



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Erziehungs- und Pflegefähigkeit
ehemals drogenabhängiger Mütter“

Verfasserin

Barbara Maria Lauermann

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:

A 297
Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ. Prof. Dr. Max Friedrich

KURZZUSAMMENFASSUNG

In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob und unter welchen Bedingungen, eine ehemals drogenabhängige Mutter in der Lage ist, selbstständig für ihr Kind zu sorgen und es zu erziehen. Meine Arbeit soll sowohl die positiven Aspekte, die Chancen und die Motivationen, die mit einer Mutterschaft einhergehen, aber auch die Risiken, Probleme und Belastungen, die damit verbunden sind, beleuchten. Die erzieherischen Kompetenzen und die pflegerischen Fähigkeiten, die man bei Müttern als selbstverständlich annimmt, sind durch die spezielle Lebensgeschichte und jahrelange Abhängigkeit ehemals drogenabhängiger Frauen teilweise verlorengegangen bzw. durch andere Probleme verdrängt worden. Ich werde versuchen, die von mir aufgestellten Hypothesen mittels Interviews mit ehemals drogenabhängigen Müttern (im empirischen Teil) zu untermauern und mögliche Problemlösungsstrategien anzuführen.

In einer konsumgesteuerten Welt, wie der heutigen, werden Luxus und Wohlstand als höchstes Gut angesehen. Genussmittel wie Zigaretten, Alkohol und Drogen gehören in manchen Gesellschaftsschichten zum „guten Ton“ und verleiten häufig zum unkontrollierten Konsum dieser Güter. Lust soll, buchstäblich um jeden Preis, erkaufte werden. Die Luststeigerung steht an erster Stelle. Dass eine exorbitanere Lust auf anderem Wege auch erreichbar wäre, entzieht sich meist dem Blickwinkel der Betroffenen. Lustempfinden durch individuelle Leistung, zum Beispiel die Erziehung des eigenen Kindes kann einen solchen Weg begründen. Insbesondere diese Erfahrungen sind sie bemüht, so zeigt auch meine eigene Recherche sehr anschaulich, eine gute Erziehung für ihre Anverwandten zu gewährleisten und Verantwortung zu übernehmen für sich selbst, ihr eigenes Verhalten und ihre Kinder. Drogenabhängige Mütter sehen diesen Ausweg nicht. Erst nach erfolgreichem Entzug und dem Wiedereinstieg in ein abstinentes Leben können sie den wahren Reichtum an Gefühlen durch die Zuwendung eines Kindes erahnen. Um dieses Hochgefühl aufrecht zu erhalten, versuchen sie eine gute Mutter zu sein.

ABSTRACT

The content of this thesis is to analyze the capability of mothers former drug addicted, to care of and educate their children. On the one hand, I would like to show the positive aspects, opportunities and motivations involved in being a mother, but also, on the other hand, the risks, problems and stresses that a mother has to face and cope with.

Sometimes the educational skills and caring capabilities which we usually take for granted in relation to mothers, can be lost due to the specific life experiences and the extended period of drug addiction suffered by these women, or they can simply be replaced as a result of other problems that arise. I will attempt to substantiate this hypothesis based upon my interviews with former drug-abusing mothers - in the empirical section – and in addition, I will also try to provide possible problem-solving strategies.

In a consumer-controlled world like today, is luxury and wealth regarded as the highest good. The consumption from drugs, alcohol and cigarettes belong to many social classes as doog manners, and often leads to a uncontrollable consumption of these goods. Desire is to be literally bought at any price. The increasing pleasure is most important. That an exorbitant desire could be achieved in otherways, withdraws the perspective of those affected. Sensation of pleasure by individual achievement, for example the upbringing of your own child may give reasons for such. In particular this experience of the efforts is indicceted in my research very clearly.

To ensure a good education for their relatives, and to take responsibility for themselves, their own behaviour and their children, drug-dependent mothers do not view this solution. Only after successful withdrawal and reentry into a life of abstinence can you imagine the real wealth of emotions through the gift of a child. They try to keep this feeling by being a good mother for their children.

Analysis´results and figures indicated that former drug addict mothers are capable to care of and educate their children under certain specific conditions. They include a form of intensive monitoring by professional institutions and active support by community and family environment. Valid risk-assessment on high level is a crucial point to enable mothers for responsibility.

Dankesworte

Großen Dank an **FH-Prof. Dr. Heinz Wilfing**, für seine fachliche Betreuung und Beratung, und vor allem für seine große Geduld!

Vielen Dank an **Ao. Univ.-Prof. Dr. Max Friedrich**, der sich freundlicherweise dazu bereit erklärt hat, die Betreuung der Diplomarbeit zu übernehmen.

Danke an **Marilen Znidar** und **Lisa-Marie Leitner** für ihre große Unterstützung.

Mein größter Dank gilt meinen Eltern **Maria** und **Josef Lauermann**, die mich in vielfältigster Weise unterstützt haben, mir Mut und Kraft gegeben haben, und mir geholfen haben, nicht aufzugeben.

Ich bedanke mich bei **ALLEN**, die mich während dieser Zeit ermutigt und mir geholfen haben!

Diese Abschlussarbeit meines Studiums widme ich

Maria, Josef und Rosa Lauermann

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	5
1. Einleitung	9
1.1. Motivation.....	9
1.2. Thema.....	9
1.3. Fragestellung.....	11
1.4. Thesen.....	12
1.5. Methodik.....	12
2. Sucht	12
2.1. Definition von Sucht und Abhängigkeit, Entstehung einer Sucht	12
2.1.1. Medizinische Definition.....	15
2.1.2. Psychosoziale Definition.....	16
2.2. Drogenarten und -Wirkungen.....	17
2.2.1. Opiate.....	19
2.2.2. Die Drogensituation in Österreich 2011 und drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder im Jahr 2011.....	20
2.3. Schwangerschaft und Drogen- Substitution.....	23
2.3.1. Substitution mit Burprenorphin und Suboxone.....	25
2.3.2. Neonatales Abstinenzsyndrom.....	27
2.3.3. Physiologische und psychische Auswirkungen auf das Kind.....	30
2.3.4. Physiologische und psychische Auswirkungen auf die Frau- Mutterschaft und Drogen.....	32
2.3.5. Die positiven und negativen Aspekte einer Schwangerschaft bei Drogenabhängigen.....	34
3. Erziehung	36
3.1. Definition von Erziehung.....	36

3.1.1. Erziehungsformen- und Stile.....	37
3.1.1.1. Häufige Erziehungsmuster drogensüchtiger Mütter.....	38
3.2. Unter welchen Bedingungen Kinder bei ihren ehemals drogenabhängigen Müttern bleiben können bzw. dürfen und rechtliche Aspekte.....	39
3.3. Erziehungs- und Pflegefähigkeit.....	41
3.4. Mutter-Kind-Beziehung.....	42
3.4.1. Bindungstheorien.....	44
3.5. Sozialarbeit/ Betreuung.....	45
3.5.1. Advokatorische Ethik/Fremdbestimmung.....	46
3.5.1.1. Advokatorische Ethik- Begriffserklärung.....	46
3.5.1.2. Wozu ist eine advokatorische Ethik überhaupt nötig?	47
3.5.1.3. Was spricht gegen eine advokatorische Ethik.....	48
3.5.1.4. Wie ist eine advokatorische Ethik möglich?	49
3.5.1.5. Wozu sind wir im Rahmen einer advokatorischen Ethik verpflichtet?	49
3.5.2. Pädagogische Ansprüche und Stabilisierungsfaktoren/Ressourcen erkennen und fördern.....	50
3.5.3. Risiken und unterstützende Problemlösungsstrategien.....	52
3.5.4. Betreuungsmodelle.....	56
3.5.4.1. Niederschwellige Betreuungseinrichtungen.....	56
3.5.4.1.1. „Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH“	56

3.5.4.1.2.	Drogenberatungs-u.Betreuungsstelle „Streetwork“	56
3.5.4.1.3.	Sozialmedizinische Drogenbetreuungs,-u.Beratungsstelle „Ganslwirt“, bzw. „TaBeNo“	57
3.5.4.2.	Mittelschwellige Betreuungseinrichtungen.....	59
3.5.4.2.1.	„Verein Dialog“	59
3.5.4.2.2.	Allgemeines Krankenhaus.....	60
3.5.4.2.3.	Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe.....	62
3.5.4.3.	Hochschwellige stationäre Einrichtungen.....	63
3.5.4.3.1.	„Anton Proksch Institut“	63
3.5.4.4.	Institutionen und Projekte aus Österreich für ehemals drogenabhängige Frauen und ihre Kinder.....	64
3.5.4.4.1.	Drogenambulanz im Allgemeinen Krankenhaus Wien.....	64
3.5.4.4.2.	Kinderneuropsychiatrische Langzeitbetreuung im Krankenhaus Rosenhügel.....	65
3.5.4.4.3.	Das Eltern-Kind-Haus im „Marienhof“ des Vereins „Grüner Kreis“ ...	65
4.	Empirische Erhebung	66
4.1.	Empirische Untersuchung zur Erziehungs- und Pflegefähigkeit ehemals drogenabhängiger Mütter	66
4.2.	Hypothesenbildung.....	67
4.3.	Methodik.....	69
4.4.	Erhebungstechnik.....	70
4.5.	Auswertungstechnik.....	71
4.6.	Ergebnisse der qualitativen Interviews.....	71
4.7.	Generalisierende Analyse der Interviews	72

4.7.1. Lebenssituation- und Bedingungen.....	72
4.7.1.1. Erziehung.....	73
4.7.1.1.1. Erziehungs- und Pflegefähigkeit.....	75
4.7.1.1.1.1. Mutterschaft und Drogen.....	78
4.7.2. Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Antworten der Interviews.....	81
4.8. Statistische Darstellungen und Auswertungen der Interviews.....	83
4.8.1. Fragebogen zur statistischen Auswertung der Interviews.....	84
4.8.2. Statistische Darstellungen und Auswertung.....	84
4.9. Hypothesenüberprüfung.....	97
4.10. Interpretation und Beantwortung der zentralen Fragestellung.....	99
5. Resümee.....	100
Literaturverzeichnis und Anhang.....	102

1. EINLEITUNG

1.1. MOTIVATION

Durch Ereignisse im privaten Umfeld im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit habe ich mich näher mit der Thematik Sucht und Abhängigkeit beschäftigt. Ich bin, aufmerksam geworden durch eine Dokumentation über junge, ehemals drogenabhängige Mütter, die in betreuten Einrichtungen leben, zum Entschluss gekommen, mich in meiner Diplomarbeit mit den Fragen rund um den Bereich Drogen und Mutterschaft, bzw. die erzieherische Kompetenz dieser Frauen zu beschäftigen, da dies ein Thema ist, welchem in der Gesellschaft nicht viel Beachtung geschenkt wird. Zunehmend rückt das Problem der zunehmenden Anzahl an Substanzabhängigen in unser Bewusstsein. Dass zu ihnen auch alleinerziehende Mütter zählen, welche sich mit diversen Schwierigkeiten, im Alltag mit dem Kind, sowie von seitens der Gesellschaft und der Justiz, konfrontiert sehen, wird oft nicht wahrgenommen. Ich möchte durch meine Arbeit zu diesem Problem auf dieses heikle Thema aufmerksam machen und für die Notlagen dieser Frauen sensibilisieren, durch die Frage: *Sind ehemals drogenabhängige Mütter pflege- und erziehungsfähig?* In meiner Arbeit möchte ich auch die pädagogische Bedeutung dieses Themas hervorheben. Ich vermute, dass eine inklusive Pädagogik sowohl zur Risikovermeidung, als auch zur Stabilisierung betroffener Mütter und ihrer Kinder wesentliches beizutragen hat. Diesen pädagogischen Faktor herauszuarbeiten und darzustellen, scheint ein wesentliches Ziel meiner Arbeit.

1.2. THEMA

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht der Europäischen Union (EBDD) befasst sich mit der aktuellen Situation des Drogenmissbrauchs illegaler Drogen in den jeweiligen Ländern. Jährlich gibt sie einen Bericht zur Drogensituation in den Mitgliedsländern heraus – so auch für Österreich. Es werden

darin unter anderem die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen und deren Entwicklungen untersucht.¹

Die aktuellsten Einschätzungen hinsichtlich der Zahl der Abhängigen in Österreich, in erster Linie jener mit polytoxikomanem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opiaten, ergeben innerhalb des Jahres 2009 zwischen 25.000 und 37.000 Personen. Laut aktuellen Daten aus dem Behandlungsbereich, wird bestätigt, dass Opiate nach wie vor als Leitdrogen dominieren.²

Im Unterschied zu Männern, sind Frauen weniger gefährdet dem Drogenkonsum zu verfallen und es lässt sich für sie auch eine höhere Erfolgsquote im Bezug auf einen Ausstieg prognostizieren. Studien zu Geschlechtsunterschieden ergeben, dass Frauen, entgegen der allgemeinen Meinung, in Einrichtungen der Drogenhilfe einen Großteil ausmachen³

Es lässt sich allerdings beobachten, dass weibliche Drogenabhängige stärker diskriminiert werden als männliche Betroffene. Wünschenswert für diese Frauen wären ihre speziellen Bedürfnisse und Probleme berücksichtigenden Angebote, welche ihnen einen Ausweg aus der Abhängigkeit bieten.

Die Europäische Beobachtungsstelle vertritt die Meinung, dass der Konsum von Drogen mit dem vorherrschenden Frauenbild und den ihr darin zugeschrieben Rollen in Europa, nicht vereinbar sind. Ein zentrales Thema ist dabei die Mutterschaft. Betroffene Frauen scheuen sich oft davor sich einer Drogentherapie zu unterziehen, aus Angst ihre Kinder dadurch zu verlieren.⁴

Die Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht erklärt hierzu:

„Die wachsende Zahl von Kindern drogenabhängiger Frauen läuft zunehmend Gefahr, selbst drogenabhängig zu werden,

¹ Vgl. Bericht zur Drogensituation 2010. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit. Hrsg. u.a. von Marion Weigl. Projektassistentz: Monika Löbau. Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2010.

² Vgl. ebd.

³ Vgl. Online im WWW unter URL: <http://drogenhilfe.at/downloads/bericht-zur-drogensituation-2010.pdf> [28.10.2010]

⁴ Vgl. www.emcdda.europa.eu/.../att_1074_DE_pr06_ar00_women_de.pdf [9.10.2000]

weshalb die möglichen Auswirkungen auf die Kinder für zunehmende Aufmerksamkeit sorgen.“⁵

Das Interesse an der Situation suchtkranker Frauen und ihrer Kinder stellt jedoch oft jene in den Hintergrund, die ihre Drogensucht bereits überwunden haben und „clean“ sind.

Gerade allerdings Beobachtungen ehemals drogenabhängiger Mütter im Umgang mit ihren Kindern, können viel Wissenswertes zu diesem Thema hervorbringen. In solchen Beobachtungsstudien werden besonders die Fähigkeiten der Mütter, ihre Kinder angemessen und zufriedenstellend zu erziehen und zu pflegen, untersucht. Diese Fähigkeiten können drogenabhängige oder ehemals drogenabhängige Mütter nur erfolgreich erlernen, wenn sie die nötige Unterstützung und professionelle Hilfe in entsprechenden Einrichtungen und Anlaufstellen erhalten.

1.3. FRAGESTELLUNG

Die Unterstützung ehemals drogenabhängiger Mütter sollte einen hohen Stellenwert einnehmen, um die besten Voraussetzungen für ein kindgerechtes und geregeltes Aufwachsen ihrer Kinder schaffen zu können.

Deshalb lautet die zentrale Fragestellung meiner Diplomarbeit: Können ehemals drogenabhängige Mütter ihrem Erziehungs- und Pflegeauftrag nachkommen, und wenn ja, unter welcher Voraussetzung und Bedingungen sind sie dazu in der Lage? Welche Unterstützungen von außen benötigen sie dafür? Welchen Beitrag kann eine Inklusive Pädagogik⁶ dazu bieten?

Daraus ergeben sich folgende Detailfragen:

1. Wie wirkt sich die ehemalige Drogensucht von heroinsüchtigen Müttern, pränatal und postnatal auf die Entwicklung des Kindes aus?
2. Wie sehen die pädagogischen Ansprüche der Gesellschaft an ehemals drogenabhängige Mütter aus, welchen Erziehungsstil verfolgen sie mehrheitlich

⁵Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht:

www.emcdda.europa.eu/.../att_1074_DE_pr06_ar00_women_de.pdf [9.10.2000]

⁶ Def.: Die Inklusive Pädagogik gilt als ein Ansatz der Erziehungswissenschaft, der auf die Wertschätzung der Reichhaltigkeit in Bildung und Erziehung aufbaut. Sie bildet den Gegensatz zur Separation.

Vgl. Schöler, Jutta: *Alle sind verschieden. Auf dem Weg zur Inklusion in der Schule*. 1.Auflage. Weinheim und Basel: Beltz 2009.

in ihrem pädagogischen Verhalten und inwieweit übernehmen sie selbstständig und erfolgreich die Pflege ihrer Kinder?

3. Unter welchen Bedingungen können ehemals drogenabhängige Mütter gemeinsam mit ihrem Kind einem geregelten Alltag nachgehen und welche Unterstützung ist notwendig, um die Ressourcen der Mütter zu erkennen und zu fördern?

1.4. THESEN

- Die Drogenabhängigkeit der Mutter könnte sich auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes negativ auswirken.
- Die Folgen der Abhängigkeit können sich negativ auf das Erleben und Verhalten in der Mutterschaft auswirken.
- Betroffene Frauen entscheiden sich oft aufgrund der Schwangerschaft gegen das Leben mit den Drogen.
- Verschiedene Maßnahmen sind notwendig, damit eine gesunde Mutter-Kind-Beziehung aufgrund der erschwerten Situation aufrecht erhalten werden kann.
- Erziehungs- und pflegefähig kann eine Mutter nur dann werden, wenn bestimmte Voraussetzungen durch die Umwelt geschaffen werden, und wenn sie die nötige Unterstützung bekommt.
- Um den Kindern ein kindgerechtes und geregeltes Aufwachsen ermöglichen zu können, ist es unumgänglich, dass betroffene Frauen auch nach dem Entzug entsprechende Behandlungen wahrnehmen, und somit die Risiken eines Rückfalls vermieden werden können.
- Im Zuge der Therapie muss beachtet werden, dass den Müttern, trotz einer Fremdbestimmung seitens der TherapeutInnen, der nötige Respekt in Bezug auf ihre Mutterschaft entgegen gebracht wird.
- Vorhandene, sozialpädagogische Ressourcen der Mütter müssen erkannt und gefördert werden.

- Der Therapeut/ die Therapeutin soll der betroffenen Frau jegliche Unterstützung ermöglichen und mit ihr gemeinsam Problemlösungsstrategien entwickeln.

1.5. METHODIK

Der erste Teil meiner Diplomarbeit beschäftigt sich mit einem historisch-genetischen Abriss des Themas, Sucht und Abhängigkeit in Bezug auf Mutterschaft auf. Zur Erarbeitung der zugrunde liegenden Fragestellung, Erziehungs- und Pflegefähigkeit ehemals drogenabhängiger Mütter' wird eine hermeneutisch-begriffsanalytische Materialanalyse der gesammelten Unterlagen vorgenommen. Anhand der Analysen möchte ich beweisen, dass ehemals drogenabhängige Mütter unter bestimmten Voraussetzungen durchaus erziehungs- und pflegefähig sind. Anhand von Fallbeispielen, welche ich durch Interviews mit betroffenen Frauen eingeholt habe, soll eine empirisch-quantitative Analyse der Thematik stattfinden.

2. SUCHT

2.1. Definition von Sucht und Abhängigkeit, Entstehung einer Sucht

Es gibt zwei verschiedene Arten der substanzangebundenen Abhängigkeit. Die Abhängigkeit von legalen Mitteln wie Alkohol (in Österreich ca. 330.000 Alkoholranke), Nikotin (ca.2.000.000 rauchen in Österreich täglich), Koffein und verordneten Medikamenten ist von der Abhängigkeit bzw. Sucht illegaler Mittel zu unterscheiden. Auf Letzteres möchte ich meinen Schwerpunkt setzen.⁷

Als Sucht wird ein zwanghaftes Verhalten definiert, welches aufrechtzuerhalten nur durch Täuschung und Lüge möglich ist, um den Konsum von illegalen Substanzen fortzusetzen.⁸ Jede Art von Empfindung wird durch die Sucht relativiert, meist hat sie

⁷ Vgl. Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/ Springer, Alfred (Hrsg.): *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Wien: Springer- Verlag 2003, S. 18.

⁸ Vgl. Göttfried, Bettina: *Drogensucht – Zerstörung der Normalität. Eine sozialpädagogische Analyse. Diplomarbeit*. Wien 2001, S.7.

eine zerstörerische Wirkung auf die Süchtigen, aber auch auf deren soziales Umfeld.⁹

Es gibt zwei Formen von Sucht: Die stoffinduzierte Form, als Sucht nach Heroin, Alkohol und dergleichen sowie die nicht stoffabhängige Form, wie suchtartige Essstörungen, Spielsucht etc.¹⁰

Die Sucht gilt im Allgemeinen als Krankheit und wird auch als solche behandelt. Unter Abhängigkeit verstehen der ICD 10 sowie das Diagnostische-Statistische Manual psychischer Störungen der US-Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation (DSM IV) jeglichen Verlust von Kontrolle, sowie das Aufrechterhalten des Drogenkonsums trotz der lebensbedrohlichen Gefahr.¹¹

Mögliche Motivationen für den regelmäßigen Konsum von Substanzen im Allgemeinen, und dem Konsum von Opiaten im Speziellen möchte ich hier auflisten:

Die Sucht befreit von jeglicher Verantwortung, vor allem für das eigene Leben.¹² Oftmals suchen Jugendliche eine Möglichkeit, um Verantwortung zu entgehen und finden diese in der Droge. Auf Grund der vielen Konflikte, die während der Adoleszenz auftreten, sind viele von ihnen mit ihren Problemen überfordert und kommen so leichter in Kontakt mit diesen Substanzen.

Unter dem Begriff Abhängigkeit versteht man den starken Zwang oder Wunsch, Substanzen zu konsumieren mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern. Mit der Zeit bringt die Abhängigkeit einen zunehmenden Kontrollverlust über den Substanzkonsum sowie ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz mit sich. Fortschreitend werden andere Interessen zugunsten des Substanzkonsums vernachlässigt.¹³

Der Entstehung von Sucht oder Abhängigkeit könnte ein neurotischer Konflikt in der Kindheit vorausgegangen sein, welcher nicht gelöst und möglicherweise durch Drogenmissbrauch verdrängt wurde. Durch die Wirkung vieler Substanzen wird nicht nur die Wahrnehmung gestört, sondern auch Spannungen und Unsicherheiten scheinen

⁹ Vgl. Wilson Schaef, Anne: *Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit*. Aus dem Amerikanischen von Brigitte Jakobeit. 1.Auflage. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag 1989, S.32.

¹⁰ Vgl. Göttfried, Bettina: *Drogensucht – Zerstörung der Normalität*, S.7.

¹¹ Vgl. ebd., S.5-6.

¹² Vgl. Wilson Schaef, Anne: *Im Zeitalter der Sucht*, S. 33.

¹³ Vgl. Grabenberger, Silke: *Opioiderhaltungstherapie bei graviden substanzabhängigen Frauen unter dem besonderen Blickwinkel der psychosozialen Betreuung im AKH Wien*. Diplomarbeit. Wien 2002, S.11.

zu verschwinden. Der/die Abhängige muss sich eventueller unverarbeiteten Kindheitsproblemen, wie negativen Erfahrungen mit alkohol- oder drogenabhängigen Eltern oder Verwandten, Missbrauch und Ähnliches, somit nicht stellen und sieht die Sucht möglicherweise als eine Art Schutz oder Ausweg.¹⁴

Ausschlaggebend für die Entstehung einer Sucht ist also die psychische Struktur der/des Betroffenen.¹⁵ Aber auch soziale Umstände können Ursache für dieses Problem werden. In unserer heutigen Gesellschaft wird ein gewisses Maß an Drogenkonsum in bestimmten Gesellschaftsschichten beinahe als ein Mittel zur Lebensbewältigung angesehen, um den Konkurrenzkampf in der Arbeitswelt zu bestehen, in Zeiten der Krise schwere finanzielle Schläge hinzunehmen, persönliche Rückschläge zu verkraften oder sogar aus purer Langeweile.¹⁶ Vor allem im Jugendalter wird Letzteres häufig angewandt und gerne wird auch mit Drogen experimentiert. Oft sollen die Drogen auch bei den auftretenden Problemen und Aufgaben der Jugendlichen im Übergang zur Adoleszenz helfen. Diese Lebensphase gilt als besonders schwierig und wichtig für die persönliche Entwicklung.¹⁷

In diesem Zusammenhang werden auch gerne Familien- sowie Beziehungskrisen als potentielle Auslöser für den Beginn einer Sucht genannt. Intakte Beziehungen und ein erfülltes Familienleben beugen auf natürliche Weise dem Drogenkonsum vor.

In all den genannten Fällen entwickelt sich der Drogenkonsum meist sehr rasch zu einem ernstzunehmenden Drogenproblem, welches ohne professionelle Hilfe oft nicht mehr in den Griff zu bekommen ist.

2.1.1. Medizinische Definition

Die Medizin definiert Drogenmissbrauch als Syndrom, welches durch Auftreten von Entzugssymptomen nach kurzen Abhängigkeitsperioden, die Ausführung eines regelmäßigen Konsummusters trotz eindeutig negativen körperlichen Wirkungen, der Nachweis von Toleranz gegenüber der Substanz, die Entwicklung eines Zwangs zum

¹⁴ Vgl., ebd., S.11.

¹⁵ Vgl. Göttfried, Bettina: *Drogensucht – Zerstörung der Normalität*, S. 14.

¹⁶ Vgl. ebd., S.16.

¹⁷ Vgl. Grabenberger, Silke: *Opioiderhaltungstherapie bei graviden substanzabhängigen Frauen unter dem besonderen*, S.11.

Substanzgebrauch und „Craving“ (Gier), physischer und psychischer Kontrollverlust, sowie die hohe Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach Phasen der Abstinenz gekennzeichnet ist.¹⁸

Dieser schädliche Gebrauch wird wie folgt näher erklärt:

„Es handelt sich um Stoffe, die hauptsächlich über zentralnervöse Mechanismen auf den Organismus einwirken und dort das subjektive Wohlbefinden verändern, in einer Weise, dass eine fortgesetzte Konsumation gefördert oder wahrscheinlicher wird, um diesen subjektiv erwünschten Zustand aufrechtzuerhalten.“¹⁹

Dem Abhängigkeitssyndrom wird überdies eine Vielzahl von körperlichen, Verhaltens- sowie kognitiven Erscheinungen zugeschrieben.²⁰ Als Folge von gesundheitsschädlichem Gebrauch werden körperliche Erkrankungen wie zum Beispiel Formen von Hepatitis beschrieben.²¹

2.1.2. Psychosoziale Definition

Die psychosoziale Definition einer Sucht beschreibt, dass sich jedes Verhalten eines Menschen zu einer Sucht oder Abhängigkeit entwickeln kann, wenn dafür soviel Zeit investiert wird, dass die weitere psychosoziale Entwicklung der Person dadurch beeinträchtigt ist.²²

Sucht wird hier als ein das Individuum beeinträchtigendes Verhalten definiert, das eine destruktive Entwicklung zur Folge hat.²³

Die Sucht löst also einen Zustand der Endostase, das heißt Erstarrung, aus und verhindert den Zustand der Homöostase, also ein dynamisches Gleichgewicht des

¹⁸ Vgl. Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/ Springer, Alfred (Hrsg.): *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. Wien: Springer- Verlag 2003, S.21.

¹⁶ Ebd., S.21.

²⁰ Vgl. Mombour, W.W./ Schmidt, M.H.(Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V. ICD-10*. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Verlag Hans Huber 1993, S.92.

²¹ Vgl.. ebd., S.91.

²² Vgl. <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/> [10.10.2011]

²³ Vgl. ebd. [10.10.2011]

Betroffenen.²⁴

Das Suchtverhalten wird zwanghaft wiederholt und gewinnt mehr an Bedeutung, gleichzeitig führt dies zu einer zunehmenden Einengung der sozialen Beziehungen des Betroffenen und hat schlussendlich den Verlust der eigenen Interessen bzw. Selbstkontrolle zur Folge.²⁵

Wird dem Bedürfnis nach Befriedigung nicht nachgegangen, so treten psychische Entzugserscheinungen auf. Der Süchtige strebt danach, sein Verhalten zu rechtfertigen, auch wenn dies gesundheitliche Folgen mit sich ziehen wird.²⁶

Der Konsum der Substanz oder einer Substanzklasse wird vorrangig, gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von der betroffenen Person früher als wichtiger eingestuft wurden. Charakteristisch an der Abhängigkeit ist das oftmals starke, gelegentlich übermächtige Bedürfnis psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren.²⁷

Der Abhängige hat den Wunsch, den Drogengebrauch fortzusetzen und sich die Droge unter allen Umständen zu verschaffen, koste es was es wolle. Außerdem neigt ein Abhängiger auch dazu, die Dosis zu erhöhen. Die Sucht bringt eine psychische und/oder eine physische Abhängigkeit von den Wirkungen der Drogen mit sich und hat oft eine zerstörerische Wirkung auf den Einzelnen und auf die Gesellschaft.²⁸

2.2. Drogenarten und -Wirkungen²⁹

Kokain: Diese Substanz wird aus den Blättern des südamerikanischen Coca-Strauches gewonnen. Als Pulver wird es nasal eingenommen, oder im flüssigen Zustand gespritzt. Als Wirkung sind ein starker Bewegungsdrang, sowie Euphorie und die Steigerung des sexuellen Lustempfindens bekannt. Bei andauernder Einnahme kann es zu Angstzuständen wie Paranoia, Depressionen, Impotenz, bis hin zu einer Kokain-Psychose kommen. Die Substanz wirkt ein bis zwei Stunden lang.

²⁴ Vgl. ebd., [10.10.2011]

²⁵ Vgl. ebd., [10.10.2011]

²⁶ Vgl. ebd., [10.10.2011]

²⁷ Vgl. ebd., [10.10.2011]

²⁸ Vgl. ebd., [10.10.2011]

²⁹ Alle Drogenarten und -Wirkungen: Vgl. ebd., [10.10.2011]

Amphetamine: Sie sind in der Wirkung Kokain gleichzusetzen. Sie verringern das Bedürfnis nach Schlaf und Nahrung und scheinen die Leistungsfähigkeit zu steigern. Durch die Appetit hemmende Auswirkung wurden Amphetamine lange im Handel angeboten. Bei Missbrauch treten toxische Symptome wie schwere Halluzinationen, Krampfanfälle und Psychosen auf.

LSD: Diese Droge beginnt erst nach etwa 45 Minuten zu wirken. Die Wirkung hält aber für zirka acht Stunden. Anfängliche euphorische Zustände verwandeln sich schnell in Angstzustände bis zur Psychose. Sogenannte „Flashbacks“ treten auch noch lange Zeit nach dem Drogenkonsum immer wieder spontan auf und versetzen in die veränderte Wahrnehmung während des Rausches zurück.

Cannabis / Marihuana: Beide Substanzen stammen von der gleichen Pflanze, nämlich Hanf. Sie werden geraucht, manchmal auch mit Tabak gemischt. Auch in verarbeiteter Form als Kekse ist Haschisch verbreitet. Durch die benebelnde Wirkung von Haschisch treten eine gewisse körperliche Ungeschicklichkeit, sowie ein gestörtes Zeitgefühl auf. Eine Verstärkung des Wahrnehmens von Farben und Tönen, vor allem als Halluzinationen und spontane Lachanfänge werden außerdem zu den Symptomen gezählt. Bei chronischem Gebrauch kommt es zu Beeinträchtigungen des Gedächtnisses.

