 2007: 200). Im Hinblick auf diese unterschiedlichen Verpflichtungen an die Soziale Arbeit trifft die Profession im stationären Kontext mit substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern oft auf Schwierigkeiten. Im *Ulmenhof* haben Sozialarbeitende den Auftrag, elterliche Alltags- und Erziehungskompetenzen zu beurteilen und das Kindeswohl dementsprechend zu schützen. In gewissen Fällen müssen Massnahmen zur Sicherung des Kindesschutzes ergriffen werden. Laut Hochuli Freund und Stotz (2015: 52) sollten in solchen Fällen Eingriffe in die Elternrechte nicht als Kontrolle der Mutter, sondern als Hilfe für die Kinder betrachtet werden.
Wie schon erläutert, richten sich die Aufträge der Professionellen der Sozialen Arbeit im «Zwei-Generationen-Modell» an zwei ganz unterschiedliche Zielgruppen gleichzeitig; die Mütter auf der einen und die Kinder auf der anderen Seite. Das bedeutet für Sozialarbeitende also eine grosse Herausforderung. Die Schwierigkeit liegt darin, den beiden Zielgruppen gerecht zu werden. Das Grundbedürfnis des Kindes nach Schutz und Geborgenheit muss gewährleistet werden. Somit muss das Kindeswohl durch die Fachkräfte der Sozialen Arbeit vertreten und geschützt werden (vgl. Sinn 2013: 58). Hier ist es zentral zu bedenken, dass der Begriff Kindeswohl nicht die automatische Trennung des Kindes von seiner Mutter

meint, sondern beschreibt, dass diese die notwendige Unterstützung und Hilfe bekommt, um das Wohl des Kindes möglichst selber zu garantieren (vgl. Stachowske 2009: 24). Gleichzeitig ist es für Sozialarbeitende aber auch zentral, eine auf Vertrauen beruhenden Beziehung zum Elternteil aufzubauen, und zu versuchen, diese aufrecht zu erhalten (vgl. Sinn 2013: 58). Die aufgrund der Abhängigkeitserkrankung verursachten Anspannungen oder Verluste bestehender Beziehungen, zum Beispiel zu Angehörigen oder Freunden (vgl. Bertenghi 1997: 97), bedeutet für viele substanzabhängige Menschen eine soziale Isolation. Dies kann wiederum für das Kind bedeuten, dass es neben der Mutter teilweise wenig andere Personen in seinem Umfeld hat, zu denen es eine Beziehung entwickeln kann. In der Familieneinheit des *Ulmenhofs* wird versucht, diesen Umstand zu beheben, indem zusätzlich zur Mutter auch die Fachkräfte mit dem Kind interagieren, in Beziehung treten und letzterem ermöglichen in einem geschützten Rahmen Bindungen zu entwickeln (vgl. Die Alternative 2011a: 17).

Eine Schwierigkeit im stationären Kontext ergibt sich daraus, dass sich gewisse Mütter bevormundet oder in ihrer Mutterrolle entmündigt fühlen können, wenn eine Betreuungsperson in die Mutter-Kind-Interaktionen eingreift und der Mutter versucht Rat oder Unterstützung zu bieten.

Aus dem Kapitel 2.3.1 konnte der Schluss gezogen werden, dass Mütter, die von Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, aus verschiedenen Gründen von einer Vielfalt von Gefühlen wie etwa Hoffnung und Freude aber auch Angst, Unsicherheit, Überforderung und Ambivalenz überschwemmt sind. Diese Emotionen werden vom Kind schon seit es im Mutterleib ist miterlebt (vgl. Bertenghi 1997: 101). Später nimmt das Kind auf seine Bindungsperson Bezug und es findet ein sogenanntes «soziales Lernen» statt (vgl. Ulich 2003: 126). Das Kind stützt sich auf die emotionale Beziehung zur Mutter, und braucht diese als Unterstützung, um seine persönliche emotionale und kognitive Orientierung auszubilden (vgl. ebd.: 122). Sobot (vgl. 2009: 224) schreibt, dass die Emotionalität und innere Ambivalenzen seitens der Mutter eine adäquate Bindungsentwicklung des Kindes behindern können. Auch in den stationären Einrichtungen sind die negativen Emotionen und Ambivalenzen der Mutter präsent. Die (zukünftigen) Mütter fühlen sich häufig auch in diesem Kontext verunsichert und überfordert und wissen nicht, ob sie es schaffen werden für das Kind zu sorgen. Der Aufenthalt substanzabhängiger Mütter in stationären Einrichtungen ist oft fremdmotiviert (Girrulat 2009: 337). Nebst dem Druck von Behörden und den bestehenden Erwartungen an sie, stellen sich die Mütter häufig auch selbst unter Druck. Die meisten substanzabhängigen Mütter werden schon kurz nach der Geburt von ihrem Kind getrennt. Das Baby und dessen Entwicklung werden durch die intrauterine Drogenexposition beeinflusst (Hase 2013: 93). Dies bedeutet, dass Kinder substanzabhängiger Frauen nach ihrer Geburt in den meisten Fällen von einem neonatalen Entzugssyndrom betroffen sind (Trost

2013: 114) und sofort einen Entzug durchmachen müssen. Dadurch müssen sie manchmal einige Wochen bis hin zu Monaten in einer postnatalen stationären Behandlung bleiben (vgl. ebd.: 119). Häufig kehren die Mütter ohne ihr Kind vom Spital in die stationäre Einrichtung zurück. Diese Zeit ist meistens mit sehr vielen Schuldgefühlen und mit Scham seitens der Mutter verbunden. Diese Trennung und die Tatsache, dass substanzabhängige, wie auch substituierte Mütter im üblichen Fall wegen der Übertragung der Substanzen an das Kind nicht stillen sollten, wird von den Müttern oft als schwieriges Erlebnis bezeichnet (vgl. ebd.: 119) und kann für die frühe Beziehungs- und Bindungsherstellung zwischen Mutter und Kind schwerwiegend sein.

