

Otto, Isabell

**Die Mutter-Kind-Beziehung suchbelasteter Familien mit Auswirkungen
auf die Entwicklung im Kindesalter**

BACHELORARBEIT
an der
HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit
Mittweida, 2016

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse
Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Otto, Isabell:

Die Mutter-Kind-Beziehung suchtblasteter Familien mit Auswirkungen auf die Entwicklung im Kindesalter, 50 S.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2016

Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Situation von drogenabhängigen Frauen und ihren Kindern. Der Schwerpunkt liegt dabei, auf der Entstehung der Mutter-Kind-Beziehung unter Einfluss einer Drogenabhängigkeit. Dabei wird die Fragestellung beantwortet, ob durch Einfluss einer Crystal-Meth-Abhängigkeit der Mutter, die Bindungsentstehung zwischen Mutter und Kind beeinträchtigt wird. Ziel der Arbeit ist es, die schwierige Lebenssituation der Betroffenen zu erläutern und die daraus resultierenden, ungünstigen Entwicklungsbedingungen für die Kinder aufzuzeigen. Diese vorhandene Problemstellung wurde anhand intensiver Literaturrecherche und einem Fachgespräch in der genannten Institution ermittelt und Handlungsansätze für die Soziale Arbeit herauskristallisiert.

Das Fachgespräch stellt keine empirische Untersuchung im Sinne einer Beweisführung dar, sondern sollen Fragestellungen und Probleme aus der wissenschaftlichen Literatur verdeutlichen, differenzieren und erweitern.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Die Bindungstheorie	8
2.1 Die Entstehung einer Bindung anhand der vier Phasen	9
2.1.1 Die Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen (bis zu 6 Wochen) ..	9
2.1.2 Die Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft (6 Wochen bis 6-8 Monate)	10
2.1.3 Die Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens (6-8 Monate bis 18-24 Monate)	10
2.1.4 Die Phase der zielkorrigierten Partnerschaft (18 Monate bis ≥ 2 Jahre)	11
2.2 Die Bindungstypen	11
2.2.1 Die sichere Bindung (B)	11
2.2.2 Das unsichere-vermeidende Bindungsmuster (A)	12
2.2.3 Das Unsichere-ambivalente Bindungsmuster (C)	12
2.3 Die Desorganisierte Bindung.....	13
3. Illegaler Drogenkonsum	14
3.1 Wie entsteht eine Drogensucht?	14
3.2 Konsumdaten und Fakten zu Crystal-Meth in Deutschland.....	15
3.3 Die Wirkung von Crystal-Meth auf den menschlichen Organismus.....	17
4. Frauen und Sucht.....	18
4.1 Das Konsumverhalten junger Frauen.....	18
4.2 Die Folgen des Crystal-Meth-Konsums auf junge Frauen.....	19
5. Drogen und Schwangerschaft	20
5.1 Die Wirkung des Drogenkonsums auf den Fötus	22
5.2 Die pränatale Bindung zwischen Mutter und Kind.....	24
5.3 Die Soziale Situation der Schwangeren	27
5.4 Die Geburt.....	28
6. Die postnatale Situation von Neugeborenen	29
6.1 Entwicklungsdefizite in der frühen Kindheit	30
6.1.1 Das Neonatale Abstinenz Syndrom (NAS).....	30
6.1.2 Die Folgen für die Mutter-Kind-Bindung	32

7.	Kinder drogenabhängiger Mütter.....	35
7.1	Die soziale Situation der Kinder in drogenabhängigen Familien	35
7.2	Die Bindungsstörungen.....	36
7.2.1	Keine Anzeichen von Bindungsverhalten	37
7.2.2	Das Undifferenzierte Bindungsverhalten	37
7.2.3	Das Übersteigerte Bindungsverhalten.....	37
7.2.4	Das Gehemmte Bindungsverhalten	37
7.2.5	Das Aggressive Bindungsverhalten	38
7.2.6	Das Bindungsverhalten mit Rollenkehr	38
7.2.7	Bindungsstörung mit Suchtverhalten.....	38
7.3	Resiliente Kinder	39
8.	Präventive Maßnahmen	40
8.1	Frühe Hilfen für Mutter und Kind	40
8.2	Die Vorteile einer stationären Mutter-Kind-Therapie	42
8.3	Die Förderung der Resilienz von Kindern.....	42
8.4	Das Projekt „Plan B“	43
9.	Fazit	44
	Anlagen	46
	Literaturverzeichnis	46
	Eidesstattliche Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit ...	50

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
GG	Grundgesetz vom 23. Mai 1949 (BGBl. I S. 1) in der Fassung vom 21. Juli 2010 (BGBl. I S. 944)
NAS	Neonatales Abstinenzsyndrom
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch vom 02. Januar 2002 (BGBl. I S.42, 2909;2003 BGBl. I S. 738) in der Fassung vom 27. Juli 2011 (BGBl. I S. 1600) ²⁾
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

1. Einleitung

Der Alltag eines jeden Menschen wird in unserer heutigen Gesellschaft gemeinsam von wirtschaftlichem Leistungsdruck und familiären Problemlagen geprägt. Für viele Menschen ein Grund, mithilfe von Drogen, in ihrem Leben etwas verändern zu wollen. Warum Menschen zu Drogen greifen, kann sehr unterschiedliche Gründe haben. Während die Einen aus reiner Neugierde experimentieren, gibt es Personengruppen, die mithilfe von Drogen versuchen, Probleme zu bewältigen, um den Alltag sowie das Zusammenleben in der Gesellschaft, einfacher zu gestalten. Jedoch sind Drogen nicht die Lösung eines Problems, sondern werden selbst zu einem. Crystal-Meth ist die derzeit am häufigsten konsumierte Droge, welche überwiegend von Jugendlichen und Erwachsenen konsumiert wird. Dennoch greifen auch zunehmend häufiger junge schwangere Frauen zu der gefährlichen Substanz. Welche Spätfolgen und Entwicklungsstörungen für die Kinder pränatal sowie postnatal entstehen können, wird von den Müttern oft nicht wahrgenommen, da sie einer bevorstehenden Schwangerschaft ambivalent entgegenstehen. Oft beginnt die Sucht damit, dass großer Stress nicht mehr gelöst werden kann. Dieser wird durch schwierige psychische Entwicklungsbedingungen, traumatischen Erfahrungen oder unlösbaren Konfliktsituationen hervorgerufen. (vgl. Brisch 2015, S. 7)

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Situation drogenabhängiger junger Mütter und ihren Kindern. Dabei spezialisiere ich mich im weitesten Sinne auf die Droge Crystal-Meth und lege meinen Fokus auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung. In meiner Arbeit bezeichne ich die Mutter-Kind-Beziehung als Mutter-Kind-Bindung. Natürlich nehmen Väter ebenso einen wichtigen Stellenwert in der kindlichen Entwicklung ein. Da ich mich jedoch auf die Entstehung der Bindungsentwicklung beziehe und dabei die Mutter eine zentrale Funktion einnimmt, gehe ich auf die Rolle des Vaters nicht ein.

Um meine aufgestellte Forschungsfrage zu beantworten, welche wie folgt lautet: „Ob durch Einfluss einer Crystal-Meth-Abhängigkeit der Mutter, die Bindungsentstehung zwischen Mutter und Kind beeinträchtigt wird?“, versuche ich durch intensive Literaturrecherchen sowie einem Fachgespräch, die aufgestellte Forschungsfrage so detailliert wie möglich zu belegen.

Zunächst beziehe ich mich im Kapitel zwei auf die Grundlagen der Bindungstheorie. Im darauffolgenden Kapitel gebe ich einen Überblick über die Drogenproblematik, insbesondere der Substanz „Crystal-Meth“. Des Weiteren nehme ich Bezug auf die Lebenssituation drogenabhängiger schwangerer Frauen, welche durch die Drogenproblematik einen negativen Einfluss auf die Bindungsentwicklung besitzen. Hierbei beziehe ich mich ebenfalls im weitesten Sinne auf die Droge „Crystal-Meth“. Aufgrund unzureichender Forschungslagen zu der Droge, ist es zunehmend schwierig, fundierte Aussagen und Ergebnisse über die physische Entwicklung von Neugeborenen und deren Bindungsaufbau zur Mutter zu erhalten. Im vorletzten Kapitel beziehe ich mich auf die soziale Situation der Kinder drogenabhängiger Mütter. Dabei erläutere ich die Bindungsstörungen, welche sich aus den ungünstigen Lebensbedingungen ergeben können. Zum Abschluss zeige ich präventive Maßnahmen auf, die meiner Meinung nach die effektivsten sind, um einen möglichst sicheren Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind zu ermöglichen.

2. Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde von dem englischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby, Ende der 60er Jahre, im 20. Jhd. entwickelt. Beschrieben wird, dass ein Säugling über das angeborene Bedürfnis verfügt, in bindungsrelevanten Situationen die Nähe, Zuwendung und den Schutz einer vertrauten Person zu suchen. In Bezug auf GROSSMANN&GROSSMANN definiert PÖNSCH, den Begriff „Bindung“ auch als ein *„imaginäres Band zwischen zwei Personen..., das in den Gefühlen verankert ist und das sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet“*.