Designer Drogen (zB Crack, Ecstasy...): Wie der Name schon vermuten lässt, werden diese Drogen erst designed, bevor sie in Labors aus meist legalen Chemikalien hergestellt werden. Das schwerwiegendste Problem hierbei liegt in den irreversiblen Begleiterscheinungen, die auch bei kurzem Konsum sehr schnell auftreten. Zu diesen zählen bei dem Derivat von Kokain, dem so genannten Crack zum Beispiel problematische Lungen- und Gehirnschäden, die nicht behebbar sind, Depressionen und Angstzustände. Ecstasy wirkt halluzinogen und führt unter anderem zu Muskelkrämpfen und suizidalen Neigungen.

Zu den Drogenarten zählen überdies die Opiate, auf welche ich im folgenden Punkt näher eingehe.³⁰

³⁰ Vgl. Wilfing, Heinz Dr: *Handlungsfeld Sucht (HAF7). Unterlagen zur Verwendung am Fachhochschul – Studiengang. Sozialarbeit im städtischen Raum.* Wien Wintersemester 2005/2006.

2.2.1. Opiate

Da ein Großteil der Abhängigen irgendwann in ihrer Drogenkarriere mit Opiaten in Berührung kommt, möchte ich diese Art der Droge besonders beachten.

“Opiate sind die Wirkstoffe des Schlafmohns. Die wichtigsten Vertreter sind Opium, Morphin, Heroin und Kodein.“³¹

Etwa 90% aller Opiatabhängigen verwenden Heroin. Eine genaue Zahl der Süchtigen konnte noch nicht erhoben werden. Geschätzte 20.000 Abhängige werden allein Österreich zugeschrieben. Die Opiatabhängigkeit kann schon nach 24 Stunden des anhaltenden Konsums eintreten und gilt als einzige Art der Sucht, die durch medizinisch geprüfte Substitution den Patienten unterstützen kann, ohne gesundheitliche Schäden zu riskieren.³²

„Heroin entsteht durch eine chemische Reaktion von Morphin und Essigsäure und ist ein Derivat des Morphins. Im Gegensatz zu anderen Substanzen zeigt diese eine hohe Wasserlöslichkeit und entfaltet dadurch bei der intravenösen Injektion rasch seine Wirksamkeit.“³³

Das gefährlichste aller Opiate kann sowohl oral oder nasal eingenommen, als auch intravenös injiziert werden.³⁴ Heroin wirkt schmerzlindernd und zugleich euphorisierend.³⁵ Überdies betäubend, in manchen Fällen wird auch von narkoseähnlichen Zuständen berichtet. Bei anfänglichem Gebrauch stellen sich Glücksgefühle und Euphorie ein, die aber mit der Zeit den unerträglichen, risikoreichen Nebenerscheinungen weichen.³⁶

Als Nebenwirkung muss auch die Toleranzentwicklung Erwähnung finden, welche bei abhängigen Personen, zu ständiger Erhöhung der Dosierungen führt. Schon eine leichte Überdosierung dieses Opiats kann jedoch den Tod bedeuten.³⁷

³¹ Vgl. Grabenberger (2002), S.9.

³² Vgl. Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/ Springer, Alfred (Hrsg.): *Opiatabhängigkeit*. S.45

³³ Grabenberger (2002), S.9.

³⁴ Vgl. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz: *Drogen, Sucht und Therapie. Das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner Lösung*. 3 Bände. Bd.1. BM für Gesundheit und Umweltschutz, 1981, S.17.

³⁵ Vgl. Grabenberger(2002), S.9.

³⁶ Vgl. Göttfried, Bettina: *Drogensucht – Zerstörung der Normalität*, S.98.

³⁷ Vgl. Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/ Springer, Alfred (Hrsg.): *Opiatabhängigkeit*, S.47.

Sonstige gesundheitliche Auswirkungen haben ihren Ursprung weniger in der Droge selbst, als in der unhygienischen Form der Verabreichung. Immer häufiger kommt es zur Infektion mit Aids, durch das Teilen nicht steriler Spritzen. Infektionen mit Bakterien aller Art, Leber- und Nierenerkrankungen, Pilzinfektionen, Abszesse sowie die Infektion mit Hepatitis B und C stellen große physische und soziale Gefahren dar. Die Beschaffung der Droge ist nur auf illegalem Weg möglich und ihr Preis ist hoch. Für viele bedeutet die Sucht auch eine Schuldenfalle. Um sich die nötige Dosis leisten zu können schrecken die Betroffenen meist vor nichts zurück. Kriminalität, Betrug und Prostitution sollen dann in vielen Fällen der Finanzierung dienen.³⁸

2.2.2. Die Drogensituation in Österreich und drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder im Jahr 2011³⁹

Im Bericht der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit zur Drogensituation 2011 in Österreich wird ein Überblick über die aktuelle Entwicklung bezüglich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, über die epidemiologische Situation und Maßnahmen der Nachfragereduktion im Zeitraum 2010/2011 geboten. Jährlich werden andere Schwerpunkte gewählt und bearbeitet, wobei dieses Jahr die Themen „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ sowie „Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder“ ausgewählt wurden und im Mittelpunkt stehen.

Die Kontrolle einzelner cannabinomimetisch wirkender Substanzen wurde 2011 im Rahmen des überarbeiteten Arzneimittelgesetzes ebenfalls auf verschiedene Substanzgruppen erweitert. Durch das Budgetbegleitgesetz wurden Änderungen des Suchtmittelgesetzes nötig, die sich vor allem auf gesundheitsbezogene Maßnahmen bezogen.

Somit wurde dem Wunsch des Bundesministeriums für Justiz, kurz BMJ,

³⁸ Vgl. ebd. S.48.

³⁹ Der gesamte Punkt Drogensituation in Österreich:

Vgl. Bericht zur Drogensituation 2011. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit. Hrsg. u.a. von Marion Weigl. Projektassistentz: Monika Löbau. Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2010.

nachgegangen und Einfluss auf die Kostenentwicklung in diesem Bereich ausgeübt. Die Kostenertragung der stationären Therapie (laut § 39 SMG) wurde auf sechs Monate eingeschränkt. Außerdem beschloss man in NÖ den neuen Suchtplan 2011-2015. Dieser basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz und beinhaltet somit sowohl stoffgebundenes als auch stoffungebundenens Suchtverhalten. Die Schwerpunkte liegen in der Schadensminimierung und in den Reintegrationsmaßnahmen im Bereich Arbeit sowie in der Präventionsarbeit für Kinder in suchtblasteten Familien.

Während des Berichtszeitraums lag der Fokus primär auf der Umsetzung und Intensivierung bereits bestehender Maßnahmen, vor allem im Bereich Familie. Evaluationen bestätigen den Ansatz, mit Hilfe von geschulten Moderatorinnen aus demselben sozialen Umfeld wie die Zielgruppe, die sonst sehr schwer erreichbaren Eltern anzusprechen, als sehr erfolgreich.

Für den problematischen Drogenkonsum lassen sich keine neuen Prävalenzschätzungen aufzeigen. Laut dem Drogenbericht 2011 erscheint ein Wert von ca. 25000-37000 Personen mit problematischem Drogenkonsum als plausibel, in Österreich kommt in erster Linie polytoxikomaner Drogenkonsum mit Opiatbeteiligung vor. Berichte aus verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen bestätigen einen zunehmenden Missbrauch von Benzodiazepinen und Mephedron, wobei Letzteres vor allem im Sommer 2010 präsent war.

Versuche, die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung zukunftsorientiert zu verbessern, waren bisher nur mäßig erfolgreich, denn in einigen Bezirken Österreichs mangelt es im Bereich der Substitutionsbehandlung an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten.

Der Umgang und Gebrauch von Benzodiazepinen und die Entwicklung von Leitlinien für die Stabilisierung, Eingrenzung und Senkung des Benzodiazepinkonsums bei Opiatabhängigen in Erhaltungstherapie und die Verhinderung des Missbrauchs von Substitutionsmitteln mit Hilfe eines Kooperationsmodelles findet alleinig auf der Bundesebene Wien statt.

Es stand in Wien außerdem auch die Verhinderung des Missbrauchs von Substitutionsmitteln mit Hilfe eines Kooperationsmodells von Exekutive und Gesundheitswesen bzw. Suchthilfe im Mittelpunkt.

Im Zeitraum der Berichterstattung nahmen Menschen mit Migrationshintergrund, ältere

Suchtkranke und Jugendliche mit riskantem Drogenkonsum den Mittelpunkt dieser Bemühungen ein.

Aktuellen Daten zufolge lässt sich im Behandlungsbereich die Erkenntnis erschließen, dass Opiate nach wie vor als Leitdroge dominieren und Kokain eine untergeordnete Rolle spielt. Positiv lässt sich jedoch aufzeigen, dass Betroffene zunehmend Substitutionsbehandlungen in Anspruch nehmen.

Drogenkonsumierende Eltern und Kindern haben mit ereignisreichen Problemen zu kämpfen, die sowohl medizinische als auch psychosoziale Folgen mit sich bringen. In den letzten Jahren wurde versucht, dieser Zielgruppe verstärkt zur Entwicklung von Maßnahmen und Handlungskonzepten zu verhelfen. Das Ziel dieser Maßnahmen war unter anderem Auswirkungen auf das Neugeborene bzw. das spätere Kind zu verhindern. Man wollte aber auch das hohe Risiko für die spätere Entwicklung einer Suchterkrankung bei Kindern und Erwachsenen vermindern.

Elementar ist die Vernetzung verschiedener Bereiche und Hilfesysteme. Für die Einschätzung der Situation in Österreich wurden die Dokumentationssysteme DOKLI und BADO, ICD-10 Diagnosen, die Aids-Statistik, Studien, Stellungnahmen und Berichte von Fachleuten bzw. den Sucht- und Drogenkoordinaten der Bundesländer sowie der Fachstellen für Suchpräventionen herangezogen. Laut DOKLI-Ergebnissen haben 26% bzw. 21 % der Frauen und Männer in längerfristigen Behandlungen angegeben, versorgungspflichtige Kinder zu haben. 12% der Frauen sowie 3% der Männer sind Alleinerzieher, 40 % der Frauen und 60 % der Männer leben sowohl mit dem Kind als auch mit dem Partner zusammen. Diese Werte bestätigen außerdem auch andere Berichte, wonach ca. 60% der opioidabhängigen Schwangeren einen substanzabhängigen Partner haben und ungefähr 40 % von ihnen mit diesem in einem Haushalt zusammenleben. Die Auswertungen der BADO 2009 ergaben einen höheren Anteil, nämlich 33 % Frauen und 25 % Männer mit Kindern, die Klienten in der Wiener Suchthilfe sind.

Überdies können auch die ICD-10-Diagnosen für Österreich herangezogen werden. In den Jahren 2000-2009 ließ sich ein deutlicher Anstieg an Neugeborenen mit Opioid-Entzugssymptomen feststellen, was mit Berichten über die Zunahme der Geburten von substanzabhängigen schwangeren Frauen übereinstimmt.

Von 1995 bis 2008 wurden in der Drogenambulanz des AKH Wien 478 opioidabhängige, schwangere Frauen betreut. Wie die Sucht- und Drogenkoordination

Wien aufzeigt, konnte von 1994 bis ins Jahr 2010 ein deutlicher Anstieg an Geburten von suchtkranken Frauen beobachtet werden.

2.3. Schwangerschaft und Drogen: Weibliche Hormone sind durch den ständigen Konsum von Opiaten beeinträchtigt, was das Ausbleiben der Periode zur Folge hat. In vielen Fällen wird daher eine Schwangerschaft erst sehr spät festgestellt. Eine Detoxifizierungsbehandlung wird heutzutage nicht mehr während der Schwangerschaft durchgeführt, da Abstinenzanzeichen der Mutter für das Ungeborene enormen Stress bedeuten, was zu einer Frühgeburt oder zu spontanem Abort führen kann. Stattdessen wird eine Ersatztherapie mit synthetischen Opioiden angewandt. Nach der Geburt wird der körperlich abhängige Säugling aufgrund des sogenannten Neonatalen Abstinenzsyndroms, dementsprechend betreut⁴⁰ und nach einiger Zeit kann auch mit der Entzugstherapie der Mutter begonnen werden.⁴¹

Die Substitution hat sich zum Ziel gesetzt, Frauen aktiv zu unterstützen und die auf Grund eines illegalen Heroinkonsums auftretenden Risiken, wie z.B. ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes oder Frühgeburt, zu reduzieren. Die Substitutionsbehandlung unterstützt nicht nur eine gewisse psychische und physische Stabilität der Schwangeren, sondern ermöglicht ihnen auch eine bessere pränatale Betreuung.⁴²

Eine Substitutionsbehandlung kann in jedem Stadium der Schwangerschaft begonnen werden. Aufzeichnungen zeigen, dass die Behandlung schon nach wenigen Wochen zu einer erheblichen Verbesserung im psychosozialen Leben der Mutter führt, da sie durch den Drogensatz keinem Beschaffungsstress mehr ausgesetzt ist. Dies verhilft der Mutter zu seelischer, aber vor allem zu sozialer Stabilisierung. Durch eine medikamentengestützte Therapie der Mutter wird gleichzeitig Schutz für das ungeborene Baby gewährt, vorausgesetzt die Schwangere ist bereit, Unterstützung anzunehmen und genügend Eigenverantwortung für das Ungeborene zu übernehmen. Durch regelmäßige, ärztliche Kontrollen und Schwangerschaftsvoruntersuchungen können Komplikationen wie z.B. vorzeitige Wehen oder Wachstumsstörungen

⁴⁰ Vgl. Grabenberger (2002), S.39/40.

⁴¹ Vgl. Fischer, Gabriele(Hrsg.): *Therapie mit Opioiden. Vademecum für Praktische ÄrztInnen und verwandte Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2002, S.212.

⁴² Vgl. VERING et al. (1992), SOEPTAMI (1994): <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/aId/2976> [25.01.2012]

frühzeitig erkannt und sofortige Hilfemaßnahmen eingeleitet werden. Ein guter Zustand des Kindes kann außerdem auch durch die Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen sowie der Planung der Geburt und der Wahrnehmung anschließender kinderärztlicher Besuche begünstigt werden. Die Opiat-Substitution bringt allerdings auch den Nachteil mit sich, dass der Fötus aufgrund der Behandlung ebenfalls abhängig gemacht wird und dieser dadurch nach der Geburt an einem neonatalen Entzugssyndrom leidet. Die Therapie hat zwar keine kindlichen Fehlbildungen zur Folge, es ist aber nicht hinreichend gesichert, dass die kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes unter Umständen vielleicht beeinträchtigt wird.⁴³

Die Substitutionsbehandlung mittels Methadon erfolgt täglich in der Apotheke. Das in Österreich verwendete Methadon ist ein Razemat aus L- und R-Methadon und wird den betroffenen Frauen in Form einer Zuckertrinklösung verabreicht. Um stabilen, betroffenen Frauen zu ermöglichen, selbst Verantwortung für ihre Therapiebehandlung zu übernehmen, kann auch vereinbart werden, dass die Medikamente für mehrere Tage mitgegeben werden.⁴⁴

Die Methadondosis beträgt ca. 60-100 mg pro Tag und hat eine Halbwertszeit von 24-36 Stunden. Nach einer Woche sollte der Körper das Substitutionspräparat angenommen haben. Durch die regelmäßige Befriedigung des Opiatspiegels der Frau, wird das Kind keinem Stress mehr ausgesetzt, jedoch konnte beobachtet werden, dass Neugeborene, deren Mütter mit Methadon behandelt wurden, einen wesentlich schwereren und längeren Entzug durchmachten als Babys von nicht substituierten Frauen.⁴⁵

„Während bei Heroinkonsum der Mutter das NAS beim Neugeborenen innerhalb der ersten 24 Stunden auftritt, kann es nach Methadonsubstitution auch noch sehr viel später auftreten. Das erfordert eine zum Teil mehrwöchige stationäre Behandlung des Neugeborenen und erschwert daher den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung.“⁴⁶

⁴³ Vgl. Studeny, Michaela: *Folgen mütterlicher Drogensucht und Möglichkeiten positiver Einflussnahme unter spezieller Berücksichtigung der Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind*. Wien 2004, S.20 f.

⁴⁴ Vgl. ebd., S.20 f.

⁴⁵ Vgl. ebd., S.20 f.

⁴⁶ <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/2976> [25.01.2012]

Nebenwirkungen von Methadon wie Schwitzen, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen oder Gewichtszunahme verlangten die Erforschung von Alternativen. Deshalb werden Drogensüchtige, die an einer Methadonintoleranz leiden, seit einiger Zeit mit retardiertem Morphin substituiert. Zweimal täglich nehmen Betroffene ein Morphinsulfat oder Morphinhydrochlorid in Form von Tabletten ein, die Halbwertszeit beträgt 10-12 Stunden. Auch dieses Medikament wird in der Apotheke verabreicht.⁴⁷

Eine weitere Alternative besteht im sogenannten Buprenorphin, welches lediglich einmal täglich im Rahmen einer Substitutionstherapie eingenommen werden muss. Kinder, deren Mütter mit diesem Medikament substituiert wurden, zeigten kein oder nur ein minimales Entzugssyndrom.⁴⁸

2.3.1. Substitution mit Buprenorphin und Suboxone

Eine Alternativbehandlung zur Substitution mit Methadon bietet die Behandlung mit Buprenorphin.⁴⁹

Im Jahr 2000 wurde auf Grund guter Ergebnisse auch die Therapie mit Subutex eingeführt. Einige mit Buprenorphin behandelte Betroffene, schilderten, dass sich die Entzugssymptome im geringen Rahmen hielten bzw. kaum auftraten. Die Alternativsubstitution bewirkte außerdem noch ein vermindertes Verlangen nach einem erneuten Substanzmissbrauch. Die verordnete Dosis an Buprenorphin in der Substitution orientiert sich im niedrigen Bereich. Als Zielgruppe sollen auf Grund der verminderten Wirkung (Ceiling-Effekt/Sättigungseffekt) vor allem Betroffene, die erst seit kurzer Zeit heroinabhängig sind, gesehen werden. Die tägliche Dosis in der Substitution mit Buprenorphin liegt bei 12 mg, welche aber auch Schwankungen unterlegen ist, wonach sich die maximale Dosis von 24 mg bestimmen lässt. Auch bei dieser Art der Substitution kann es zu einer Überdosierung kommen, welche durch Symptome wie Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen sowie Schwindel und Atembeschwerden gekennzeichnet ist. Dazu können auch Herz-Kreislauf - Beschwerden kommen, sowie ein erneuter Heroinkonsum. Bei der Behandlung schwangerer Frauen zeigte sich, dass es keine Probleme mit dem Entzug Neugeborener gab. Das neonatale Abstinenzsyndrom (NAS), auf welches ich in meiner Arbeit später noch näher eingehen werde, trat bei betroffenen Neugeborenen kaum bis gar nicht auf. Das Geburtsgewicht der unter Buprenorphin

⁴⁷ Vgl. ebd., S.20 f.

⁴⁸ Vgl. ebd., S.20 f.

⁴⁹ Vgl. <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/aId/2976> [25.01.2012]

beeinflussten Kinder war vergleichbar mit dem jener Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft weder substituiert wurden noch Drogen genommen hatten.⁵⁰

„Nachfolgender Fallbericht eines kürzlich im Universitätsklinikum Mannheim geborenen Kindes einer mit Buprenorphin substituierten Mutter stützt die bis dato existierenden positiven Daten: Am 15.09.2000 erfolgte die stationäre Aufnahme einer 23-jährigen, mit Buprenorphin substituierten (Tagesdosis 12 mg) drogenabhängigen Schwangeren mit Hepatitis B und Hepatitis C in der Universitätsklinik Mannheim. Die Schwangerschaft verlief bis dahin komplikationslos. Ein Problem stellte der fortgesetzte Beikonsum von Benzodiazepinen dar. Noch am gleichen Tag wurde das Kind mit einem Gestationsalter von 40 Wochen und 2 Tagen spontan aus Schädellage geboren. Die APGAR-Werte betragen nach 1, 5 und 10 Minuten 9/10/10; der pH-Wert 7,23; das Geburtsgewicht 2510 g; die Länge 48 cm. Schädelsonogramm sowie ein durchgeführtes EEG waren ohne pathologischen Befund. Postnatal bestanden keine Anpassungsprobleme. In den ersten zwei Tagen war eine wechselnde Hyperexzitabilität nachweisbar. Insgesamt bestand eine nur mäßige Entzugssymptomatik, die im Wesentlichen auf den Benzodiazepin-Entzug zurückzuführen war. Nach einem komplikationslosen Verlauf konnten Mutter und Kind am 28.09.2000 nach Haus entlassen werden.“⁵¹

Im zitierten Fallbericht wird deutlich, welche Vorteile die Alternativ-Substituierung den betreffenden Frauen, vor allem während Schwangerschaft und Geburt, bietet. Auch mehrere Studien belegten, dass durch die Substitution mit Buprenorphin das Neonatale Abstinenz Syndrom, im Gegensatz zu der Methadonsubstituierung, kaum entsteht und überdies das Risiko von Frühgeburten minimiert, wie man dem folgenden Zitat entnehmen kann:

„Eine von FISCHER et al. (2000) publizierte Studie an 15 buprenorphinsubstituierten Müttern zeigte das Auftreten eines (milden) NAS lediglich bei 20% der Neugeborenen. Darüber hinaus war das Risiko einer Frühgeburt und eines erniedrigten Geburtsgewichtes deutlich reduziert.“⁵²

Suboxone enthält die Inhaltsstoffe Buprenorphin, welches wie ein Opiod wirkt, und Naloxon, welches hingegen den Wirkungen von Opiaten entgegen wirken soll. Buprenorphin wird seit

⁵⁰ Stöver, P. H.: *Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*. 3. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag GmbH 2011, S.112.

⁵¹ <http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/2976> [25.01.2012]

⁵² Ebd.

den frühen Neunzigern in Tablettenform bei der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger erfolgreich angewandt. Im Zuge der Entwicklung dieser Behandlungsform kam es vereinzelt auch zu Tablettenmissbrauch, Betroffene lösten diese auf und injizierten sie intravenös.⁵³

„Naloxon wird nicht oral aufgenommen; wenn es jedoch einem Opiatabhängigen injiziert wird, verursacht es akute Entzugserscheinungen.“⁵⁴

Auftretende Nebenwirkungen können Schlaflosigkeit, Verstopfung, Übelkeit und Erbrechen sowie übermäßiges Transpirieren und Kopfschmerzen sein. Suboxone darf bei Allergien, bei Patienten mit schwerer Lungen- bzw. Leberfunktionsstörung und bei Betroffenen mit einer akuten Alkoholvergiftung nicht angewandt werden.⁵⁵

„Bei sublingualer Anwendung wirkt nur das in Subuxone enthaltene Buprenorphin. Buprenorphin ist sehr gut fettlöslich und baut auf diesem Wege der Verabreichung einen ausreichenden Wirkspiegel auf. Das enthaltene Naloxon wird sublingual nur sehr schlecht resorbiert und überwiegend mit dem Speichel geschluckt.“⁵⁶

Bei der Substitution von opiatabhängigen Müttern kann es zu peri- und neonatalen Problemen wie Frühgeburt, Geburtskomplikationen, vorzeitige Ablösung der Plazenta, Herz-Kreislauf-Versagen, Wachstumshemmung, oder Fehlbildungen kommen.⁵⁷

Während sich Buprenorphin auf den Fötus selbst nicht auswirkt, kann es beim Neugeborenen unter anderem das Neonatale Abstinenzsyndrom, auf welches ich im folgenden Punkt näher eingehen möchte, auslösen.⁵⁸

2.3.2. Neonatales Abstinenzsyndrom

Durch den Substanzmissbrauch der Mutter während der Schwangerschaft, wird auch

⁵³ Vgl. Stöver, *Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*, S.113.

⁵⁴ Ebd., S.113.

⁵⁵ Vgl. ebd., S.113.

⁵⁶ Ebd., S.113.

⁵⁷ Vgl. Müller, W. / Schmölzer, G.: *Legale und illegale Drogen in der Schwangerschaft*. Abteilung für Neonatologie Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Medizinische Universität Graz In: http://www.vivid.at/_pdf/4794a9cd69638.pdf [03.11.2011], Seite 16.

⁵⁸ Vgl. Stöver (2011), S.17.

das Kind abhängig. Dies zeigt sich durch das sogenannte „Neonatale Abstinenzsyndrom“.⁵⁹ Zirka 60-90% der betroffenen Säuglinge leiden nachweislich daran.⁶⁰

In den ersten Lebenstagen erscheint dieses Syndrom und die Symptome können sechs Tage bis acht Wochen anhalten. Das Eintreffen und der Schweregrad der Entzugssymptome des Säuglings werden bestimmt durch die, von der Mutter eingenommene, Opiatdosis während der Schwangerschaft.⁶¹ Die Entzugserscheinungen der Substanzen Heroin und Methadon sind analog.⁶²

Einen Unterschied stellt die Entzugssymptomatik von Methadon dar, auf Grund der längeren Halbwertszeit. Bei methadonsubstituierten Müttern handelt es sich um einen deutlich komplexeren und besonders entkräftenden Entzug für die Neugeborenen.⁶³

Als leichte Symptome eingestuft werden, Zittern, generelle Unruhe, Asomnie, hyperaktive Reflexe, Muskelhypertonie, Abschürfungen der Haut durch Reiben und Kratzen, exzessive Saugversuche, auffallend ausgedehntes Schreien. Als mittelschwere Erscheinungen werden Probleme beim Trinken, übermäßiges Gähnen und Niesen, eine verstopfte Nase, Diarrhöe und Erbrechen, Tachypnoe und Transpirieren bezeichnet. Fieber und Krampfanfälle, vorwiegend auf Grund von Mehrfachabhängigkeit der Mutter entstehend, werden den schweren Symptomen zugeteilt.⁶⁴

Die Behandlung der Neugeborenen erfolgt medikamentös, meist durch Tinctura opii, Barbiturate oder Benzodiazepine, um Entzugssymptome zu vermindern. Neugeborene mit einem Neonatalen Abstinenzsyndrom werden in der Kinderklinik behandelt. Durch

⁵⁹ Vgl. Englert, E. & Ziegler, M. (2001): *Kinder opiatabhängiger Mütter – ein Überblick*, S.145. In: Scheuermann, Heidi: *Kinder drogenabhängiger Mütter. Empirische Untersuchung spezifischer Aspekte der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Müttern mit Opiatabhängigkeit und deren Säuglingen*. Diplomarbeit. Köln 2002, S.28.

⁶⁰ Vgl. Deutscher Hebammenverband (Hrsg.): *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis*. 2. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag 2010, S.142.

⁶¹ Vgl. Scheuermann, Heidi: *Kinder drogenabhängiger Mütter. Empirische Untersuchung spezifischer Aspekte der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Müttern mit Opiatabhängigkeit und deren Säuglingen*, S.28.

⁶² Vgl., Deutscher Hebammenverband (Hrsg.): *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis*, S.28.

⁶³ Vgl., Adam-Lauer, G. (2000). *Auswirkungen des Drogenmissbrauchs während der Schwangerschaft/ Drogenembryopathie*. In: ebd., S.184.

⁶⁴ Vgl. Deutscher Hebammenverband (2010), S.142.

die Analyse des Drogenkonsums der Mutter lässt sich bei Beginn der medizinischen Behandlung des Kindes, ein verlässliches Drogenscreening erstellen.⁶⁵

Der sogenannte „Finnegan Score“ dient der Überprüfung des Schweregrads der Entzugssymptomatik der betroffenen Kinder und wird anhand eines Punktesystems ausgedrückt.⁶⁶

Zweimal wird der „Finnegan- Score“ pro Tag erhoben und sein Verlauf wird in einer Verlaufskurve dargestellt. Das Punktesystem wird durch die vorhandene Symptomatik beim Neugeborenen geprägt. Beträgt der „Finnegan-Score“ mindestens 12 Punkte, wird medikamentös therapiert.⁶⁷

Tinctura opii, Chloralhydrat, Morphin, Methadon oder auch Phenobarbital, in besonders schweren Fällen und bei Auftreten eines Krampfanfalls, dienen dieser Behandlung.⁶⁸

Auch nach Beendigung der Behandlung des unmittelbaren NAS können bei den Säuglingen überdies Erscheinungen wie Irritierbarkeit oder Schreien auftreten. Diese Symptome zeigen sich meist erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf und beeinflussen das Zusammenleben von Eltern und Kind tiefgreifend. Durch derart herausfordernde Situationen führen oftmals zu einer emotionalen Überforderung. Betroffenen Eltern fehlt allerdings zumeist der Mut, sich diese Überlastung öffentlich einzugestehen, aus Furcht vor dem Verlust der gesetzlichen Obsorge für ihr Kind.⁶⁹

NAS bedeutet nicht nur für das Kind eine immense Belastung im körperlichen Bereich, sondern auch für die Psyche der Mutter. Es ist indifferent ob die Mutter unter dem Einfluss von Drogen während der Schwangerschaft steht bzw. aktuell noch Drogen einnimmt, da sie sich in jedem Falle verantwortlich für das Leiden ihres Kindes sieht. Diese Selbstvorwürfe könnten unter Umständen einen erneuten Drogenkonsum der Frau bedingen.

⁶⁵ <http://www.neonataler-drogenentzug.de/neo/lmodel/Lmodel2.htm> [24.01. 2012]

⁶⁶ <http://www.imedo.de/medizinlexikon/finnegan-score> [24.01.2012]

⁶⁷ <http://www.globulus.org/daten/Hauner-Forschung.pdf> [24.01.2012]

⁶⁸ <http://www.globulus.org/daten/Hauner-Forschung.pdf> [24.01.2012]

⁶⁹ Vgl., ebd., S.142.

2.3.3. Physiologische und psychische Auswirkungen auf das Kind

Drogenkonsum, wie Cannabis (Marihuana), Kokain, Heroin oder Ecstasy, während der Schwangerschaft können massive Schäden für den Embryo oder Fötus zur Folge haben. Schwerwiegende Folgen können Entwicklungsstörungen des Kindes, Fehlgeburt, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht oder eine Totgeburt sein. Als besonders risikoreich in Bezug auf Entwicklungsschäden werden die ersten 12 Schwangerschaftswochen eingestuft, da sich in dieser Zeit die Entwicklung der Organe vollzieht.⁷⁰

Während der Schwangerschaft gehen alle Opiate von der Mutter durch die Plazenta auf den Fötus über. Bei regelmäßigem Gebrauch wird auch der Fötus abhängig. Opiate scheinen keine Missbildungen auszulösen, die wirkliche Gefahr für das Kind besteht im Heroin-Entzug. Die fetale Körperzelle zeigt die gleiche Abhängigkeit wie die mütterliche. Das tägliche Schwanken des Heroinspiegels der Mutter, die Überschwemmung und der darauffolgende Entzug bedeuten für den Fötus einen enormen Stress. Mittels Ultraschall können während des Heroinentzugs, auffallend hektische Bewegungsmuster des Fötus beobachtet werden. Findet der Opiatentzug sehr rasch statt, dann kann dies zu Sauerstoffmangel und im schlimmsten Fall zu vorzeitigen Wehen und somit zur Frühgeburt führen. Eine Geburt vor der 32. Schwangerschaftswoche ist für die Gesundheit des Kindes bereits in einem Normalfall sehr problematisch.⁷¹

Das Leben eines Neugeborenen wird schon in den ersten Tagen von der Umwelt beeinflusst, somit macht es positive und negative Erfahrungen, die sein späteres Leben nachhaltig prägen werden. Eine gute Beziehung und Bindung von Mutter und Kind kann nur dann gedeihen, wenn die Kriterien Zuwendung, Liebe und Geborgenheit gewährleistet werden. Wenn ein Baby von Anfang an das Gefühl des „Angenommenwerdens“ erlebt, wird es sich psychisch und physisch gut entwickeln.⁷²

Bei anhaltendem Heroinkonsum der abhängigen Mutter hat das Entzugssyndrom des

⁷⁰ Vgl. Körner, Ute/ Rösch, Ruth: *Ernährungsberatung in Schwangerschaft und Stillzeit*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag 2008, S.15.