Zusätzlich werden diese Mütter, wegen ihres Substanzkonsums oft stigmatisiert, was auch in diesen Behandlungsstationen der Fall sein kann. Trost (ebd.) berichtet, dass sich einige Mütter über die Missachtung und Schuldzuweisung, mit der sie bei Besuchen in der Kinderklinik von Seiten des Personals konfrontiert wurden, beschwerten. Diese Stigmata und Urteile können die Mütter in ihrem Selbstwertgefühl zusätzlich verunsichern und den Kontakt und die Interaktion zu ihrem Kind schwieriger machen (ebd.). Auch wenn die Kinder aus der Klinik entlassen werden, bedürfen die meisten von ihnen noch aussergewöhnlich viel Pflege und Fürsorge (Sobot 2009: 233), was die Mütter weiter überfordern kann. Da viele dieser Mütter eine begrenzte Selbstwahrnehmung aufzeigen, fällt es ihnen auch schwer, die Emotionen und Bedürfnisse des Kindes zu erkennen (vgl. ebd.: 234). Die somit verursachte mangelnde Feinfühligkeit und/oder verzögerten Reaktionen der Bezugsperson dem Kind gegenüber kann die Mutter-Kind-Beziehung noch schwieriger machen (vgl. ebd.: 235).

Obwohl im Normalfall das Wohl ihres Kindes für die Mutter wichtig ist, steht die Substanz, von welcher sie Abhängig ist, oft im Mittelpunkt und die Betreuung der Kinder kann dadurch vernachlässigt werden (vgl. Stachowske 2009: 26). Die Vernachlässigung der Kinder löst bei gewissen Müttern wiederum Schuldgefühle aus. Es entsteht ein Wechsel zwischen Zeiten der Vernachlässigung und Zeiten der Überfürsorge (Girrulat 2009: 335). Das Verhalten der Mutter kann für das Kind sehr verwirrend sein, wodurch viele Kinder eine ambivalente Beziehung zur Mutter entwickeln (Arenz-Greiving 2007: 17). Kinder substanzabhängiger Mütter wissen meistens nicht, ob sie sich auf ihre Mutter verlassen können oder nicht (vgl. Arenz-Greiving 1994: 27), und erlernen in diesem Zusammenhang früh, dass sie auf sich selbst gestellt sind (Girrulat 2009: 338). Vernachlässigung der Eltern kann, wie im Kapitel 4.5.4 schon erwähnt wurde, ein Risikofaktor für ein desorganisiertes Bindungsmuster beim Kind bedeuten. Es kommt in stationären Einrichtungen immer wieder vor, dass eine Mutter eine Krise erlebt und aus unterschiedlichen Gründen die Institution verlässt. Diese Situationen sind für Mutter und Kinder sehr belastend (vgl. Girrulat 2009: 336). Im *Ulmenhof* sind die Fachkräfte auf solche Krisen vorbereitet (siehe Kapitel 3.2).

Es kann angenommen werden, dass Mütter ihre Kinder lieben und das Beste für diese wollen (Ziegenhain et al. 2004: 141). Jedoch können die oft schwierigen Lebensbedingungen der Mutter sowie der Mangel an angemessenen Strategien, um diese zu bewältigen, beim Kind wie auch bei der Mutter zu Überforderung führen (vgl. ebd.). Im Anschluss wird versucht potentielle Handlungsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit zur Förderung der Beziehung zwischen substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern zu entwerfen.

6 Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit im stationären Kontext

Für eine angemessene Unterstützung ihrer Klientel müssen Professionelle der Sozialen Arbeit sich mit der Lebenssituation und den Schwierigkeiten der KlientInnen in den einzelnen Systemen auseinandersetzten, ihr Handeln individualisieren und auf die spezifischen Situationen anpassen (ebd.: 55). Dies gilt besonders in der Arbeit in stationären Einrichtungen mit substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern. Jede Mutter-Kind-Dyade macht ihren einzigartigen Prozess durch und bringt andere Ressourcen, Anliegen und Bedürfnisse mit sich. Obwohl verschiedene Aspekte der Lebenslage substanzabhängiger Frauen zu schildern versucht werden können, sieht die Lebenssituation, das Verhältnis zu der jeweiligen Substanz und der Umgang mit einer Schwangerschaft jeder abhängigkeitserkrankten Frau komplett anders aus. Der individuelle Fall muss also immer im Fokus stehen und die Interventionen müssen diesem angepasst werden. Deshalb ist es in der Arbeit mit den einzelnen Mutter-Kind-Systemen wichtig, auf die einzelnen Bedürfnisse, Anliegen und Ressourcen der Mutter und des Kindes einzugehen, und das System dort zu unterstützen, wo es Sinn macht und notwendig ist.

In den suchttherapeutischen Einrichtungen die Mutter und Kind begleiten, ist die Abhängigkeitserkrankung der Mutter nebst dem Beziehungsaufbau zum Kind ein zentrales Thema. Im *Ulmenhof* sind «Mütter der Familieneinheit mit Anforderungen auf verschiedensten Ebenen konfrontiert. Einerseits sind sie aufgefordert, sich mit ihren in der Regel gravierenden eigenen (Lebens-) Problemen auseinanderzusetzen und ihr Suchtverhalten zu überwinden. Andererseits müssen sie sich auf die Bedürfnisse eines Kindes einlassen und als verlässliche und vertraute Person eine verbindliche Beziehung zu ihrem Kind aufbauen» (Die Alternative 2011a: 16). Somit ist es für die Professionellen der Sozialen Arbeit zentral, in der Arbeit mit substanzabhängigen Müttern zwischen der Klientin als eigenständige Persönlichkeit und der Klientin in ihrer Rolle als Mutter zu unterscheiden (Brakhoff 1987: 66 f.). Zudem sollten die Fachkräfte diesen Frauen immer mit Respekt, Empathie und Wertschätzung begegnen und deren Gefühle möglichst wahrnehmen, damit sie sich in ihrer emotionalen Variable ernst genommen fühlen und eine vertrauensbasierte Beziehung aufgebaut werden kann.