(Pönsch 2012, S. 22 zit. n. Grossmann&Grossmann, 2008, S. 68)

Bindungen bilden die Grundlage für menschliche Beziehungen. Ein Kind kommt nicht gebunden auf die Welt. Dennoch werden schon im Mutterleib gewisse Grundsteine für den Bindungsaufbau gelegt. Die Entwicklung des Bindungsverhaltens beginnt unmittelbar nach der Geburt, um bei Bedarf die Nähe zur Bindungsperson herstellen zu können. Der Mensch verfügt von Geburt an über ein Bedürfnis, eine enge und von intensiven Gefühlen geprägte Beziehung zum Mitmenschen aufzubauen.

(vgl. www.Kindergartenpaedagogik.de)

Bowlby entwickelte, gemeinsam mit der kanadischen Psychologin Mary Ainsworth, ein Modell der frühen Mutter-Kind-Bindung. Ainsworth gelang es durch Feldbeobachtungen in Uganda, die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung zu analysieren (vgl. Grossmann&Grossmann 2009, S. 8)

In Abhängigkeit davon, wie die innere Verbundenheit zwischen Mutter und Kind verläuft, entwickelt das Kind gewisse Vorstellungen von Beziehungen. Die Aufrechterhaltung der Nähe zu Erwachsenen dient dabei der Regulierung kindlicher Sicherheit, weil diese für das Kind Schutz bieten können.

(vgl. ebd., S. 8)

2.1 Die Entstehung einer Bindung anhand der vier Phasen

Das Bindungsverhalten verdeutlicht sich am ehesten in der frühen Kindheit. Der Säugling verfügt von Geburt an über notwendige biologische Gegebenheiten, die den Bindungsaufbau zu den Eltern fördern. Nach der Geburt verfügt der Säugling über keinerlei emotionaler Bindung zu seinen Mitmenschen. Erst im Laufe des ersten Lebensjahres entwickelt sich diese heraus. Dazu benutzt der Säugling angeborene Verhaltensweisen (z.B. Schreien, Klammern, Weinen usw.), um die fürsorgliche Person auf sich aufmerksam zu machen. Somit sollen Bedürfnisse befriedigt sowie die emotionale Geborgenheit und Sicherheit gefördert werden. Mit zunehmendem Alter, sinkt die Häufigkeit und die Intensität eines solchen Verhaltens. (vgl. Grossmann&Grossmann 2009, S. 24)

An dieser Stelle erkläre ich anhand der vier Phasen den Entwicklungsaufbau einer Bindung, die jeweils ohne erkennbare Grenzen in die jeweils folgende Phase übergeht. Je mehr Erfahrungen ein Kind in der Interaktion mit einer Person erlebt, desto früher und intensiver wird sich eine Bindung verfestigen können.

2.1.1 Die Phase der unspezifischen sozialen Reaktionen (bis zu 6 Wochen)

In dieser Vorbindungsphase versucht der Säugling, durch angeborene Verhaltensweisen, den Kontakt zur Mutter herzustellen. Triebmäßig sucht er Augenkontakt und reagiert auf den Klang der Stimmen seiner Mitmenschen. (vgl. www.sicherebindung.at)

In dieser Phase sind die sozialen Reaktionsweisen reflexartig und richten sich nicht spezifisch an eine Person, obwohl sie vonseiten der Erwachsenen häufig anders interpretiert werden. (vgl. ebd.)

2.1.2 Die Phase der unterschiedlichen sozialen Reaktionsbereitschaft (6 Wochen bis 6-8 Monate)

In der zweiten Phase richtet das Neugeborene sein Interesse auf die Mutter, zu der es den intensivsten Kontakt aufgebaut hat. Durch die Erfahrung der Selbstwirksamkeit erweitert sich das Ich-Bewusstsein des Säuglings, da es bemerkt, dass es durch verschiedene Verhaltensweisen etwas in seiner Umgebung erreicht. (vgl. www.sicherebindung.at)

2.1.3 Die Phase des aktiven und initiierten zielkorrigierten Bindungsverhaltens (6-8 Monate bis 18-24 Monate)

Mit Eintritt in die dritte Bindungsphase fremdelt der Säugling gegenüber unbekanntem Personen. Er sucht in diesem Moment den engen Kontakt zur Mutter. Dieses „Fremdeln“ wird auch als „Achtmonatsangst“ bezeichnet, da es überwiegend im Alter von acht Monaten auftritt. Hier zeigt der Säugling, dass er in der Lage ist, eine Unterscheidung zwischen vertrauten und fremden Personen vorzunehmen. (vgl. www.sicherebindung.at)

Im Zeitraum von 18 und 24 Monaten erkennt sich das mittlerweile zum Kleinkind gereifte Individuum als ein körperlich eigenständiges Wesen und weist eine deutlich sichere Bindung zur Mutter auf. Es zeigt Neugier gegenüber unbekanntem Personen und fremdelt im Vergleich zu vorher weniger stark. (vgl. ebd.)

Als Schutzsystem spielt die Trennungsangst eine wesentliche Rolle, welche die von Neugier geprägten Erkundungsgänge, des Kleinkindes beschränken. Das Kind zeigt Trennungsangst, wenn sich eine gewisse Distanz zur Bezugsperson ergibt. Insbesondere durch Schreien, Weinen, Rufen und Klammern versucht das Kind der Bindungsperson aufzuzeigen, dass es Sicherheit und Schutz benötigt. Fühlt sich das Kleinkind unsicher oder gar bedroht, so ist die Mutter die sichere Person, bei der es Schutz findet. (vgl. ebd.)

2.1.4 Die Phase der zielkorrigierten Partnerschaft (18 Monate bis \geq 2 Jahre)

Diese Phase ist abhängig von der individuellen, sozialen und sprachlichen Reife des Kleinkindes. Zu diesem Zeitpunkt entwickelt das Kleinkind, aufeinander bezogene, wechselseitige Beziehungen zu mehreren Bindungspersonen. Es besitzt nun die Fähigkeit, zu verhandeln und kann sich in die Rolle seiner Mutter versetzen, um ihre Gefühle und Handlungsmotive zu verstehen. Somit können emotional wichtige Ziele eingebracht und unterschiedliche Interessen verhandelt werden. (vgl. www.sicherebindung.at)

2.2 Die Bindungstypen

2.2.1 Die sichere Bindung (B)

Die sichere Bindung ist gekennzeichnet durch eine gute empathische Mutter-Kind-Bindung, die eine offene Kommunikation negativer Gefühle sowie ein unbekümmertes Spielen bei Trennung zulässt. (vgl. Pönsch 2012, S. 30)

Sicher gebundene Kinder wissen, dass sie in Not- und Stresssituationen getröstet werden und somit ihre Belastung im Körperkontakt mit der Mutter reduzieren können. (vgl. ebd., S. 30)

Die Grundvoraussetzung für die kindliche Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungen entwickelt sich durch eine sichere, stabile und von Emotionalität erfüllte Bindung. Sie stärkt das Urvertrauen, Selbstwertgefühl und die Fähigkeit im späteren, gesellschaftlichen Leben mit anderen Menschen sozial und kompetent zu interagieren. Ebenso werden bestimmte Förderungsqualitäten herauskristallisiert, wie beispielweise die Intelligenzentwicklung eines Menschen. Kinder, die eine sichere Bindung beim Aufwachsen in der Familie erleben, verfügen im Erwachsenenalter über eine positive Fähigkeit, ein gutes soziales Netzwerk aufzubauen und eine tragfähige sowie positive Partnerschaft zu führen. (vgl. www.sicherebindung.at)

2.2.2 Das unsichere-vermeidende Bindungsmuster (A)

Bei diesem Bindungsmuster zeigen die Kinder, bei Abwesenheit der Mutter, keinerlei Anzeichen von Trennungsschmerz. Sie präsentieren wenig Bindungsverhalten und protestieren nicht, wenn die Bindungsperson sich entfernt. Eine fremde Person wird von dem Kind als Ersatz akzeptiert.

Kehrt die Bindungsperson zurück, reagieren die Kinder häufig mit Ablehnung und wollen nicht von ihr getröstet werden. (vgl. www.praxis-breitenberger.de)

Ursachen für diese Reaktionen gehen häufig mit einer starken emotionalen Belastung der Bindungsperson einher. Diese zeigen sich gegenüber ihren Kindern distanziert und abweisend, wodurch sie die Bedürfnisse ihres Kindes nach Schutz und Geborgenheit unzureichend befriedigen. Gründe für diesen Mangel an Fürsorgeverhalten sind häufig unverarbeitete Kindheitserlebnisse. Somit wird dem Kind erschwert, Vertrauen aufzubauen und auf Unterstützung zu hoffen. Sie erleben ihre Bindungsperson als zurückweisend. Um diese Ablehnung nicht kontinuierlich erleben zu müssen, wird der Kontakt möglichst gering gehalten oder gar vermieden. Verunsicherung bleibt dabei in Verborgenheit und der Wunsch nach Annäherung wird vom Kind unterdrückt. (vgl. www.kindergartenpaedagogik.de)

Im Erwachsenenalter fällt es den Personen zunehmend schwieriger, Beziehungen zu idealisieren. Sie betrachten alles vollkommener ohne dabei die Realität im Auge zu behalten. (vgl. ebd.)