⁷¹ Vgl. Studeny, M.: *Folgen mütterlicher Drogensucht*, S.23,24.

⁷² Vgl. ebd., S.23 f.

Kindes, Symptome wie Zittern, schrilles Weinen, Niesen, erhöhter Muskeltonus, Fütterungsprobleme, Erbrechen, Schlafstörungen und Schwitzen zur Folge- diese Verhaltensweisen des Kindes können die substanzabhängige Mutter bis an ihre Grenzen führen und die Erfüllung der Kriterien Zuwendung, Liebe und Geborgenheit erschweren. Welche Langzeitfolgen der Drogenkonsum der Mutter auf das Kind hat, ist nur schwer zu beurteilen. Vor allem die Auswirkungen der intrauterinen Suchtmittelexposition, die Lebensbedingungen des Kindes nach der Geburt und diverse Wechselwirkungen zwischen diesen Bereichen sind grundlegende Ursachen für Entwicklungsdefizite der Kinder.⁷³

Auf mögliche Defizite in den einzelnen Entwicklungsbereichen der Kinder möchte ich nun anhand einer Studie, welche am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel von März 1995 bis Februar 2002 durchgeführt wurde, näher eingehen. Im Beobachtungszeitraum wurde der Verlauf der kindlichen Entwicklung von 95 Kindern substanzabhängiger Mütter an der Ambulanz der Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche von der 6. Lebenswoche bis zum 6. Lebensjahr erhoben und untersucht. Folgende Ergebnisse für die kindliche Entwicklung⁷⁴ konnten eruiert werden:

Sensomotorische Entwicklung

Im Bereich der sensomotorischen Entwicklung zeigen statistische Ergebnisse der Studiengruppe einen normalen Entwicklungsverlauf von Haltungs- und Bewegungsapparat, aber eine leichte Verzögerung in der Entwicklung von Körper- und Tastempfindungen. Bei Kindern, die ein neonatales Entzugssymptom aufweisen, kann es zu Abweichungen bei der Ausprägung der ersten Reflexreaktionen kommen (intensivere und länger bestehende Moro-Reaktion, d.h. ausgeprägter frühkindlicher Umklammerungsreflex)

Kognitive Entwicklung

Im Bereich der Sprachentwicklung zeigte sich nur ein mäßig abweichender Wert von dem in der Kontrollgruppe erreichten Stand. In den anderen Bereichen wurden keine Auffälligkeiten festgestellt.

Im dritten bis fünften Lebensjahr wurden Intelligenztests durchgeführt, bei welchen

⁷³ Vgl. ebd., S.30-33.

⁷⁴ Kindliche Entwicklung: Vgl. ebd., S.30-33.

signifikante Abweichungen unter dem fiktiven Normwert von 100 festgestellt werden konnten. Der Durchschnitt der Studiengruppe lag bei ca. 90.

Soziale Entwicklung

Untersuchungen der Interaktionsstörungen im ersten Lebensjahr zeigten, dass bei 26,2% eine gestörte Beziehung, bei 28,6% eine ausgeglichene und bei 45,2% eine beeinträchtigte Beziehung zwischen Pflegeperson und Kind bestand. Es ließ sich auch beobachten, dass Kinder, die bei ihren leiblichen Müttern lebten, deutlich häufigere Beziehungsstörungen aufwiesen als Kinder, die bei Pflegeeltern lebten.

Leistungsdefizite betroffener Kinder in den ersten Monaten lassen sich im Allgemeinen nicht als Entwicklungsrückstände einstufen, sondern sind eher als Auswirkung der Entzugssymptome anzusehen. Es bleibt jedoch ungeklärt, ob gewisse Verhaltens- und Entwicklungsmuster der Kinder tatsächlich auf den Drogenkonsum der Mutter zurückzuführen sind, oder ob bestimmte Erziehungsmuster dafür verantwortlich sind.⁷⁵

2.3.4. Physiologische und psychische Auswirkungen auf die Frau-Mutterschaft und Drogen

Opiatabhängige Frauen werden meist erst sehr spät auf ihre ungeplante Schwangerschaft aufmerksam, oftmals erst um die 14. Schwangerschaftswoche oder später. Durch den regelmäßigen Heroingebruch wird oft eine Hemmung des Eisprungs ausgelöst und die Regelblutung eingestellt. Die FSH-Rezeptoren (follikelstimulierendes Hormon) im Gehirn (Hypothalamus) werden empfindungslos. Es entsteht bei den Frauen der Irrglaube, unfruchtbar zu sein, somit sind sie der Meinung, nicht mehr verhüten zu müssen. Durch den andauernden Heroingebruch ist die sexuelle Lust außerdem um einiges geringer. In Phasen verminderten Opiatgebrauchs kommt es dann dennoch zu einem unbemerkten Eisprung, was weiterführend zu einer Schwangerschaft führen kann.⁷⁶

⁷⁵ Vgl. ebd., S.30-33.

⁷⁶ Vgl. Studeny (2004), S.25.

1996 wurden innerhalb einer Studie am AKH-Wien Komplikationen von Heroinsüchtigen bei der Geburt untersucht. Die Patientinnen befanden sich durchschnittlich 20 Wochen lang von Beginn der Schwangerschaft bis zur Geburt in der Betreuung der Drogenambulanz des AKH-Wiens. 8% der betroffenen Mütter hatten eine Vakuumb Geburt, 16% mussten per Kaiserschnitt entbinden und 76% konnten vaginal und ohne Komplikationen entbinden.⁷⁷

Ein süchtig geborenes Kind benötigt viel Zuwendung, Liebe, Geduld und Akzeptanz, da es aufgrund des Entzugsschmerzes sowieso mit einem schwierigeren Start ins Leben zu kämpfen hat. Drogenabhängige Mütter stoßen hier meist jedoch an ihre persönlichen Grenzen und fühlen sich oftmals überfordert, die Verantwortung für ein Kind zu übernehmen. Durch die Entzugserscheinungen und Schmerzen ihres Babys entwickeln betroffene Mütter oft massive Schuldgefühle, und es besteht die Gefahr, dass sie wieder an gefährliche Drogen geraten. Deshalb ist es wichtig, dass sie Sicherheit und unterstützende Hilfe durch ihre Umwelt erfahren, damit sie das nötige Selbstvertrauen aufbauen können, um die Verantwortung für sich und ihr Kind übernehmen zu können.⁷⁸

Die erste Geduldsprobe, welche von den frischgebackenen Müttern bewältigt werden muss, ist es herauszufinden, wie sich das schreiende Kind am besten beruhigen lässt, denn jedes Kind lässt sich nur mit seinen individuellen Methoden beruhigen. Manche reagieren positiv auf Körperkontakt, andere wiederum bevorzugen es, Abgrenzung und Ruhe zu genießen. Oftmals ist es für betroffene Mütter, die in solchen Situationen natürlich gerne in Körperkontakt mit ihrem Kind stehen wollen, schwierig, dieses Bedürfnis des Kindes, seinem Schmerz in Ruhe und Stille entgegenzuwirken, zu akzeptieren, weil dadurch bei der Mutter schnell ein Gefühl von Hilflosigkeit entsteht.⁷⁹

Mutterschaft bedeutet schon für nicht drogensüchtige, frischgebackene Mütter eine lebenswichtige Umstellung. Die Mutterschaft von Frauen mit Drogenproblemen ist daher nicht nur durch die normalen Anfangsschwierigkeiten wie das Bewältigen des neuen Alltags gekennzeichnet, sondern wird durch die Probleme der Entzugssymptome des Kindes und des eigenen Drogenproblems erschwert. Da bei drogensüchtigen

⁷⁷ Vgl. ebd., S.25.

⁷⁸ Vgl. ebd., S.29.

⁷⁹ Vgl. ebd., S.29.

Müttern die Frustrationsgrenze häufig minimal ist, besteht die Gefahr, dass sie ein Scheitern in bestimmten Bereichen wie z.B dem Stillen, welches sie möglicherweise als notwendige Aufgabe ansehen, um einer „perfekten Mutter“ gerecht zu werden, als einen weiteren Hinweis auf ihre eigene Insuffizienz empfinden.⁸⁰

Die eventuell auftretenden Bindungsstörungen von Mutter und Kind möchte ich gerne später im Punkt „Mutter-Kind-Beziehung“ näher erläutern.⁸¹

In dieser Arbeit wird meist von „ehemals“ drogenabhängigen Müttern gesprochen. Die Grenze zwischen ehemals und „aktuell“ Drogenabhängigen zu ziehen, ist allerdings nicht so einfach. Dies lässt sich auch in den später angeführten Interviews erkennen, da einige Mütter zwar keine „harten“ Drogen (wie z.B. Heroin) mehr nehmen, aber doch angaben, noch gelegentlich Medikamente oder Alkohol zu sich zu nehmen, wenn sie nervös oder gestresst sind.

2.3.5. Die positiven und negativen Aspekte einer Schwangerschaft bei ehemals Drogenabhängigen

Für ehemals heroinabhängige Frauen bedeutet eine Schwangerschaft oftmals eine zweite Chance. Ein Kind stellt für die ehemals Abhängige einen „sicheren Anker“ dar, es ist jemand, der sie bedingungslos liebt und zum Überleben braucht. Drogensüchtige verbinden oft mit dem Wunsch der Mutterschaft auch die Hoffnung, ihre Sucht hinter sich lassen zu können und ein besseres Leben führen zu können. Durch die Einsamkeit in der Drogenszene verstärkt sich bei diesen Frauen der Wunsch nach Geborgenheit und Zuneigung, die sie in einer Familie finden können. Eine ungeplante bzw. überraschende Schwangerschaft ist oftmals sehr willkommen, jedoch nicht gerade günstig und verantwortungsbewusst. Die Schwangerschaft wird bedingt durch die

⁸⁰ Vgl. ebd., S.30.

⁸¹ Vgl. ebd., S.29.

hormonellen Veränderungen des Heroinkonsums meist erst sehr spät entdeckt.⁸²

Viele Frauen, die betroffen sind, stellen sehr große Erwartungen an sich und das Kind. Wenn diese nicht erfüllt werden können, bedeutet das zusätzlichen Stress und die Beziehung von Mutter und Kind wird durch das Gefühl des Versagens seitens der Mutter gestört. Aus den Grundbedürfnissen der Kinder ergeben sich wichtige Fähigkeiten, die diese Mütter brauchen, um die Alltagsgestaltung mit ihrem Kind zu bewältigen.⁸³

Die Entscheidung einer drogenabhängigen Frau, das Kind zu gebären, bringt meist oft noch größere Probleme mit sich, da zu ihrem beständigen Suchtproblem nun auch noch die Forderungen eines Kindes nach mütterlicher Zuwendung kommen. Sind die Kinder geboren, werden die meist jungen Mütter bald feststellen, dass ihre Babys keine niedlichen Spielzeuge sind, die nur bei Bedarf „funktionieren“, sondern Individuen mit eigenen Bedürfnissen sind, die sich zudem auch lautstark äußern können.⁸⁴

Die Schwangerschaft kann für diese Frauen aber auch eine zusätzliche Belastung darstellen, die es gilt schnellstmöglich loszuwerden. Sie fühlen sich mit der Situation und der großen Verantwortung, die ein Baby mit sich bringt, allein gelassen.⁸⁵

Kommt es während des Geburtsverlaufs oder der darauf folgenden Säuglingszeit zu Störungen zwischen Kind und Bezugsperson, so sind schwere Mängel die Folge, die sich auf alle künftigen Beziehungen auswirken in Mangel an Selbstvertrauen, niedrigem Selbstwertgefühl, geringer Frustrationstoleranz, Mangel an Empathiefähigkeit.⁸⁶

Ein Rückfall gefährdet nicht nur die Mutter, sondern auch das Leben des Kindes, auch zur Vernachlässigung des Kindes kann es unter Umständen rasch kommen. Ein Kind, das in seinen ersten Lebensjahren Beziehung und Beziehungsfähigkeit aufbauen kann und ein gesundes Selbstbewusstsein erwirbt, ist für die weiteren Herausforderungen des Lebens gerüstet. Dieses Fundament wird gesetzt durch stabile Beziehungen zu den

⁸² Vgl. ebd., S.35.

⁸³ Vgl. ebd., S.35.

⁸⁴ Vgl. ebd., S.35.

⁸⁵ Vgl. <http://liliththerapie.ch/site/images/files/mutter-kind.pdf> [02.12.2011]

⁸⁶ Vgl. ebd. [02.12.2011]

Bezugspersonen, Zuwendung, Befriedigung der Grundbedürfnisse, altersgerechte Erziehung und Förderung, Stabilität.⁸⁷

Mit individueller Unterstützung durch die Bezugsperson kann ein solches Fundament für das Kind gewährleistet werden, welches als wirksamstes präventives Mittel gilt, da Vernachlässigung und ähnliche negative Erfahrungen aus der Kindheit das Abrutschen in die Drogenszene begünstigen können. Eine vertrauensvolle Beziehung zur Mutter kann nur dann geschaffen werden, wenn die ehemals heroinabhängige Mutter durch Betreuer aufgebaut und auf ihre Aufgaben als Mutter vorbereitet wurde.⁸⁸

Durch die Schwangerschaft verändert sich auch die Wahrnehmung des Umfelds der werdenden Mutter und positive Reaktionen auf das Baby treten im sozialen Bereich auf. So werden auch die sozialen und psychischen Bedürfnisse der Frau befriedigt. Durch diese mögliche Unterstützung von außen lernt die Mutter auch, Hilfe anzunehmen und erkennt, dass sie nicht allein ist. Die ehemals abhängigen Mütter erkennen außerdem die Wichtigkeit von gesunder Nahrung für sich und ihr Baby, den Sinn eines regelmäßigen Schlaf- und Wach-Rhythmus und Hygiene.⁸⁹

Überdies lernen sie auch die emotionale und physische Schutzbedürftigkeit des Kindes zu verstehen und verantwortungsvoll mit dieser Aufgabe umzugehen. Die Schwangerschaft begünstigt eine umfassende Sensibilisierung der Mutter.⁹⁰

3. ERZIEHUNG

3.1. Definition von Erziehung:

Unter Erziehung (lt. Duden von ahd. *Irziohan* = herausziehen) versteht man, den Geist und den Charakter anderer zu bilden und dessen Entwicklung zu fördern.⁹¹ Erziehung bedeutet außerdem soziales Handeln, durch welches man bestimmte Lernprozesse bewusst und absichtlich herbeiführen möchte, um das Verhalten eines Menschen

⁸⁷ Vgl. ebd. [02.12.2011]

⁸⁸ Vgl. ebd. [02.12.2011]

⁸⁹ Vgl. ebd. [02.12.2011]

⁹⁰ Vgl. ebd. [02.12.2011]

⁹¹ Vgl. <http://lexikon.stangl.eu/1410/erziehung/> [03.12.2011]

weitgehend positiv zu beeinflussen und ihm bestimmte Erziehungsziele zu ermöglichen.⁹²

Der Begriff „Erziehung“ wird oftmals um die selbstorganisierten Lernprozesse erweitert, durch welche das eigenständige Handeln des Individuums gefördert, und die Ausbildung einer emanzipierten Persönlichkeit ermöglicht werden sollen.⁹³

Die Aufgabe in der Erziehung besteht darin, das Individuum unauffällig aber entschieden in seinem Selbstvertrauen zu stärken.⁹⁴

3.1.1. Erziehungsformen und -Stile

Als Erziehungsstil wird die Verknüpfung der Haltungen und Methoden der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten im Umgang mit ihren Kindern verstanden.⁹⁵

Es gibt verschiedene Herangehensweisen an die Erziehung. Zu den Erziehungsformen und –Stilen gehören unter anderem der *autoritäre* Erziehungsstil, welcher dem Kind nur wenig Autonomie und Freiheiten zugesteht, der *permissive* Stil, der das Kind besonders verzärtelt ihm jedoch ansonsten wenig Interesse zukommen lässt. Der *unbeteiligte* Erziehungsstil ist von der emotionalen Gleichgültigkeit der Eltern geprägt und kann sich negativ auf das Kind auswirken. Der *autoritative* Stil gilt als effektivste Form der Erziehung, da er sich am Positivsten auf die Entwicklung des Kindes auswirkt, indem er dem Kind zu einer, seinem Alter und Entwicklungsstand entsprechenden, Autonomie verhilft und die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten dem Kind besonders viel Aufmerksamkeit schenken.⁹⁶

Welche Form der Erziehung angewandt wird, hängt von persönlichen, sowie kulturellen Umständen der Erziehenden und vielen anderen Faktoren ab. Hilfestellungen von außen, wie Unterstützung durch Familienmitglieder machen

⁹² Vgl. ebd., [03.12.2011]

⁹³ Vgl. ebd., [03.12.2011]

⁹⁴ Vgl. Brezinka, Wolfgang: *Erziehung – Kunst des Möglichen. Beiträge zur Praktischen Pädagogik*. 3., verbesserte und erweiterte Aufl. München; Basel : Ernst Reinhardt Verlag 1988, S.23..

⁹⁵ Vgl. Berk , Laura E.: *Entwicklungspsychologie*., 5., aktualisierte Auflage - bearbeitet von Prof. Dr. Ute Schönplflug, München: Pearson Deutschland GmbH 2011, S.374.

⁹⁶ Vgl. ebd., S.374.

manche Formen der Erziehung in vielen Fällen erst möglich. Auch die eigene Erfahrung aus der Kindheit beeinflusst die Wahl des Erziehungsstils tiefgreifend.⁹⁷

Als Erziehungsziele werden die Intentionen der Erziehenden verstanden, welche die Erziehung des Kindes in eine bestimmte Richtung lenken. Ein „Soll-Zustand“ des Kindes wird zu erreichen angestrebt, welcher den individuellen Vorstellungen der erziehenden Person entspricht. Die Pädagogik geht von einer ursprünglichen, natürlichen Erziehungsbedürftigkeit des Menschen aus. Als generelles bzw. gesellschaftliches Erziehungsziel wird die Enkulturation, also die Einübung und das Erlernen in kulturspezifische Techniken und Traditionen, gesehen.⁹⁸

3.1.1.1. Häufige Erziehungsmuster drogensüchtiger Mütter

Ungenügendes Erziehungsverhalten ist oft auf Familienprobleme, Drogensucht und weitere psychische Störungen der Mutter zurückzuführen. Häufig bekommen betroffene Kinder nicht die zureichende Förderung, die sie benötigen um sich psychisch und physisch gesund zu entwickeln. In vielen Fällen führt dies zu einer weitreichenden Vernachlässigung der Kinder in Bezug auf deren Grundbedürfnisse, wie Körperpflege, geregelte Mahlzeiten, ärztliche Betreuung und saubere Bekleidung. Die Schwierigkeiten und Probleme in der Kindererziehung sind betroffenen Frauen durchaus bewusst, oftmals sind sie jedoch mit manchen Situationen überlastet und plagen sich mit Selbstvorwürfen – vielfach herrschen Versagensängste vor. Während der Drogenabhängigkeit der Mutter können die Kinder auf Grund der speziellen Lebensbedingungen oft stark beeinträchtigt und in ihrer individuellen weiteren Entwicklung demzufolge gefährdet sein. Klar definierte Strukturen, die Sicherheit geben und anweisend bei Problemen zur Seite stehen, ermöglichen Kindern suchtbelasteter Familien in einer spannungsfreien Umgebung heranzuwachsen.⁹⁹

Aufgrund der besonderen Situation, in welcher auch Kinder ehemals drogenabhängiger Mütter aufwachsen, ist es bedeutend, ihnen eine angebrachte Erziehung durch die eigenen Eltern bzw. einen Elternteil zu gestatten. Um betroffenen Kindern ein

⁹⁷ Vgl. ebd., S.376. f

⁹⁸ Vgl. Bründler, Paul/ Bürgisser, Daniel/ Lämmli, Dominique/ Bornand, Jiline (Hrsg.) : *Einführung in die Psychologie und Pädagogik*. Lerntext, Aufgaben mit kommentierten Lösungen und Glossar. Zürich: Compendio Bildungsmedien AG 2004, S.182.

⁹⁹ Vgl. Studený, *Folgen mütterlicher Drogensucht und Möglichkeiten positiver Einflussnahme unter spez. Berücksichtigung der Beziehung*, S.44.

adäquates Aufwachsen ermöglichen zu können, benötigt es aber ausreichende Hilfestellungen und Unterstützungsmaßnahmen von Außen, wie zum Beispiel durch BetreuerInnen und TherapeutInnen.¹⁰⁰

„Eine umfassende interdisziplinäre Betreuung der Frauen ab der Schwangerschaft einschließlich Substitution, Beratung, Anleitung und aufsuchender Hilfen ist unbedingt erforderlich [...]“¹⁰¹

Damit eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes gelingen kann, bedarf es einiger Stabilisierungsfaktoren wie z.B. Gewaltfreiheit oder Verlässlichkeit und einem Sicherheitsgefühl im Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung.¹⁰²

3.2. Unter welchen Bedingungen Kinder bei ihren ehemals drogenabhängigen Müttern bleiben können bzw. dürfen und rechtliche Aspekte

Bestimmte Verhaltensmuster, die während der Drogenabhängigkeit angenommen wurden sind meist, trotz Therapie, schwer wieder abzulegen und bergen in vielen Fällen ein gewisses Restrisiko für ein erneutes Abrutschen in den Drogen – Teufelskreis. Persönliche Probleme und negative Kindheitserfahrungen, sowie psychische Dispositionen, die schon einmal zur Sucht geführt haben, werden nur selten ausreichend verarbeitet, um eine weitere Beeinflussung im täglichen Leben gänzlich ausschließen zu können. Gewisse Risiken können das Zusammenleben der ehemals drogenabhängigen Mutter mit ihrem Kind zusehends beeinträchtigen.¹⁰³

Viele der betroffenen Frauen können, auf Grund ihrer Drogenkarriere, nur schwer wieder im Berufsleben Fuß fassen. Oft sind diese Frauen alleinerziehend und finanziell schlecht abgesichert. Eigene Mangelenerfahrungen in der Erziehung können auch die Erziehungskompetenzen dieser Mütter unter Umständen beeinträchtigen. Viele physische Folgeschäden resultieren aus dem meist jahrelangen Drogenkonsum und erschweren den Betroffenen den Wiedereinstieg ins Leben und die Pflegefähigkeit.

¹⁰⁰ Vgl. Klein, Michael: *Kinder und Suchtgefahren* - Risiken, Prävention, Hilfen. Stuttgart: Schattauer GmbH 2008, S.128.

¹⁰¹ Ebd. S.128.

¹⁰² Vgl. ebd., S.128.

¹⁰³ Vgl. ebd. S. 129.

Einige betroffene Mütter leiden überdies an psychischen Schädigungen und Erkrankungen, welche die gesamte Energie und Aufmerksamkeit der Frauen fordert. Dies führt meist zu Vernachlässigungen der Kinder.¹⁰⁴

Bemerkenswert jedoch ist, wie Michael Klein in seinem Buch berichtet, dass Studien nach Entwöhnungstherapien drogensüchtiger Frauen zeigten, wie positiv sich das Vorhandensein von Kindern auf die Therapieerfolge auswirkt. Daraus lässt sich schließen, dass die Kinder eine gesteigerte Motivation in der Mutter bewirken, die Therapie erfolgreich abzuschließen. Dies konnte auch bei ehemals drogenabhängige Frauen festgestellt werden.¹⁰⁵

Klein postuliert des Weiteren, dass Kinder drogenabhängiger sowie ehemals drogenabhängiger Eltern bzw. Mütter ein Recht auf Erziehung durch die eigenen Eltern, wie andere Kinder, haben sollten:¹⁰⁶

„Dies setzt natürlich – wie für alle Eltern – voraus, dass die Eltern zur Erziehung in der Lage sind und das Wohl ihres Kindes sicherstellen können. Dass dies jedoch nur bei geeigneten Hilfe – und Unterstützungsmaßnahmen für diese Eltern, meistens die Mütter durchgängig möglich ist, wird zu selten in der Drogen- und Jugendhilfepolitik gesehen.“¹⁰⁷

Vom rechtlichen Standpunkt aus haben die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten die Verpflichtung und auch ein Anrecht darauf, ihr Kind zu pflegen und zu bevormunden. Kinder haben überdies, so ist es im Bürgerlichen Gesetzbuch zu finden, das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung.¹⁰⁸

Das BG führt weiter aus, dass im Falle einer Gefährdung des Wohles des Kindes gerichtliche Maßnahmen nötig sind:

„[...] Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage die Gefahr

¹⁰⁴ Vgl. ebd., S.129.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S.130.

¹⁰⁶ Vgl. ebd., S.130.

¹⁰⁷ Ebd., S.130.

¹⁰⁸ Vgl. Bürgerliches Gesetzbuch. 68., überarbeitete Auflage. Stand: 4.August 2011. Mit ausführlichem Sachverzeichnis und einer Einführung von Universitätsprofessor Dr. Helmut Köhler. Sonderausgabe. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG 2011. S.351, §1631.

abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.“¹⁰⁹

Diese Maßnahmen bestehen unter anderem aus Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsfürsorge sowie aus Geboten zur Einhaltung der Schulpflicht.¹¹⁰

Sollte demzufolge die alleinerziehende ehemals drogenabhängige Mutter dem Kind keine adäquate Atmosphäre zur Entwicklung und Erziehung bieten können bzw. ihr Verhalten das seelische und körperliche Wohlbefinden des Kindes in Gefahr bringen, kann die Jugend- und Kinderhilfe bestimmte Schritte einleiten, welche mitunter zum Entzug der alleinigen Obsorge der Mutter führen können.

Ferner geht auch aus den Stichproben meiner empirischen Erhebung hervor, dass viele ehemals drogenabhängige Mütter mit dem Vater des Kindes/ der Kinder nicht zusammenleben.

Sofern ein Getrenntleben der Elternteile besteht, kann im Falle einer nicht als pflegefähig eingestuften Mutter, auch der Vater - mit deren Zustimmung – das elterliche Sorgerecht beim Familiengericht beantragen.¹¹¹

3.3. Erziehungs- und Pflegefähigkeit:

Oftmals werden Eltern aus einem problematischen sozialen Milieu „Erziehungsdefizite“ oder „Fehlgriffe“ in Bezug auf Erziehverhalten nachgesagt. Aufgrund ihrer Lebensumstände sind ehemals drogenabhängige Mütter den Erziehungsaufgaben gegenüber ihren Kindern in vielen Situationen nicht gewachsen. Verschiedene Beobachtungen zeigten, dass betroffene Mütter in alltagspraktischen Erziehungssituationen auf das bindungsrelevante Verhalten ihrer Kinder häufig mit Abwendung, Interaktionsvermeidung oder auch mit strengerer Bestrafung reagierten. Besonders wenn Kinder Unterstützung und Sicherheit durch die Mutter einforderten, konnte dies erfasst werden.¹¹²

¹⁰⁹ Ebd., S.354, §1666.

¹¹⁰ Vgl. ebd., S.354, §1666.

¹¹¹ Vgl., ebd., S.356, §1672.

¹¹² Vgl. Studeny, *Folgen mütterlicher Drogensucht und Möglichkeiten positiver Einflussnahme unter spez. Berücksichtigung der Beziehung*, S.34.

Die grundlegenden Faktoren um die Erziehungs- und Pflegefähigkeit bei ehemals drogenabhängigen Müttern zu gewährleisten liegen in der unterstützenden Vorbereitung auf das zukünftige Muttersein durch die Umwelt dieser Frauen, sowie der Aufbau einer guten pränatalen Beziehung und die frühkindliche Bindung.¹¹³

Auf die verschiedenen Betreuungsmodelle, welche in diesem Falle den Müttern zur Verfügung stehen, werde ich später unter dem Punkt „Betreuungsmodelle“ näher eingehen.

Für die gesunde psychische Entwicklung des Kindes ist eine sichere Bindung zu den Erziehenden bzw. zur Mutter unerlässlich. In der Wissenschaft spricht man vom *elterlichen Feingefühl*, welches die Pflegekompetenz bezeichnet. Dieses Feingefühl, welches die Eltern ihrem Kind entgegenbringen, ist bestimmend für die Emotionalität und die zukünftige Beziehungsführung des Kindes im weiteren Leben.¹¹⁴

3.4. Mutter-Kind-Beziehung

Die Psychoanalyse vertritt die Meinung, dass sich aus der ersten menschlichen Bindung eines Kindes dessen Persönlichkeit entwickelt.¹¹⁵ Diese frühe Beziehung ist sehr tiefgreifend und an eine Mutterfigur gebunden. Physiologische Bedürfnisse des Säuglings machen eine solche, auf Abhängigkeit beruhende Verbindung für das Kind überlebenswichtig. John Bowlby vertritt außerdem die Ansicht, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind als Ergebnis der Aktivität einer Vielfalt von Verhaltenssystemen verstanden werden darf und ebenso zum Schutz des Kindes dient.¹¹⁶

Auch die Mutter zieht natürlich ihre Vorteile aus dieser Bindung, da diese als eine Bereicherung empfunden wird. Der Mutterliebe an sich, wird eine gewisse Instinkthaftigkeit nachgesagt, welcher ein langsames Entstehen einer Mutter- Kind - Bindung vorangeht. Selbst Mütter empfinden diese Art von Beziehung sehr unterschiedlich:¹¹⁷

¹¹³ Vgl. ebd., S.34,35.

¹¹⁴ Vgl. Cierpka, Manfred: *Frühe Kindheit 0-3 Jahre*. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH 2012, S.329.

¹¹⁵ Vgl. Bowlby, John: *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Geist und Psyche*. Aus dem Englischen übertragen von Erika Nosbüsch. Hrsg. von Nina Kindler. München: Kindler Verlag GmbH 1976, S.171.

¹¹⁶ Vgl. ebd., S.172.

¹¹⁷ Vgl. ebd., S.172.

„Das Gefühl, als das Kind da war, war der tollste und schönste Augenblick in meinem Leben.“¹¹⁸

Diese Ambivalenz der Gefühle wird als Prozess angesehen, nicht als gegeben:

„Wichtig scheint es, die ambivalenten Gefühle zu akzeptieren. Mutterwerden als Lernprozess, als die Entstehung einer Freundschaft zwischen Mutter und Kind zu begreifen.“¹¹⁹

Durch die Erfahrung des Mutterwerdens kommt es zu beachtenswerten Veränderungen im Leben jeder Frau, wodurch sie eine ganz eigene, neue Identität erlangt. Die Mutter-Kind - Beziehung in der Entwicklung des Kleinkinds ist ebenso als Lernprozess zu begreifen. Sie ist geprägt durch „Versuch und Irrtum“ sowie „Belohnung und Strafe“ und bedeutet, dass die Mutter, durch Beurteilen von Aktivitäten des Kindes, lenkenden Einfluss auf dessen spätere Haltung nimmt.¹²⁰

Durch verschiedenste negative Faktoren, kann sich eine Mutter-Kind-Beziehung oftmals leider in die falsche Richtung entwickeln.¹²¹

Viele Frauen konsumieren auch nach der Feststellung ihrer Schwangerschaft weiterhin Drogen, weshalb sie zusätzlich einem Beschaffungsstress ausgesetzt sind, der ihnen nicht die notwendige innere Ruhe gibt, um einen intensiven Kontakt zum Kind aufzubauen. Belastungen aufgrund von gesellschaftlichen, materiellen und psychosozial problematischen Lebensbedingungen lassen einen weiteren negativen Faktor für eine negative Auswirkung auf die Mutter- Kind-Beziehung entstehen.¹²²

Die meisten drogensüchtigen Frauen haben große Ängste, dass ihr Kind durch den Drogenkonsum Schaden erleiden, was zu ausgeprägten Schuldgefühlen führt. Die soziale Ablehnung seitens der Gesellschaft und das „Einordnen in eine bestimmte Schublade“ durch die Umgebung lässt in den werdenden Müttern ein schlechtes

¹¹⁸ Donnenberg, Wilbirg: *Mutter im Widerspruch*. Wie Frauen ihr Muttersein erleben. Hrsg. von Dr. Anna Sieberer- Kefer. Salzburg: Anton Pustet Verlag 1993, S.22.