Die unterschiedlichen Betreuungsangebote und -methoden der Familieneinheit des *Ulmenhofs* (siehe Kapitel 3.2) haben zur Entwicklung der folgenden Handlungsmöglichkeiten wichtige Impulse gegeben.

Schon bevor das Kind zur Welt kommt, ist die Interaktion der Mutter mit ihrem ungeborenen Kind von Bedeutung. Sobot (2009: 222) weist auf die zentrale Rolle hin, welche die Schwangerschaftsängste und die Einstellung zum werdenden Kind auf die pränatale Bindung spielen. Im *Ulmenhof* sind auch schwangere Frauen (meistens in der letzten Schwangerschaftsphase) willkommen. Das Ziel ist es, diesen Frauen in der letzten Phase ihrer Schwangerschaft einen schützenden Rahmen zu bieten und sie möglichst gut auf ihre Mutterrolle vorzubereiten (Die Alternative 2011a: 19). Auch später, in der ersten Lebensphase ihres Kindes, braucht die Mutter ganz speziell Unterstützung, beispielsweise bei der Geburt des Kindes und anlässlich der Trennung von diesem, die oft negative Gefühle bei den Müttern auslöst.

Ganz konkret könnte es zum Beispiel hilfreich sein, wenn für die Mütter einen Austausch mit Hebammen oder KinderärztInnen organisiert wird. Da diese ExpertInnen sind, können sie sicherlich viele praktische Fragen und Unklarheiten der Mutter bezüglich der ersten Phase mit dem Kind beantworten und ihr Sicherheit geben. Wie in Kapitel 5 erwähnt, können sich Mütter durch die Intervention von sogenannten ExpertInnen bevormundet fühlen. Ein Risiko hierbei könnte sein, dass sich eine Mutter noch mehr unter Druck gesetzt fühlt oder ihre Zweifel und ihre Ängste dadurch noch verstärkt werden. Eine weitere, an die Bedürfnisse der Frauen angepasste Möglichkeit könnte sein, einen Erfahrungsaustausch mit anderen substanzabhängigen Müttern zu ermöglichen. Dieser Austausch kann von KlientInnen eventuell als «lockerer und weniger belehrend» empfunden werden als der mit ExpertInnen. Im *Ulmenhof* wurde ein «Elternkaffee» eingerichtet. Substanzabhängige Eltern treffen sich monatlich in einer lockeren Atmosphäre bei Tee oder Kaffee und diskutieren über gewisse Themen. Eine solche Austauschgruppe exklusiv für Frauen zu gründen, kann die Möglichkeit bieten, auch geschlechtsspezifische Fragen zu besprechen. Dieses geschlechtsspezifische Angebot soll dazu beitragen, das Selbstbewusstsein der AdressatInnen zu fördern (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2001: 11). Möglicherweise können sich die Frauen gegenseitig Tipps und Tricks bezüglich unterschiedlicher Frauenthemen und Erziehungsfragen geben. Der Dialog kann den Müttern das Gefühl geben, verstanden zu werden, und sie möglicherweise auch erleichtern, weil sie erfahren, dass sie nicht die einzigen sind, die im Hinblick auf ihre (zukünftige) Mutterrolle mit ähnlichen Herausforderungen umgehen müssen. Wenn sich eine Mutter sicherer fühlt, kann sie eventuell auch besser auf das Kind eingehen und mit ihm positive Interaktionserfahrungen machen. Das Ziel dabei ist, diesen Müttern eine Raum zu geben, wo sie frei und ohne Hemmungen über ihre Gefühle sprechen und Erfahrungen austauschen können mit dem Wissen, dass sie wegen ihrer Situation nicht bewertet werden. Dabei muss die Möglichkeit beachtet werden, dass alles, was die Mütter anlässlich eines solchen Austausches hören und erfahren, für sie noch

sehr abstrakt bleibt. Möglicherweise ist es für sie noch etwas schwierig sich auf die vorgeschlagenen Tipps einzulassen oder diese anzuwenden. Auch in der Phase der Trennung der Mutter von ihrem Kind, erweisen sich Mütter, die ein ähnliches Erlebnis selber erfahren haben, höchstwahrscheinlich als diejenigen Personen, die sich am ehesten und am besten in die Mutter hineinversetzen können.

In der stationären Suchttherapie wird von substanzabgängigen KlientInnen erwartet, dass sie sich mit ihrer Abhängigkeitserkrankung und den damit verbundenen finanziellen, gesundheitlichen oder rechtlichen Aspekten auseinandersetzten und beschäftigen. Wenn die Mutter endlich mit ihrem Säugling zusammen in der Institution ist, kommen plötzlich ganz viele neue Aufgaben und Erwartungen auf diese zu. Es ist zentral, der Mutter Zeit mit ihrem Kind zu geben, damit sich Mutter und Kind überhaupt an den gemeinsamen Alltag gewöhnen können. Im Falle von Müttern, die direkt mit ihrem Kind in die Institution eintreten, zum Beispiel bei schon älteren Kindern und/oder bei Familiensystemen, die vor ihrem Eintritt schon zusammenlebten, müssen sich Mutter und Kind jedoch auch an die neue Struktur und Regeln der Institution gewöhnen. Der Therapieprozess der Mutter soll also im Hinblick auf die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden.