2.2.3 Das Unsichere-ambivalente Bindungsmuster (C)

Ein unsicher-ambivalent gebundenes Kind präsentiert nach der Trennung ein extrem wechselndes Verhalten. So stellt dieses Verhalten zum einen ein stark anklammerndes, und zum anderen, ein aggressiv-abweisendes Verhalten gegenüber der Bindungsperson dar. Dem Kind werden ambivalente Verhaltensweisen gezeigt, indem ein unvorhersehbarer Wechsel von Überfürsorglichkeit und Zurückweisung im Verhalten der Bindungsperson festzustellen ist. (vgl. www.praxis-breitenberger.de)

Sie können in Bedrohungs- und Stresssituationen wenig Schutz bieten, sodass dem Kind ein Gefühl von Unsicherheit vermittelt wird, indem Trost mit Strafe verbunden ist. Das Kind wirkt aggressiv sowie ärgerlich auf die Bindungsperson und ist im nächsten Moment wieder auf Nähe und Kontakt angewiesen. Diese sind aufgrund eigener negativ prägender Kindheitserlebnisse emotional belastet und weisen eine ambivalente Gefühlseinstellung gegenüber ihren eigenen Eltern auf. (vgl. www.praxis-breitenberger.de)

2.3 Die Desorganisierte Bindung

Kinder mit einer desorganisierten Bindung sind nicht auf eine Bindungsperson fixiert. Ihr Verhalten äußert sich, ähnlich wie in dem unsicher-ambivalenten Bindungsmuster, in nicht übereinstimmenden Reaktionen. Ein Verlangen nach Nähe wird im nächsten Moment abgelehnt. Als Beispiel sei hier das „Innehalten“ von Bewegungen inmitten von Bewegungsabläufen zu erwähnen. Diese Reaktionen weisen eine Symptomähnlichkeit mit ADHS auf. (vgl. www.praxis-breitenberger.de)

Die Bindungspersonen sind häufig traumatisiert und leiden unter unverarbeiteten Erfahrungen, die sie in der eigenen Kindheit erlebten, wie zum Beispiel sexueller Missbrauch oder frühe Verluste eigener Bindungspersonen. Die Kinder dieser Eltern übernehmen in Beziehungen die Führung und es kommt zu einer Rollenumkehr zwischen Eltern und Kind. Sie übernehmen unbewusst bestimmte Rollen zur Aufrechterhaltung des Familiensystems und zur Sicherung des eigenen Lebens. Diese Rollenmuster werden später im Erwachsenenalter weitergelebt. (vgl. ebd.) Dieses Bindungssystem ist sehr resistent und benötigt schwerwiegende Störungen, bis die Kinder eine pathologische Bindungsstörung entwickeln. Da bei drogenabhängigen Familien häufige Störungen in der Bindungsentwicklung auftreten können, ist die Wahrscheinlichkeit einer Bindungsstörung erhöht. Auf diesen Punkt werde ich im Laufe meiner Bachelorarbeit näher eingehen.

3. Illegalen Drogenkonsum

3.1 Wie entsteht eine Drogensucht?

Ob Menschen von einer Substanz abhängig oder gar süchtig werden, hängt von folgenden drei Faktoren ab, welche in einer differenzierten Wechselwirkung zueinander stehen. Dabei spielen die genetisch festgelegte Bereitschaft, die Persönlichkeitseigenschaften einer **Person**, ihre Stärken und Schwächen aber auch ihr Umgang mit Gefühlen eine wichtige Rolle. Ebenso relevant ist die **Umwelt**, welche die gesamte Lebenssituation der Abhängigkeitserkrankten widerspiegelt. Aber auch die Belastungen, die sich aus deren Lebensumständen ergeben, besitzen einen großen Einfluss. (vgl. Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2015, S. 16)

Der Begriff „**Droge**“ charakterisiert die Substanz, mit der eine Person verbunden ist. Dazu gehören neben Dosis und Wirkung auch die individuellen Erfahrungen, die der Konsument mit der Einnahme von Drogen erlebt. Somit sind Entstehung und Verlauf der Abhängigkeitserkrankung als ein Vorgang zu bezeichnen, der schnell, langsam, intensiv oder schleichend verlaufen kann. Zeitweise kann dieser Vorgang auch zum Stillstand kommen, wenn die Faktoren des Suchtdreieckes individuell und unterschiedlich stark wirksam sein können. (vgl. ebd., S. 16)

Bei der psychischen Drogenabhängigkeit wird durch die Einnahme einer psychotropen Substanz, beim Menschen, ein Gefühl von Wohlbehagen hervorgerufen. Diese Substanzen erzeugen einen Rauschzustand, wirken aufputschend und der Konsument verliert die Fähigkeit, sich realistisch und bewusst zu entscheiden. (vgl. www.bruecke-burghausen.de)

In der Diagnostik wird zwischen stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten unterschieden. Während stoffungebundene Suchtformen ein exzessiven Mediengebrauch, Essstörungen aber auch Glücksspiele beinhalten, wird bei den stoffgebundenen Suchtformen in legale sowie illegale Drogen unterschieden. Legale Drogen sind Nikotin, Alkohol und Medikamente, wobei zu beachten ist, dass eine gesetzlich vorgeschriebene Einschränkung gemäß des Jugendschutz-, Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetzes vorliegt.

Zu den illegalen Drogen zählen Cannabis, Kokain, Heroin, LSD usw. (vgl. Fachstelle für Suchtprävention in Sachsen 2015, S. 8)

Es wird von einer Abhängigkeit gesprochen, wenn bei Absetzen oder Verminderung der Menge, Entzugerscheinungen auftreten. Die psychische Verfassung ist hierbei neben zusätzlichen quälenden, physischen Entzugssymptomen ausschlaggebend. Nach der internationalen Klassifikation des ICD-10 psychischer Störungen gilt „Sucht“ als anerkannte Krankheit, wenn folgende Kriterien vorhanden sind:

- 1). starkes Bedürfnis eine Droge zu konsumieren
 - 2). Verlust der Selbstkontrolle über den Konsum der Droge
 - 3). Entzugerscheinungen bei Beendigung des Drogenkonsums
 - 4). Erhöhung der Menge der Droge um bestimmte Wirkungen hervorzurufen
 - 5). Vernachlässigung der eigenen Persönlichkeit und Interessen
 - 6). Persönlichkeitsveränderungen körperlicher, psychischer und sozialer Art
- (vgl. deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015, S. 17)

3.2 Konsumdaten und Fakten zu Crystal-Meth in Deutschland

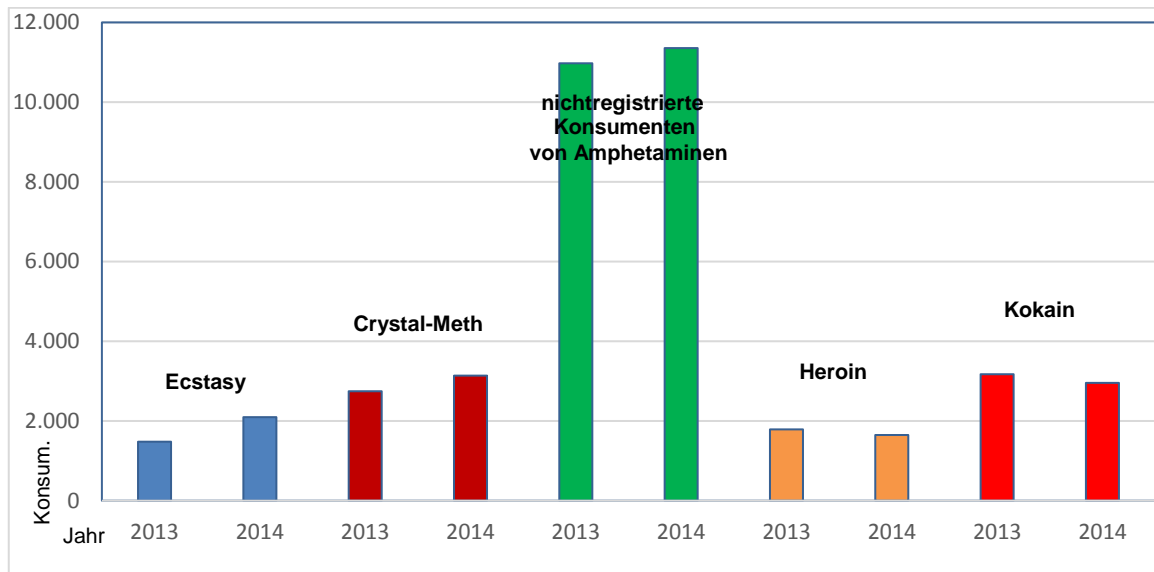
Das wohl bekannteste Methamphetamin ist Crystal-Meth. Diese illegale Droge gilt als die gefährlichste der Welt, da ein wenig „Probieren“ schon zu einer Abhängigkeit führen kann. Die Substanzeigenschaft dieser Droge ist durchsichtig und kristallin. (vgl. deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015, S. 33)

In Deutschland befindet sie sich mittlerweile auf dem Vormarsch. Vor allem in den Grenzgebieten Bayerns und Sachsens nimmt der Konsum der gefährlichen Droge stetig zu. Im Folgenden beziehe ich mich auf die Ergebnisse einer Studie des BZgA, in denen die Daten erstauffälliger Konsumenten „harter Drogen“ im Jahr 2014 ermittelt wurden. (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015, S. 52)

Um die Ergebnisse besser darstellen zu können, möchte ich auf das folgende Diagramm (Abb. 1) verweisen, in denen ich versucht habe, die Ergebnisse darzustellen, um einen besseren Überblick zu verschaffen.