¹¹⁹ Ebd., S.24.

¹²⁰ Vgl. Berger, Nina: *Einflussfaktoren auf die Mutter-Kind- Interaktion bei substanzabhängigen Frauen*. Diplomarbeit. Wien 2003, S.50, nach Spitz (1992).

¹²¹ Vgl. Studeny (2004), S.36.

¹²² Vgl. ebd., S. 36.

Gewissen gegenüber ihrem Ungeborenen entstehen.¹²³

Durchgeführte Untersuchungen haben ergeben, dass Frauen, die sich auf ihr Ungeborenes freuen, psychisch und physisch gesündere Babys bekamen als Frauen, die ihr Kind in der Schwangerschaft bewusst ablehnten.¹²⁴

Kümmert sich eine Bezugsperson, meist die Mutter, liebevoll und zuverlässig um ihr Kind, so spricht man aus tiefenpsychologischer Sicht von „Urvertrauen“.¹²⁵

„Das richtige Eingehen auf die kindlichen Bedürfnisse fördert eine sichere Bindung zwischen Kleinkind und mütterlicher Bezugsperson.“¹²⁶

Ab dem Zeitpunkt der Geburt entsteht das natürliche Bindungsverhalten. Der Säugling versucht sich mit seiner Umwelt zu koordinieren, die Mutter kann ihm dabei helfen.¹²⁷

3.4.1. Bindungstheorien

John Bowlbys Ansicht nach wird das Bindungsverhalten von Mutter und Kind begründet durch „[...]Schützen und Beschütztwerden vor Raubtieren[...].“¹²⁸

Laut dem Kinderpsychoanalytiker Daniel Stern beginnt der Prozess der Bindung schon während der Schwangerschaft und lässt die werdende Mutter über ihre Beziehung zur eigenen Mutter reflektieren.¹²⁹ In der Beziehung zu ihrem Baby wird, so Stern weiter, hauptsächlich nonverbal kommuniziert. Die Mutter muss aus den Erkenntnissen und Erfahrungen ihrer bisher erlebten Beziehungen schöpfen, um diese spezielle Bindung aufzunehmen und zu erhalten. Dabei erfährt sie sehr viel über ihren eigenen Stil des Beziehungsführens und ihre eigene Person.¹³⁰

Den Entwicklungspsychologen Klaus Sarimski und Mechthild Papousek folgend fördert die Mutter- Kind - Bindung die Integration von Erfahrungen des Kindes, also

¹²³ Vgl. ebd., S. 36.

¹²⁴ Vgl. ebd., S. 36.

¹²⁵ Vgl. ebd., S. 36.

¹²⁶ Ebd., S.36. Zitiert nach: Hexel (1995), S.57.

¹²⁷ Vgl. ebd., S.36.

¹²⁸ Bowlby, *Bindung*, S.212.

¹²⁹ Vgl. Berger (2003), S.75-76.

¹³⁰ Vgl. ebd., S.93.

Prozesse des Kompetenzerwerbs und Erlernens, ebenso wie die Bewältigung vieler Anpassungsaufgaben.¹³¹

Sarimskis und Papouseks Theorie zufolge beschränken sich die biologischen Bedürfnisse des Babys nicht nur auf Ernährung, Pflege, Schutz und gefühlsmäßige Sicherheit. Auch das Verlangen nach Kennenlernen neuer, noch fremder Umgebungen und Situationen zählen sie zu den ersten Bedürfnissen der Säuglinge. Die Psychologie, sowie Psychoanalyse, ist sich bis dato jedoch uneinig über die tatsächliche bzw. ursprüngliche Funktion des Bindungsverhaltens.¹³²

3.5. Sozialarbeit/Betreuung

In der sozialen Arbeit soll es für den/die Betreute/n möglich sein durch gezielte Förderung den Alltag zu meistern. Finanzielle, soziale und gesundheitliche Probleme sollen dabei gelöst werden.¹³³ Die Klienten sollen geschützt, aber auch dazu motiviert werden, selbst ein Verhalten zur Problemlösung zu entwickeln.¹³⁴

Sehr wichtig ist die professionelle Beziehungsarbeit zwischen Betreuer und Klienten, der ein ganzheitliches Menschenbild zu Grunde liegt, bei dem es auch gilt, Einschränkungen und Schwierigkeiten zu verstehen und zu reflektieren.¹³⁵

3.5.1. „Advokatorische Ethik“/Fremdbestimmung

3.5.1.1. Advokatorische Ethik- Begriffserklärung

„Advokatorisch ist eine Ethik, wenn sie die Gültigkeit ihrer Normierungsvorschläge nicht an die Zustimmung oder Ablehnung der von diesen Normierungsvorschlägen

¹³¹ Vgl. ebd., S.100.

¹³² Vgl. ebd., S.100.

¹³³ Vgl. ÖBDS, Berufsbild: <http://www.sozialarbeit.at.2002> [25.11.2011]

¹³⁴ Vgl. P.Lüssi: *Systemische Sozialarbeit-Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung* (1992)

In: Grabenberger, Silke: *Opioiderhaltungstherapie bei graviden substanzabhängigen Frauen unter dem besonderen Blickwinkel der psychosozialen Betreuung im AKH Wien*. Diplomarbeit. Wien 2002, S.29.

¹³⁵ Vgl. ebd., S.29.

betroffenen Individuen bindet.“¹³⁶

Unter einer Ethik versteht man ein System von Behauptungen und Aufforderungen, welches uns darüber Informationen liefert, was für uns angenehm bzw. schlecht oder unangenehm ist, was wir begrüßen bzw. was für uns inakzeptabel ist. Eine Ethik beinhaltet somit Werturteile und Verhaltensmaximen. In aktuellen philosophischen Diskussionen lassen sich zwei Typen ethischer Systeme unterscheiden, die sogenannten Güterethiken und die Pflichtethiken.¹³⁷

Sie unterscheiden sich durch das Kriterium, welches für ein richtiges, also ein begründetes gebotenes Handeln aufgestellt wird:

Eine Rangfolge von Zuständen oder Dingen, die für den Einzelnen oder für alle aus bestimmten Gründen erstrebenswert sind, dies lässt sich zu den Kriterien der Güterethik zusammenfassen, oder aber eine oberste, unbedingt, daher autonom von unseren Vorlieben und Wertschätzungen gültige Mussbestimmung, welches das Kriterium einer Pflichtethik meint.¹³⁸

Zusammenfassend lässt sich die advokatorische Ethik also wie folgt definieren:

„Eine advokatorische Ethik ist ein System von Behauptungen und Aufforderungen in Bezug auf die Interessen von Menschen, die nicht dazu in der Lage sind, diesen selbst nachzugehen sowie jenen Handlungen, zu denen uns die Unfähigkeit anderer verpflichtet.“¹³⁹

Die Richtigkeit von Empfehlungen in Bezug auf das Handeln bestimmter Personen ist nicht von deren faktischer Einsicht, sondern von der Wahrheit des ethischen Systems abhängig. advokatorische Ethiken verfahren daher kognitivistisch und theoretizistisch.¹⁴⁰

¹³⁶ Brumlik, Micha: *Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe*. Hrsg. von Karin Böllert u.a. Bielefeld: KT-Verlag 1992, S.110.

¹³⁷ Vgl. ebd., S.109.

¹³⁸ Vgl. ebd., S.159,160.

¹³⁹ Ebd., S.161.

¹⁴⁰ Vgl. ebd., S 110.

3.5.1.2. Wozu ist eine advokatorische Ethik überhaupt nötig?

„Wenn Eltern ihren kleinen Kindern verbieten, nach 22:00 Uhr fernzusehen, wenn die Pfleger einer psychiatrischen Anstalt einer als hilflos, aber unruhig geltenden Person den Ausgang unmöglich machen, wenn nach Maßgabe des Betäubungsmittelgesetzes ein Drogenabhängiger vor die Wahl Strafvollzug oder Therapie gestellt wird und wenn der Staat gesetzlich festlegt, dass alle Kinder nach Vollendung des 6. Lebensjahres bei Strafe von Sanktionen neun oder zehn Jahre lang dazu verpflichtet sind, eine Schule zu besuchen, dann haben wir es in allen Fällen mit dem vormundschaftlichem Handeln von Einzelnen oder Institutionen gegenüber meist jüngeren oder hilfebedürftigen Menschen zu tun, denen aufgrund unterschiedlichster Kriterien die Fähigkeit, ihre Interessen selbst wahrzunehmen, abgesprochen wird.“¹⁴¹

„Ein erster Anlass zur ausdrücklichen Formulierung könnte in diesem Umstand bestehen, dass weder die kleinen Kinder, noch die hilflosen Personen, die Drogenabhängigen oder Schüler dazu bereit sind, den Maßnahmen, die ihnen auferlegt werden, Folge zu leisten und somit ihnen und anderen gegenüber das Interesse besteht, die ihnen geltenden Maßnahmen als akzeptabel auszuweisen.“¹⁴²

Ein weiterer Impuls für die Abfassung einer advokatorischen Ethik könnte im wissenschaftlichen Interesse bestehen, herauszufinden, aus welchen Gründen Eltern, Pfleger, Richter und staatliche Gesetzgeber ihrer eigenen Handlung rechtfertigen.¹⁴³

Noch ein Impuls könnte in der Überprüfung bestehen, ob die Gründe welche Eltern und Pfleger vorbringen, fürwahr akzeptabel sind- was schließlich dazu führt, die Norm solcher Akzeptabilität festzulegen.¹⁴⁴

Im ersten Fall kommt die advokatorische Ethik der besseren Sanktionierung oder Durchsetzung vormundschaftlicher Handlungen gegenüber den Unmündigen zugute, während wir uns im zweiten Fall mit dem Selbstverständnis der Vormünder beschäftigen.¹⁴⁵

Im dritten Fall werden begonnen, die Gründe, welche die Vormünder vorbringen, auf

¹⁴¹ Ebd., S.161.

¹⁴² Ebd., S.161.

¹⁴³ Vgl. ebd., S.61,62.

¹⁴⁴ Vgl. ebd., S.161.

¹⁴⁵ Vgl. ebd., S.162.

ihre Stichhaltigkeit zu analysieren, was uns dazu zwingt, eigene Vorstellungen über die Angemessenheit vormundschaftlichen Handelns zu hinterfragen.¹⁴⁶

„Immer wenn wir uns kritisch zu den Begründungen verhalten, die für ein bestimmtes vormundschaftliches Handeln vorgebracht werden und zudem unseren eigenen Kriterien für solches Handeln ausformulieren, bewegen wir uns bereits in einem advokatorischen Diskurs“¹⁴⁷

3.5.1.3. Was spricht gegen eine advokatorische Ethik?

„In gewisser Weise könnte man sagen, dass eine jede Pädagogik bereits eine advokatorische Ethik beinhaltet, insofern sie es in der Regel mit Subjekten zu tun hat, die als unmündig angesehen werden. Damit hängen Begründungsbedarf und Begründungsleistung advokatorischer Ethiken von der Unterstellung ab, dass es in gegebenen Bereichen ein Gefälle an Mündigkeit gibt. In dem Augenblick, in dem aus welchen Gründen auch immer entweder dieses Gefälle an Mündigkeit bestritten oder aber der Zuschreibung von Unmündigkeit unsachliche Motive nachgewiesen werden können, ist das Projekt einer jeden advokatorischen Ethik hinfällig.“¹⁴⁸

Bereits im Jahr 1826 stellte Schleiermacher den klassisch, pädagogisch-vormundschaftlichen Einwand, dass bei den Objekten bevormundender Eingriffe weder eine voll entfaltete Selbstbestimmung gegeben noch deshalb eine Beeinträchtigung ihrer Integrität vorliege, da beides miteinander zusammenhänge, in Frage.¹⁴⁹

Schleiermacher argumentiert seinen Einwand mit der Endlichkeit des Menschen gegen das unbefragte Hantieren mit der endlich bemessenen Lebenszeit, bzw. ein weiterer Einwand, welcher die Autonomie des mündigen Subjekts so ernst nimmt, dass es dessen Stellungnahmen zum eigenen Lebenslauf nicht glaubt wertend vorwegnehmen zu dürfen.¹⁵⁰ „[...]Eine advokatorische Ethik, die das Säurebad von Schleiermachers Einwänden, die von der Endlichkeit und Mündigkeit der modernen Subjektivität ausgehen, nicht heil übersteht, verdient ihren Namen nicht.“¹⁵¹

¹⁴⁶ Vgl. ebd., S.162.

¹⁴⁷ Ebd., S.162.

¹⁴⁸ Ebd., S.162.

¹⁴⁹ Vgl. ebd., S.164.

¹⁵⁰ Vgl. ebd., S.164.

¹⁵¹ Ebd., S.164.

3.5.1.4. Wie ist eine advokatorische Ethik möglich?

Vormundschaftliches, advokatorisches Handeln ist geprägt und möglich durch Personen, die anstelle anderer Menschen, die sich weder selbstbewusst noch verantwortlich verhalten können, handeln.¹⁵²

Im pädagogischen Zusammenhang steht solch advokatorisches Handeln dann, wenn es um die Schaffung von Personalität bzw. Mündigkeit geht; auch mit „caritativ“ betitelt, wenn geringe Chancen bestehen, dass betroffene Personen den Zustand der Personalität (wieder) erreichen.¹⁵³

Im Unterschied zum caritativen Handeln, ist advokatorisch -pädagogisches Handeln vor allem dadurch geprägt, einer obersten Wertsetzung, nämlich der Personwerdung von Menschen, verpflichtet zu sein.¹⁵⁴

„Wenn wir uns der anfangs getroffenen Unterscheidung von Güter- und Pflichtethiken entsinnen, können wir das Hervorrufen von Personalität entweder als Mittel zum Erreichen eines höchsten Gutes- etwa von Lust oder Lebenschancen- oder aber als unbedingt verpflichtende Handlungsweise, die sich selbst als Zweck genug ist, verstehen.“¹⁵⁵

3.5.1.5. Wozu sind wir im Rahmen einer advokatorischen Ethik verpflichtet?

Jede advokatorische Ethik kann nur provisorisch verfahren, weshalb sie unter allen Umständen darauf angewiesen ist, die Unmündigen mündig zu machen, damit ihnen die Gelegenheit gegeben wird, zu den betreffenden Maßnahmen später einmal Stellung nehmen zu können.

„Die Lebenstätigkeit, die ihre Beziehung auf die Zukunft hat, muss zugleich auch ihre Befriedigung in der Gegenwart haben; so muss auch jeder pädagogische Moment, der als solcher seine Beziehung auf die Zukunft hat, zugleich auch Befriedigung sein für

¹⁵² Vgl. ebd., S. 164.

¹⁵³ Vgl. ebd., S. 164.

¹⁵⁴ Vgl. ebd., S. 164.

¹⁵⁵ Ebd., S.165.

den Menschen, wie er gerade ist.“¹⁵⁶

Advokatorische Ethik wird dadurch angeleitet, dass die Unmündigen mündig werden sollen und dass ihre Integrität unbedingt zu schützen sei, auf diesen beiden Prinzipien baut die advokatorische Ethik auf.¹⁵⁷

„Die advokatorische Ethik findet ihre Rechtfertigung nur dort, wo eine unmündige Lebensform- in dieser Diskussion ein unmündiger Mensch- vorhanden ist. Wenn über die Unmündigkeit eines Menschen Zweifel bestehen oder ein Unterschied in der Mündigkeit von Pädagoge und Klient nicht nachweisbar ist, verliert die advokatorische Ethik ihre Rechtfertigung.“¹⁵⁸

Die Sozialpädagogik wird heutzutage von der advokatorischen Ethik nachweislich beeinflusst. Die Arbeit mit Substanzabhängigen hat sich in der letzten Zeit zum Positiven weiterentwickelt und ist nun mehr gekennzeichnet von Akzeptanz der Lage, in der sich Drogenabhängige befinden.¹⁵⁹

Es bleibt jedoch offen, ob dies direkt auf die Beeinflussung der advokatorischen Ethik zurückführbar ist. Diese neuartige Einstellung entspricht aber schon eher einer advokatorischen Ethik, als bisher.¹⁶⁰

3.5.2. Pädagogische Ansprüche und Stabilisierungsfaktoren/Ressourcen erkennen und fördern

Wenn sich drogenabhängige Frauen dafür entscheiden ihre Abhängigkeit hinter sich zu lassen und eine Therapie zu machen, unterziehen sie sich gewissermaßen einem Orientierungswechsel, was bedeutet, dass sie nicht mehr so weitermachen können wie bisher. Das Risiko eines Rückfalls muss jedoch immer bedacht werden. Der Rückfall beendet den Orientierungswechsel nicht unbedingt, sondern beeinflusst ihn immer auf individuelle Weise. Dieser Wechsel ist durch viele selbst- und umweltbezogene Bewältigungsversuche geprägt. Sie reichen vom fortgesetzten Konsum weicher Drogen bei Distanzierung von den harten, bis hin zum Versuch des kontrollierten Umgangs mit

¹⁵⁶ Vgl. ebd., S.168. Zitiert nach: Schleiermacher (1957) S. 48.

¹⁵⁷ Vgl. ebd., S.169.

¹⁵⁸ Vorlauffer, Johannes: *Im Anspruch des Anderen*: Beiträge zur sozialphilosophischen und ethischen Dimension der Sozialen Arbeit. Aachen: Shaker 2011, S.70

¹⁵⁹ Vgl. ebd., S.73.

¹⁶⁰ Vgl. ebd., S.73.

harten Drogen, ohne die alltäglichen Aufgaben erheblich einzuschränken. Wenn der Wille da ist, die Drogensucht zu beenden werden Angebote zur Entgiftung, Beratung und Substitution angenommen.¹⁶¹

Beziehungen zu anderen werden gesucht und entwickelt, und Angebote, die eine gewisse Stütze im Leben der Frauen ermöglichen werden auch genutzt.¹⁶²

In der Krisenintervention finden sich viele verschiedene Therapieansätze und Betreuungsmodelle. Bei der Krisenintervention handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Beratungsform im Sinne der Soforthilfe in situativ -akuten Lebenslagen.¹⁶³

Neben dem Grundsatz der Methodenflexibilität muss sie vor allem folgende Aspekte beinhalten:¹⁶⁴

*Interventionsschritte:*¹⁶⁵

- *Einen Beziehungsaufbau gestalten* durch die Bildung eines pädagogischen Bezugs geprägt von Empathie und Echtheit, Autorität, verstehendes Akzeptieren und Grenzen setzen aus dem Selbst der BeraterInnen
- *Die Emotionale Situation/spezifische Gefahren thematisieren und analysieren:* Der aktuelle Anlass wird analysiert: Was ist passiert, was hat die Betroffene bis jetzt dafür/dagegen gemacht? Orientierungswechsel im Selbst und im Sozialen, Sinnfindung zwischen Autonomie und Anpassung
- *Die soziale Situation berücksichtigen und verändern:* Unterstützungsmöglichkeiten reaktivieren und dysfunktionale soziale Beziehungen ablösen
- *Die Kompetenz vor das Defizit stellen:* Also eine gezielte Suche nach Stärken und vorhandenen Ressourcen anstreben, diese erkennen und fördern, jedoch auch Konfrontation bei Selbst- oder Fremdgefährdung

¹⁶¹ Vgl. Arnold, H./ Schill, H.-J.: *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention Handlungsfelder- Handlungskonzepte- Praxisschritte*. Weinheim und München Juventa Verlag 2002, S.441.

¹⁶² Vgl. ebd., S.441.

¹⁶³ Vgl. ebd., S.441 f.

¹⁶⁴ Vgl. ebd., S.441 f.

¹⁶⁵ Interventionsschritte: Ebd., S.448.

- *Ein Arbeitsbündnis vereinbaren:* um weitere Maßnahmen im Umfeld treffen zu können
- *Abschluss der Krisenintervention*

3.5.3. Risiken und unterstützende Problemlösungsstrategien

Den bisherigen Forschungsergebnissen zufolge ist riskantes Konsumverhalten auf eine Vielzahl von Einflussfaktoren zurückzuführen. Der Substanzmissbrauch wird durch biologische, soziale und individuumsbezogene Risikofaktoren geprägt.¹⁶⁶

Elementar um Prävention und Behandlung für Kinder drogenabhängiger Eltern zielgerichtet und indikativ zu gestalten, ist neben der Zahl der Drogenabhängigen, die Kinder geboren haben, die Zahl derer, die aktuell mit Kindern zusammenleben hervorzuheben:¹⁶⁷

„Die Fremdplatzierungsquote in Bezug auf Kinder von Drogenabhängigen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken.“¹⁶⁸

Seit der verbreiteten Einführung der Methadon-Substitution lässt sich eine Fremdplatzierungsquote von 30% verzeichnen, während in Untersuchungen mit wenigen substituierten Drogenabhängigen die Quote bei 60% lag. Die Modellstudie von Puxi und Kremer-Preiß, die sich auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Situation bezieht, waren es 41% der Kinder, die mit einem allein erziehenden Elternteil zusammenlebten. Der Prozentsatz ist bei therapierbereiten drogenabhängigen Müttern selbstverständlich höher als bei anderen. Ein zu betreuendes Kind stellt einen wichtigen Motivationsfaktor für eine gelungene Therapie, sowie eine Verhaltensänderung und den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit dar.¹⁶⁹

„Bei der Konstellation einer allein erziehenden drogenabhängigen Mutter mit Kind ist die Überforderungsschwelle für Mutter *und* Kind sehr schnell erreicht, und für die

¹⁶⁶ Vgl. Klein, Michael: *Kinder und- Suchtgefahren – Risiken, Prävention, Hilfen*. Stuttgart: Schattauer GmbH 2008, S.131.

¹⁶⁷ Vgl. ebd., S.131.

¹⁶⁸ Ebd., S.131.

¹⁶⁹ Vgl. ebd., S.131.

Kinder besteht ein erhöhtes Entwicklungsrisiko, wenn die unvollständige Familie keine adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt.“¹⁷⁰

Drogenabhängige können meist im Vergleich zur Normalbevölkerung nur eine unterdurchschnittliche schulische und berufliche Bildung vorweisen, was meist mit einem erhöhten Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko in Verbindung zu setzen ist. Im Rahmen einer Modellstudie in Karlsruhe wurde erhoben, dass nur 42,8% der befragten Drogenabhängigen eine abgeschlossene Berufsausbildung haben und nur 12,6% regelmäßig erwerbstätig sind, die Hälfte davon vollzeitbeschäftigt. Die finanzielle Situation in solch einer betroffenen Familie erweist sich demnach als schwierig und kritisch. Viele Drogenabhängige sind auf Sozialhilfe angewiesen, vor allem alleinerziehende, drogenabhängige Mütter. Durch diese Lebensbedingungen, wird die Lebenssituation der mitbetroffenen Kinder massiv eingeschränkt. Die materielle Ressourceneinschränkung kann sich auf das Selbstwertgefühl, die soziale Integration und den Umgang mit Eigentum und Besitz negativ auswirken. Diskontinuitäten und Brüche im Leben der Kinder von Drogenabhängigen sind keine Seltenheit und stellen einen weiteren Risiko- und Problemfaktor dar.¹⁷¹

In einer Untersuchung von Arnold und Steier (1997) konnte erhoben werden, dass 44% der von ihnen untersuchten Kinder für mindestens drei Monate in einer Fremdbetreuung untergebracht waren.¹⁷²

„Diese Diskontinuitäten, die in der entwicklungspsychopathologischen Forschung immer wieder als potenzieller Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten benannt werden, waren durch Krankenhausaufenthalte der Mütter infolge akuter Drogenintoxikation, aber auch durch Haftaufenthalte verursacht worden.“¹⁷³

Zu den besonders kritischen Bedingungen, denen Kinder drogenabhängiger Eltern ausgesetzt sein können, werden Verhaftungen, Krankenhausaufenthalte, Selbstmordversuche sowie vollendete Suizide der Eltern gezählt. Selbstmordversuche bei Drogenabhängigen, die nicht selten vorkommen, können bei Kindern durch eine

¹⁷⁰ Ebd., S.132.

¹⁷¹ Vgl. ebd., S.132.

¹⁷² Vgl. ebd., S.132.

¹⁷³ Ebd., S.132

besonders negative Beeinflussung, Traumata auslösen, oder sie im Extremfall zu Zeugen vollendeter Suizide machen.¹⁷⁴

Auf Grundlage des vorhandenen Wissens um die biologischen und psychosozialen Risiken, die mit dem Konsum von Drogen vor, während und nach der Schwangerschaft verbunden sind, wurde 1995 in Wien auf Initiative der Drogenambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik ein Betreuungsnetzwerk für drogenkonsumierende schwangere Frauen (comprehensive care project) eingerichtet. Als Ziel hat sich dieses Netzwerk die Reduzierung von Entwicklungsrisiken der Kinder durch intensive und umfassende prä -, peri - und postnatale Betreuung gesetzt. Zu dem Netzwerk zählen die Psychiatrische Universitätsklinik/Drogenambulanz (Allgemeines Krankenhaus Wien), die Universitäts-Frauenklinik, die Universitäts-Kinderklinik, das Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien und die Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche (Neurologisches Zentrum Rosenhügel Wien).¹⁷⁵

Die Abhängigkeitsentwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter wird mit etwa 50% eingestuft. Zahlreiche biologische und psychosoziale Risiken sind Grund eines Substanzmissbrauchs. Es lassen sich folgende potenzielle Risikofaktoren zusammenfassen:¹⁷⁶

- *Biologische Risikofaktoren:* Durch Substanzeinnahme in der Schwangerschaft kann es zu einer Schädigung des kindlichen Zentralnervensystems führen. Ebenso können vorgeburtliche Wachstumsstörungen und Frühgeburten, sowie peripartale Komplikationen und das sogenannte neonatale Entzugssyndrom, auftreten.
- *Psychosoziale Risikofaktoren:* Instabile Familiensysteme führen zu einer fluktuierenden Betreuung, was zu einer Regulationsstörung in der Mutter-Kind-Beziehung und einer mangelnden Entwicklungsanregung führen.¹⁷⁷

Spezifische und unspezifische biologische sowie psychosoziale Risikofaktoren beeinträchtigen die Entwicklung von Kindern. Drogenabhängige Frauen, haben oftmals große Probleme sich erfolgreich der Aufgaben in der Säuglingsbetreuung zu widmen, da sie oft mit zahlreichen psychosozialen Problemen konfrontiert werden

¹⁷⁴ Vgl. ebd., S.132.

¹⁷⁵ Vgl. ebd., S.132.

¹⁷⁶ Vgl. ebd., S.132.

¹⁷⁷ Vgl. Beubler (2003), S.259.

(Schulden, fehlende Wohnmöglichkeiten, instabile Beziehung etc.). Die Neugeborenen sind außerdem einem hohen Infektionsrisiko durch sexuell und elterlich erworbene Erkrankungen wie HIV, Hepatitis B und C ausgesetzt. In den letzten Jahren wurden immer mehr Betreuungsmodelle entwickelt um eine Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen und der Lebenssituation drogenabhängiger Frauen und ihrer Kinder zu erzielen.¹⁷⁸

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Betreuungsinstabilität bei ungefähr 1/3 der Kinder primär und insgesamt fast bei der Hälfte der Kinder Anlass für die Überstellung in eine Pflegefamilie ist. Pflegefamilien bieten günstige Voraussetzungen für die weitere Entwicklung der Kinder (weniger Interaktionsstörungen, günstige Entwicklungsverläufe).¹⁷⁹

Abschließend möchte ich als besonders erwähnenswert jene Mutter-Kind-Paare nennen, die aufgrund vorhandener Unterstützungsangebote zu einer stabileren Lebenssituation und Mutter-Kind-Beziehung gefunden haben. Berufstätigkeit, Partnerschaft und elementare Erziehungsfragen nehmen den zentralen Mittelpunkt der Beratungsgespräche ein, während das Thema Drogenkonsum eher in den Hintergrund gestellt wird.¹⁸⁰

Damit Risiken vermindert werden und ehemals drogenabhängige Frauen erfolgreich unterstützt werden können, bedarf es eines engmaschigen Betreuungsangebotes von hoher fachlicher Kompetenz und multidisziplinärer Struktur¹⁸¹ um „[...] suchtkranken Menschen zu helfen sich als „normale“ Eltern den Höhen und Tiefen der Kindesentwicklung und Erziehung zu stellen.“¹⁸²

3.5.4. Betreuungsmodelle

Um ehemals, drogenabhängige Mütter bei ihrer Erziehungs- und Pflegefähigkeit aktiv zu unterstützen, bedarf es der Hilfe professioneller Institutionen und Einrichtungen, welche vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten der betroffenen Mütter wahrnehmen

¹⁷⁸ Vgl. ebd., S.259-260.

¹⁷⁹ Vgl. ebd., S.266.

¹⁸⁰ Vgl. ebd., S.267.

¹⁸¹ Vgl. ebd., S.267.

¹⁸² Vgl. ebd., S.260-261.

und diese individuell fördern und stärken, um ihnen und ihren Kindern einen geregelten Alltag und ein gemeinsames „Aufwachsen“ zu ermöglichen.

3.5.4.1. Niederschwellige¹⁸³ Betreuungseinrichtungen

3.5.4.1.1. „Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH“

Im Jahr 1990 gab die Stadt Wien, auf Grund der zunehmend sichtbaren Drogenproblematik die Gründung des „Vereins Wiener Sozialprojekte“ in Auftrag.¹⁸⁴

Am 1. Jänner 2012 wurde er von der „Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH“ übernommen.¹⁸⁵ Dieser lässt sich zu fünf Einrichtungen zusammenfassen: „Ganslwirt“ (1990) bzw. „TaBeNo“ (2010), „Fix und Fertig“ (1993), „Betreutes Wohnen“ (1996), „Streetwork“ (1996) und „Check iT!“ (1997).¹⁸⁶

Die Zielsetzung der Vereinigung besteht in der Vermeidung und Reduzierung psychischen, physischen und sozialen Leidens im Zusammenhang mit Drogenkonsum. Die Träger und seinen Einrichtungen haben sich unter anderem die Auslebung und Aufrechterhaltung einer advokatorischen Ethik, den freiwilligen Kontakt zwischen Klient und Institution und die Unterstützung der vorhandenen Ressourcen der Klienten zum Ziel gemacht.¹⁸⁷

3.5.4.1.2. Drogenberatungs- und Betreuungsstelle „Streetwork“

Das Sozialprojekt „Streetwork“ arbeitet niederschwellig und szenennah. Der Mittelpunkt des Projekts, besteht im Beziehungs- und Kontaktaufbau zu schwer erreichbaren DrogenkonsumentInnen in der Straßenszene. „Streetwork“ dient Betroffenen nicht nur als Überlebenshilfe, sondern liefert ihnen auch soziale Absicherung sowie Abdeckung lebenswichtiger Grundbedürfnisse. Das Sozialprojekt bietet DrogenkonsumentInnen außerdem noch die Vermittlung von AIDS- und hepatitispräventiven Verhaltensweisen, Infektionsprophylaxe sowie die Vermittlung an weitere drogentherapeutisch Einrichtungen. Das Projekt unterstützt nicht nur die

¹⁸³ „Niederschwellig/ niedrigschwellig“: Eine Einrichtung oder ein Angebot im sozialen Kontext, das ohne Hemmschwelle in Anspruch genommen werden kann. Eine, die Grundbedürfnisse (Essen, Schlafen) deckende, Einrichtung für Drogenabhängige. Drogen und Alkohol sind in der Einrichtung verboten.