Erst wenn die Mütter sich einen mehr oder weniger stabilen und geregelten Tagesablauf zusammen mit dem Kind erschafft haben, können die anderen anstehenden Aufgaben angegangen werden (Girrulat 2009: 337). Eine Handlungsmöglichkeit ist, dass die Bezugsperson in Zusammenarbeit mit der Mutter für diese und ihr Kind einen individuellen Wochenplan erstellt. Dieser Wochenplan kann zum Beispiel die verschiedenen Therapiegefässe und andere Angebote der Institution, die unterschiedlichen Termine der Mutter, etwa beim Kinderarzt, beim Psychotherapeuten, etc. beinhalten, und es können auch Zeitfenster für die Mutter und ihr Kind freigehalten werden. Der Wochenplan soll der Mutter einen Bezugsrahmen bieten und als Unterstützungsmaterial dienen um eine gewisse Struktur einzuhalten. Da sich die Situation oder die Bedürfnisse der Mutter und/oder des Kindes immer wieder verändern, soll der Wochenplan, wie der Name es auch sagt, wenn immer es sich als sinnvoll erweist, aktualisiert und angepasst werden. Die meisten Kinder erfahren die geregelte Struktur und die vorhandenen Regeln, die sie in stationären Einrichtungen begegnen, als etwas, was ihnen Halt gibt (ebd.: 339). Wenn der Tagesablauf der Mutter an Struktur gewinnt, kann dies für ihr Kind bedeuten, dass es ein sicheres und verlässliches Gegenüber hat. Durch die Verringerung von Unsicherheit, Stress und Anspannung auf beiden Seiten, können möglicherweise vermehrt positive Interaktionen zwischen Mutter und Kind stattfinden, die wiederum der Beziehungsgestaltung dienen können. Diese positiven Beziehungserfahrungen kann ein Kind erst dann machen, wenn es sich auf die verlässliche Zuneigung der Bezugspersonen und auf die Beständigkeit deren Präsenz verlassen kann (Die Alternative 2011a: 17).

Im Laufe dieser Arbeit wurde klar, dass die mütterlichen Kompetenzen, u.a. die Feinfühligkeit derselben in der Mutter-Kind-Beziehung eine wichtige Rolle spielen. Es gibt Konzepte und Methoden, die im Hinblick auf die gesunde Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung für die Professionellen der Sozialen Arbeit eine gute Grundlage darstellen können. Die entwicklungspsychologische Beratung (EPB) ist eine Methode, die das Ziel anstrebt, die frühe Eltern-Kind-Beziehung zu fördern (Ziegenhain et al. 2004: 133). In der entwicklungspsychologischen Beratung wird der Fokus auf die Interaktionsmuster und die Beziehung zwischen Mutter (Eltern) und Kind gelegt (vgl. ebd.: 135). Es werden ganz unterschiedliche Sequenzen des Alltags auf Video aufgenommen, in denen eine Interaktion zwischen Mutter (Eltern) und Kind stattfindet. Danach werden die Videosequenzen in Gegenwart der Mutter und des Kindes angeschaut und analysiert. Dabei steht die Perspektive des Kindes im Mittelpunkt; die erwachsenen Personen beobachtet das Verhalten des Kindes und versuchen sich vorzustellen, was dabei seine Perspektive war (ebd.: 164). Es geht darum, die Ressourcen und Stärken der Akteure in der Beziehung zu erkennen, genau zu beschreiben und diese dann für eine Förderung der Beziehung anzuwenden (ebd.: 135). Eine ressourcenorientierte Haltung seitens der Beratungsperson ist also zentraler Bestandteil dieser Methoden. Es wird den KlientInnen zugetraut, selbst über die notwendigen Ressourcen für die Problemlösung zu verfügen (ebd.: 141). Dieses Beratungskonzept trägt dazu bei, positive Erfahrungen zwischen den Akteuren aufzuzeigen und die erwachsene Person in ihrer Rolle zu stärken (vgl. ebd.: 143).

Der Beratungsansatz beruht auf Wertschätzung und soll Müttern emphatisch und vorwurfsfrei Unterstützung anbieten (ebd.: 141). Eltern können erst dann wirksam auf ihr Kind und dessen Bedürfnisse eingehen, wenn sie sich wertgeschätzt und ernst genommen fühlen (ebd.: 143). Dies ist umso wichtiger, weil in einigen Fällen nebst den Anliegen der Eltern auch weitere Anliegen von involvierten Instanzen, wie etwa Behörden oder Kinderkliniken vorhanden sind (vgl. ebd.: 146). Dieses Beratungskonzept ist jedoch nur möglich, wenn es gelingt, einen Arbeitsauftrag zu erstellen, der für alle Beteiligten stimmig ist (ebd.: 144). In einem solchen Fall ist es die Aufgabe der Beratungsperson, aus all diesen verschiedenen Anliegen ein gemeinsames Ziel zu entwickeln, welches die Eltern als sinnvoll erachten und dem diese zustimmen können (ebd.).

Es kann versucht werden, dieses Konzept in verschiedenen Arbeitsfeldern zu integrieren. Im stationären Kontext mit substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern kann es sich als sehr dienlich erweisen. Dadurch, dass die jeweiligen Ressourcen und Fähigkeiten im Mittelpunkt stehen, kann das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der Mutter zu stärken versucht werden. Eine Weiterbildung zur entwicklungspsychologischen Beratung für Fachpersonen im stationären Kontext ist sicher angemessen, wenn diese Methode durch Begleitung von Professionellen der Sozialen Arbeit erfolgen soll. Je nach Situation des Mutter-

Kind-Systems kann eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit angebracht sein (ebd.: 135).