Abb. 1

**Ergebnisse der Studie des BZgA zur Ermittlung der Daten erstauffälliger Konsumenten
harter Drogen im Jahr 2014**



(auf Grundlage der Studie des BZgA zur Ermittlung der Daten erstauffälliger Konsumenten harter Drogen im Jahr 2014 erstellt)

Während der Konsum der klassischen Drogen im Jahr 2014 rückläufig war, nahm der Konsum synthetischer Drogen im gleichen Zeitraum deutlich zu. Die Ergebnisse zeigten einen deutlichen Anstieg erstauffälliger Konsumenten im Jahr 2014 um rund 5 Prozent, auf insgesamt 20.120 Suchtkranke. Im Jahr 2013 waren es noch 19.210 Konsumenten. Ein erheblicher Zuwachs zeigte sich bei den polizeilich erstmals registrierten Konsumenten von Ecstasy mit insgesamt 2.096 Suchtkranken. Auch hier ergaben die Ergebnisse 2013 noch 1.480 Konsumenten. (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015, S. 52)

Eine deutliche Steigerung ist erkennbar beim Konsum von Crystal-Meth. Hier erreichten die Zahlen einen Zuwachs um 14 Prozent im Jahr 2014. Im Gegensatz zum Vorjahr, in dem es noch 2.746 Konsumenten waren, erreichten die Zahlen in dem Jahr, ein Ergebnis von 3.138 Suchtkranken. (vgl. ebd., S. 52)

Die mit einem deutlichen Abstand größte Anzahl entfiel auf nicht registrierte Konsumenten, die Amphetamine konsumierten mit einem Ergebnis von 11.356 Suchtkranken im Jahr 2014. Hier waren es im Vorjahr noch 10.975. (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015, S. 52)

Zusammenfassend lässt sich zu den Ergebnissen sagen, dass ein anwachsender Trend des Konsums synthetischer Drogen, insbesondere der Amphetamine gefolgt von Crystal-Meth, seit 2010 festzustellen ist. Ein Rückgang erfolgte dagegen bei klassischen Drogen, wie Heroin und Kokain. Im Jahr 2013 belief er sich noch auf 1.789 Heroinkonsumenten, reduzierte sich im Jahr 2014 aber schon auf 1.648 polizeilich festgestellte Konsumenten. Bei Kokain ergaben die Ergebnisse im Jahr 2013 um die 3.173 Suchtkranke, die sich im Jahr 2014 auf 2.956 absenkten. (vgl. ebd., S. 52)

3.3 Die Wirkung von Crystal-Meth auf den menschlichen Organismus

Crystal-Meth ist ein Methamphetamin, welches zu der Substanzklasse der Amphetamine gehört. Dabei handelt es sich um vollsynthetisch hergestellte Drogen. Diese Substanzen wirken euphorisierend und lösen bei dem Konsumenten eine erhöhte Leistungsfähigkeit aus, weil die Botenstoffe Serotonin und Dopamin freigesetzt werden. (vgl. www.netdokter.de)

Die Wirkung der Droge Crystal-Meth wirft ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial auf und ist stark gesundheitsschädlich. Crystal-Meth-Konsumenten zeigen ein erhöhtes Gefühl von Selbstsicherheit und Energie, etwa 30 Minuten nachdem eine orale Einnahme erfolgte.

Appetit und Müdigkeit werden unterdrückt und die Betroffenen können tagelang wach bleiben. Jedoch gehen mit dem Konsum auch negative Folgeerscheinungen einher. Diese äußern sich in Unruhe, Depression und erhöhter Reizbarkeit. (vgl. ebd.).

Bei Frauen können spezielle Wirkungen auftreten, die ich im nächsten Kapitel beschreiben werde.

4. Frauen und Sucht

Seit der Geschichte der Frauenbewegung besitzt die Frau in unserer heutigen Gesellschaft einen höheren Stellenwert als zu früherer Zeit. Laut Art. 3 GG gelten Mann und Frau als gleichberechtigt. Sie besitzen die gleichen Rechte und Pflichten. Viele Frauen können sich heute nicht mehr vorstellen, nur den Haushalt und die Kinder zu versorgen. Das Erlernen und Ausüben eines Berufs ist eine Möglichkeit, die eigene Persönlichkeit zu entfalten, Interessen zu verwirklichen und finanziell unabhängig zu sein, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dennoch ist zu vermuten, dass die Frau immer noch mit einer abhängigeren Rolle identifiziert wird. Dies lässt sich daran beobachten, dass sie immer wieder in abhängigere Positionen gedrängt werden. Zwar besitzen sie die Möglichkeit ihrer Berufstätigkeit nachzugehen, jedoch sind sie es, die sich in erster Linie um die Familie und Kindererziehung kümmern. Das sind Ziele und Lebensbedingungen, auf welche sie von Beginn an sozialisiert werden. (vgl. Singerhoff 2002, S. 42 f.)

Schon in der Pubertät beginnen die Mädchen sich mit der Vorstellung der gesellschaftlichen Realität auseinanderzusetzen. Neben der Versorgung von Familie und Pflege der Partnerschaft, ist es auch die Aufgabe beruflichen Anforderungen gewachsen zu sein. (vgl. ebd., S. 42)

Einigen Frauen fehlen die nötigen Ressourcen, um diese ausreichend miteinander zu kombinieren. So ist die Versuchung groß, zu einer psychoaktiven Substanz zu greifen, um die Funktionalität des Organismus zu steigern und der Doppelbelastung standzuhalten. (vgl. Singerhoff 2002, S. 8)

4.1 Das Konsumverhalten junger Frauen

Das Suchtverhalten von Frauen unterscheidet sich durch individuelle Erfahrungen, Lernprozessen und der jeweiligen Lebenssituation im Wesentlichen von dem der Männer. Hier sind geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden.

SINGERHOFF geht davon aus, dass Frauen ihre Unzufriedenheit häufiger zum Ausdruck bringen als Männer. (vgl. Singerhoff 2008, S. 43)

Dies lässt sich daran erkennen, dass sie bevorzugt zu unauffälligerem Substanzmissbrauch, wie zum Beispiel Medikamenten, neigen und illegale Drogen vorsichtiger konsumieren. Jedoch kann der Konsum von illegalen Drogen als ein Grund gegen den Widerstand der gesellschaftlichen Anforderungen sowie den Erwartungen an das heutige Frauenbild darstellen. (vgl. ebd., S. 43)

Auch steigende Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation können Auslöser für den Griff zur Droge sein. Der Grundstein einer noch größeren Gefährdung liegt allerdings, meiner Meinung nach, in der erlebten Abhängigkeit der Herkunftsfamilie, in der oft traumatisierende oder belastende Erfahrungen in der frühen Kindheit erlebt wurden. Durch eine frühe Trennung sowie in zerrütteten Familienverhältnissen aufgewachsen oder durch Erleben sexuellen Missbrauchs schwer traumatisiert, erleben die Kinder, dass ein Äußern ihrer eigenen Bedürfnisse als unerwünscht und bestrafend gelten. Eigene Grenzen werden vom Kind psychisch sowie physisch als unsicher erlebt und können prägend in der weiteren Lebensentwicklung sein. Aufgrund dieser Enttäuschung fällt es den Frauen schwer, Bindungen einzugehen. Trotz des Wunsches eine Bindung einzugehen, bleibt die Angst erneut enttäuscht zu werden. (vgl. Kästner, Härtl, Stauber 2008, S. 84 f.)

Eine bestehende Schwangerschaft wird somit bei manchen Drogenabhängigen auch als ein Hoffnungsschimmer für ein besseres Leben gesehen und mit dem Drogenkonsum aufzuhören, auch wenn letztendlich Ambivalenz und Schuldgefühle überwiegen.

4.2 Die Folgen des Crystal-Meth-Konsums auf junge Frauen

Crystal-Meth ist preiswert zu erhalten, weist ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial auf und führt bei übermäßigem Konsum zu extremen gesundheitlichen, sozialen sowie gesellschaftlichen Problemen.

(vgl. www.mdr.de)

Auch junge Frauen greifen immer häufiger zu der gefährlichen Substanz. Sie füllen etwa 35 Prozent der Klientel in den sächsischen Suchtkliniken aus. Unter Einfluss der Droge sind die Frauen durchsetzungsfähiger, jedoch auch emotionslos hinsichtlich auf die Wahrnehmung der Gefühle anderer Menschen. (vgl. www.diakonie.de)

Frauen schätzen bei dieser Droge die schlank machende Wirkung, die sich bei regelmäßigem Crystal-Konsum einstellt. Einige berichten darüber, dass sie dadurch im Haushalt aktiver sein können. (vgl. Diakonie Stadtmission Chemnitz 2013, S. 35)

Über die sexuell anregenden Wirkungen berichten Frauen aufgrund einer erhöhten Schamgrenze weniger, obwohl sie sich Sex mitunter nicht mehr ohne Einfluss von Crystal-Meth vorstellen können. Dadurch erhöht sich auch die Gefahr des sexuellen Missbrauchs, denen die Frauen häufiger zum Opfer fallen. Um die traumatischen Erfahrungen besser verarbeiten zu können, wird auch hier häufig zu der Droge gegriffen, um eine innerseelische Ausgewogenheit zu gewährleisten. (vgl. ebd., S. 36)

Typische Konsumentinnen von Crystal-Meth sind Mütter, überwiegend im durchschnittlichen Alter von 26 Jahren. Durch die Einnahme der Substanz, kann die Menstruation unregelmäßig auftreten oder gar ausbleiben. Dies hat zur Folge, dass Frauen, die Risiken einer bevorstehenden Schwangerschaft durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, unterschätzen. Die Wahrscheinlichkeit in diesem Alter schwanger zu werden oder bereits Kinder zu haben ist extrem hoch. Laut Ergebnissen der Suchtberatungsstellen in Sachsen, leben bei 441 Crystal-Klienten insgesamt 600 Kinder unter 18 Jahren im Haushalt. (vgl. ebd., S.36)

5. Drogen und Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft unter Drogeneinfluss kann für das ungeborene Kind schwere und langfristige Schäden nach sich ziehen, denn das Kind ist mit der Nabelschnur an den Blutkreislauf der Mutter verbunden. (vgl. www.drugcom.de)

Es ist wissenschaftlich noch unzureichend belegt, ab welcher Menge und Häufigkeit der Konsum verschiedener Substanzen das Kind im Mutterleib gefährden.