Vgl: <http://de.wikipedia.org/wiki/Niedrigschwellig>[19.01.2012], [http://de.wikipedia.org/wiki/Emmaus_\(Organisation\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Emmaus_(Organisation))

¹⁸⁴ Vgl. Hodinka, Lena: *Frauenspezifische Drogenarbeit. Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse am Beispiel der für in Wien lebende drogenabhängige Frauen zuständigen Drogeneinrichtungen*. Diplomarbeit. Wien 2004, S.87.

¹⁸⁵ <http://drogenhilfe.at/4502/verein-wiener-sozialprojekte-vws-wird-zur-suchthilfe-wien-ggmbh-shw/> [05.03.2012]

¹⁸⁶ Vgl. ebd., S.87.

¹⁸⁷ Vgl. ebd., S.87.

Planung einer abwechslungsreichen Freizeitgestaltung der Betroffenen sondern bietet auch einen Spritzenaustausch und die Ausgabe von Präservativen an. Auch die akute Notfallhilfe, sowie eine ganzheitliche Beratung, Begleitung und Betreuung in Krisensituationen steht für das Konzept dieses Projekts.¹⁸⁸

Frauenspezifische Angebote:

Da bei „Streetwork“ den KlientInnen selbstbestimmend die Möglichkeit gegeben wird das Geschlecht ihrer Bezugsperson im Rahmen der psychosozialen Betreuung auszuwählen, wird versucht die Nachfrage in jedem Arbeitsbereich wie auch bei der Erstellung von Dienstplänen abzudecken. Im Rahmen der mehrmals monatlich stattfindenden Freizeitgestaltung werden auch getrenntgeschlechtliche Aktivitäten geboten, um betroffenen Frauen in einer ungezwungenen Atmosphäre die Möglichkeit zu geben Grenzerfahrungen ohne Substanzgebrauch zu machen und die bestehenden Betreuungsbeziehungen zu festigen.¹⁸⁹

Das sogenannte „Frauencafé“ ist das älteste, frauenspezifische Angebote des Sozialprojektes und findet wöchentlich am Karlsplatz in Wien statt. Die Frauen sollen sich an diesem Ort geschützt fühlen vor männlichem Dominanzverhalten und Sexismus, sich mit bestimmten Themen auseinandersetzen, Kontakte knüpfen, sich austauschen und die Möglichkeit haben, ihr Selbstwertgefühl zu verbessern. Themen wie „Partnerschaft“, „Entzug/Therapie“, „Wohnen“, „Kinder/Eltern“ und „Gesundheit“ nehmen hier einen besonders hohen Stellenwert ein.¹⁹⁰

3.5.4.1.3. Sozialmedizinische Drogenberatungs- und Betreuungsstelle „Ganslwirt“ bzw. „TaBeNo“

Beim „Ganslwirt“ wird Drogenabhängigen und drogengefährdeten Menschen anonym Hilfe angeboten. Die Einrichtung ist rund um die Uhr geöffnet und gliedert sich in folgende Teilbereiche: das Tageszentrum, ein Ambulatorium und eine Notschlafstelle.¹⁹¹

¹⁸⁸ Vgl. Klein (2008), S.131

¹⁸⁹ Vgl. Hodinka (2004), S.89.

¹⁹⁰ Vgl. ebd., S.89.

¹⁹¹ Vgl. ebd., S.90.

Der „Ganslwirt“ hat sich zum Ziel gesetzt, die negativen Folgen des Drogenkonsums aus sozialer, psychischer und somatischer Ebene zu mindern, soziale Absicherung und Abdeckung der lebensnotwendigen Grundbedürfnisse zu gewährleisten, eine medizinische Grundversorgung anzubieten sowie die Verringerung und Vermeidung von Folgeerkrankungen und die Weitervermittlung an andere drogentherapeutische Einrichtungen zu garantieren.¹⁹²

Das Tageszentrum nimmt nicht nur eine aufklärende Beratungsfunktion ein, sondern bietet den Klientinnen psychosoziale Betreuung sowie Krisenintervention. Den betroffenen Frauen werden Alltagspraktische Hilfen gegeben und auch hier wird ein Spritzenaustausch und eine Präservativausgabe angeboten.¹⁹³

Mit Ende April wird das Tageszentrum des „Ganslwirt“ aus platztechnischen Gründen in die Notschlafstelle und Betreuungsstätte „TaBeNo“ aufgenommen und vergrößert.¹⁹⁴

Frauenspezifische Angebote:

Da beim „Ganslwirt“/ bei „TaBeNo“ den KlientInnen selbstbestimmend die Möglichkeit gegeben wird das Geschlecht ihrer Bezugsperson im Rahmen der psychosozialen Betreuung auszuwählen, wird versucht die Nachfrage in jedem Arbeitsbereich wie auch bei der Erstellung von Dienstplänen abzudecken.¹⁹⁵

Im „Ganslwirt“ bzw. „TaBeNo“ befindet sich eine Pinnwand, auf welche frauenspezifische Informationen angeboten werden. Außerdem liegt das sogenannte „Freierbuch“ auf, in welchem sich Frauen anonym über die Themenbereiche Prostitution und Gewalt austauschen können, um z.B. Ratschläge zu geben oder vor gewalttätigen Freiern zu warnen.¹⁹⁶

Neben dem Tageszentrum übernimmt das Ambulatorium die Aufgaben der medizinischen Beratung und Behandlung akuter Drogenentzugssyndrome, sowie die Substitutionsberatung und Vermittlung. Ebenso werden die Frauen allgemein über da

¹⁹² Vgl. ebd., S.90.

¹⁹³ Vgl. ebd., S.90.

¹⁹⁴ <http://www.vws.or.at/ganslwirt/> [05.04.2012]

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S.90.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., S.90.

Thema Drogenmissbrauch informiert.¹⁹⁷

Frauenspezifische Angebote des Ambulatoriums:

Den Frauen werden im Rahmen der Tätigkeit des Ambulatoriums kostenlose Schwangerschaftstests und Beratungen angeboten. Eine Notschlafstelle bietet 14 Notschlafplätze, eine psychosoziale und medizinische Betreuung, Unterkunftsvermittlung, Medizinische Notversorgung, eine Krisenintervention sowie den Spritzenaustausch und Präservativausgabe.¹⁹⁸

Da Frauen meist einer höheren Schutzbedürftigkeit unterstehen, werden sie bevorzugt in einem eigenen Schlafrum untergebracht. Um den Frauen somit den bestmöglichen Schutz zu bieten, wird das Prinzip des Gender- Mainstreamings aktiv gelebt und unterstützt.¹⁹⁹

Im Rahmen der mehrmals monatlich stattfindenden Freizeitgestaltung werden auch getrenntgeschlechtliche Aktivitäten geboten, um betroffenen Frauen in einer ungezwungenen Atmosphäre die Möglichkeit zu geben Grenzerfahrungen ohne Substanzgebrauch zu machen und die bestehendenen Betreuungsbeziehungen zu festigen.²⁰⁰

3.5.4.2. Mittelschwellige Betreuungseinrichtungen

3.5.4.2.1. „Verein Dialog“

Bei diesem privaten und gemeinnützigen Verein handelt es sich um eine Hilfe- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige. Der Verein lässt sich zum Beratungs- und Betreuungszentrum bzw. die Drogenambulanz BBZ, die Beratungs- und Beratungsstelle bzw. Familienberatungsstelle Hegelgasse und die Beratungs- und Beratungsstelle NOP mit arbeitsmarktpolitischen Schwerpunkt zusammenfassen.²⁰¹

¹⁹⁷ Vgl. ebd., S.90.

¹⁹⁸ Vgl. ebd., S.92.

¹⁹⁹ Vgl. ebd., S.92.

²⁰⁰ Vgl. ebd., S.92.

²⁰¹ Vgl. ebd., S.97.

Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, den Dialog zwischen der Eltern- und der Kindergeneration zu fördern, den Dialog zwischen jenen, die die Strukturen unserer Gesellschaft gestalten und jenen die in den Randzonen der Gesellschaft leben zu stärken und das Wissen um die Entstehung von Sucht und das Verständnis für Suchtkranke in der Öffentlichkeit transparenter zu machen, sowie Lücken im Netz der Betreuungsangebote zu schließen.²⁰²

Aufgrund des hohen Bedarfs an frauenspezifischen Einrichtungen, wurde eine „Frauenarbeitsgruppe“ gebildet. Es existiert außerdem ein standortübergreifendes Frauenteam.²⁰³

3.5.4.2.2. Allgemeines Krankenhaus (AKH)

Neben den allgemeinen Einrichtungen in der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie des AKH, finden sich auch noch die Drogenambulanz und die Intensivstation 4C der Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie.²⁰⁴

In der Drogenambulanz werden zielgruppig gravide substanzabhängige Frauen und Mütter, substanzabhängige Minderjährige und HIV-infizierte Substanzabhängige betreut.²⁰⁵

Die Tätigkeit lässt sich zu folgenden Bereichen zusammenfassen: Medizin/Psychiatrie (Information und Beratung, Indikationsstellungen, Einstellungen, Substitution, psychiatrische Behandlung, Anmeldung und Vorbetreuung für eine stationäre Aufnahme in einer der Abteilungen des AKH (Intensivstation 4C,...), Psychotherapie (Psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbetreuung), Sozialarbeit (Information und Beratung, Weitervermittlung an Entzugs- und Langzeittherapiestationen, Kooperation mit anderen drogenspezifischen Einrichtungen, psychosoziale Betreuung und Begleitung, Anmeldung und Vorbereitung für eine stationäre Aufnahme in einer der Abteilungen des AKH)²⁰⁶

²⁰² Vgl. ebd., S.97.

²⁰³ Vgl. ebd., S.97.

²⁰⁴ Vgl. ebd., S.100f.

²⁰⁵ Vgl. ebd., S.100f.

²⁰⁶ Vgl. ebd., S.100f.

Frauenspezifische Angebote:

Einer der Schwerpunkte der Drogenambulanz liegt in der Betreuung und Behandlung gravider substanzabhängiger Frauen und Mütter. Das interdisziplinäre und multiprofessionelle Konzept findet nicht nur innerhalb der Drogenambulanz statt sondern auch in Zusammenarbeit mit der Universitätsfrauenklinik, der Universitätskinderklinik, der Abteilung für Kinderneurologie im Krankenhaus Rosenhügel und dem Amt für Jugend und Familie.²⁰⁷

Medizin/ Psychiatrie:

Bei einem Erstgespräch wird eine ausführliche Anamnese erstellt, sowie eine routinemäßige Untersuchung auf Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis C durchgeführt.²⁰⁸

Es werden Indikationsstellungen vorgenommen, Substitution und psychiatrische Behandlung. Wöchentlich werden supervidierte Harntests gemacht, 2-3 mal pro Woche Kontakte zum Psychiater. Im pränatalen Bereich erfolgt die tägliche Einnahme der Substitution in der Drogenambulanz oder Apotheke. Im postnatalen Bereich ermöglicht man den Frauen die Dauerrezeptausstellung.²⁰⁹

Die Frauen werden zu sechs präpartalen Untersuchungsterminen an der Universitätsfrauenklinik zugewiesen. Die Geburt findet an deren geburtshilflichen Station statt. Liegt bei den Neugeborenen eine Entzugsproblematik vor, werden diese in die Universitätskinderklinik verlegt. In der Abteilung für Kinderneurologie am Krankenhaus Rosenhügel finden im ersten Jahr sowohl vier Untersuchungen der neuromotorischen Entwicklung statt, als auch psychologische Tests.²¹⁰

Bei Auffälligkeiten werden den betroffenen Müttern, die Möglichkeiten von entsprechenden Maßnahmen, wie Physio- und Logotherapie, nähergebracht.²¹¹

Psychotherapie:

Einmal in der Woche findet für Patientinnen und junge Mütter eine

²⁰⁷ Vgl. ebd., S.100f.

²⁰⁸ Vgl. ebd., S.100f.

²⁰⁹ Vgl. ebd., S.100f.

²¹⁰ Vgl. ebd., S.100.

²¹¹ Vgl. ebd., S.100.

verhaltensmodifizierte Gruppentherapie statt. Das Hauptziel liegt in der Bildung von Perspektiven und Alternativverhalten, welche ihr Selbstwertgefühl steigern und den Austausch mit anderen betroffenen Frauen zu fördern.²¹²

In Einzelsitzungen werden mit einer verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeutin intime Probleme besprochen.²¹³

Im Vordergrund stehen oft mangelnde soziale Kompetenzen und Kommunikationsprobleme.²¹⁴

Sozialarbeit:

In einem ausführlichen Erstgespräch wird eine Sozialanamnese erstellt, vor der 12. Schwangerschaftswoche werden die verschiedenen Zukunftsperspektiven wie Schwangerschaftsabbruch, Freigabe zur Adoption oder an Pflegeeltern, oder Inanspruchnahme des eigenen Sorgerechts aufgezeigt.²¹⁵

Intensive psychosoziale Betreuung, was die Wohnungssituation, Versicherung, finanzielle Problem und den Abbau von Berührungängsten mit dem Amt für Jugend und Familie bzw. die Kontaktaufnahme mit diesem, beinhaltet. Auf Wunsch werden betroffene Frauen auch an Entzugs- und Langzeittherapiestationen vermittelt.²¹⁶

3.5.4.2.3. Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe:

Das Drogeninstitut des PKH Baumgartner Höhe lässt sich zu folgenden drei drogenassoziierten Einrichtungen zusammenfassen: Drogenambulanz Pavillon W, Entzugs- und Kurzzeittherapiestation 6/3, Langzeittherapiestation Pavillon 1²¹⁷

Pavillon W- Drogenambulanz:

Im Bereich Medizin/Psychiatrie:

²¹² Vgl. ebd., S.100.

²¹³ Vgl. ebd., S.100.

²¹⁴ Vgl. ebd., S.100.

²¹⁵ Vgl. ebd., S.101.

²¹⁶ Vgl. ebd., S.101.

²¹⁷ Vgl. ebd., S.101.

Beratende und informierende Funktion, Indikationsstellungen, Substitution, psychiatrische Behandlungen, Behandlung akuter Drogenentzugssymptome, Anmeldung und Vorbetreuung für eine stationäre Aufnahme, Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt.²¹⁸

Im Bereich der Psychotherapie:

Angebot einer längerfristigen und ambulanten Betreuung und der Nachbehandlung nach einer stationären Aufnahme.²¹⁹

Sozialarbeit:

Informierende und beratende Funktion, längerfristige ambulante Betreuung, Anmeldung und Vorbetreuung für eine stationäre Aufnahme, sowie Nachbehandlung nach einer stationären Aufnahme.²²⁰

Frauenspezifische Angebote:

Um negative Folgen des Drogenkonsums auf sozialer, psychischer und somatischer Ebene („Harm-Reduction“) zu verringern, wird 14-tägig eine Gesprächsgruppe für drogenabhängige Frauen angeboten, die von einer weiblichen Krankenpflegerin geleitet wird.²²¹

3.5.4.3.Hochschwellige stationäre Einrichtungen

3.5.4.3.1. „Anton Proksch Institut“

Die Drogenabteilung des „Anton Proksch Instituts“ lässt sich in die Teilbereiche Beratungs- und Vorbetreuungsstelle bzw. Spezialambulanz für Substitution „Treffpunkt“, Entzugs- und Kurzzeittherapiestation „517“, Langzeittherapiestation Mödling, Stationäre Nachbetreuungseinrichtung „Half way house“, Ambulante Nachbetreuungseinrichtung „Club Drive“ und arbeitsmarktpolitisches Beschäftigungsprojekt „Gabarage“ gliedern. Das Ambulatorium Wiedner Hauptstraße

²¹⁸ Vgl. ebd., S.101.

²¹⁹ Vgl. ebd., S.101.

²²⁰ Vgl. ebd., S.101.

²²¹ Vgl. ebd., S.101.

ist die Hauptambulanz des „Anton Proksch Insituts“. Sein Aufgabengebiet umfasst nicht nur die Diagnostik und Therapieplanung, sondern auch die Vermittlung zur stationären Aufnahme und die ambulante Krisenintervention, sowie die Betreuung und Beratung von Angehörigen.²²²

3.5.4.4. Institutionen und Projekte aus Österreich für ehemals drogenabhängige Frauen und ihre Kinder

3.5.4.4.1. Drogenambulanz im Allgemeinen Krankenhaus Wien

„DSA im AKH“ ist ein Projekt des Fonds Soziales Wien im AKH und damit Teil des Comprehensive Care Projekt.“²²³

Bei diesem Projekt werden opiatabhängige bzw. polytoxomane PatientInnen, Schwangere und Mütter der Abteilungen für Psychiatrie, Gynäkologie und der Kinderheilkunde der Univ. Klinik AKH, während der ambulanten und stationären Therapie, unterstützt. Den Frauen werden Hilfestellungen und Informationen zu Therapiemöglichkeiten geboten, sowie Unterkunftsmöglichkeiten geschaffen. Die Betroffenen werden außerdem auch bei der Durchsetzung von finanziellen Ansprüchen unterstützt und bei behördlichen Angelegenheiten beraten. Die PatientInnen werden außerdem über Schutzvorkehrungen bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten aufgeklärt und werden bei der Schaffung einer kindgerechten Lebenssituation unterstützt. Die „DSA im AKH“ bietet den PatientInnen in Rücksichtnahme auf deren Ressourcen, Stabilisierungsfaktoren und Rückfallpeophylaxestrategien um Risikofaktoren zu vermindern und die Reintegration und Behandlung positiv zu beeinflussen.²²⁴

Im Zuge des Projekts werden auch schwangere Frauen begleitend betreut. Insgesamt werden sechs präpartale Untersuchungen durchgeführt, Begleitung und Betreuung bei der Geburt sowie Nachbetreuung werden ebenso berücksichtigt. Liegt beim Neugeborenen ein Neonatales Abstinenzsyndrom vor, so erfolgt die Behandlung in der Abteilung für Kinderheilkunde oder im Kinderspital. Die Mütter werden in der Drogenambulanz außerdem noch sechs Monate nachbetreut, die Behandlungen erfolgen

²²² Vgl. <http://www.api.or.at/typo3/startseite/klinikum/ambulanzen-und-beratungsstellen/ambulatorium-wiedner-hauptstrasse.html> [03.12.2011]

²²³ Studeny(2004), S.103.

²²⁴ Vgl. ebd., S.104.

über ÄrztInnen der Allgemeinmedizin. Im Betreuungsplan soll den betroffenen Müttern geholfen werden ihre Ressourcen zu suchen und auszubauen, ihre Ziele zu formulieren, die Substitution zu vermitteln, die Wohnsituation zu klären und Rückfallprophylaxe anhand von typischen Rückfallsituationen gemeinsam darzustellen.²²⁵

3.5.4.4.2. Kinderneuropsychiatrische Langzeitbetreuung im Krankenhaus Rosenhügel

Die Zielsetzung der Betreuung von Mutter und Kind liegt in der Minimierung von Rückfallrisiken, durch Beobachtung der neurologischen und psychischen Entwicklung, bei Bedarf der Kooperation mit der Jugendwohlfahrtsbehörde und der unterstützenden Beratung der Eltern. Die psychosoziale Risikoambulanz übernimmt bei Suchtproblemen der Eltern, Müttern (Pflegeeltern), deren Baby an einem Neonatalen Abstinenzsyndrom litt, bei Verhaltensauffälligkeiten von der Kindheit bis ins Jugendalter und in der Zusammenarbeit mit Ämtern, Kindergarten und Schule eine betreuende und beratende Funktion. Betroffene Familien werden regelmäßige Untersuchungen der Entwicklung bis zum sechsten Lebensjahr geboten. Sie werden außerdem aktiv in Erziehungs- und Entwicklungsfragen und Interaktionsschwierigkeiten mit ihren Kindern beraten. Es werden psychologische Tests bis ins Schulalter durchgeführt und bei Bedarf notwendige Fördermaßnahmen (Logopädie, Ergotherapie) gesetzt. Die Eltern werden ebenso bei der Einschulung ihres Kindes beraten und bekommen Hilfe bei auftretenden Schul- und Verhaltensauffälligkeiten oder Problemen.²²⁶

3.5.4.4.3. Das Eltern-Kind-Haus am „Marienhof“ des Vereins „Grüner Kreis“

Das Eltern-Kind-Haus ist eine eigenständige Institution, die sich in das Gesamtmodell des „Grünen Kreises“ einfügen lässt. Diese sozialpädagogische, psychotherapeutisch, stationäre Betreuungseinrichtung wendet sich an Kinder suchtkranker Eltern und an die betroffenen Eltern selbst.²²⁷

Die Einrichtung umfasst derzeit 16 Therapieplätze für Erwachsene und 16 Plätze für deren Kinder. Jüngere Kinder werden im gleichen Zimmer mit der Mutter bzw. den

²²⁵ Vgl. ebd., S.104.

²²⁶ Vgl. ebd., S.106.

²²⁷ Vgl. ebd., S.107.

Eltern untergebracht, ältere Kinder wohnen in den anliegenden Zimmern.²²⁸

Am Areal des Marienhof finden sich eigene freie Flächen, die als erweiterter Spielraum der Kinder dient. Auf Grund heilpädagogischer Aspekte gibt es auch eine hauseigene Tierhaltung sowie angrenzende Wälder und Naturlandschaften, die aktiv zu Therapiezwecken genutzt werden.²²⁹

Im Zuge der Betreuung suchtkranker Eltern und ihrer Kinder können Beeinträchtigungen und Defizite sowie Handicaps oder Traumatisierungen ausgeglichen werden.²³⁰

Ziel der therapeutischen Intervention ist es auch vorhandene Ressourcen für betroffene Eltern erkennbar zu machen und sie dabei zu unterstützen diese zu nutzen um die weitere Entwicklung in eine positive Richtung zu lenken.²³¹

4. Empirische Erhebung

4.1. Empirische Untersuchung zur Erziehungs- und Pflegefähigkeit ehemals drogenabhängiger Mütter

Der empirische Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Beantwortung der zentralen Fragestellung, welche wie folgt lautet: Unter welchen bestimmten Bedingungen sind ehemals drogenabhängige Mütter erziehungs- und pflegefähig?

Ziel der Arbeit ist es, eine umfassende Situationsanalyse von ausgewählten, ehemals drogenabhängigen Müttern zu erarbeiten, um ihre verschiedenen Lebensumstände näher beleuchten zu können.

Dazu wurden insgesamt 8 Interviews mithilfe eines Interviewleitfadens geführt. Die Fragen des Interviewleitfadens ergaben sich aus den Erkenntnissen der Theorie und den Informationen der Detailforschung. Dabei wurden Punkte wie Dauer und Art der Abhängigkeit, Alter des/der Kindes und Art der momentanen Lebenssituation abgefragt.

²²⁸ Vgl. ebd., S.107.

²²⁹ Vgl. ebd., S.107.

²³⁰ Vgl. ebd., S.107.

²³¹ Vgl. ebd., S.107.

Zunächst erfolgt die Darstellung der Haupthypothese. Im Anschluss wird die verwendete Methode der Interviews näher beschrieben. Zudem werden sowohl die Erhebungstechnik als auch das Aufbereitungsverfahren und die Auswertungstechnik näher erläutert. Anschließend werden die Interviews zuerst einzeln ausgewertet und mithilfe der generalisierenden Analyse miteinander verglichen. Danach erfolgt die Überprüfung der Hypothesen mithilfe der Interviewergebnisse. Am Ende des Kapitels wird die zentrale Fragestellung mithilfe der erarbeiteten Theorie beantwortet.

4.2. Hypothesenbildung

Das Aufstellen von Hypothesen trägt dazu bei, praktische Fragestellungen zu beantworten und Theorien neu zu entwickeln. Unter dem Begriff Hypothese werden Vermutungen verstanden, welche noch nicht generiert worden sind und zugleich im Zusammenhang mit der Ausprägung von Variablen stehen oder diese beschreiben. Die Literaturrecherche oder die bereits durchgeführten Vor-Erhebungen stellen die Basis für eine Hypothesenbildung dar. Um die geeigneten Methoden für eine Untersuchung auszuwählen, ist die Aufstellung mehrerer Hypothesen bzw. Kategorien wesentlich.²³²

Die vorab formulierten Hypothesen und Theorien entsprechen den Kategorien einer deduktiven Kategorienbildung.²³³

In dieser Arbeit sollen die, mithilfe der Literaturrecherche aufgestellten, Hypothesen gefestigt und für weitere Beforschungen generiert werden. Aus diesem Grund wurden qualitative Interviews durchgeführt. Neben der zentralen Fragestellung ergaben sich im Zuge der theoretischen Ausarbeitung weitere Hypothesen, welche nachfolgend genau ausformuliert und näher erläutert werden.

Aus Literatur und vorwissenschaftlichen Reflexionen lassen sich zunächst folgende Hypothesen vermuten:

Beispiel :

²³² Vgl. Kuß, Alfred/ Eisend, Martin: *Marktforschung*. Grundlagen der Datenerhebung und Datenanalyse. 3.Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag 2010, S.21f.

²³³ Vgl. Mayring, Philipp: *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz 2010., S.83.

„Die wichtigsten Grundsteine um die Erziehungs- und Pflegefähigkeit bei ehemals drogenabhängigen Müttern zu gewährleisten, liegt in der unterstützenden Vorbereitung auf die zukünftige Mutterschaft durch die Umwelt sowie eine gute pränatale Beziehung und die frühkindliche Bindung.“

Also lässt sich Hypothese 1) folgend formulieren:

Hypothese 1) Ehemals drogenabhängige Mütter sind unter bestimmten Voraussetzungen erziehungs- und pflegefähig.

„Zu den besonders kritischen Bedingungen, denen Kinder drogenabhängiger Eltern ausgesetzt sein können, werden Verhaftungen, Krankenhausaufenthalte, Selbstmordversuche sowie vollendete Suizide der Eltern gezählt.“

Aus diesem Grund lässt sich Hypothese 2 wie folgt formulieren:

Hypothese 2) Ehemals drogenabhängige Mütter sind unter Ausschaltung bestimmter Risiken erziehungs- und pflegefähig.

„Um ehemals drogenabhängige Mütter bei ihrer Erziehungs- und Pflegefähigkeit aktiv zu unterstützen, bedarf es der Hilfe professioneller Institutionen und Einrichtungen[...]“

Aus diesem Grund lässt sich Hypothese 3 wie folgt vordefinieren:

Hypothese 3) Ehemals drogenabhängige Mütter sind erziehungs- und pflegefähig, wenn sie bestimmte Betreuung haben.

„[...]bedarf es der Hilfe professioneller Institutionen und Einrichtungen, welche vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten der betroffenen Mütter wahrnehmen und diese individuell fördern und stärken um ihnen und ihren Kindern einen geregelten Alltag und ein gemeinsames ‚Aufwachsen‘ zu ermöglichen!“

Aus diesem Grund lässt sich Hypothese 4 wie folgt ableiten:

Hypothese 4) Ehemals drogenabhängige Mütter sind erziehungs- und pflegefähig, wenn pädagogische und ökonomische Ressourcen, zu dem der Zugang, die durch die Sucht eingeschränkt waren, wieder aufgegriffen werden.

„[...]Diese frühe Beziehung ist sehr tiefgreifend und an eine Mutterfigur gebunden. Physiologische Bedürfnisse des Säuglings machen eine solche auf Abhängigkeit beruhende Verbindung für das Kind überlebenswichtig.“

Hypothese 5) Ehemals drogenabhängige Mütter sind erziehungs- und pflegefähig, wenn die Aufrechterhaltung der Mutter-Kind-Beziehung, aber auch die in diesem Bereich mögliche Risikoreduktion, gewährleistet wird.

Viele Betreuungseinrichtungen achten darauf, eine Mutter-Kind-Beziehung so gut wie möglich aufrecht zu erhalten und positiv zu gestalten. Es wird versucht, Risiken, wie Rückfall in eine Drogenabhängigkeit, psychische, od. physische Probleme der Mutter, die sich negativ auf die Entwicklung, bzw. Gesundheit des Kindes auswirken könnten, zu beachten und so weit wie möglich zu verringern.

Hypothese 6) Mütter, die länger drogenabhängig waren, nehmen sich weniger Zeit für die Betreuung ihrer Kinder

Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Drogenabhängigkeit der Mütter und dem Zeitaufwand für die Betreuung ihrer Kinder feststellen.

4.3. Methodik

Als Methode wurde eine Befragung mittels des qualitativen Fragebogens gewählt.²³⁴ Damit eine detaillierte empirische Datenanalyse durchgeführt werden kann, wurden diese qualitativen Fragebögen erstellt und entsprechende Interviews mit betroffenen Müttern geführt. Trotz des Problems des bestehenden Datenschutzes gelang es mir, mit 8 ehemals drogenabhängigen Müttern ein Interview zu führen. In den folgenden Kapiteln wird näher auf die Erhebungstechnik, die Aufbereitung und die Auswertung der Daten eingegangen.

²³⁴ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/ Benesch, Michael : *Der Fragebogen*. Von der Feldforschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung 2. aktual. Auflage. Stuttgart: UTB 2010, S.43f.

4.4. Erhebungstechnik

Die Erhebung der Daten erfolgte anhand eines qualitativen Fragebogens. Als Untersuchungsgrundlage dienten die Lebenssituationen von betroffenen Müttern im Alter von 20-31 Jahren, mit durchschnittlich 2 Kindern im Alter von 2-8 Jahren.

Der Fragebogen beinhaltet 11 offene²³⁵ Fragen, die sich in die Bereiche Lebenssituation und -bedingungen, Erziehung, Erziehungs- und Pflegefähigkeit und Mutterschaft sowie Drogen gliedert. Diese Befragungsart soll es den Frauen erleichtern über ihre bisherigen Erfahrungen mit Heroin, ihre Biografie, ihr momentanes emotionales Befinden und die Lebenssituation frei zu berichten.²³⁶ Die Interviews wurden mit den betroffenen Müttern größtenteils persönlich in Form einer Face-to-Face Befragung gehalten oder per Paper-Pencil - Vorgabe getätigt.²³⁷ Die Befragungen wurden anhand eines strukturierten Interviewleitfadens geführt.

Mithilfe der teilstandardisierten²³⁸ Formulierungen der Fragen und des Interviewleitfadens können bestimmte Antworten festgehalten werden. Er soll als Gedächtnisstütze und Orientierung gesehen werden, um zu gewährleisten, dass alle, für die spätere Analyse, elementaren Themenbereiche der Interviewerin abgedeckt sind.²³⁹

Diese Befragungsart hat den Vorteil, dass die Interviewerin durch den offenen Befragungsstil mehr Details einholen kann, da der Befragten Zeit und Möglichkeit eingeräumt wird, ihre Gedanken frei zu assoziieren. So wird ersichtlich, was für die Befragte mehr oder weniger von Bedeutung ist.²⁴⁰

Anhand einer Stichprobe von acht ehemals drogenabhängigen Müttern wurde versucht, die zuvor formulierten Fragen zu beantworten. Die Interviews wurden einzeln geführt

²³⁵ Vgl. Mayring (2010), S.52.

²³⁶ Vgl ebd., S.58.

²³⁷ Vgl Raab-Steiner/Benesch S.45.

²³⁸ Vgl ebd. S.45.

²³⁹ Vgl. Grabenberger (2002), S.51.

²⁴⁰ Vgl. ebd., S.51.

und anschließend transkribiert.²⁴¹ Die Fragebögen umfassen jeweils zwei Seiten zu elf Fragestellungen.

Zur Entstehungssituation ist zu sagen, dass die befragten Frauen spontan und aus freier Entscheidung an den Interviews teilnahmen. Jene Interviews, die Face-to-Face stattfanden, wurden bei den Frauen zu Hause durchgeführt.²⁴² Völlige Anonymisierung und Vertraulichkeit wurde zugesichert.