Entwicklungspsychologische Beratung dient zur Förderung der elterlichen Fähigkeiten und unterstützt unter anderem Eltern darin, feinfühliger mit ihrem Kleinkind umzugehen (ebd.: 143). Indem die mütterliche (elterliche) Feinfühligkeit gestärkt wird, erhöhen sich die Chancen für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes und für den Aufbau einer gesunden Beziehung zwischen Mutter und Kind (siehe Kapitel 4.5.1). Diese Methode kann eine angemessene Handlungsmöglichkeit im stationären Kontext mit substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern darstellen und entspricht den Zielen vieler solcher Institutionen, welche die Mutter-Kind-Beziehung fördern.

7 Schlussfolgerungen

Zum Schluss dieser Arbeit werden anhand der zentralen Erkenntnisse aus den vorherigen Kapiteln die Hauptfragestellung und weitere Unterfragen beantwortet und anschliessend mögliche weiterführende Fragen aufgeführt und Überlegungen angestellt.

7.1 Beantwortung der Haupt- und Teilfragen

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Schwerpunkten dieser Arbeit ermöglicht es, die Haupt- und Teilfragen folgendermassen zu beantworten:
Substanzabhängigkeit ist eine Krankheit, deren Ausprägungen im Leben der Betroffenen völlig unterschiedliche Gestalt annehmen kann. Die Abhängigkeitserkrankung von illegalen Substanzen beeinflusst vielfältige Bereiche der Lebenswelten der Erkrankten. Es kann also der Schluss gezogen werden, dass die Abhängigkeitserkrankung in den meisten Fällen unterschiedliche Aspekte betrifft, wie etwa die gesundheitliche, finanzielle, berufliche, rechtliche oder auch die soziale Situation von substanzabhängigen Menschen. Im Kapitel 4.6 wurde auf gewisse familiäre Ereignisse hingewiesen, die je nach Situation einen Risikofaktor für die Bindungssicherheit des Kindes mit sich bringen können. Wichtig ist hierbei zu betrachten, dass es keine «direkte und unmittelbare Kausalität zwischen psychoaktiver Substanz und einer problematischen Lebenssituation» gibt (Blätter 2007: 215).
Auch ganze Beziehungssysteme können von der Abhängigkeitserkrankung in Mitleidenschaft gezogen werden. Oft sind die Beziehungen im Leben substanzabhängiger Menschen durch die Abhängigkeit und die durch diese verursachte Diskriminierung und Stigmatisierung beeinträchtigt. Bei Frauen ergibt sich ein schwieriges Verhältnis zwischen der vorhandenen Substanzabhängigkeit und dem Thema der Schwanger- und (zukünftigen) Mutterschaft. Die Kombination von Substanzabhängigkeit und Mutterschaft ist meistens mit Gefühlen der Überforderung, Angst und Ambivalenz verbunden. Die sozial-emotionale Beziehung zwischen der substanzabhängigen Mutter und ihrem Kleinkind wird in der Regel stark durch die Erkrankung, deren Ausprägung und durch den Substanzgebrauch beeinflusst (vgl. Stachowske 2009: 25).
Die Bindungstheorie weist darauf hin, dass Menschen ab dem Zeitpunkt ihrer Geburt ein Bedürfnis nach Geborgenheit und Schutz haben. In diesem Zusammenhang entwickelt sich die Bindung. Bindung ist ein starkes, lang andauerndes, emotionales Band, welches ein Mensch zu einer ganz bestimmten Person entwickelt (vgl. Veith 2008: 5). Dieses Band soll die angeborenen Bedürfnisse nach Nähe, Wärme, Unterstützung und Sicherheit befriedigen. Bindungstheorie interessiert sich vor allem für die postnatale Bindung. Jedoch ist die

vorgeburtliche Bindung zwischen Mutter und Kind auch von grosser Bedeutung (vgl. Sobot 2009: 222). Frühe Bindung ist für spätere, weitere Beziehungserfahrungen von grosser Bedeutung. Auf die Qualität dieser Bindung können mehrere Faktoren einen Einfluss haben. Unter anderem hat die Feinfühligkeit der Bindungsperson - meistens der Mutter - einen entscheidenden Einfluss auf die Bindungsqualität. Wenn das Kind positive Interaktionserfahrungen zu seiner Bindungsperson macht, spielt dies für seine weitere sozial-emotionale Entwicklung eine bedeutsame Rolle. Die Entwicklung des Kindes ist also stark von den ersten Lebensjahren (auch von der vorgeburtlichen Phase) und den zwischenmenschlichen Interaktionen und Erfahrungen abhängig. Gerade eine sichere Bindung stellt einen wesentlichen Schutz für die kindliche Entwicklung dar, während unsichere/desorganisierte Bindungstypen oft mit Unsicherheit und Ambivalenz beim Kind verbunden werden.