Eine Abhängigkeit von einer einzigen Substanz ist heute eher selten. Die meisten Schwangeren konsumieren neben einer Hauptdroge zusätzlich noch andere Substanzen, wie zum Beispiel Cannabis, Alkohol, gefolgt von Opiaten und weiteren illegalen Drogen. (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel 2009, S. 10)

Ein sofortiges Einstellen des Konsums ist häufig empfehlenswert, um dem Kind im Mutterleib nicht zu schaden, jedoch ist dies im Hinblick auf Opiate nicht möglich, denn Heroin- und Kokainabhängigkeit gehören zu den gefährlichsten Erkrankungen, die bei Schwangerschaften im Hinblick auf die Kinder generationsübergreifende Auswirkungen haben können. Hier empfiehlt sich eine Substitutionstherapie, in der mit Ersatzstoffen (z.B. Methadon) und Medikamenten die Suchterkrankung behandelt wird. (vgl. Raben 1994, S. 53)

Eine Substitutionstherapie wird bei einer Opiatabhängigkeit durchgeführt und erfolgt in der Regel in einer stationären Einrichtung. Wird Crystal-Meth in der Schwangerschaft konsumiert, so erfolgt eine Aufnahme der Droge durch das Kind über die Plazenta. Crystal-Meth schränkt den Blutfluss im Mutterkuchen ein. Das kann zu einer Unterversorgung des Fötus führen. Dieser wird dann nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt, die für eine gesunde Entwicklung des Kindes notwendig sind. (vgl. Diakonie Stadtmission Chemnitz 2013, S. 40)

Es besteht somit ein erhöhtes Risiko einer Fehlgeburt, da die Erhöhung des Blutdruckes zum vorzeitigen Lösen des Mutterkuchens führen kann. Auch Frühgeburten sind wahrscheinlicher, bei denen es zu Folgeschäden beim Kind kommen kann, die auf die Wirkung der Substanz und das Konsumverhalten der Mutter zurückzuführen sind. Diese Folgeschäden können Fehlbildungen, schwere Entwicklungsverzögerungen, psychische sowie physische Beeinträchtigungen und Gehirnerkrankungen in den ersten drei Lebensjahren darstellen. (vgl. Diakonie Stadtmission Chemnitz 2013, S. 40)

Drogenabhängige Schwangere bemerken ihre Schwangerschaft meist erst in den fortgeschrittenen Schwangerschaftsmonaten. Häufig wird von den Frauen

davon ausgegangen, dass bei Ausbleiben der Menstruation keine Schwangerschaft entsteht.

Wenn aber eine Dosisregulierung oder ein Entzug stattfindet, so kann es wieder zu ovulatorischen Zyklen kommen und eine Schwangerschaft ist somit möglich.

(vgl. Sobot 2009, S. 223)

Aufgrund sozialer Schwierigkeiten und problematischer Lebenssituationen, in der sich die Schwangere aufgrund ihrer Drogensucht befindet, stellt die Erkenntnis schwanger zu sein, für eine Vielzahl ein Schockerlebnis dar. Viele junge Frauen fühlen sich in dieser Situation plötzlich hilflos und überfordert. Sie werden von den ersten Anzeichen der Schwangerschaft völlig überrascht. Häufig wird die Schwangerschaft von den Frauen abgelehnt. Dies kann dazu führen, dass eine Dosissteigerung vollzogen wird, um dem ungeborenen Kind zunehmend zu schaden. (vgl. Sobot 2001, S. 13 f.)

5.1 Die Wirkung des Drogenkonsums auf den Fötus

Die Embryonalentwicklung eines gesunden Organismus beginnt in der Regel in der dritten Schwangerschaftswoche. Bildung des Gehirns und Rückenmarkes finden im Alter von drei Wochen statt. Allgemein differenzieren sich die Organe zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Embryogenese aus. Daher sind jeweils die Organe besonders durch schädigende Einflüsse gefährdet, die sich gerade in der Differenzierungsphase befinden. (vgl. Sobot 2001, S. 30)

Während sich bis zur zwölften Schwangerschaftswoche alle lebenswichtigen Organe und Körperteile bilden, werden in der achten Schwangerschaftswoche bereits erste Reaktionen auf Berührungen wahrgenommen. SOBOT spricht hier von einer „Empfindungsfähigkeit“ auf Reize, wenn ein Kind in der Lage ist, auf diese reflexartig zu reagieren. (Sobot 2001, S. 30)

In der 28. und 35. Schwangerschaftswoche entwickeln sich die Nervenbahnen des Gehirns. Damit einhergehend bildet sich das Bewusstsein des Ungeborenen aus. Das Ungeborene ist somit in der Lage, die fehlende Anregung der Mutter zu spüren. Eine Folge kann eine Hyperaktivität sein, die sich im späteren Leben des Kindes entwickelt. (vgl. Sobot 2001, S. 76)

Da drogenabhängige Frauen ihre Schwangerschaft oft, wie bereits erwähnt, erst im fortgeschrittenen Stadium bemerken, ist eine ambivalente Haltung zum Kind nicht selten. Sie reagieren beispielweise nicht mit Bauchstreicheln.

Somit bekommt das Ungeborene weniger Anreiz, motorisch darauf zu reagieren. Eine Folge diesbezüglichen Verhaltens kann eine Erfahrungsbildung auf diesem Gebiet erschweren. (vgl. Sobot 2009, S. 208)

Durch dieses fehlende pränatale Kommunikationsmuster ist eine Störung der Mutter-Kind-Interaktion im vorgeburtlichen Bindungsaufbau bereits zu erwarten. Unter Umständen kann dies auch nachhaltige Folgen auf die nachgeburtliche Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind haben. (vgl. Sobot 2001, S. 77)

Erwähnt werden muss, dass die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung des Fötus durch die Einnahme zusätzlicher Substanzen steigt. Leider erfolgt neben einer Hauptdroge häufig ein Beikonsum von anderen Substanzen. Da ich in meiner Bachelorarbeit den Fokus auf die Droge Crystal-Meth lege, möchte ich demzufolge an dieser Stelle die Wirkungsweise durch Beikonsum von Cannabis beschreiben. Häufig werden Crystal-Meth und Cannabis gemeinsam konsumiert, denn beide Substanzen weisen eine entgegengesetzte Wirkung auf. Während Crystal-Meth eher als Aufputschmittel wirkt, um eine Leistungssteigerung zu gewährleisten, wird Cannabis wiederum als Beruhigungsmittel konsumiert. Hier besteht jedoch eine erhebliche Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus. (vgl. Diakonie Stadtmission Chemnitz 2013, S. 26)

An dieser Stelle sei erwähnt, dass neben dem Konsum von illegalen Drogen, viele drogenabhängige Schwangere zusätzlich rauchen. Dies konnte ich in meinem berufspraktischen Studiensemester in einer Klinik für Suchtkranke beobachten. Mir entging nicht, wie oft eine drogenabhängige Schwangere das Raucherzimmer aufsuchte und ihr Kind pränatal dem ständigen Nikotinkonsum auslieferte. Welche gravierenden Auswirkungen und Schädigungen es für das Ungeborene zur Folge hat, wird meiner Meinung nach in unserer heutigen Gesellschaft unterschätzt. Etikettierungen, die auf ein Alkoholverbot in der Schwangerschaft hinweisen, werden sogar in den Medien publik gemacht. Ein Verzicht auf Nikotin ist höchstens auf einigen Verpackungen der Zigarettenschachteln zu erkennen, jedoch wird diesem weniger Aufmerksamkeit

geschenkt. Gerade hier ist es eine lohnenswerte Aufgabe der Medien, mehr digitale Aufklärungsarbeit hinsichtlich des Nikotinmissbrauches in der Schwangerschaft zu leisten.

Jedoch sollte auch eine intensivere Sensibilisierung der Fachkräfte in der Sozialen Arbeit mit dem Thema stattfinden um präventive Aufklärungsarbeit leisten zu können. Bei einer rauchenden Schwangeren kann es zu einem erhöhten Anstieg des Blutdrucks kommen. Vasokonstriktionen (Verengung von Blutgefäßen) und Tachykardie (Herzrasen) gehören ebenso zu den Folgeerscheinungen von Schwangeren. Des Weiteren werden aber auch Kontraktionen in der Uterusmuskulatur verursacht. Die Gifte des Tabaks beschädigen die Wandzellen der Blutgefäße beim Durchfluss durch die Nabelschnur. Somit entsteht eine Mangel durchblutung der Plazenta, die im Gehirn des Fötus eine Einschränkung der Sauerstoffzufuhr zur Folge hat. Im Vergleich zu Säuglingen, die von nicht rauchenden Müttern zur Welt gebracht werden, beträgt das Gewicht dieser Säuglinge ca. 300 Gramm weniger. Außerdem steigt das Risiko einer Schädigung des zentralen Nervensystems bzw. eine Erhöhung der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. (vgl. Sobot 2001, S. 52f.)