4.5. Auswertungstechnik

Nach der Transkribierung aller Fragebögen erfolgt eine vergleichende Darstellung der Meinungen aller Befragten, um Abweichungen und Analogien der einzelnen Angaben in einem eigenen Kapitel hervorzuheben.²⁴³ Die Ergebnisse werden unter Zuhilfenahme eines quantitativen Verfahrens ausgewertet und interpretiert.²⁴⁴

Des Weiteren werden unter Berücksichtigung der Skalenniveaus die Ergebnisse, unterstützt durch das Computerprogramm SPSS/PASW, in einer deskriptiv, - und inferenzstatistischen, und schließenden Datenanalyse angezeigt und interpretiert.²⁴⁵

Die skalierende Strukturierung schätzt demzufolge bestimmte Materialteile auf einer Skala ein und wird im Verlauf der Betrachtung erörtert.²⁴⁶

4.6. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Das folgende Kapitel der Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Auswertung und der qualitativen Analyse der durchgeführten Interviews. Zunächst werden die Interviews miteinander verglichen, indem die wichtigsten Aussagen der betroffenen Frauen den erarbeiteten Punkten des Interviewleitfadens gegenübergestellt werden. Anschließend erfolgt eine Überprüfung der aufgestellten Hypothesen.²⁴⁷

²⁴¹ Vgl. Mayring (2010), S.52.

²⁴² Vgl. ebd., S.54

²⁴³ Vgl. ebd., S.3.

²⁴⁴ Vgl. Mayring, S.21.

²⁴⁵ Vgl. ebd., S.110f.

²⁴⁶ Vgl. ebd., S.101.

²⁴⁷ Vgl. ebd., S.3.

In den Einzelanalysen werden die befragten Mütter mit dem Symbol „M“ angeführt und die von mir gestellten Fragen sind durchnummeriert.²⁴⁸ Die einzelnen Fragebögen bzw. Frauen werden den Buchstaben von A bis H in alphabetischer Reihenfolge zugeordnet.

Zwei der persönlichen Befragungen, welche mit den betroffenen Müttern geführt wurden, sind im Anhang nachzulesen. Alle Antworten wurden wortwörtlich aus den Fragebögen und gegebenenfalls mit Dialektausdrücken übernommen. Etwaige grammatikalische Fehler entsprechen ebenfalls dem Originalwortlaut der Befragten.

4.7. Generalisierende Analyse der Interviews

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der generalisierenden Analyse aller Interviews. Dabei erfolgt eine vergleichende Darstellung der Aussagen der unterschiedlichen Frauen. Dazu wird der Interviewleitfaden in wichtige Punkte gegliedert, die Ansichten der Frauen werden herangezogen und einander gegenübergestellt.²⁴⁹ Auch hier in der generalisierenden Analyse werden die Aussagen der geführten Interviews im originalen Wortlaut wiedergegeben.

4.7.1. Lebenssituation- und Bedingungen:

- Leben sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin bzw. hat der Vater des Kindes Kontakt zu Ihnen und zu dem Kind?

Frau A *„lebe im Moment in einer Partnerschaft bin trotzdem Alleinerzieherin seit 4 ½ Jahren. Kein Kontakt zum Vater“*

Frau B *„Alleinerziehend, Der Papa und ich haben eine sehr tiefe Freundschaft und er hat guten Kontakt zu unserer Tochter“*

Frau C *„lebe alleine zur Zeit mit meiner Kinder auf Therapie, draussen guten Kontakt mit mein Lebenspartner“*

Frau D *„Ich lebe in einer Partnerschaft. Papa hat den Kleinen jeden Tag bei sich. Sie haben super Kontakt. Und ich habe auch einen sehr guten Kontakt zu beiden.“*

²⁴⁸ Vgl. Mayring (2010), S.55.

²⁴⁹ Vgl. ebd., S.3.

Frau E „*Ich lebe in einer Partnerschaft und wohne aber mit meinem Kind allein. Der Papa vom Kind ist drogenabhängig, und deshalb → kein Kontakt*“

Frau F „*Der Partner des 18 monat Alten Kindes Mein Exmann mit dem ich 4 Kinder habe*“

Frau G „*Bis im Okt. 2011 war ich in einer Beziehung! Wohnen noch zusammen! Im Frühjahr werden wir getrennt wohnen! Vater wird immer Kontakt zum Kind haben können, wenn er will!*“

Frau H „*Ich bin Alleinerzieherin, zum Vater vom Kind habe ich guten Kontakt, auch regelmäßig. Er kommt fast jede Woche zu uns.*“

Bei vier der befragten Mütter handelt es sich um Alleinerzieherinnen, jedoch leben zwei von ihnen zurzeit in einer Partnerschaft. Zwei der fünf Befragten haben keinen verzichten auf den Kontakt zum Vater des Kindes, eine auf Grund der drogenproblematischen Lebenssituation des Vaters. Die befragte Frau B gibt an, dass sie, obwohl sie Alleinerzieherin sei, trotzdem eine gutes Verhältnis zum Vater des Kindes pflege. Befragte Frau D hat fünf Kinder, von denen vier nicht im gemeinsamen Haushalt leben.

4.7.1.1. Erziehung

- Was tun Sie, wenn Ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen ein?

Frau A „*Ich versuche sie zu beruhigen mit Worten, Streicheln, oder ich lasse sie sich wo austoben, kommt darauf an warum sie unruhig ist, oder sage ihr, daß mich das nervt und ich Ruhe brauche.*“

Frau B „*Ich versuche Ruhig zu bleiben und zu Erfahren warum sie nervt*“

Frau C „*ich rede mehr mit meiner Kinder sie brauchen immer zuneigung*“

Frau D „*Ich versuche ruhig aber sachlich mit ihm zu reden. Wenn es sehr schlimm ist, versuche ich es mit Ablenkungsmanöver*“

Frau E *„Ich red mit ihm und versuch ihn zu beruhigen oder spiel was mit ihm dann hört er meistens auch bald auf“*

Frau F *„Gehen wir spazieren und ich rauche eine zigarette“*

Frau G *„Ich nehme sie rauf, streichel sie! Ich versuche sie abzulenken, so gut es möglich ist! Wenn nicht's mehr hilft, gehe ich spazieren mit ihr und dann wird sie müde und schläft ein! Wenn sie schlimm war, erkläre ich ihr, was sie gerade getan hat und warum sie das nicht machen soll!“*

Frau H *„Ich sage ihm, dass mich sein Verhalten stört und er was spielen oder malen soll“*

In der oben genannten Situation gaben alle Befragten an, sich größtenteils darauf zu konzentrieren selbst ruhig zu bleiben, um somit das Kind beruhigen zu können. Frau D erwägte darüber hinaus die Möglichkeit eines „Ablenkungsmanövers“, um ihr Kind zur Ruhe zu bringen. Den Antworten zufolge versuchen alle Mütter, sich in ihr Kind/ ihre Kinder hinein zu versetzen und die Situation möglichst stressfrei wie möglich zu bewältigen. Frau D deutet an, dass solche Situationen für sie nicht einfach sind und überfordernd auf sie wirken. Alle Mütter streben Problemlösungsstrategien an, die dem Empfinden und dem Gefühlszustand ihres Kindes entsprechen.

- Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

Frau A *„Morgens und abends, vor & nach dem Kindergarten. Das Wochenende zusammen essen, schlafen gehen dazwischen was unternehmen“*

Frau B *„13 Stunden pro Tag“*

Frau C *„Keine“*

Frau D *„Von 6 h- ca 20^{oo} mit einem Mittagsschlaf“*

Frau E *„Am Vormittag ist er im Kindergarten, dann danach kümmere ich mich selber um ihn“*

Frau F *„24 Stunden“*

Frau G „24h am Tag, 7 Tage d. Woche! Wenn der Vater des Kindes da ist, fahr ich manchmal alleine einkaufen!“

Frau H „Den ganzen Tag, jeden Tag außer wenn er am Vormittag im Kindergarten ist“

Drei der befragten Mütter gaben an, in regelmäßigem Kontakt mit ihren Kindern zu stehen und für deren Erziehung und Pflege selbst verantwortlich zu sein. Zwei der befragten Mütter verbringen eine geringe Zeit mit ihren Kindern, eine Mutter wollte auf die Frage nicht näher eingehen und antwortete sehr beschränkt. Drei der befragten Mütter gaben an, dass ihre Kinder einen geregelten Alltag erleben dürfen und ferner einen Kindergarten besuchen.

4.7.1.1.1. Erziehungs- und Pflegefähigkeit

- Wie, glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

Frau A „geduldig, streng, wenig belastbar“

Frau B „Als zu locker und nachgiebig in der Erziehung“

Frau C „Nicht wirklich gute manchmal gut“

Frau D „streng, konsequent, aber liebevoll und für mein Alter schon erfahren“

Frau E „Ich glaube, dass viele Vorurteile gegen mich haben weil sie halt meine Vergangenheit kennen und schätzen mich als Rabenmutter ein“

Frau F „Ein gute Mutter nur zu ängstlich da ich alles gut machen will“

Frau G „gute Mutter! Bin nicht zu streng, aber auch nicht zu locker!“

Frau H „Ich glaube als gute Mama, aber oft nicht konsequent und streng genug“

Bis auf drei Befragte, gaben alle anderen Frauen an, eher negativen Fremdeinschätzungen ausgesetzt zu sein. Die Befragten fühlen sich von ihrer Umwelt als wenig belastbar, ängstlich und inkonsequent beurteilt. Eine Befragte nennt ihre Drogenvergangenheit als Grund für negative Fremdeinschätzungen. Zwei der Befragten sehen sich als von ihrer Umwelt positiv beurteilt.

- Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

Frau A *„ambivalent, ist eine schwierige Frage Ich glaube, ich mache es für meine Geschichte ganz gut. Manchmal weiß ich nicht wonach ich mich richten soll, aber ich weiß das Wichtigste sind Respekt, Liebe & Grenzen. Auf diese Art ist das für mich neu und ich lerne jeden Tag seit wir zusammen sind“*

Frau B *„ich habe zu hohe Erwartungen an mich als Mama und oft kann ich sie nicht erfüllen“*

Frau C *„ich versuche alles gut und besser zu machen“*

Frau D *„Ich bin strenger als andere Mütter, bin konsequenter und lasse mich durch ein „nein“ nicht abschrecken bin andererseits aber lieb und kuschel sehr viel.“*

Frau E *„Es fällt mir schwer Nein zu sagen und konsequent zu sein“*

Frau F *„Eine gute aber nicht konsistente Mutter“*

Frau G *„Man kann immer noch was verbessern! Ich denke, ich bin eine gute Mutter, aber wissen kann man das nie!“*

Frau H *„Ich hab oft Angst was falsch zu machen aber ich bemühe mich das beste draus zu machen“*

Die Befragten antworten hier stark differenziert. Zwei der Befragten geben an, sich äußerst zu bemühen, alles in der Erziehung ihrer Kinder richtig zu machen. Befragte A und D geben an, ihren Kindern liebevolle jedoch konsequente Grenzen zu setzen. Die Befragten E und F gestehen Schwierigkeiten beim Setzen von Grenzen zu haben. Zwei der Befragten sind in ihrer Erziehung ein wenig ängstlich bzw. unsicher.

- Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

Frau A *„aus dem Bauch“*

Frau B *„spontan“*

Frau C „*ich hole mir rat Freundin oder Therapeut*“

Frau D „*ich überlege zuerst wie wichtig eine Entscheidung ist, dann stufe ich ein welche zuerst zum lösen geht. Und dann versuche ich alles richtig zu treffen. Bin sehr genau, was Entscheidungen trifft.*“

Frau E „*Ich denk viel nach und überlege ob die Entscheidung richtig oder falsch ist*“

Frau F „*Die Entscheidungen so gut wie möglich treffen*“

Frau G „*Ganz gelassen! Ich denke darüber nach u. entscheide nach vernunft!*“

Frau H „*Ich denke nicht viel nach und entscheide einfach*“

Drei der Befragten geben an, Entscheidungen spontan und ohne längere Reflexionen zu treffen. Frau C holt in schwierigen Situationen den Rat einer vertrauten Person ein. Zwei der Befragten führen aus Entscheidungen zuerst zu überdenken, um Fehlritte zu vermeiden. Zwei Mütter reflektieren über ihre Entscheidungen.

- Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

Frau A „*ich versuche, das zu tun, was ich sage. Zu erklären, warum etwas verboten ist und viel zu loben. Und halt auch mit „wenn, ...,dann...“*“

Frau B „*ich hab ein Problem sie zu strafen, ich halte es nicht aus sie traurig zu sehen*“

Frau C „*ich setze Grenzen immer für meine Kinder Spielzeug oder zum naschen, oder etwas unternehmen mit die Kinder wo sie sich sehr freuen*“

Frau D „*Belohnug gibts wenn er was super gemacht hat. d.h. wenn er zB was toll zeichnet ist die Belohnug meistens nur eine Umarmung bzw Kuscheleinheiten und ein rießiges Bravo. Strafen nur wenn sie sinnvoll erscheinen.*“

Frau E „*Ja belohnen tu ich ihn schon viel wenns halt passt. Strafen tu ich eher selten*“

Frau F „*Da ich nicht sehr konsquint bin erlaub ich ihr fasst alles*“

Frau G „*So etwas gibt es nicht! Wenn sie was falsch macht, sag ich ihr was sie falsch gemacht habe u. warum das falsch ist! Wenn sie etwas gut od. richtig macht, lobe ich sie!*“

Frau H „*Ich tu mir sehr schwer in zu bestrafen, das tut mir dann immer gleich leid. Ich weiß, dass es manchmal notwendig ist aber ich bring das einfach nicht übers Herz wenn ich ihn dann weinen seh. Wenn er was gut macht oder was schönes malt dann bekommt er auch Belohnungen und Zuckerl oder wir kuscheln.*“

Der Großteil der Frauen gibt an, seine Kinder oft und in passender Situation zu loben und zu belohnen. Fünf der Befragten erklären nur selten zu bestrafen bzw. nur in dem Falle zu strafen, wenn es als sinnvoll betrachtet wird. Drei Frauen setzen bewusst Grenzen und belohnen ihre Kinder mit materiellen Dingen bzw. Zuneigung und Liebkosungen.

4.7.1.1.1. Mutterschaft und Drogen

- Glauben Sie, dass Sie ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

Frau A „*Vielleicht. Ich weiß es nicht Ich versuche daraus zu lernen*“

Frau B „*ja, meine Nerven sind wen ich giftgeil bin nicht so belastbar*“

Frau C „*nein*“

Frau D „*nicht einschränkt sondern mich momentan sehr anders fühle, normaler*“

Frau E „*Nein einschränken tut sie mich nicht manchmal fühl ich mich ein bissi antriebslos dann schon*“

Frau F „*Nein*“

Frau G „*Ja, ich habe nicht so viel Energie wie normalerweise! Sonst schränkt mich nichts ein!*“

Frau H „*Ich weiß nicht, kann schon sein.*“

Vier der Befragten sind der Meinung, dass sie ihre ehemalige Drogenabhängigkeit einschränke bzw. gewissermaßen beeinflusse und sie sich oftmals erschöpft und antriebslos fühlen. Vier der Befragten sind der Meinung, ihre ehemalige Drogenabhängigkeit würde sie nicht bzw. nur gering auf ihr Verhalten auswirken.

- Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

Frau A *„Manchmal dann, manchmal verfüge ich über eine Energiereserve, von der ich mir nicht erklären kann, woher sie kommt.“*

Frau B *„siehe Frage 8“*

Frau C *„ich hole mir dann hilfe aber nur im Notfall ich habe gute Ausdauer“*

Frau D *„Lange Zeit ist es mir schlecht gegangen. Aber jetzt fühle ich mich schon mehr belastbar. Und ich freu mich schon, auf ne normale Zukunft“*

Frau E *„Nicht sehr viel belastbar wenn mein Kind dann herumquengelt wenns mir nicht gut geht und nicht auf mich hört dann ist das schon sehr anstrengend“*

Frau F *„Früher nahm ich Tabletten jetzt Trink ich hin und wieder 1-2 Bier zur beruhigung“*

Frau G *„Bin wieder relativ belastbar! Nehme Antidepressiver, nur zur Sicherheit! Habe Angst, doch nicht so belastbar zu sein, wie ich glaube, oder wie ich war!“*

Frau H *„Manchmal bin ich müde und nicht so belastbar, wenn er dann nicht hören will und keine Ruhe gibt ist das für mich anstrengend“*

Vier der Befragten geben eine positive Antwort. Sie fühlen sich in der Lage belastende Situationen alleine bewältigen zu können, bzw. holen sich bei Bedarf unterstützende Hilfe. Eine Befragte gibt an, in stressigen Situationen mit ihrem Kind nicht sehr belastbar zu sein. Ebenso meint eine Befragte, sie sehe sich dazu nicht im Stande, sobald sie das Verlangen nach Drogen zu stillen bedürfe. Zwei Mütter meinen, nicht immer besonders belastbar zu sein.

- Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

Frau A *„Daß es keine konstante Vaterfigur in unserem Leben gibt. Daß ich in vielen Bereichen einen Nachholbedarf habe (persönl. Entwicklung) und aus meinen Mustern nicht immer ausbrechen kann“*

Frau B *„ihre Wutausbrüche“*

Frau C *„nein“*

Frau D *„Mein Sohn hatte ne Zeit lang Wutausbrüche, die sind aber angeblich vorbei. Das war oder ist für mich das schlimmste am Zusammenleben“*

Frau E *„siehe oben, wenn er stört und nicht aufhört stoße ich oft an meine Grenzen“*

Frau F *„Nein“*

Frau G *„Nein, sonst hätt ich ja kein Kind bekommen! Das einzige was ich mir manchmal wünschen wir, wäre „bissi“ mehr Freizeit für MICH! Aber ich habe es mir so ausgesucht!“*

Frau H *„Ja wenn er nicht hört und folgt, und dann auch noch wütend wird dann ist das oft nicht einfach.“*

Drei der acht Befragten erklären, sich in Stresssituationen mit ihrem Kind/ihren Kindern überfordert zu sehen. Fünf Frauen geben an, herausfordernden Situationen gewachsen zu sein.

- Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in Ihrem Umfeld um?

Frau A *„Ich rede darüber. Ich halte es nicht aus, so zu tun, als wäre alles in Ordnung“*

Frau B *„es ist schwer für mich sie lange auszuhalten“*

Frau C „*ich hole mir hilfe und rede über meine Probleme*“

Frau D „*Normalerweise versuche ich dieser zu besprechen und die Leute zu sagen was mir nicht paßt. Aber im Moment bin ich froh wenn ich nicht unbedingt mit Spannungen oder Problemen auseinander setzen.*“

Frau E „*Spannungen gehe ich meistens aus dem Weg, aber wenn ich nicht weiter weiß dann hol ich mir Hilfe von Freunden oder Therapeuten*“

Frau F „*Ich bin sehr gelassen und schau lange zu bis der Vulkan dann übergeht und kann ich dann sehr aggressiv werden*“

Frau G „*kommt darauf an, was das für Probleme.... sind und wie ich drauf bin! Meistens finde ich eine lösung, sonst wird darüber diskutiert*“

Frau H „*Kommt immer drauf an wie groß die Probleme sind aber wenn es so weit ist, dann hol ich mir Hilfe bei meinen Freunden*“

Beinahe alle Befragten gaben an, Spannungen und Problemen in ihrem Umfeld gezielt aus dem Weg zu gehen, bzw. Rat oder Hilfe bei Außenstehenden zu suchen. Außerdem betonten die Befragten auch, mit Spannungen eher schwer umgehen zu können, und diese vermeiden zu wollen.

4.7.2. Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Antworten der Interviews:

a) Alleinerziehend oder in Partnerschaft lebende Mütter :

Der Großteil der befragten Mütter ist alleinerziehend, hat aber einen Partner. Sie pflegen meist ein gutes, freundschaftliches Verhältnis zum Kindesvater und es ist ihnen wichtig, dass die Kinder regelmäßigen Kontakt zu ihren Vätern haben. Keine der Mütter will dem Vater den Kontakt zu seinem Kind verwehren.

b) Erziehung :

Die meisten der interviewten Mütter bemühen sich ganz besonders, ihre Kinder gut zu erziehen. Sie betonen, dass sie versuchen sehr vernünftig zu handeln, aber ihren Kindern auch liebevoll und mit viel Zuneigung entgegenzukommen. Es lässt sich dabei allerdings auch etwas Ängstlichkeit und Unsicherheit feststellen. Auffallend ist ebenfalls, dass viele Mütter Schwierigkeiten damit haben, ihre Kinder zu bestrafen und unter anderem als Grund dafür angeben, dass sie ein schlechtes Gewissen auf Grund ihrer Drogenvergangenheit hätten.

c) Mutterbild :

Das Mutterbild, welches die Befragten von sich haben, ist mehrheitlich positiv auszumachen. Sie meinen aber auch, dass man immer noch etwas verbessern kann. Die jüngeren Mütter betonen, dass sie die Mutterrolle für ihr Alter, und trotz ihrer Vergangenheit, doch sehr gut erfüllen. Anders sieht es mit dem Mutterbild aus, dass ihrer Meinung nach andere von ihnen haben. Sie denken, dass sie andere als weniger konsequent, zu „locker“ und nicht sehr belastbar im Umgang mit ihren Kindern sehen. Die Befragten sind sich mehrheitlich einig, dass andere Menschen ihnen gegenüber wegen ihrer Vergangenheit viele Vorurteile haben und sie nicht als besonders gute Mütter einstufen.

d) Drogenabhängigkeit :

Die Mehrheit der befragten Mütter meint, dass sie ihre frühere Drogenabhängigkeit zeitweise weiterhin belastet. Die Frauen geben an, nicht mehr so viel Energie zu haben, öfters antriebslos zu sein und belastende Situationen nicht besonders gut aushalten zu können. Besonders wenn sie das Verhalten ihrer Kinder als mühevoll empfinden, haben sie nicht sehr viel Stehvermögen, und geben an, dass sie merken, wie wenig belastbar ihre Nerven sind. Die Mütter meinen, sie freuen sich daher, sollten keine Probleme oder Spannungen auftreten, und dass sie versuchen solche Störungen so gut es geht zu vermeiden. Falls es aber doch zu Schwierigkeiten kommt, holen sich die Meisten Rat bei TherapeutInnen oder FreundInnen.

4.8 Statistische Darstellungen und Auswertungen der Interviews

4.8.1. Fragebogen zur statistischen Auswertung der Interviews

Fragebogen:

- 1) Fragebogennummer
- 2) Wohnort
- 3) Alter
- 4) Anzahl der Kinder: 1.....2.....3.....4.....5.....6.....
- 5) Alter d. 1. Kindes
- 6) Alter d. 2. Kindes
- 7) Alter d. 3. Kindes
- 8) Alter d. 4. Kindes
- 9) Alter d. 5. Kindes
- 10) Alter d. 6. Kindes
- 11) Art der Droge: 1 Heroin, 2 Kokain, 3 Speed, 4 Cannabis, 5 Morphin, 6 Benzodiazepine
- 12) Dauer der Abhängigkeit in Monaten
- 13) Ersatzdroge: 1 Methadon, 2 Substitol, 3 Subutex
- 14) Alleinerzieher: 0 ja, 1 nein
- 15) Vater Kontakt: 0 nein, 1 ja
- 16) *Was tun Sie, wenn Ihr Kind unruhig ist?*
- 17) Wie viel Zeit verwenden Sie pro Tag für die Kinderbetreuung?
0....1....2.....3....4....5....mehr als 5 Std.
- 18) Was glauben Sie, wie schätzen Sie andere als Mutter ein? 1 sehr gut, 2 gut, 3 mittelmäßig, 4 schlecht, 5 unzureichend

19) Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein? ? 1 sehr gut, 2 gut, 3 mittelmäßig, 4 schlecht, 5 unzureichend

20) Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen? 0 nervös, 1 unentschlossen, 2 suche Hilfe, 3 wie gelähmt, 4 ruhig, 5 selbstsicher

21) Wie sieht es mit Strafen für Ihr Kind aus? 0 nie, 1 selten, 2 gelegentlich, 3 oft, 4 sehr oft

22) Wie sieht es mit Belohnungen für Ihr Kind aus? 0 nie, 1 selten, 2 gelegentlich, 3 oft, 4 sehr oft

23) Glauben Sie, dass Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit Sie irgendwie einschränkt? 0 nein nie, 1 manchmal, 2 ja immer

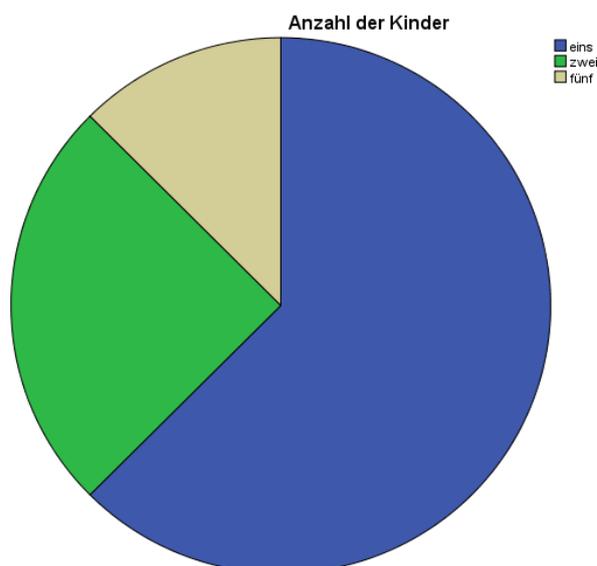
24) Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch/physisch schlecht geht? 0 gar nicht, 1 kaum, 2 ein wenig, 3 trotzdem recht gut, 4 sehr

25) Finden Sie irgendetwas im Zusammenleben mit Ihrem Kind problematisch?

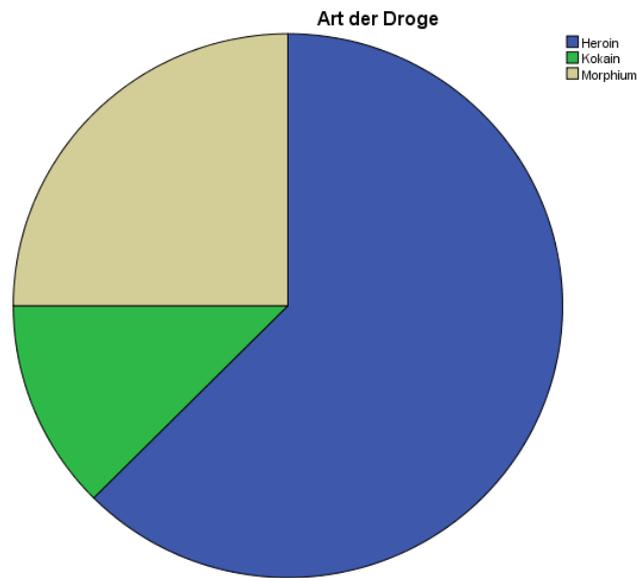
26) Wie gehen Sie mit Spannungen/Problemen in Ihrem Umfeld um?

4.8.2. Statistische Darstellungen und Auswertung

Es beziehen sich die nachfolgenden Diagramme jeweils auf eine Stichprobe von 8 interviewten Personen. Die Kreisdiagramme geben optisch einen kurzen Gesamtüberblick über die Auswertung der in Kapitel 4.9.1. gestellten Fragen. Die Darstellung erfolgt in prozentuellen Häufigkeiten.



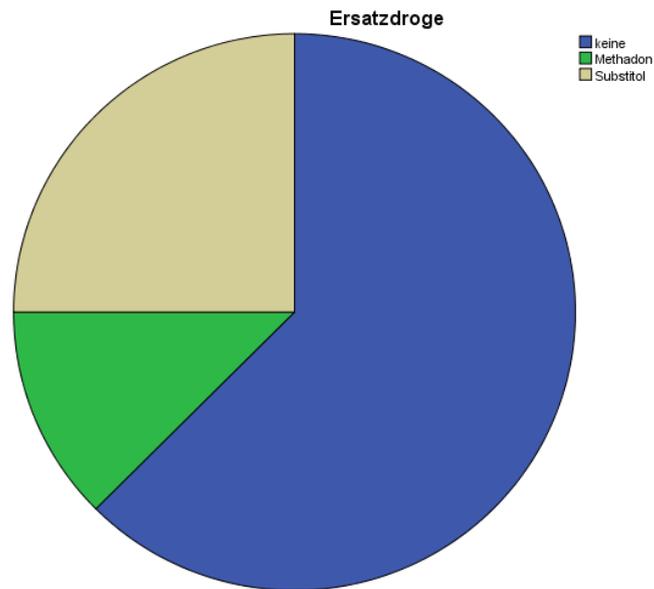
Aus dem Kreisdiagramm geht hervor, dass die Mehrheit der befragten Frauen Mutter eines Kindes ist.



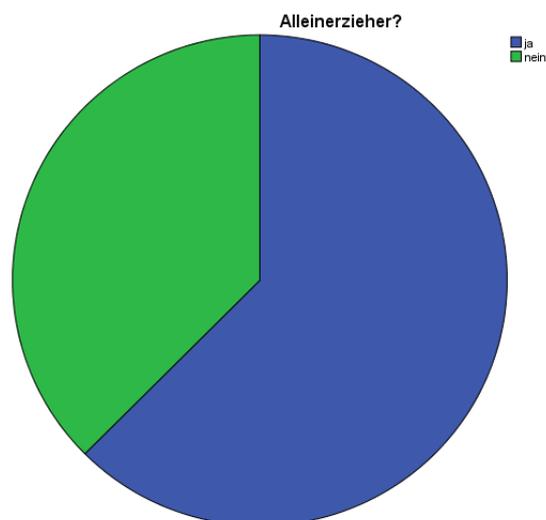
Wie man der Grafik entnehmen kann, war die am häufigsten eingenommene Droge (Leitdroge) *Heroin*, gefolgt von *Morphium* und *Kokain*. Hinzuzufügen ist, dass es sich bei einer Drogenabhängigkeit vorwiegend um Mischkonsum handelt.



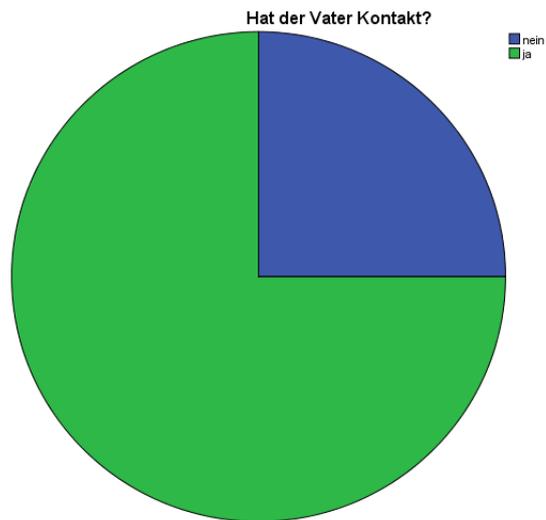
Die Dauer der Abhängigkeit schwankte hingegen sehr und betrug zwischen 36 und 120 Monaten. Der exorbitanteste Anteil beträgt 72 Monate.



Besonders auffällig ist, dass die Mehrzahl der Frauen auf eine Substitution mit Ersatzdrogen verzichtet hat. Ansonsten wurden die Substanzen *Methadon* und *Substitol* zu Ersatzzwecken eingesetzt.



Mehr als die Hälfte der Frauen ist alleinerziehend, die restlichen Befragten leben in einer Partnerschaft.

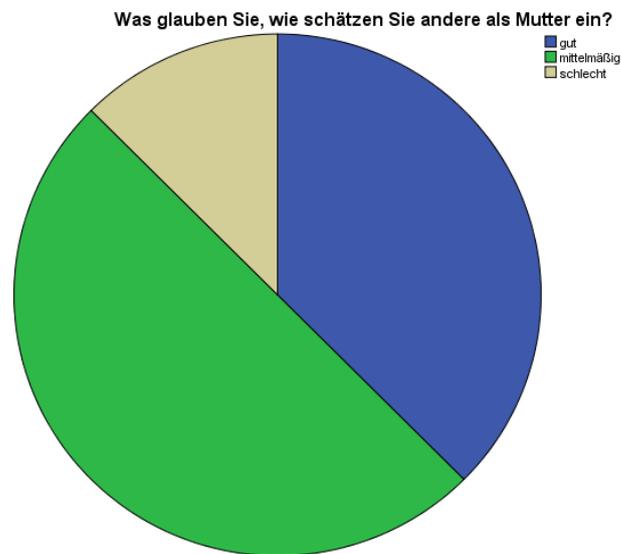


Drei Viertel aller Väter haben permanenten Kontakt zu ihren Kindern und pflegen ein gutes Verhältnis zur Kindesmutter.