Stationäre Einrichtungen, die auf dem «Zwei-Generationen-Modell» beruhen, bezeichnen sich dadurch, dass sie Mütter (Eltern) und Kinder als Zielgruppen haben. Die Ziele und Betreuungsangebote solcher Institutionen richten sich somit an beide KlientInnengruppen. Im *Ulmenhof* wird nebst der Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind auch die Abhängigkeitserkrankung der Mutter ins Zentrum gestellt. Das übergeordnete Ziel in der Familieneinheit des *Ulmenhofs* ist, Mutter und Kind in der Entwicklung und der Gestaltung ihrer Beziehung nach Möglichkeiten zu unterstützen, damit diese gut gelingen mag. Die Aufträge der Professionellen der Sozialen Arbeit bestehen folglich darin, den Entwicklungsbedarf des Kindes zu diagnostizieren, sowie dessen Wohl und Entwicklung zu schützen, und auch die Erziehungs- und Alltagskompetenzen der Mutter zu diagnostizieren und fördern (Die Alternative 2011a: 15).
Der mehrfache Auftrag von Fachkräften in suchttherapeutischen Institutionen, die auf dem «Zwei-Generationen-Modell» beruhen, stellt in der Praxis grosse Herausforderungen. Professionelle der Sozialen Arbeit befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen der Herstellung einer vertrauensbasierten Beziehung zur Mutter und dem Schutz des Kindeswohls. In diesem Zusammenhang sollen Professionelle der Sozialen Arbeit ihr Bewusstsein für dieses Spannungsfeld möglichst stärken, eine Sensibilisierung für die Komplexität dieses Arbeitsfeldes entwickeln und die persönliche Haltung und das professionelle Handeln immer wieder reflektieren.
Substanzabhängige Mütter stehen bei der Betreuung ihrer Kleinkinder in den meisten Fällen vor einer schwierigen Aufgabe, weil sie schon mit ihren persönlichen Problemen und ihren Gefühlen, wie zum Beispiel Schuld- und/oder Schamgefühlen bezüglich ihrer Erkrankung, beschäftigt sind. Die doppelte Rolle von «Suchtklientin und Mutter», welche diese Frauen tragen, bedeutet für sie oft eine Überforderung. Fachkräfte der Sozialen Arbeit im

stationären Kontext sollen diese also primär in ihren Elternkompetenzen fördern, damit sie ihren Kindern eine dem Kindeswohl gerechte Versorgung bieten können.
Um den unterschiedlichen Herausforderungen, welche sich durch die Einzigartigkeit dieses Kontextes und der Problematik der Zielgruppen stellen, Rechnung zu tragen, und die Mutter-Kind-Beziehung zu fördern, bieten sich folgende Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit an.
Der Raum für **Erfahrungsaustausch** soll den substanzabhängigen Müttern die Möglichkeit geben, sich in einem geschützten Rahmen mit anderen substanzabhängigen Müttern frei über verschiedene Themen und Anliegen auszutauschen. Der Dialog zwischen den Frauen strebt das Ziel an, den Müttern mehr Zuversicht und mehr Sicherheit bezüglich ihrer (zukünftigen) Mutterrolle zu geben, was wiederum dazu führen kann, dass sich die Mutter besser auf die Beziehung zu ihrem Kleinkind einlassen kann.
Der **Wochenplan** soll der Mutter Unterstützung bieten, damit sie an Struktur und Verlässlichkeit gewinnt, auf diese Art wiederum ein gelungenes Zusammenleben von Mutter und Kind ermöglicht und dem Kind durch die zunehmende Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit den Rahmen für gesunde Interaktionserfahrungen und Bindungsentwicklung bietet.
Die **entwicklungspsychologische Beratung** ist eine Methode, die sich ganz speziell in diesem Kontext eignet, da sie die Mutter-Kind-Beziehung ins Zentrum stellt, auf die Ressourcen fokussiert und zur Stärkung des mütterlichen Selbstwertgefühls dient (Ziegenhain et al. 2004: 143). Laut der Bindungstheorie, hat die Qualität der Fürsorge seitens der Mutter einen bedeutsamen Einfluss auf die Bindungssicherheit eines Kindes (siehe Kapitel 4.6). Da die Förderung der Feinfühligkeit der Mutter ein zentrales Element dieses Beratungskonzeptes ist, eignet sich letzteres für eine Beziehungsgestaltung zwischen einer substanzabhängigen Frau und ihrem Kleinkind, die für beide Seiten positive Aspekte mit sich bringt.
Zusammenfassend möchte ich noch darauf hinweisen, dass die Profession der Sozialen Arbeit im stationären Kontext mit substanzabhängigen Müttern und ihren Kindern und in Anbetracht der unterschiedlichen Aufträgen, welche an die Fachkräfte der Sozialen Arbeit gestellt werden, nicht immer «allen gerecht werden» kann. Vielmehr kann dies einer zu hohen Anforderung an die Professionellen bedeuten und unter Umständen gar zu einer Überforderung führen. Wie schon erwähnt, soll mit Einbezug der Bedürfnisse beider Zielgruppen die Beziehung und das Zusammenleben zwischen den beiden gefördert werden. Indem Professionelle der Sozialen Arbeit den substanzabhängigen Müttern mit Wahrnehmung, Respekt, Akzeptanz, und Empathie begegnen, kann eine vertrauensbasierte Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen begünstigt werden.

7.2 Weiterführende Fragen

In der Fachliteratur zu Thema der Abhängigkeitserkrankung wird immer wieder auf Zusammenhänge zwischen der Erkrankung der Eltern und der späteren Entwicklung von psychischen Störungen bei den Kindern hingewiesen (Homeier/Schrappe 2012, Arenz-Greiving 2007, Stachowske 2009).
Jedoch entwickeln nicht alle Kinder substanzabhängiger Eltern später eine psychische Erkrankung. Es kann also davon ausgegangen werden, dass keinen kausalen Zusammenhänge zwischen den beiden Aspekten bestehen, und dass eine vorhandene Abhängigkeitserkrankung bei einem Elternteil höchstens ein Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes bedeutet. Es wäre dienlich sich im Hinblick darauf zu fragen, welche Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern von Bedeutung sind und warum es dazu kommt, dass es gewisse Individuen unter schwerwiegenden Lebensumständen schaffen, nicht süchtig zu werden, während dies anderen nicht gelingt (vgl. Opp 2002: 17).