5.2 Die pränatale Bindung zwischen Mutter und Kind

„Die organische und emotionale Entwicklung des Kindes wird in hohem Maß von dem Gleichgewicht der, in Absolutheit nicht auszuschließenden, schädigenden Einflüsse und „nährende[n] liebevolle[n] „ Botschaften im Mutterleib bestimmt.“ (Pönsch 2012, S. 95 zit. n. Verny 1997, S. 59)

Laut PÖNSCH, besteht zwischen der Mutter und ihrem noch ungeborenen Kind eine tiefe, seelische Verbundenheit, sodass emotionale Situationen der Mutter intensiv vom Fötus erlebt werden. Ich gehe davon aus, dass ebenso bei Crystal-Meth, die pränatale Bindung zwischen drogenabhängigen Müttern und ihrem Ungeborenen vom mütterlichen Substanzkonsum, von Schwangerschaftsängsten sowie dem ambivalenten Verhalten zum Kind beeinträchtigt ist. Körperliche Reaktionen des Kindes im Mutterleib in Form erhöhter Herzfrequenz bzw. vermehrter Bewegungen folgen auf die belastenden Gedanken der Mutter. (vgl. Sobot 2009, S. 222)

Da sie sich überwiegend, um die Drogenbeschaffung kümmert, ist es ihr nicht möglich einen positiven und intensiven Kontakt zu ihrem ungeborenen Kind herzustellen.

Dies stellt einen klaren Hinweis dar, weshalb drogenabhängige Schwangere nicht ausreichend emotional für ihr Ungeborenes zur Verfügung stehen. (vgl. Sobot 2009, S. 208)

Die emotionale mütterliche Einstellung gegenüber dem Kind gehört zum wichtigsten Aspekt in der Bindungsentwicklung. Hier werden alle Lebensbereiche beeinflusst. Durch die Drogensucht ist es der Mutter jedoch nicht möglich, sich mit der eigenen Identität bzw. der Schwangerschaft auseinanderzusetzen. Da diese innere Bereitschaft nicht vorhanden ist bzw. eine bevorstehende Schwangerschaft eine Abstinenz erfordern würde, projiziert die Schwangere ihre eigenen Ablehnungsgefühle bewusst oder unbewusst auf das Kind. (vgl. Sobot 2001, S.10)

Dieses aktive mütterliche Ablehnungsverhalten stellt für das Kind eine extreme Belastung dar, welches es in der vorgeburtlichen Phase erlebt. Es gibt aber auch Mütter, die während ihrer Drogenabhängigkeit in ständiger Angst und Sorge leben, ihrem Kind durch den ständigen Drogenkonsum zu schaden. Einige wollen sofort mit dem Konsum von Drogen aufhören, da sie von Schuldgefühlen geplagt sind. Aufgrund der unerfüllbaren Erwartungen und der tatsächlichen Hilflosigkeit ist jedoch ein Rückfall meist vorprogrammiert. (vgl. Kästner, Härtl, Stauber 2008, S. 85)

Meistens sehen sich die Frauen mit bestimmten gesellschaftlichen Normen und Werten konfrontiert, denen sie als Abhängige nicht entsprechen. Sie werden von unserer Gesellschaft durch den Drogenkonsum in eine Randgruppe gedrängt, welche mit Vorurteilen belastet ist. Jedoch wollen drogenabhängige Mütter von der bürgerlichen Gesellschaft auch als „Mutter“ akzeptiert werden. In Bezug auf Kapitel 4 wird von der heutigen Frau erwartet, dass sie den Haushalt, die Kindererziehung und ihr Berufsleben ohne Probleme bewältigt. Dieses Bild von der „perfekten Frau“ wird in unserer Gesellschaft sowie in den Medien dargestellt und wirkt allseitig auf die Frau ein. Suchtgefährdete Frauen können

sich damit nicht identifizieren und isolieren sich von der Gesellschaft. (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 24)

Durch diese Faktoren wird in dem gesamten Verlauf der Schwangerschaft ein schlechtes Gewissen entwickelt, was einer möglichst unbeschwertem Mutter-Kind-Interaktion entgegensteht. (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 29)

Die Mutter vermittelt ihrem Kind in der pränatalen Phase, ob es erwünscht ist und wie es versorgt wird. Einige entwickeln keine positive Hoffnung für die Zeit nach der Geburt. Viele drogenabhängige Mütter wünschen sich ein drogenfreies Leben mit ihrem Baby, schaffen es jedoch aufgrund fehlender Ressourcen nicht. (vgl. ebd., S. 30)

Unterzieht sich eine drogenabhängige Schwangere einer Entzugsbehandlung so entwickeln einige nach der Drogensucht maskierte, depressive Persönlichkeitsstrukturen. Diese werden allerdings erst nach dem Entzug bemerkt, da sie vorher von der Suchterkrankung überdeckt wurden. In Folge tragen die Neugeborenen ein erhöhtes Risiko für eine langsame Wachstumsentwicklung. (vgl. Sobot 2009, S. 209)

Neben einer psychotherapeutischen Intervention, um die inneren depressiven Variablen zu bearbeiten, ist es auch die Aufgabe der Sozialen Arbeit, durch ein erweitertes Hilfesystem ein Großteil des fötalen Stresses zu beseitigen und positive emotionale Ressourcen zu stärken. Hier ist darauf zu achten, dass darauf abgezielt wird, die Umweltbedingungen der Abhängigen zu verändern. Andernfalls können bestimmte Problemlagen nicht gelöst und gewisse Lebensaufgaben nicht erfüllt werden. Gleichzeitig wird die Betroffene befähigt, ihre Handlungskompetenzen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe zu erweitern. Somit kann für das Ungeborene eine bessere Entwicklung auf emotionaler Ebene gewährleistet werden. (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 30)

Massive Schädigungen entwickeln sich jedoch auch auf psychologischer Ebene, die negative Folgen für die gesamte Lebensentwicklung des Kindes haben können. Der emotionale Zustand der Mutter und die damit einhergehende Beeinflussung auf das Ungeborene, wirken im Zeitraum der Fetogenese stärker als in jeder anderen pränatalen Entwicklungsphase. Wie bereits erwähnt, kann der Fötus dem Stresshormonspiegel der Mutter, eine

emotionale Bedeutung zuordnen. Der Fötus zeigt ab dem sechsten Monat, Reaktionen wie vermehrtes Schlucken von Fruchtwasser bzw. Unter- oder Überaktivitäten an Bewegungen.

Dadurch, dass ein ungeborenes Kind noch über keine physischen und psychischen Widerstandskräfte gegen diese hormonellen Angriffe verfügt, zeigen sich diese Reaktionen als Abwehr und können postnatal als Grundstörung bleiben. (vgl. Sobot 2001, S. 74.f.)

5.3 Die Soziale Situation der Schwangeren

Schwangere Konsumentinnen befinden sich überwiegend in prekären Lebenslagen, in denen ihnen teilweise notwendige Ressourcen zur Bewältigung fehlen. Die Mütter sind ständig damit beschäftigt, ihren Suchtdruck zu stillen und Drogen zu beschaffen. Dazu kommen noch soziale Probleme, wobei einige der Wohnungsnot hilflos ausgeliefert sind oder wegen begangenen Straftaten, juristischen Gerichtsverfahren entgegenstehen. Die meisten Abhängigen besitzen keine Schul- bzw. Berufsausbildung. Somit lebt ein überwiegender Teil von Sozialhilfe. Oft reichen die finanziellen Mittel für den Lebensunterhalt und für die Drogenbeschaffung nicht aus. Deshalb werden Drogen weiterverkauft, was wiederum illegal ist und strafrechtlich verfolgt wird. (vgl. Kästner, Härtl, Stauber 2008, S. 85)

Tatsache ist, dass durch diese Faktoren die anfängliche Schwangerschaftsphase meistens unbemerkt bleibt und somit eine Entscheidung gegen das Kind nicht mehr möglich ist, da der zulässige Abtreibungszeitpunkt bereits überschritten ist. (vgl. Sobot 2009, S. 223)

Aber auch psychosoziale Belastungen, wie traumatische Erlebnisse in der Kindheit, die mit Deprivation, Gewalt und Trennungserfahrungen verbunden sind, können bereits im pränatalen Bereich die Bindung zwischen Mutter und Kind nachhaltig beeinflussen. (vgl. fachverband drogen und rauschmittel e.V. 2009, S. 6) Ein großer Teil der Schwangeren leben isoliert und erfahren wenig Unterstützung durch Eltern oder Verwandte. Sie befinden sich ständig in der Drogenszene und somit besteht der Freundeskreis meist nur aus Konsumenten.