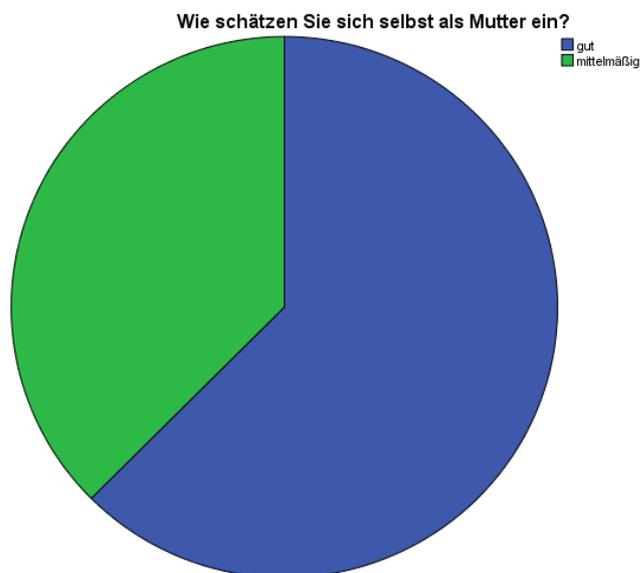


Mehr als fünf Stunden wurde als Richtwert für diese Darstellung angenommen. Sieben von acht Frauen gaben an, dass sie täglich *mehr als fünf Stunden* ihrer Zeit für die Betreuung ihres Kindes aufwenden. Die meisten der Kinder werden außerdem

ganztägig von ihren Müttern betreut. Eine Befragte gab allerdings an, ihr Kind überhaupt nicht selbst zu betreuen.



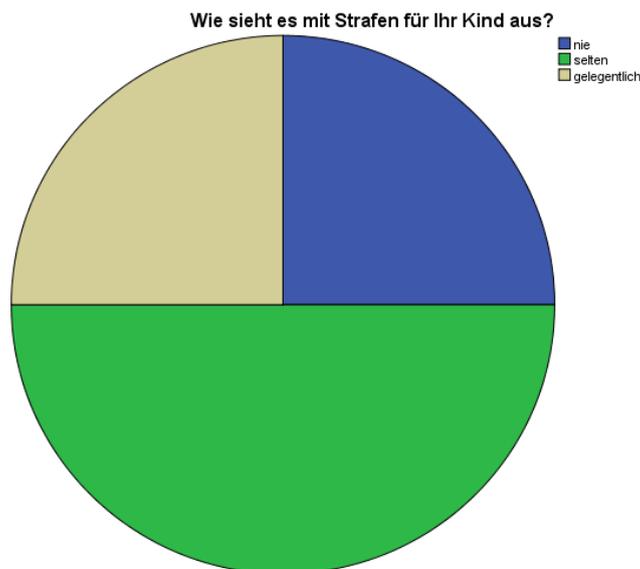
Die Hälfte der Befragten ist der Meinung, andere würden sie als *mittelmäßig* gute Mutter sehen. Nur eine geringe Anzahl an Müttern gab an, von außen als *gute* Mutter wahrgenommen zu werden. Aussagen wie „wenig belastbar“, „zu locker und nachgiebig“ oder „als Rabenmutter“ wurden in der graphischen Darstellung in die Kategorie *schlecht* eingeordnet.



Bei der Selbsteinschätzung erklärten sich zwei Drittel der Befragten zu einer guten Mutter. Auf Grund der Vorgeschichte schätzte sich der Rest nur als *mittelmäßig* ein. Aussagen wie „als gute aber nicht konsequente Mutter“ begründen dies.

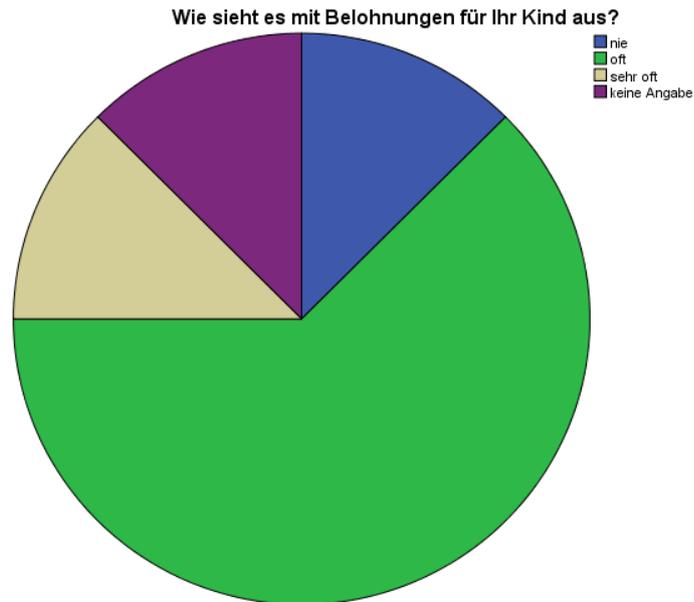


Die Selbsteinschätzung beim Verhalten in unerwarteten Situationen ist breiter gefächert, jedoch empfindet sich die Hälfte der befragten Mütter als *ruhig*. Erwähnenswert hierbei erscheint auch, dass einige Frauen angaben, in unerwarteten Situationen auf Hilfe von außen zurück zu greifen.



Die Hälfte der Frauen gab an, ihre Kinder *selten* zu bestrafen, da es ihnen oft nicht leicht fällt. Dies lässt darauf schließen, dass sich die Frauen mit dem Setzen von Grenzen schwer tun, wie man folgender Aussage entnehmen kann: „Ich weiß, dass es manchmal notwendig ist aber ich bring das einfach nicht übers Herz, wenn ich ihn dann weinen sehe.“

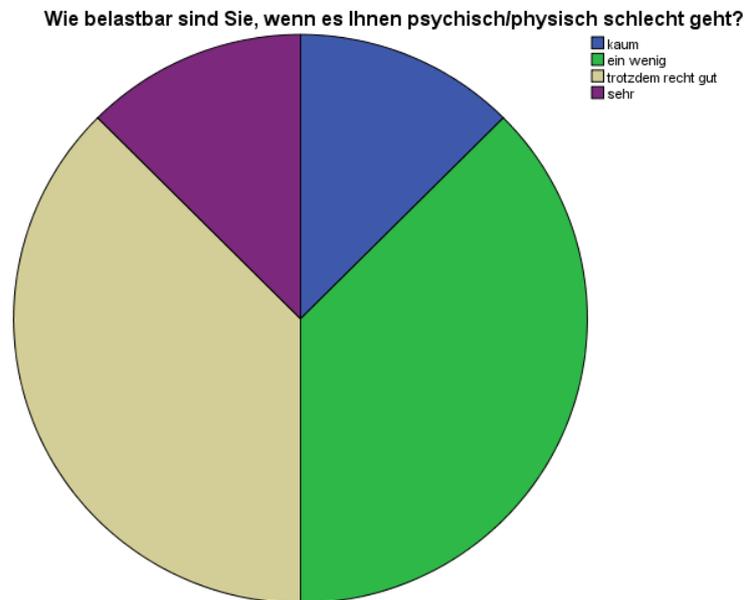
Der Rest setzt sich aus den Angaben wie *nie* und *gelegentlich* zusammen.



Der Großteil der 8 Befragten gab an, seine Kinder *oft* zu belohnen. Nur wenige Frauen antworteten, ihre Kinder *nie* zu belohnen.



Zwei Drittel der Mütter fürchten, dass sie ihre ehemalige Drogenabhängigkeit, in irgendeiner Weise in der Erziehung der Kinder einschränken könnte.



Die Belastbarkeit in psychisch bzw. physisch schlechtem Zustand ist ausgesprochen differenziert. Die Antworten *kaum* und *sehr* wurden in gleichem Maße genannt. Dies trifft überdies auf die verbleibenden zwei Antwortkategorien *trotzdem recht gut* und *ein wenig* zu, welche jedoch an Häufigkeit hervorstechen.

Nachfolgend habe ich mit dem Statistikprogramm SPSS²⁵⁰ verschiedene Korrelationen untersucht, die leider, wie schon eingangs erwähnt, bis auf zwei Fälle (Korrelation zwischen dem „Alter der Frau“ und der „Dauer der Abhängigkeit in Monaten“, und „Wie viel Zeit verwenden Sie für die Betreuung ihres Kindes“ und die „Dauer der Abhängigkeit in Monaten“) keine signifikanten Ergebnisse lieferten. Angesichts der kleinen Stichprobe sind Analysen schließender Statistik nur bedingt möglich. Dennoch erscheint ein Zusammenhang bemerkenswert: „Wie viel Zeit verwenden Sie für die Betreuung ihres Kindes“ und die „Dauer der Abhängigkeit in Monaten“.

²⁵⁰ Vgl. Raab-Steiner, E./ Benesch, M.: *Der Fragebogen*. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung 2. aktual. Auflage. Stuttgart: UTB 2010.

Korrelationen

		Alter der Frau	Dauer der Abhängigkeit in Monaten
Alter der Frau	Korrelation nach Pearson	1	,768*
	Signifikanz (2-seitig)		,026
	N	8	8
Dauer der Abhängigkeit in Monaten	Korrelation nach Pearson	,768*	1
	Signifikanz (2-seitig)	,026	
	N	8	8

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen

		Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?	Dauer der Abhängigkeit in Monaten
Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?	Korrelation nach Pearson	1	-,741*
	Signifikanz (2-seitig)		,036
	N	8	8
Dauer der Abhängigkeit in Monaten	Korrelation nach Pearson	-,741*	1
	Signifikanz (2-seitig)	,036	
	N	8	8

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

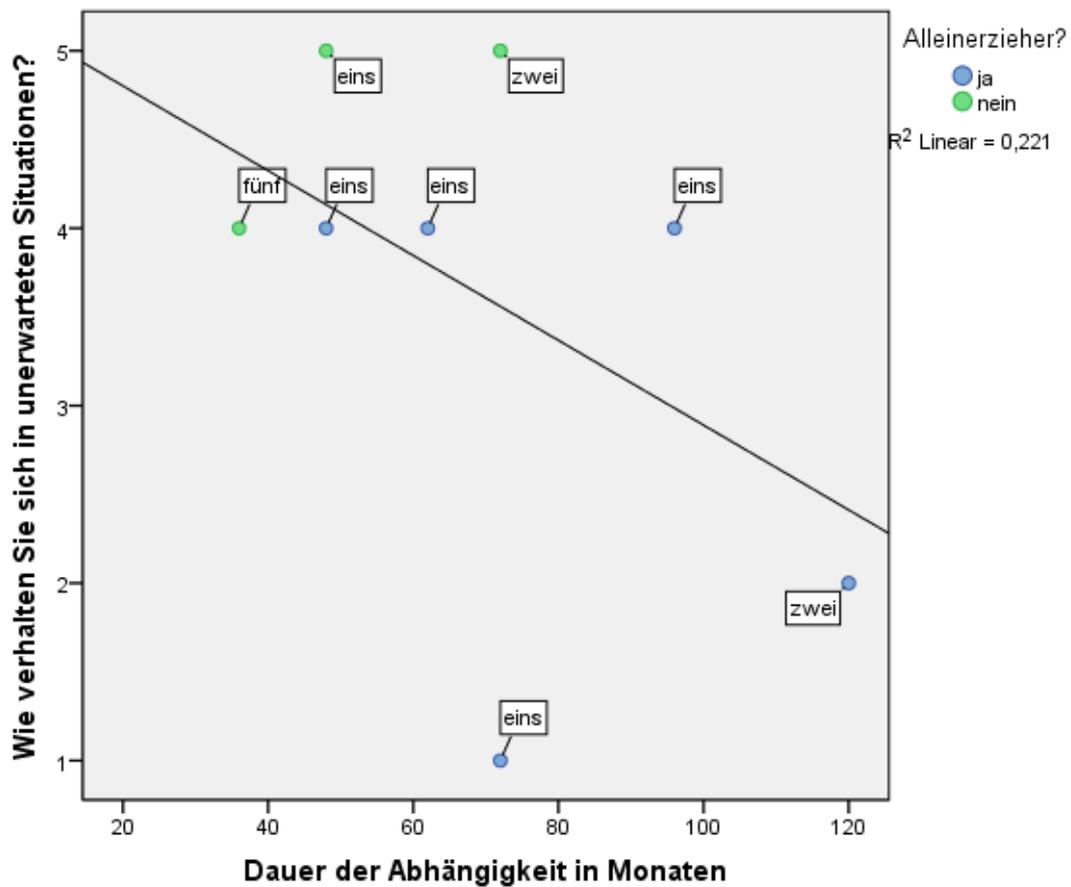
„Beinahe signifikant“, wenn auch nicht streng wissenschaftlich, auf dem Niveau 0,05 (2-seitig) ist noch folgende Korrelation: „Belastbarkeit“ und „Art der Droge“

Korrelationen

		Art der Droge	Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch/physisch schlecht geht?
Art der Droge	Korrelation nach Pearson	1	,640
	Signifikanz (2-seitig)		,087
	N	8	8

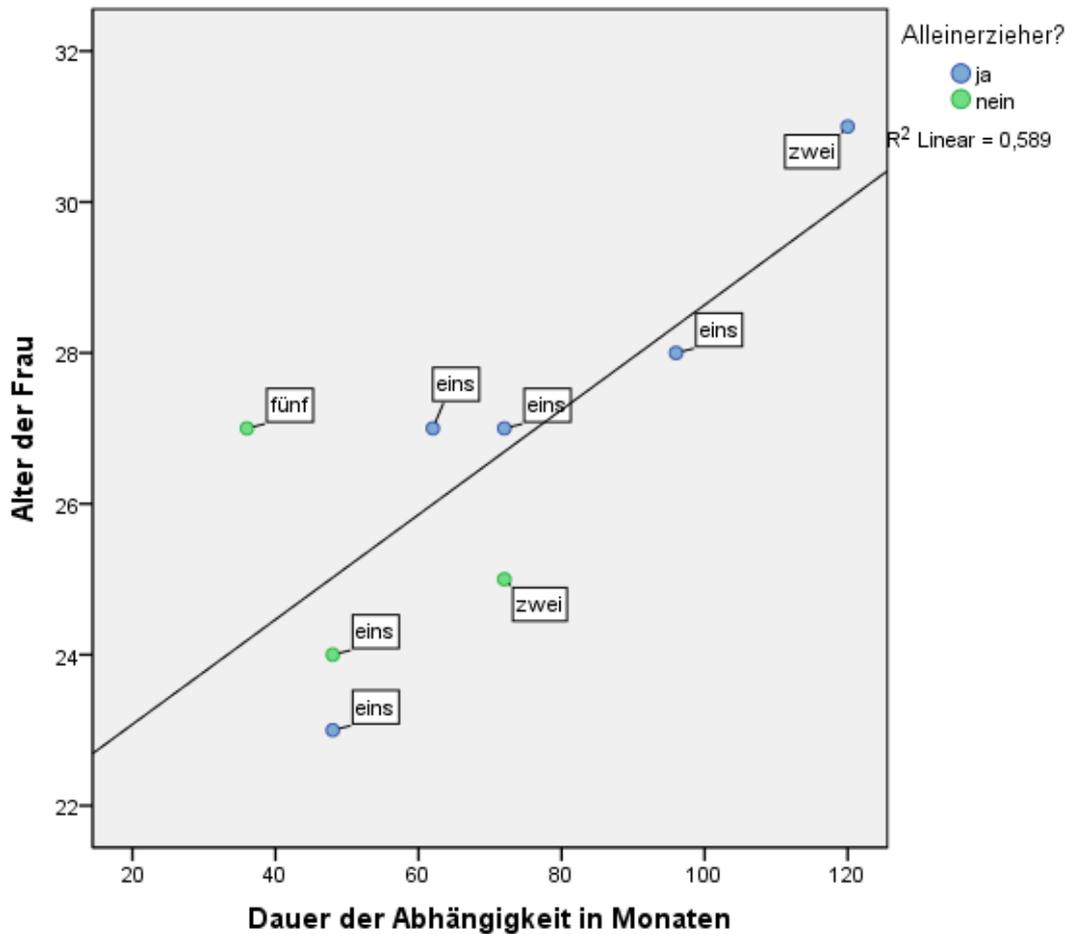
Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch/physisch schlecht geht?	Korrelation nach Pearson	,640	1
	Signifikanz (2-seitig)	,087	
	N	8	8

Überdies habe ich einige Diagramme inklusive Regressionsgerade erstellt, die verschiedene Zusammenhänge illustrieren sollen.

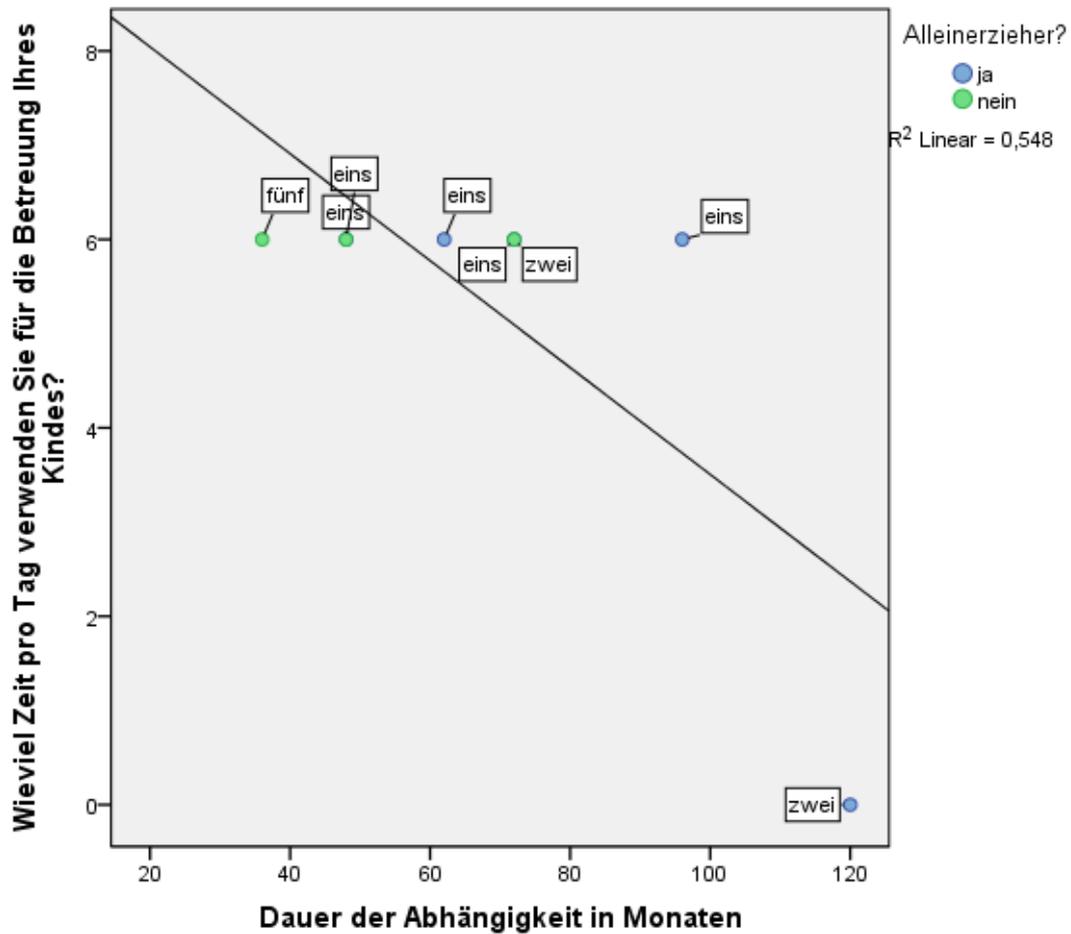


Die Einzelnen Punkte sind zusätzlich mit der Anzahl der Kinder markiert

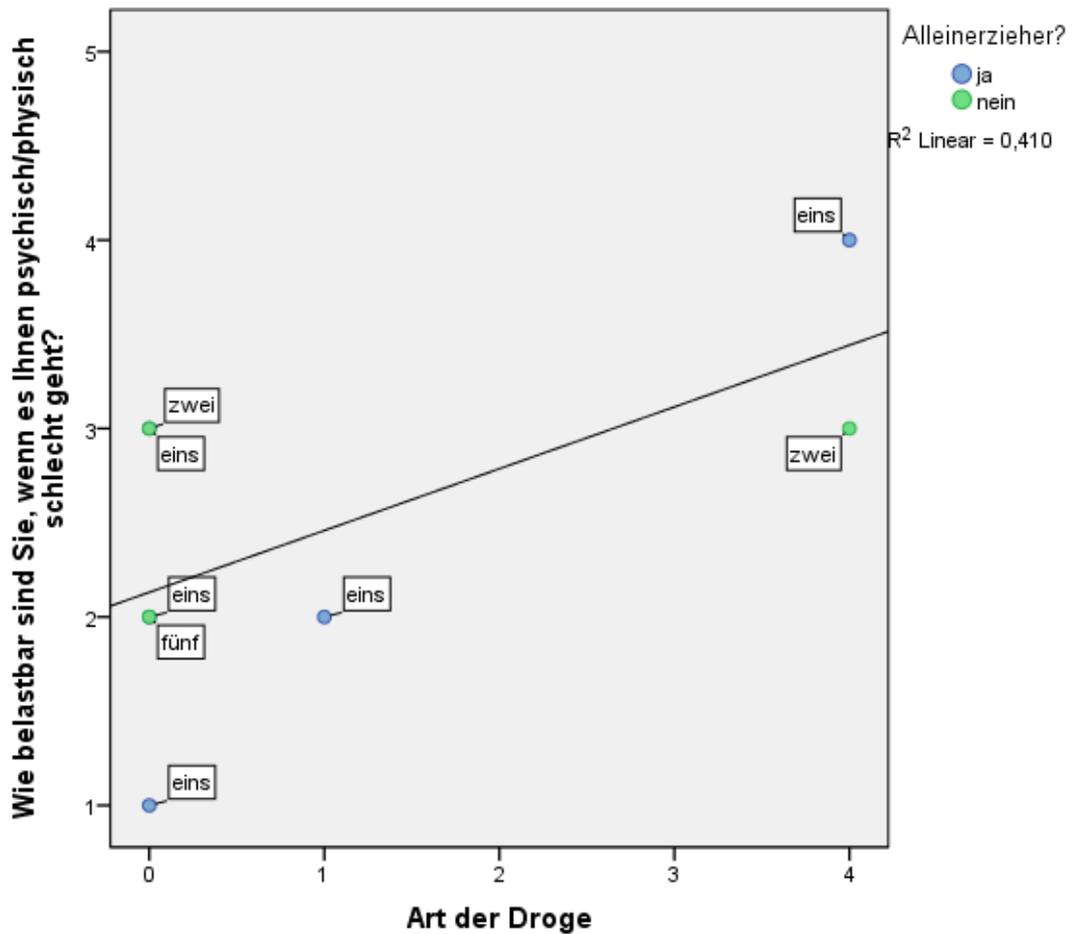
Je länger eine Frau abhängig war, desto unsicherer verhält sie sich. Erschwerend mag noch hinzukommen, dass besonders jene beiden Probandinnen, die angaben große Schwierigkeiten mit unerwarteten Situationen zu haben, alleinerziehend sind.



In diesem Diagramm ist die Dauer der Drogenabhängigkeit in Monaten, in Abhängigkeit vom Alter der Frau, dargestellt. Hier zeigte sich schon zuvor eine deutliche Signifikanz bei der Korrelation ($p=0,026$). Auch das R^2 der linearen Regression macht diesen Umstand deutlich. $R^2=0,589$ bedeutet, dass knapp 60% der Varianz des Alters durch die Dauer der Abhängigkeit erklärt werden können. Mit steigendem Alter steigt folglich auch die Dauer der Abhängigkeit.



Dieses Diagramm zeigt den Zeitaufwand für Kinderbetreuung in Abhängigkeit von der Dauer der Drogenabhängigkeit der Frauen. Auch hier liegt der Erklärungsbeitrag der Varianz bei knapp 55%. Obwohl fast alle befragten Mütter angaben, sich mehr als 5 Stunden pro Tag mit ihrem Kind zu beschäftigen, fällt auf, dass jene Mutter, die am Längsten abhängig war, ihre beiden Kinder überhaupt nicht selbst betreut.



Das letzte Diagramm macht deutlich, dass auch die Art der Droge großen Einfluss auf die Belastbarkeit der Mütter hatte. Während sich Frauen mit „harten Drogen“ wie Heroin oder Kokain kaum oder wenig belastbar fühlen, scheint Cannabis einen geringeren Einfluss auf ihre Belastbarkeit zu nehmen.

4.8. Hypothesenüberprüfung

Hypothese 1) Ehemals drogenabhängige Mütter sind unter bestimmten Voraussetzungen erziehungs-und pflegefähig.

Hypothese 2) Ehemals drogenabhängige Mütter sind erziehungs-und pflegefähig, wenn sie bestimmte Betreuung haben.

Eine Erziehungs- und Pflegefähigkeit der Mütter kann erst dann erreicht werden, wenn sie durch geschultes Personal in diversen Einrichtungen Betreuung und Hilfe erfahren. Den Betreuten soll ermöglicht werden durch gezielte Förderung den Alltag zu meistern. Sie sollen dazu motiviert werden selbst ein Verhalten zur Problemlösung zu entwickeln. Zwischen Betreuer und Klientin sollte eine professionelle Beziehungsarbeit, die ein ganzheitliches Menschenbild hat, stattfinden. Dabei gilt es auch Einschränkungen und Probleme zu verstehen und zu reflektieren.

Aus den Interviews der Befragten geht hervor, dass die Frauen in bestimmten Situationen, die spannungs- und problemreich sind, durchaus Rat und Hilfe von außen in Anspruch nehmen.

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass Theorie und Praxis übereinstimmen.

Hypothese 3) Ehemals drogenabhängige Mütter sind unter Ausschaltung bestimmter Risiken erziehungs-und pflegefähig.

Viele negative Faktoren können die Mutter- Kind Beziehung in die falsche Richtung führen z.B. haben Frauen auch nachdem sie festgestellt haben, dass sie schwanger sind weiterhin Drogen genommen, wodurch sie ihre Aufmerksamkeit nicht auf das Heranwachsen des Kindes richteten, sondern auf die Beschaffung weiterer Drogen. Auch finanzielle, psychische und soziale Probleme in deren Lebensführung können eine negative Auswirkung auf die Beziehung zu ihrem Kind darstellen.

Anhand von Beispielen verschiedener Einrichtungen (z.B. die Drogenambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik) lässt sich erkennen, dass vorhandene Risiken durch eine prä-, peri- und postnatale Betreuung reduziert werden.

In vielen Betreuungseinrichtungen wird auf das Eindämmen von Infektionsrisiken und gesundheitliche Folgeschäden der Kinder von ehemals drogenabhängigen Müttern großer Wert gelegt.

Aus einem Interview geht hervor, dass sich die betroffene Frau durchaus vorhandener Risiken in ihrer Lebenssituation bewusst ist, und somit den Kontakt zum aktiv drogenabhängigen Vater abgebrochen hat. Somit lässt sich bestätigen, dass ehemals drogenabhängige Mütter durchaus pflege- und erziehungsfähig sind, wenn bestimmte Risikofaktoren vermindert bzw. ausgeschaltet werden.

Eine andere ehemals drogenabhängige Mutter, merkt in ihrem Interview an, dass sie den Anforderungen einer gelungenen Erziehungs- und Pflegefähigkeit erst dann gewachsen ist, wenn ihr Drang nach einem weiteren Substanzmissbrauch gestillt wird, also alle Risikofaktoren beseitigt wurden.

Somit lässt sich die Hypothese 2 sowohl theoretisch als auch praktisch bestätigen.

Hypothese 4) Ehemals drogenabhängige Mütter sind erziehungs- und pflegefähig, wenn pädagogische und ökonomische Ressourcen, die durch die Sucht eingeschränkt waren, wieder aufgegriffen werden.

Viele Betreuungseinrichtungen bieten betroffenen Frauen sinnvolle Möglichkeiten der Freizeitgestaltung an, und ermöglichen ihnen somit neue soziale Kontakte mit Gleichgesinnten aufzunehmen, und der Isolation durch die Drogensucht zu entkommen. Dadurch wird den Frauen auch geholfen, ihr Selbstwertgefühl wieder aufzubauen und es zu festigen und somit ihre vorhandenen Ressourcen zu stärken.

In einem Projekt des Wiener AKHs wird Rücksicht auf die vorhandenen Ressourcen der ehemals drogenabhängigen Mütter genommen, und versucht diese zu stabilisieren. Ebenso wird durch die dortige Behandlung und Betreuung versucht Risikofaktoren einzudämmen und Rückfallprophylaxe zu betreiben.

Auch diese Hypothese lässt sich somit bestätigen, nämlich dass betroffene Frauen unter Berücksichtigung ihrer vorhandenen Ressourcen, wieder dazu befähigt werden erziehungs- und pflegefähig zu sein.

Hypothese 5) Ehemals drogenabhängige Mütter sind erziehungs- und pflegefähig, wenn die Aufrechterhaltung der Mutter-Kind-Beziehung, aber auch die in diesem Bereich mögliche Risikoreduktion, gewährleistet wird.

Die Erfahrung des Mutterwerdens bringt große Veränderungen im Leben jeder Frau, wodurch sie eine neue Identität erlangt. Die Mutter-Kind-Beziehung ist auch als Lernprozess zu sehen.

Eine erfolgreiche Mutter-Kind-Beziehung kann nur dann aufrechterhalten bleiben, wenn das Kind Geborgenheit und Liebe erfährt und die bereits genannten Risiken reduziert werden.

Viele der interviewten Mütter versuchen sich in ihre Kinder hineinzufühlen und schwierige Situationen so stressfrei wie möglich zu regeln. Obwohl es für viele nicht einfach ist, versuchen sie Strategien zu finden, um Probleme dem Gefühlszustand ihres Kindes entsprechend zu lösen.

Ein Großteil der befragten Mütter lebt mit seinen Kindern gemeinsam in einem Haushalt. Sie übernehmen somit, die Erziehung und Pflege für ihre Kinder selbstverantwortlich. Diese Herausforderungen bestreben sie, wie aus den Antworten ersichtlich ist, zu einer gelungenen Mutter-Kind-Beziehung, in welcher sich beide geborgen und wohl fühlen.

Somit lässt sich auch Hypothese 5 theoretisch und praktisch bestätigen.

Hypothese 6) Mütter, die länger drogenabhängig waren, nehmen sich weniger Zeit für die Betreuung ihrer Kinder.

Durch die Ergebnisse der geführten Interviews, und deren statistischer Auswertung ergab sich ein signifikanter Wert, der besagt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Drogenabhängigkeit der befragten Mütter und dem Zeitaufwand für die Betreuung deren Kinder gibt. Je länger die Mutter abhängig war, desto geringer ist die Anzahl der Stunden, die sie sich für die Betreuung ihres Kindes nimmt.