Substanzabhängige Mütter in stationären Einrichtungen erleben manchmal Krisen (zum Beispiel Rückfälle) und es kommt auch vor, dass sie ihre Kinder den Fachkräften der Institution überlassen. Es ist zentral, dem Kind unabhängig von der Mutter einen möglichst stabilen Rahmen zu gewährleisten um es in solchen Situationen zu schützen (Die Alternative 2011a: 16).
In dieser Arbeit wurde erläutert, dass Professionelle der Sozialen Arbeit, zum Beispiel in der suchttherapeutischen Gemeinschaft des *Ulmenhofs,* für das Kind zuständig sind und für dieses sorgen, was oft dazu führt, dass die Fachkräfte für das Kind auch wichtige Bezugspersonen darstellen. Eine weitere Überlegung, die sich in diesem Zusammenhang als interessant erweist, ist die Frage, wie stark sich ein Kind in einem stationären Kontext an eine professionelle Betreuungsperson bindet und ob diese auch die Hauptbindungsperson des Kindes werden kann. Wie sollen die Fachkräfte mit einer solchen Situation umgehen? Was hat solch eine Bindung zu einer professionellen Bezugsperson für das Kind längerfristig für Konsequenzen?

8 Quellenangaben

8.1 Literaturverzeichnis

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

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

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern.

Beck, Iris/Greving, Heinrich (2012). Lebenswelt, Lebenslage. In: Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hg.) Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S. 15-59.

Behrendt, Klaus/Backmund, Markus/Reimer, Jens (2015). Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe - Band 4. 3. Auflage. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Benz-Fragnière, Christelle (2012). Bedingungen und Auswirkungen der mütterlichen Feinfühligkeit auf die Entwicklung des Kindes: drei Messmethoden der mütterlichen Feinfühligkeit im Vergleich. Doktorarbeit. Universität Freiburg.

Berk, Laura E. (2005). Entwicklungspsychologie. 3. Auflage. München: Pearson.

Bertenghi, Claudia (1997). Kinder Drogenabhängiger Eltern. Zürich: Verlag pro juventute.

Blätter, Andrea (2007). Soziokulturelle Determinanten der Drogenwirkung. In: Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch, Henning (Hg.). Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 83-96.

Böllert, Karin/Karsunky, Silke (2008). Genderkompetenz. In: Böllert, Karin/Karsunky, Silke (Hg.) Genderkompetenz in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 7-15.

Bowlby, John (2006). Bindung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bowlby, John (2014). Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bramberger, Andrea (2009). Gender does matter. Weshalb Gender und Sozialarbeit miteinander verknüpft sind. In: SozialAktuell (September 2009). (o.O.). S. 12-15.

Bundesamt für Gesundheit (2001). Frauengerechte Angebote. Verzeichnis der Institutionen der stationären Drogenarbeit und in der Überlebenshilfe. Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2010). Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). Act-Info Jahresbericht 2014. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern.

Conradi, Jan/Holper, Lisa/Huys, Quentin (2014). Dualdiagnose - Schizophrenie und Sucht. In: Pro Mente Sana Aktuell (April 2014). Schizophrenie und Psychose. (o.O.). S. 28-29

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2016). ICD-10-GM. Version 2017. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. (o.O.).

Die Alternative - Verein für umfassende Suchttherapie (2011a). Eltern und Kinder in der ALTERNATIVE. Konzept.

Die Alternative - Verein für umfassende Suchttherapie (2011b). Ulmenhof - Sozialtherapie. Konzept.

Fahrenkrug, Hermann (2006). «Frau Sucht Mann - Mann Sucht Frau». Tagung organisiert von InfoDrog, Fribourg, Februar 2006. In: Burri, Regina/Fahrenkrug, Hermann (Hg.). Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung. Jahrgang 12. Ausgabe 1. Lausanne: ISPA Press. S. 83-84.

Friedrichs, Jürgen (2002). Drogen und soziale Arbeit. Opladen: Lecke + Budrich.

Girrulat, Heidrun (2009). Systemisches Elterncoaching in suchtkranken Familiensystemen. In: Stachowske, Ruthard (Hg.). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. 2. korrigierte Auflage. Kröning: Asanger-Verlag. S. 331-386.

Gmel, Gerhard/Kuendig, Hervé/Notari, Luca/Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.

Hase, Michael (2013). Traumatisierter sucht Bindung. Über die Zusammenhänge zwischen Bindung, Bindungsstörung, seelischer Traumatisierung und substanzgebundener Abhängigkeit. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.). Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 92-109.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Homeier, Schirin/Schrappe, Andreas (2012). Flaschenpost nach irgendwo. Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Howe, David (2015). Bindung über die Lebensspanne. Grundlagen & Konzepte der Bindungstheorie. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hradil, Stefan (1990). Lebenslagenanalysen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Timmermann, Heiner (Hg.). Lebenslagen: Sozialindikatorenforschung in beiden Teilen Deutschlands. Saarbrücken-Scheidt: Verlag Rita Dadder. S.125-146.

InfoDrog - Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (2017). Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und Platzzahlen der stationären Drogentherapieangebote in der Schweiz 2016. Bern.

Kreyssig, Ulrike (1996). Sucht und Suchtkrankenhilfe – Versuch einer Bestandsaufnahme aus feministischer Sicht. In: Fett, Anna (Hg.). Männer-Frauen-Süchte. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 39-54.

Lessmann, Ortrud (2006). Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) - Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung. DIW Berlin.

Neubert, Verena (2016). Bindung und Risiko. Wie weit reicht die produktive Kraft sicherer Bindung? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Opp, Günther (2002). Das Konzept der Schutz- und Risikofaktoren als integrative Perspektive auf die Biographien und Lebenswelten von Suchtklient(inn)en. In: Walter-Hamann, Renate (Hg.). Frühe Schädigung, spätere Sucht? Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 15-32.