5.4 Die Geburt

Eine Schwangerschaft bei gesunden Müttern umfasst einen Zeitraum von 40 Wochen mit einem Schwankungsgrad zwischen 37 und 42 Wochen. Bei drogenabhängigen Schwangeren verkürzt sich die Schwangerschaftsdauer. Aufgrund der unzuverlässigen Menstruationswerte ist es für Frauenärzte problematisch, die Schwangerschaftsdauer festzustellen. Die Kinder werden häufig in der 38. Schwangerschaftswoche mit einer Schwankungsbreite von 31 bis 40 Wochen geboren. (vgl. Sobot 2001, S. 79)

Schwangere Crystal-Meth-Konsumenten können sich oft nicht auf die bevorstehende Entbindung vorbereiten und befinden sich in einer körperlich schlechten Verfassung. Viele sind mangelernährt oder haben sich mit HIV infiziert, welcher durch mehrfach ungeschützten Geschlechtsverkehr hervorgerufen werden kann. Eine Blutentnahme und intravenöse Zugänge sind schwer zu legen, da die peripheren Venen oft durch häufige Injektionen dünn und vernarbt sind. (vgl. Kästner, Härtl, Stauber 2008, S. 86)

Eine Feststellung des Crystal-Meth Konsums ist aufgrund fehlender körperlicher Anzeichen mit dem Untersuchungsverfahren, welches von Frauenärzten angewendet wird, oft nicht möglich. Ebenso verschweigen die Mütter, dass sie Crystal-Meth konsumieren, womöglich aus Schamgefühl und Angst vor Stigmatisierung. (vgl. Diakonie Stadtmission Chemnitz 2013, S. 41)

Die typischen Anzeichen einer bevorstehenden Geburt werden durch den Drogenkonsum von der Schwangeren verspätet bemerkt, sodass sie sich unangemeldet in eine Klinik begeben muss, wenn der Geburtsverlauf bereits begonnen hat. Der Prozess der Geburt erstreckt sich über mehrere Stunden und verlangt enorm viel Kraft von der Mutter, die sich dadurch in einer Stresssituation befindet. Um diesem ausreichend standzuhalten, konsumieren die Mütter kurz vor der Geburt Crystal-Meth oder andere Substanzen, um leistungsfähiger zu sein bzw. entspannter zu gebären. Zusätzlich sind sie auf die Situation der Geburt nicht vorbereitet, da sie zuvor keine

Geburtsvorbereitungskurse und notwendige Vorsorgeuntersuchungen besucht haben. (vgl. Sobot 2001, S. 80)

Für Ärzte und Hebammen ist es mitunter schwierig herauszufinden, ob die Schwangere unter Drogeneinfluss steht. Mit Einsetzen der Wehen, welche für die Schwangere im Drogenrausch überraschend erfolgt, gibt es Fälle in denen der Mutterpass absichtlich vergessen wird. Selbst hier lässt sich feststellen, dass die drogenabhängigen Schwangeren ein großes Schamgefühl aufweisen, gerade deshalb, weil sie durch den Einfluss des Drogenkonsums nicht in der Lage sind, bewusste Entscheidungen zu treffen. Im Drogenrausch werden die Vorsorgeuntersuchungen als unwichtig erachtet.

(vgl. Sobot 2009, S. 227)

6. Die postnatale Situation von Neugeborenen

Sobald sich das Neugeborene nicht mehr im Mutterleib befindet, ist es nicht mehr am Drogenkonsum der Mutter beteiligt. Durch die Unterbrechung der Drogenzufuhr unter der Geburt, entwickelt das Neugeborene eine eigene Entzugssymptomatik. Allerdings nur im Hinblick auf Opiate, denn diese machen physisch und psychisch abhängig. (vgl. Sobot 2009, S. 226)

Beim Konsum vom Crystal-Meth entwickelt das Kind keine typische Entzugssymptomatik, jedoch werden im Mutterleib gewisse Prägungen und Schädigungen gesetzt, die psychisch abhängig machen - je nach Dauer und dem Zeitpunkt des Crystal-Meth Konsums in der Schwangerschaft. (vgl. www.mdr.de)

Durch den erlebten Drogenentzug und durch körperliche sowie neurobiologische Entwicklungsdefizite, wird das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt auf der Neugeborenenstation versorgt. Somit erfolgt eine postnatale Bindungsstörung durch die frühe Trennung von der Mutter, welche wiederum keine ausreichende Nähe zu ihrem Säugling aufbauen kann. (vgl. Sobot 2001, S. 82) Vom Stillen ist grundsätzlich abzuraten, da Crystal-Meth in die Muttermilch gelangt, wodurch das Kind die Substanz erneut mit aufnehmen würde. Dadurch wird ebenso die Förderung der Bindung beeinträchtigt, weil der

enge Körper- und Blickkontakt zwischen Mutter und Kind fehlt. (vgl. ebd., S. 101)

6.1 Entwicklungsdefizite in der frühen Kindheit

Während zu vermuten ist, dass die pränatale Bindung und die Schwangerschaft von Crystal-Meth-abhängigen Müttern sich unter Einfluss von anderen Drogen wenig unterscheiden, gibt es jedoch Defizite in der Entwicklung der Kinder. Aktuell kursieren wenige Untersuchungen, die sich mit der Entwicklung der Kinder von Crystal-Meth-abhängigen Müttern beschäftigen. Die meisten Studien stammen aus den USA und sind nur begrenzt auf den deutschsprachigen Raum übertragbar. Um jedoch auf die Entwicklungsdefizite ansprechen zu können, beziehe ich mich im Folgenden auf das Klinikum St. Georg in Leipzig, wo sich derzeit die Fälle der Crystal-Meth-Babys häufen. Während 2009 noch 25 Säuglinge stationär mit Drogenproblemen behandelt wurden, verdoppelte sich die Zahl 2013. (vgl. www.t-online.de)

Frau Eva Robel-Tillig ist Chefarztin der Neonatologie des Klinikums und berichtet über die Folgen der Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Mütter. Meist werden Säuglinge behandelt, deren Mütter mehrere Drogen konsumieren, wie beispielsweise Opiate, Crystal-Meth und andere Substanzen. Interessant dabei ist, dass Säuglinge von Crystal-Meth-abhängigen Müttern gegenüber den Säuglingen, deren Mütter vorher Heroin zu sich genommen haben, ein ruhigeres Verhalten aufweisen. Eine erhöhte Entzugssymptomatik ist bei opiatabhängigen Kindern zu beobachten. Dieses wird als Neonatales Abstinenz-Syndrom bezeichnet. (vgl. ebd.)

6.1.1 Das Neonatale Abstinenz Syndrom (NAS)

Um den vorherigen Aspekt besser veranschaulichen zu können, gebe ich in diesem Punkt eine kurze Zusammenfassung zum Neonatalen Abstinenz Syndrom. Die Schwere des NAS ist abhängig von der Substanzwirkung, der Dosis sowie der Dauer und Schwere der mütterlichen Drogenabhängigkeit. Da Mütter oft kurz vor der Geburt Drogen konsumieren, kann das Entzugssymptom

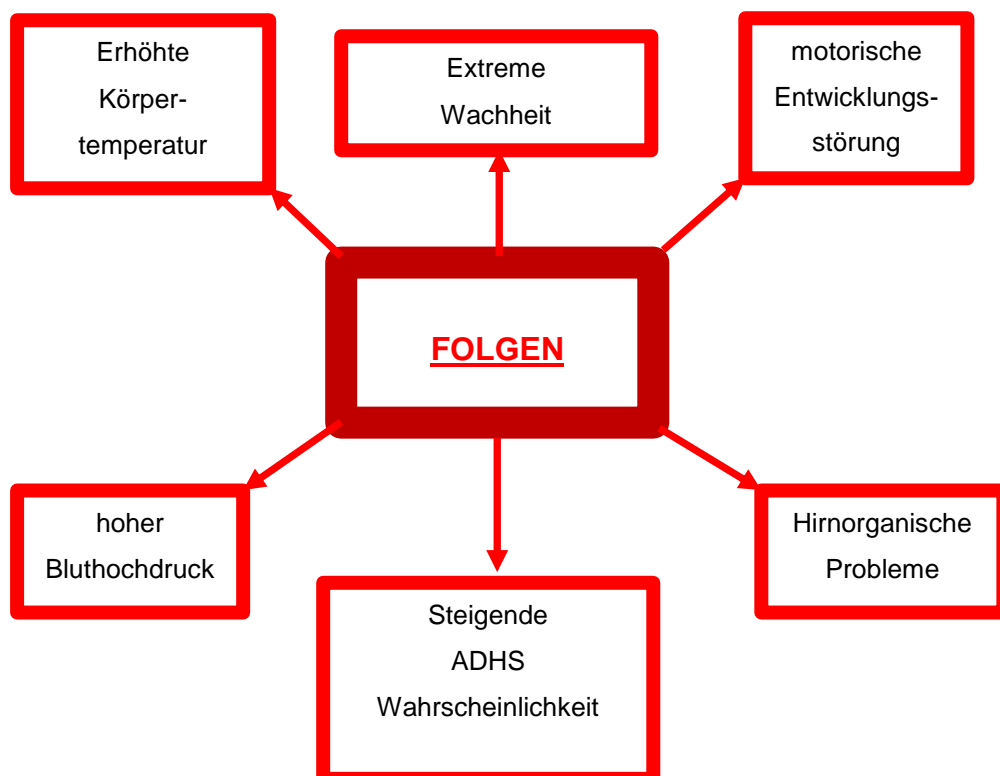
auch erst einige Tage später eintreten. In der Regel tritt der Entzug jedoch während der ersten 48 Stunden auf. (vgl. Sobot 2001, S. 83)

Die Säuglinge sind somit über Wochen auf der Neugeborenenstation untergebracht und müssen dort behandelt werden. Die Kinder leiden unter Symptomen, wie allgemeine Reizbarkeit, motorische Überaktivität, Atembeschleunigung, Zittern am Körper, Saugen an der eigenen Faust, übermäßiges Schwitzen, Fieber und Krampfanfällen. Zu erwähnen sei, dass alle Symptome selten bei einem Kind zu beobachten sind. (vgl. Pönsch 2012, S. 100)

Bei Crystal-Meth-Babys ist keine direkte Entzugssymptomatik beobachtbar, jedoch werden auch diese Säuglinge von der Mutter getrennt um auf der Neugeborenenstation versorgt zu werden. Die folgende, von mir erstellte Abbildung (Abb. 2), stellt die schwerwiegenden Folgen von Neugeborenen dar, die bereits pränatal vom Crystal-Konsum der Mutter betroffen waren und postnatal auftreten.