4.10. Interpretation und Beantwortung der zentralen Fragestellung

Dieses Kapitel umfasst, ausgehend von den theoretischen und empirischen Erkenntnissen, die Beantwortung der zentralen Fragestellung. Die zentrale Frage, der ich mich in meiner Diplomarbeit gestellt habe, lautet:

„Sind ehemals drogenabhängige Mütter erziehungs- und pflegefähig?“

Aufgrund der theoretischen und empirischen Themenanalyse konnte erhoben werden, dass ehemals drogenabhängige Mütter, unter bestimmten Voraussetzungen, welche unter anderem eine qualitative Betreuung durch professionelle Institutionen und eine aktive Unterstützung durch die Lebensumwelt der Frauen beinhaltet, durchaus

erziehungs- und pflegefähig sind. Die Inklusive Pädagogik, welche als Gegensatz zu einer selektiven Pädagogik wirkt, inkludiert die Arbeit mit ehemals drogenabhängigen Müttern bzw. deren Betreuung, die sie erziehungs- und pflegefähig macht.²⁵¹

6. Resümee

„Der Mensch, insbesondere der in einer Wohlstandsgesellschaft, kommt leicht in die Gefahr, sich zu verwöhnen, das heißt Lust zu steigern und Anstrengung zu vermeiden. Die Folgen von Verwöhnung sind verheerend: Umweltzerstörung, Krankheiten, hohe Aggressivität, Drogenkonsum. Ja, die Droge ist Lust ohne Anstrengung par excellence- kein Wunder also, wenn sie zur Abhängigkeit führt, zur Sucht[...]“²⁵²

Damit Sucht vermieden werden kann, muss man Verwöhnung meiden. Dies vollzieht sich jedoch nicht durch Verzicht auf Lust, das geht nur durch die Kombination von Lust und Anstrengung, der Lust an der Leistung. Lust, die durch das Bewältigen von Herausforderungen, wie der Kindererziehung erlebt wird. Auch durch Anerkennung für vollbrachte Leistungen und durch Bindung in gemeinsamen Handeln- dieses Gefühl übertrifft Lust ohne Anstrengung bei Weitem.²⁵³

Meiner Meinung nach spielt überdies auch der Begriff „Verantwortung übernehmen“ im Leben ehemals drogenabhängiger, bzw. noch nicht abstinenter Mütter eine große Rolle. Auch bei den Untersuchungen und Recherchen, die ich im Zuge meiner Diplomarbeit gemacht habe, war dies immer wieder zu erkennen.

Da ich durch meine gesamte Studienzeit durch Vorlesungen und Seminare zum Thema Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor E. Frankl begleitet und bereichert wurde, und dies sehr großen Einfluss auf mein Studium und mein gesamtes

²⁵¹ Vgl. Schöler, Jutta: *Alle sind verschieden*. Auf dem Weg zur Inklusion in der Schule. 1. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz 2009.

²⁵² Klein, Michael: *Kinder und Suchtgefahren – Risiken, Prävention, Hilfen*. Stuttgart: Schattauer GmbH 2008, S.20.

²⁵³ Ebd., S.20.

Menschenbild genommen hat, möchte ich auch am Ende meiner Diplomarbeit mit Worten, Zitaten und Erkenntnissen Frankls schließen.

Das Übernehmen von Verantwortung und die gleichzeitige Erkenntnis des Sinns darin, sind in Frankls Schriften immer wieder zu finden. So kann die Verantwortung, die die Mutter für ihr Kind übernimmt, auch Grund und Chance für die betroffenen Mütter sein, die Drogensucht endgültig hinter sich zu lassen.

Frankl spricht dabei auch von „Selbst- Transzendenz“²⁵⁴, ein menschliches Phänomen, das einen dazu befähigt, über seine eigene Person hinauszuschauen, „[...]denn im Dienst an einer Sache oder in der Liebe zu einer Person wird der Mensch erst ganz Mensch und verwirklicht er sich selbst[...]“²⁵⁵

²⁵⁴ Vgl. Frankl Viktor E.: *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*. Unveränderter Nachdruck. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1998. S.288.

²⁵⁵ Ebd., S.288.

LITERATURVERZEICHNIS UND ANHANG

Adam-Lauer, Gisela: Auswirkungen des Drogenmissbrauchs während der Schwangerschaft/ Drogenembryopathie.

In: Suchtkranke Eltern-Suchtkranke Kinder?!: Informationen und Hilfemöglichkeiten. Broschüre „Kinder suchtkranker Eltern“, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Sucht. Köln 2000, S.184

Arnold, Helmut/ Schill, Hans- Joachim: Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention Handlungsfelder- Handlungskonzepte- Praxisschritte. Weinheim und München: Juventa Verlag 2002.

Berger, Nina: Einflussfaktoren auf die Mutter-Kind- Interaktion bei substanzabhängigen Frauen. Diplomarbeit. Univ. Wien, Wien 2003.

Berk, Laura E.: Entwicklungspsychologie. 5., aktualisierte Auflage-bearbeitet von Ute Schönplflug. München: Pearson 2011.

Bericht zur Drogensituation 2010. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit. Hrsg. u.a. von Marion Weigl. Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2010.

Bericht zur Drogensituation 2011. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit. Hrsg. u.a. von Marion Weigl. Wien: Gesundheit Österreich GmbH 2010.

Beubler, Eckhard/ Haltmayer,Hans/ Springer,Alfred (Hrsg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Wien: Springer- Verlag 2003.

Bowlby, John: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Geist und Psyche. 3. und ungekürzte Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH 1984.

Bowlby, John: Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Geist und Psyche. Aus dem Englischen übertragen von Erika Nosbüsch. Hrsg. von Nina Kindler. München: Kindler Verlag 1976.

Brezinka, Wolfgang: Erziehung – Kunst des Möglichen. Beiträge zur Praktischen Pädagogik. 3., verbesserte und erweiterte Aufl. München; Basel : Ernst Reinhardt Verlag 1988.

Brumlik, Micha.: Kohlbergs „Just Community- Ansatz“ als Grundlage einer Theorie der Sozialpädagogik. Münster: GRIN Verlag 2005.

Brumlik, Micha: Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. Hrsg. von Karin Böllert u.a. Bielefeld: KT-Verlag 1992.

Bründler, Paul/ Bürgisser, Daniel/ Lämmli, Dominique/ Bornand, Jilline: Einführung in die Psychologie und Pädagogik. Lerntext, Aufgaben mit kommentierten Lösungen und Glossar. Zürich: Compendio Bildungsmedien AG 2004.

Bürgerliches Gesetzbuch. 68., überarbeitete Auflage. Stand: 4.August 2011. Mit ausführlichem Sachverzeichnis und einer Einführung von Universitätsprofessor Dr. Helmut Köhler. Sonderausgabe. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG 2011.

Cierpka, Manfred : Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag 2012.

Deutscher Hebammenverband (Hrsg.): Das Neugeborene in der Hebammenpraxis. 2. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag 2010.

Donnenberg, Wilbirg: Mutter im Widerspruch. Wie Frauen ihr Muttersein erleben. Hrsg. von Anna Sieberer- Kefer. Salzburg: Anton Pustet Verlag 1993.

Englert, Ekkehart/ Ziegler, Meinrad (2001): Kinder opiatabhängiger Mütter – ein Überblick. Zit.in: Scheuermann, Heidi: Kinder drogenabhängiger Mütter. Empirische Untersuchung spezifischer Aspekte der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Müttern mit Opiatabhängigkeit und deren Säuglinge. Diplomarbeit. Köln 2002.

Fischer, Gabriele(Hrsg.): Therapie mit Opioiden. Vademecum für Praktische ÄrztInnen und verwandte Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2002.

Frankl, Viktor E.: Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Unveränderter Nachdruck. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1998.

Göttfried, Bettina: Drogensucht – Zerstörung der Normalität. Eine sozialpädagogische Analyse. Diplomarbeit. Univ. Wien, Wien 2001.

Grabenberger, Silke: Opioiderhaltungstherapie bei graviden substanzabhängigen Frauen unter dem besonderen Blickwinkel der psychosozialen Betreuung im AKH Wien. Diplomarbeit. Univ. Wien, Wien 2002.

Heinz, Werner/ Poehlke, Thomas/ Stöver, Heino: Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. 3. Auflage. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag GmbH 2011.

Hodinka, Lena: Frauenspezifische Drogenarbeit. Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse am Beispiel der für in Wien lebende drogenabhängige Frauen zuständigen Drogeneinrichtungen. Diplomarbeit. Akademie für Sozialarbeit Wien, Wien 2004.

Klein, Michael: Kinder und- Suchtgefahren – Risiken, Prävention, Hilfen. Stuttgart: Schattauer GmbH 2008.

Körner, Ute/ Rösch, Ruth: Ernährungsberatung in Schwangerschaft und Stillzeit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag 2008.

Kuß, Alfred/ Eisend, Martin: Marktforschung. Grundlagen der Datenerhebung und Datenanalyse. 3.Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag 2010.

Lüssi, Peter: Systemische Sozialarbeit-Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung (1992) Zit. in: Grabenberger, Silke: Opioiderhaltungstherapie bei graviden substanzabhängigen Frauen unter dem besonderen Blickwinkel der psychosozialen Betreuung im AKH Wien. Diplomarbeit. Univ. Wien, Wien 2002.

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 1.,aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz 2010.

Mombour, Werner W./ Schmidt, Martin H.(Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V. ICD-10. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber 1993.

Müller, Wilhelm/ Schmölzer, Georg: Legale und illegale Drogen in der Schwangerschaft. Abteilung für Neonatologie Univ.-Klinik für Kinder,- und Jugendheilkunde Medizinische Universität Graz, Graz 2007.

Raab-Steiner, Elisabeth/ Benesch, Michael: Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung 2. aktual. Auflage. Stuttgart: UTB 2010.

Scheuermann, Heidi: Kinder drogenabhängiger Mütter. Empirische Untersuchung spezifischer Aspekte der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Müttern mit Opiatabhängigkeit und deren Säuglinge. Diplomarbeit. Köln 2002.

Schöler, Jutta: Alle sind verschieden. Auf dem Weg zur Inklusion in der Schule. 1.Auflage. Weinheim und Basel: Beltz 2009.

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz: Drogen, Sucht und Therapie. Das Drogenproblem in Österreich und die Wege zu seiner Lösung. 3 Bände. Bd.1. BM für Gesundheit und Umweltschutz, Wien 1981.

Schwimmann, Michael: Familienrecht/ Mit neuestem Abstammungsrecht und neuem Außerstreitgesetz. 5. neu bearbeitete Auflage. Wien: Lexis Nexis ARD Orac 2005.

Studený, Michaela: Folgen mütterlicher Drogensucht und Möglichkeiten positiver Einflussnahme unter spezieller Berücksichtigung der Beziehung und Interaktion zwischen Mutter und Kind. Diplomarbeit, Univ. Wien, Wien 2004.

Vorlaufer, Johannes: Im Anspruch des Anderen. Beiträge zur sozialphilosophischen und ethischen Dimension der Sozialen Arbeit. Aachen: Shaker, 2011.

Wilfing, Heinz: Handlungsfeld Sucht (HAF7). Unterlagen zur Verwendung am Fachhochschul – Studiengang. Sozialarbeit im städtischen Raum. FH-Campus Wien, Wien 2006.

Wilson Schaef, Anne: Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit.1.Auflage. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag 1989.

QUELLEN AUS DEM INTERNET:

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/SUCHT/> [10.10.2011]

<http://lexikon.stangl.eu/1410/erziehung/> [03.12.2011]

<http://liliththerapie.ch/site/images/files/mutter-kind.pdf> [02.12.2011]

<http://www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/aId/2976> [25.01.2012]: VERING et al. (1992), Heroinabusus und Methadon-Substitution in der Schwangerschaft. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1992; 52: 144-147. SOEPTAMI (1994) Developmental outcomes of children of mothers dependant on heroin or heroin/methadone during pregnancy. Acta Paediatr 1994; 404 Suppl:36-39.

<http://www.globulus.org/daten/Hauner-Forschung.pdf> [24.01.2012]

<http://www.imedo.de/medizinlexikon/finnegan-score> [24.01.2012]

<http://www.neonataler-drogenentzug.de/neo/lmodel/Lmodel2.htm> [24.01. 2012]

http://www.vivid.at/_pdf/4794a9cd69638.pdf [03.11.2011]
ÖBDS, Berufsbild: <http://www.sozialarbeit.at.2002> [25.11.2011]
www.emcdda.europa.eu/.../att_1074_DE_pr06_ar00_women_de.pdf [9.10.2000]
<http://de.wikipedia.org/wiki/Niedrigschwellig> [19.01.2012]
[http://de.wikipedia.org/wiki/Emmaus_\(Organisation\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Emmaus_(Organisation)) [19.01.2012]
<http://www.api.or.at/typo3/startseite/klinikum/ambulanzen-und-beratungsstellen/ambulatorium-wiedner-hauptstrasse.html> [03.12.2011]
<http://www.vws.or.at/ganslwirt/> [05.04.2012]
<http://drogenhilfe.at/4502/verein-wiener-sozialprojekte-vws-wird-zur-suchthilfe-wien-ggmbh-shw/> [05.03.2012]

Transkriptionen der Interviews

Der Inhalt der Interviews wurde genauso wiedergegeben, auch inklusive Ausdrucks,- bzw. Rechtschreibfehlern.

I) Frau A

Anzahl der Kinder: 1

Alter der Frau: 28

Alter der/des Kinder/s: 5 ½

Stadt/Land: Stadt

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: insgesamt ca. 8 Jahre (4 à Abstinenz dazwischen) Morphin

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: lebe im Moment in einer Partnerschaft bin trotzdem Alleinerzieherin seit 4 ½ Jahren. Kein Kontakt zum Vater

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Ich versuche sie zu beruhigen mit Worten, Streicheln, oder ich lasse sie sich wo austoben, kommt darauf an warum sie unruhig ist, oder sage ihr, daß mich das nervt und ich Ruhe brauche.

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: Morgens und abends, vor & nach dem Kindergarten. Das Wochenende zusammen essen, schlafen gehen, dazwischen was unternehmen.

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: geduldig, streng, wenig belastbar

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: Ambivalent, ist eine schwierige Frage. Ich glaube, ich mache es für meine Geschichte ganz gut. Manchmal weiß ich nicht wonach ich mich richten soll, aber ich weiß das Wichtigste sind Respekt, Liebe & Grenzen. Auf diese Art ist das für mich neu und ich lerne jeden Tag seit wir zusammen sind

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: aus dem Bauch

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: ich versuche, das zu tun, was ich sage—wenn zu erklären, warum etwas verboten ist und viel zu loben. Und halt auch mit „wenn,..., dann...“

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: Vielleicht. Ich weiß es nicht Ich versuche daraus zu lernen.

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: Manchmal kaum, manchmal verfüge ich über eine Energiereserve, von der ich mir nicht erklären kann, woher sie kommt

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: Daß es keine konstante Vaterfigur in ~~ihrem~~ unserem Leben gibt. Daß ich in vielen Bereichen einen Nachholbedarf habe (persönl. Entwicklung) und aus meinen Mustern nicht immer ausbrechen kann,

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: Ich rede darüber. Ich halte es nicht aus, so zu tun, als wäre alles in Ordnung

II) Frau B

Anzahl der Kinder: 1 Tochter

Alter der Frau: 23 Jahr

Alter der/des Kinder/s: 2 Jahre

Stadt/Land: Stadt

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: 4 Jahre Kokain, Substitol (intravenös), Benzodiazepine

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: Alleinerziehend, Der Papa und ich haben eine sehr tiefe Freundschaft und er hat guten Kontakt zu unserer Tochter

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Ich versuche ruhig zu bleiben und zu erfahren warum sie nervt

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: 13 Stunden pro Tag

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: Als zu locker und nachgiebig in der Erziehung

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: Ich habe zu hohe Erwartungen an mich als Mama und oft kann ich sie nicht erfüllen.

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: spontan

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: ich hab ein Problem sie zu strafen, ich halte es nicht aus sie traurig zu sehen

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: ja, meine Nerven sind wenn ich giftig bin nicht so belastbar

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: siehe Frage 8

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: ihre Wutausbrüche

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: es ist schwer für mich sie lange auszuhalten

III) Frau C

Anzahl der Kinder: 2

Alter der Frau: 31

Alter der/des Kinder/s: 4,5/3

Stadt/Land: Stadt

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: HEROIN/ KOKAIN/ SUBSTITOL/ METADON 10 Jahre

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: lebe alleine zur Zeit mit meiner Kinder auf Therapie, draussen guten Kontakt mit mein Lebenspartner

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: ich rede mehr mit meiner Kinder sie brauchen immer zuneigung

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: keine

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: nicht wirklich gute

manchmal gut

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: ich versuche alles gut und besser zu machen

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: ich hole mir rat freundin oder therapeut

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: ich setze Grenzen immer für meine Kinder Spielzeug oder zum naschen, oder etwas unternehmen mit die Kinder wo sie sich freuen

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: nein

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: ich hole mir dann hilfe aber nur im Notfall ich habe gute Ausdauer

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: nein

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: ich hole mir hilfe und rede über meine Probleme

IV) Frau D

Anzahl der Kinder: 2

Alter der Frau: 25

Alter der/des Kinder/s: 2 ½ + 5

Stadt/Land: Stadt

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: nur Morphine (oral) 6 Jahre

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: Ich lebe in einer Partnerschaft. Papa hat den Kleinen jeden Tag bei sich. Sie haben super Kontakt. Und ich habe auch einen sehr guten Kontakt zu beiden.

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Ich versuche ruhig aber sachlich mit ihm zu reden. Wenn es sehr schlimm ist, versuche ich es mit Ablenkungsmanöver

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: Von 6 h- ca 20°° mit einem Mittagsschlaf

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: streng, konsequent, aber liebevoll und für mein Alter schon erfahren

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: ich bin strenger als andere Mütter, bin konsequenter und lasse mich durch ein „nein“ nicht abschrecken bin andererseits aber lieb und kuschel sehr viel.

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: Ich überlege zuerst wie wichtig eine Entscheidung ist, dann stufe ich ein welche zuerst zum lösen geht. Und dann versuche ich alles richtig zu treffen. Bin sehr genau, was Entscheidungen trifft.

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: Belohnung gibts wenn er was super gemacht hat d.h. wenn er zB was toll zeichnet ist die Belohnung meistens nur eine Umarmung bzw Kuscheleinheiten und ein rießiges Bravo. Strafen nur wenn sie sinnvoll erscheinen.

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: nicht einschränkt sondern mich momentan sehr anders fühle, normaler

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: Lange Zeit ist es mir schlecht gegangen. Aber jetzt fühle ich mich schon mehr belastbar. Und ich freue mich schon, auf ne normale Zukunft

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: Mein Sohn hatte ne zeitlang Wutausbrüche, die sind aber angeblich vorbei. Das war oder ist für mich das schlimmste am Zusammenleben

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: Normalerweise versuche ich diese zu besprechen und die Leute zu sagen was mir nicht paßt. Aber im Moment bin ich froh wenn ich nicht unbedingt mit Spannungen oder Problemen auseinander setzen.

V) Frau E

Anzahl der Kinder: 1

Alter der Frau: 27

Alter der/des Kinder/s: 3

Stadt/Land: Stadt

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: 6 Jahre Heroin

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: Ich lebe in einer Partnerschaft und wohne aber mit meinem Kind allein. Der Papa vom Kind ist drogenabhängig, und deshalb → kein Kontakt

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Ich red mit ihm und versuch ihn zu beruhigen oder spiel was mit ihm dann hört er meistens auch bald auf

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: Am Vormittag ist er im Kindergarten, dann danach kümmere ich mich selber um ihn

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: Ich glaube, dass viele Vorurteile gegen mich haben weil sie halt meine Vergangenheit kennen und schätzen mich als Rabenmutter ein

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: Es fällt mir schwer Nein zu sagen und konsequent zu sein

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: Ich denk viel nach und überlege ob die Entscheidung richtig oder falsch ist

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: Ja belohnen tu ich ihn schon viel wenns halt passt. Strafen tu ich eher selten

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: Nein einschränken tut sie mich nicht manchmal fühl ich mich ein bissi antriebslos dann schon

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: Nicht sehr viel belastbar wenn mein Kind dann herumquengelt wenns mir nicht gut geht und nicht auf mich hört dann ist das schon sehr anstrengend

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: siehe oben, wenn er stört und nicht aufhört stoße ich oft an meine Grenzen

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: Spannungen gehe ich meistens aus dem Weg, aber wenn ich nicht weiter weiß dann hol ich mir Hilfe von Freunden oder Therapeuten

VI) Frau F

Anzahl der Kinder: 5 Kinder

Alter der Frau: 27 Jahr

Alter der/des Kinder/s: 8,7,6,5 18 monat

Stadt/Land: Land

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: Hasisch, Heroin, Tabletten 3 Jahre

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: Der Partner des 18 monat Alten Kindes Mein Exmann mit dem ich 4 Kinder habe

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Gehen wir spatzieren und ich rauche eine zigarette

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: 24 Stunden

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: Eine gute Mutter nur zu angstreich da ich alles gut machen will

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: Eine gute aber nicht konsequente Mutter

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: Die Entscheidungen so gut wie möglich treffen

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: Da ich nicht sehr konsequent bin erlaub ich ihr fasst alles

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: Nein

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: Früher nahm ich Tabletten jetzt Trink ich hin und wieder 1-2 Bier zur beruhigung.

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: Nein

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: Ich bin eher gelassen und schau lange zu bis der Vulkan dann übergeht dann kann ich sehr aggressiv werden

Anmerkung: Die Partnerschaft mit dem neuen Lebensgefährten und Vater des jüngsten Kindes dürfte nicht ganz unproblematisch sein, da die Befragte nach dem Interview angab verdienten Geld sofort an ihn abgeben zu müssen.

VII) Frau G

Anzahl der Kinder: 1

Alter der Frau: 24

Alter der/des Kinder/s: 2 Jahre

Stadt/Land: Land

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: 4 Jahre: Speed, THC, Heroin, Cokain, Substitol, Subutex

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: Bis im Okt. 2011 war ich in einer Beziehung! Wohnen noch zusammen! Im Frühjahr werden wir getrennt wohnen! Vater wird immer Kontakt zum Kind haben können, wenn er will!

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Ich nehme sie rauf, streichel sie! Ich versuche sie abzulenken, so gut es möglich ist! Wenn nicht's mehr hilft, gehe ich spazieren mit ihr und dann wird sie müde und schläft ein! Wenn sie schlimm war, erkläre ich ihr, was sie gerade getan hat und warum sie das nicht machen soll!

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: 24h am Tag, 7 Tage d. Woche! Wenn der Vater des Kindes da ist, fahr ich manchmal alleine einkaufen!

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: gute Mutter! Bin nicht zu streng, aber auch nicht zu locker!

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: Man kann immer noch was verbessern! Ich denke, ich bin eine gute Mutter, aber wissen kann man das nie!

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: Ganz gelassen! Ich denke darüber nach u. entscheide nach Vernunft!

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: So etwas gibt es nicht! Wenn sie was falsch macht, sag ich ihr was sie falsch gemacht habe u. warum das falsch ist! Wenn sie etwas gut oder richtig macht, lobe ich sie!

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: Ja, ich habe nicht so viel Energie wie normalerweise! Sonst schränkt mich nichts ein!

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: Bin wieder relativ belastbar! Nehme Antidepressiver nur zur Sicherheit! Habe Angst, doch nicht so belastbar zu sein, wie ich glaube, oder wie ich war.

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: Nein, sonst hätte ich ja kein Kind bekommen! Das Einzige was ich mir manchmal wünschen würde, wäre „bissi“ mehr Freiheit für MICH! Aber ich habe es mir so ausgesucht!

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: Kommt darauf an, was das für Probleme... sind und wie ich drauf bin! Meistens finde ich eine Lösung, sonst wird darüber diskutiert!

Anmerkung: Zu Beginn des Interviews erwähnt die Befragte, dass sie die Fragen auf dem Bogen als eigenartig empfinde, da sie finde, nicht anders als Mutter zu sein, als Frauen ohne Drogenhintergrund.

VIII) Frau H

<u>Anzahl der Kinder:</u>	1
<u>Alter der Frau:</u>	27
<u>Alter der/des Kinder/s:</u>	3 ½
<u>Stadt/Land:</u>	Stadt

Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen)

M: 5 Jahre Heroin

Frage 1: Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin?

M: Ich bin Alleinerzieherin, zum Vater vom Kind habe ich guten Kontakt, auch regelmäßig. Er kommt fast jede Woche zu uns!

Frage 2: Was tun Sie, wenn ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?

M: Ich sage ihm das mich sein Verhalten stört und er was spielen oder malen soll

Frage 3: Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

M: Den ganzen Tag, jeden Tag außer wenn er am Vormittag im Kindergarten ist

Frage 4: Wie glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

M: Ich glaube als gute Mama aber oft nicht konsequent und streng genug.

Frage 5: Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

M: Ich hab oft Angst was falsch zu machen aber ich bemühe mich das beste draus zu machen

Frage 6: Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z.B. Entscheidungen treffen sollen?

M: Ich denke nicht viel nach und entscheide einfach.

Frage 7: Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

M: Ich tu mir sehr schwer in zu bestrafen, das tut mir dann immer gleich leid. Ich weiß, das es manchmal notwendig ist aber ich bring das einfach nicht übers Herz wenn ich ihn dann weinen seh. Wenn er was gut macht oder was schönes malt dann bekommt er auch Belohnungen und Zuckerl oder wir kuscheln.

Frage 8: Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

M: Ich weiß nicht, kann schon sein.

Frage 9: Wie belastbar sind Sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

M: Manchmal bin ich müde und nicht so belastbar, wenn er dann nicht hören will und keine Ruhe gibt ist das für mich anstrengend.

Frage 10: Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

M: Ja wenn er nicht hört und folgt und dann auch noch wütend wird dann ist das oft nicht einfach.

Frage 11: Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in ihrem Umfeld um?

M: Kommt immer drauf an wie groß die Probleme sind aber wenn es so weit ist dann hol ich mir Hilfe bei meinen Freunden.

Zur Darstellung der ausgefüllten Fragebögen werden auf den folgenden Seiten zwei davon beispielhaft angefügt, die weiteren sind bei der Autorin einsehbar.

②

FRAGEBOGEN

- Anzahl der Kinder: 1 Tochter
- Alter der Frau: 23 Jahre
- Alter der/des Kinder/s: 2 Jahre
- Stadt/ Land: ~~.....~~ Stadt
- Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen): 4 Jahre Kokain, Substanz (Intravinas), Benzodiazepine

Frage 1) Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin bzw. hat der Vater des Kindes Kontakt zu Ihnen und zu dem Kind?

Alleinerziehend
Der Papa und ich haben eine sehr tiefe
Freundschaft und er hat guten Kontakt
zu unserer Tochter

Frage 2) Was tun Sie, wenn Ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt?
Was fällt Ihnen dann ein?

Ich versuche ruhig zu bleiben und zu
erfahren warum sie nervt.

Frage 3) Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?

18 Stunden pro Tag

Frage 4) Wie, glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?

Als zu locker und nachgiebig in der
Erziehung

Frage 5) Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?

Ich habe zu hohe Erwartungen an mich als
Mutter und oft kann ich sie nicht erfüllen.

②

Frage 6) Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z. B. Entscheidungen treffen sollen?

spontan

Frage 7) Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?

ich hab ein Problem sie zu strafen, ich halte es nicht aus sie traurig zu sehen

Frage 8) Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?

ja, meine akuten sind wenn ich giftig bin nicht so belastbar

Frage 9) Wie belastbar sind sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?

siehe Frage 8

Frage 10) Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?

Ihre Wutausbrüche

Frage 11) Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in Ihrem Umfeld um?

es ist schwer für mich sie lange auszuhalten

7

FRAGEBOGEN

- Anzahl der Kinder: 1
 Alter der Frau: 29
 Alter der/des Kinder/s: 2 Jahre
 Stadt/ Land: Stadt
 Dauer der Abhängigkeit (Art der Drogen): 4 Jahre
 Speed, T.H.E., Heroin, Cocain, Substitol, Subutex

- Frage 1) Leben Sie in einer Partnerschaft oder sind Sie Alleinerzieherin bzw. hat der Vater des Kindes Kontakt zu Ihnen und zu dem Kind?
 Bis im Okt. 2011 war ich in einer Beziehung! Wohnen noch zusammen! Im Frühjahr werden wir getrennt wohnen! Vater wird immer Kontakt zum Kind haben können, wenn er will!
- Frage 2) Was tun Sie, wenn Ihr Kind unruhig ist, wenn es nervt, keine Ruhe gibt? Was fällt Ihnen dann ein?
 Ich nehme sie raus, streichel sie! Ich versuche sie abzulenken, soweit es möglich ist! Wenn nichts mehr hilft, geh ich spazieren mit ihr und dann wird sie müde u. schläft ein! Wenn sie schlammig war, erkläre ich ihr, was sie gerade getan hat u. warum sie das nicht machen soll!
- Frage 3) Wie viel Zeit pro Tag verwenden Sie für die Betreuung Ihres Kindes?
 24 h am Tag, 7 Tage d. Woche!
 wenn der Vater des Kindes da ist, fahr ich manchmal alleine einkaufen!
- Frage 4) Wie, glauben Sie, schätzen Sie andere als Mutter ein?
 gute Mutter! Bin nicht zu streng, aber nicht zu locker!
- Frage 5) Wie schätzen Sie sich selbst als Mutter ein?
 Man kann immer noch was verbessern!
 Ich denke, ich bin eine gute Mutter, aber wissen kann man das nie!

- Frage 6) Wie verhalten Sie sich in unerwarteten Situationen, wenn Sie z. B. Entscheidungen treffen sollen?
 Ganz gelassen! Ich denke darüber nach u. entscheide nach Vernunft!
- Frage 7) Wie sieht es mit Strafen, Belohnungen für Ihr Kind aus?
 So etwas gibt es nicht!
 Wenn sie was falsch macht, sag ich ihr was sie falsch gemacht hat u. warum das falsch ist!
 Wenn sie etwas gut od. richtig ~~ist~~ ansieht, lobe ich sie!
- Frage 8) Glauben Sie, dass Sie Ihre ehemalige Drogenabhängigkeit in irgendeiner Weise „einschränkt“?
 Ja, ich habe nicht so viel Energie wie normalerweise!
 Sonst schränkt mich nichts ein!
- Frage 9) Wie belastbar sind sie, wenn es Ihnen psychisch oder physisch nicht gut geht?
 Bin wieder relativ belastbar! Nehme Antidepressiva, nur zur Sicherheit! Habe Angst, doch nicht so belastbar zu sein, wie ich glaube, oder wie ich war!
- Frage 10) Finden Sie irgendetwas in Ihrem Zusammenleben mit dem Kind problematisch?
 Nein, sonst hätte ich ja kein Kind bekommen!
 Das Einzige was ich mir manchmal wünschen würde, wäre „bissi“ mehr Freiheit für MICH!
 Aber ich habe es mir so ausgesucht!
- Frage 11) Wie gehen Sie mit Spannungen oder Problemen in Ihrem Umfeld um?
 Kommt darauf ^{an} was das für Probleme ... sind! und wie ich drauf bin! Meistens finde ich eine Lösung, sonst wird darüber diskutiert!

Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient Habe.

Ich habe diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Weise als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Barbara Maria Lauermann

Geburtsdatum: 05.06.1974

Staatsbürgerschaft: Österreich

Bildungsweg

September 1980 – Juni 1984 : Volksschule, Felixdorf

September 1984 – Juni 1992 : Bundesgymnasium Zehnergasse, Wiener Neustadt

1992 – 1997 : Musikal. Ausbildung

Oktober 1997 : Beginn des Studium der Pädagogik und Sonder- und Heilpädagogik mit den Schwerpunkten Sozialpädagogik u. Sonder- und Heilpädagogik an der Universität Wien

Berufliche Erfahrung

November 1994- November 2001 : Assistentin in der Praxis für Allgemeinmedizin, mit d. besonderen Aufgaben: Labortechnik, Assistenz bei chirurgischen Eingriffen und Mutter-Kind-Pass Untersuchungen,
Diabetes-Beratung bei Kindern

seit September 1994 : Musikpädagogin für Block, -und Querflöte an der Musikschule Sollenau