Rennert, Monika (2001). Zwischen Mitgefühl und Ohnmacht: das Leben mit einen Suchtkranken. In: Zobel, Martin (Hg.). Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Psychiatrie Verlag: Bonn. S. 62-77.

Röhr, Heinz-Peter (2017). Sucht - Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. Ostfildern: Patmos Verlag.

Rumpf, Hans-Jürgen/Kiefer, Falk (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Schäfer, Ingo (2006). Die Bedeutung von Traumatisierung für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkankung. In: Krausz, Michael/Schäfer, Ingo (Hg.). Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnostik - Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta. S.11-32.

Schindler, Andreas (2013). Bindung und Sucht - theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.). Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 13-31.

Sinn, Sabrina (2013). Spannungsfeld Familie - Sucht. Was es für Kinder bedeutet, wenn die eigenen Eltern substanzabhängig sind. Bachelorarbeit. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Sobot, Arnhild (2009). Warum brauchen Babys Therapie? In: Stachowske, Ruthard (Hg.). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder

in drogenkranken Familien. 2. korrigierte Auflage. Kröning: Asanger-Verlag. S. 177-246.

Sprangler, Gottfried (2011). Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.). Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 282-300.

Stachowske, Ruthard (2009). Einleitung. In: Stachowske, Ruthard (Hg.). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. 2. korrigierte Auflage. Kröning: Asanger-Verlag. S. 7-32.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - Ein Lehrbuch. Bern: Haupt Verlag.

Tinwell, Angela (2014). The Uncanny Valley in Games and Animation. New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.

Tortora, Suzi (2011). Trauma, Stress und postpartale Depression: Das implizite Wissen und seine Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.). Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 72-104.

Trost, Alexander (2013). Drogenabhängige Mütter und ihre Säuglinge - Interaktionsverhalten und Einstellungen. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.). Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 110-138.

Ulich, Dieter (2003). Entwicklung und Sozialisation von Emotionen. In: Ulich, Dieter/Mayring, Philipp (Hg). Psychologie der Emotionen. 2. Überarbeitete & erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. S.118-138.

Ulrich, Waldemar (Hg.); mit Beitr. von Hannes Abplanalp et al. (2000). Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs. Bern: Berner Lehrmittel- und Medienverlag.

Veith, Cornelia (2008). Die Bindungstheorie. Überblick und neuere Forschungsansätze. Innsbruck: Sozialpädagogisches Institut, Fachbereich Pädagogik, SOS Kinderdorf.

Vogelgesang, Monika (2017). Frauen und Substanzabhängigkeit. In: Heinzen-Voss, Doris/Stöver, Heino (Hg.). Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 191-218.

Warns, Clemens (1996). Soziokulturelle Aspekte von Sucht - Impressionen aus Lebenswelten und Innenwelten von Drogenabhängigen. In: Nowak, Manfred/Schifman, Richard/Brinkmann, Rüdiger (Hg.). Drogensucht: Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft. S. 29-42.

Wessler, Ignatz (1996). Pharmakologische abhängigkeitsinduzierender Substanzen. In: Nowak, Manfred/Schifman, Richard/Brinkmann, Rüdiger (Hg.). Drogensucht: Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft. S. 55-74.

Ziegenhain, Ute/Fries, Mauri/Bütow, Barbara/Derksen, Bärbel (2004). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. In: Reichle, Barbara (Hg.). Familienbildung und Beratung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

8.2 Internetquellen

Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. September 2000. URL: https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2001/741.pdf [Zugriffsdatum: 15.05.2018].

Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951/Stand am 1. Januar 2018. URL: https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/index.html [Zugriffsdatum: 11.04.2018].

Die Alternative - Verein für umfassende Suchttherapie (o.J.). Homepage. URL: http://www.diealternative.ch/nc/home.html [Zugriffsdatum: 13.04.2018].

Die Alternative - Verein für umfassende Suchttherapie (o.J.). Leitbild. URL: http://www.diealternative.ch/nc/bereichsleitungen/x/leitbild.html?sword_list%5B0%5D=ethische&sword_list%5B1%5D=grund [Zugriffsdatum: 13.04.2018].

InfoDrog - Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (o.J.). Homepage. http://www.infodrog.ch/index-de.html [Zugriffsdatum: 13.04.2018].

InfoDrog - Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (o.J.). Themen - Therapie. URL: http://www.infodrog.ch/therapie.html [Zugriffsdatum: 13.04.2018].

Schreiber, Lothar Hans (2003). Abhängigkeit oder Sucht? In: SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. (o.O.): Hogrefe. URL: https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/suc.2003.49.2.126 [Zugriffsdatum: 18.03.2018]. S.126-128.

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS (o.J.). SKOS-Richtlinien. URL: https://www.skos.ch/skos-richtlinien/ [Zugriffsdatum: 11.04.2018].

Sucht Schweiz (2013). Im Fokus - Heroin. Heilmittel, Droge und verschreibungspflichtiges Medikament. Lausanne. URL: http://shop.addictionsuisse.ch/download/688738ca2410e5158bc9cca2053bd1b241b520ba.pdf [Zugriffsdatum: 18.03.2018].

Suchtmonitoring Schweiz (o.J.). Multipler Substanzgebrauch. URL: http://www.suchtmonitoring.ch/de/7.html?multipler-substanzgebrauch [Zugriffsdatum: 12.03.2018].

World Health Organization (o.J.). Definition: Dependence Syndrom. URL: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ [Zugriffsdatum: 07.03.2018].

Zimmermann, Nadine/Jizzini, Monique (2012). Sozialhilfe-Behördenhandbuch des Kantons Zürich. Neuauflage. Zürich: Kantonales Sozialamt Zürich. URL: http://www.sozialhilfe.zh.ch/Seiten/Kapitel.aspx?OpenTrigger=6&FilterValue1=6%2E0 [Zugriffsdatum: 14.04.2018].