Abb. 2

Postnatal auftretende Folgen von Neugeborenen, die pränatal vom Crystal-Konsum der Mutter betroffen waren



(vgl. Mühlig 2015, S. 55)

Anhand dieser Abbildung (Abb. 2) lässt sich erkennen, dass die Neugeborenen Symptome aufweisen, die meiner Meinung nach dem NAS in gewisser Weise ähneln. Die Neugeborenen weisen eine erhöhte Körpertemperatur, Bluthochdruck und extreme Wachheit auf.

Zu den Folgen, die sich im Laufe der Entwicklung ausdifferenzieren können, gehören motorische Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit, hirnrorganische Probleme und eine höhere Wahrscheinlichkeit im Kita - und Grundschulalter - an ADHS zu leiden. Diese sind jedoch schwieriger zu erkennen als erkennbare Anzeichen der lebenspraktischen Unterversorgung, wie zum Beispiel: geringes Gewicht durch Mangelernährung. (vgl. Sobot 2001, S. 9)

Ein Hinweis für die Beeinträchtigung der motorischen Entwicklung geht damit einher, dass viele Säuglinge der drogenabhängigen Mütter bis zum Ende des ersten Lebensjahres bzw. in das zweite Lebensjahr hinein, überwiegend Brei- und Flaschennahrung bekommen, weil die Mütter sich aufgrund ihrer Drogenerkrankung nicht in der Lage befinden, feste Nahrung zu kochen und ihren Kind die notwendigen Schritte zu einer feinmotorischen Entwicklung zu ermöglichen.(vgl. ebd., S.9)

Grobmotorische Entwicklungsstörungen entwickeln sich auch regelmäßig dadurch, dass Kinder nicht ausreichend unterstützende Begleitung in ihren Lern- und Reifungsprozessen erhalten. So werden diese überwiegend im Kinderwagen mit zur Drogenbeschaffung genommen. Dies hat zur Folge, dass eingeleitete Lernschritte in den Entwicklungsphasen nicht weiter verfolgt und gefördert werden. (vgl. ebd., S. 9)

6.1.2 Die Folgen für die Mutter-Kind-Bindung

Die ersten Tage und Wochen im Leben eines Neugeborenen werden von der Anpassung an die neue Lebenswelt geprägt. Die Säuglinge sind besonders auf liebevolle Fürsorge und auf emotionale Zuwendung angewiesen. Durch die Suchtproblematik der Mutter kommt es häufig vor, dass die Bedürfnisse des

heranwachsenden Kindes nicht ausreichend oder teilweise gar nicht befriedigt werden.

Somit entstehen Fehlentwicklungen, die ein erhöhtes Risiko bereithalten, später selbst in eine Abhängigkeit zu geraten. (vgl. Singerhoff 2002, S. 14)

Da die Säuglinge schon unmittelbar nach der Geburt von der Mutter getrennt werden, erfolgt somit eine Störung des reziproken Kommunikationsmusters im Bindungsverhalten. (vgl. Sobot 2001, S. 101)

An dieser Stelle sei nochmals anzumerken, dass ein Verschweigen der Drogensucht zu einer erheblichen Verzögerung bei der Diagnosestellung führen kann. Dadurch benötigen die Kinder zunächst eine sorgfältige stationäre Beobachtung und Behandlung. Aufgrund der frühen Trennung, wird den Müttern das Gefühl vermittelt, dass sie den Anforderungen eine gute Mutter zu sein, nicht gerecht werden. Verstärkt wird dieses Gefühl häufig noch durch die offen gezeigte Ablehnung seitens des Krankenhauspersonals. Auch die Situation auf der Neugeborenenstation kann enorme Schuldgefühle in der Mutter auslösen. Deshalb ist es ratsam, die Mutter in der Entbindungsklinik möglichst mit in die Säuglingspflege einzubeziehen und anzuleiten.

Für Ärzte und Krankenschwestern ist es häufig schwierig mit den Müttern zu kommunizieren, da sie empfindlich gegenüber verdeckten Vorwürfen sind oder gar schnell etwas falsch interpretieren. Demnach kommt es häufiger zu Konflikten. Nichts desto trotz ist es jedoch von großer Bedeutung, dass ein intensiver Körperkontakt zwischen Mutter und Kind in der Klinik gefördert wird. (vgl. Singerhoff 2002, S. 154 f.)

Von Beginn an sind Kinder beim Aufbau früher emotionaler Bindungen zu ihren Bezugspersonen offen gegenüber Neuem. Erst durch Enttäuschungen wird es vorsichtig, da für beide Personen positive Erfahrungen für eine sichere Bindung notwendig sind. Diese positiven Erfahrungen sind jedoch nur möglich, wenn sich das Kind auf die Zuneigung der Bindungsperson verlassen kann und die gesamte Situation der sozialen Bindung Festigkeit erlangt. (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 25) Bei drogenabhängigen Müttern kommt es regelmäßig zu Missverständnissen und Konflikten zwischen ihr und dem Säugling. Die eigene ablehnende Objektbeziehung, die sie im Kindesalter erlebt haben, ist ein Grund für eine unsichere Bindung. Drogenabhängige Mütter sind meist nicht in der

Lage, ihrem Säugling das zu geben, was ihnen selber in ihrer eigenen Kindheit verwehrt blieb.

Im Vordergrund steht das vorrangige Bedürfnis der Suchtbefriedigung der Mutter. Wenn dieses annähernd erfüllt ist, so kann sie sich der Bedürftigkeit des Säuglings widmen. (vgl. Sobot 2001, S. 9)

Fraglich scheint jedoch, ob sie dazu in der Lage ist. Wie in dem Kapitel 4.2 bereits beschrieben, fällt es den Müttern schwer, aufgrund ihrer eigenen Probleme, positive Reize in der pränatalen Schwangerschaftsphase ihrem Kind zu übermitteln. Dies tritt ebenso in der postnatalen Phase auf. Störungen im Aufbau einer förderlichen Mutter-Kind-Bindung werden durch emotionale Instabilität und schwankendem Fürsorgeverhalten beeinflusst. Das bedeutet, die Mütter sind teilweise nicht in der Lage auf die wachsenden Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Intuitiv spüren sie zwar, dass ihre Kinder mehr Zuwendung benötigen, jedoch wissen die Mütter nicht, wie sie diese ausreichend befriedigen sollen. Durch diese Unwissenheit wird erneut ein Gefühl von Druck und Unzufriedenheit hervorgerufen, die den Griff zur Droge verstärken. (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 27)

Es steht also außer Zweifel, dass dadurch die Versorgung des Kindes extrem vernachlässigt wird. Im Modell der psychosozialen Entwicklung, von Erik H. Erikson, entwickelt jede einzelne Person eine neue Selbstorientierung unter Einbezug anderer Personen in seiner Umwelt. (vgl. www.arbeitsblaetter.stangl-taller.at) Ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung eines Kindes in der Phase von 0-3 Jahren, ist der Aufbau von Urvertrauen. Dem Kind ist es aber gar nicht möglich Urvertrauen aufzubauen, wenn ihm lebensnotwendige, körperliche und emotionale Zuwendungen verwehrt bleiben. In einem Fachgespräch mit einer Suchtberaterin der Stadtmission Chemnitz erfuhr ich, dass Fälle auftreten können, die nahezu an Kindeswohlgefährdung angrenzen. Leben die drogenabhängigen Mütter allein mit ihrem Kind zuhause, so geht neben einer Vernachlässigung auch ein unregelmäßiger Tagesrhythmus einher, dem das Kind ausgesetzt ist. Insbesondere Crystal-Meth-abhängige Mütter leben mit ihrem Kind in einer chaotischen Lebenssituation. Nicht selten treten Fälle auf, in denen die Mutter, aufgrund starker Erschöpfungszustände, über Stunden

schläft und somit ihr Kind schlecht versorgt. Die Kinder sind in der Wohnung auf sich alleine gestellt.

Hier können erhebliche Gefahren für das Kind entstehen, beispielsweise wenn die Mutter während der Zubereitung von Mahlzeiten den Herd unbeaufsichtigt lässt. Beispielsweise trugen deshalb Kinder in einigen Fällen Rauchvergiftungen davon. Nicht selten sehen sich Mütter in dieser Situation mit dem Gesetz konfrontiert. Ein möglicher Sorgerechtsentzug kann dann wiederum die Folge sein. Die Mutter- Kind- Bindung wird ebenso von auftretenden Entzugserscheinungen der drogenabhängigen Mutter nachteilig beeinflusst. Neben körperlichen Beschwerden, wie Schweißausbrüche, Schüttelfrost, Magenkrämpfe und Gliederschmerzen, treten auch massive psychische Spannungszustände auf, die sich auf die Mutter-Kind-Bindung negativ auswirken. Nervosität und Gedanken an die Droge mit dazugehörigem Beschaffungsstress lassen die Mutter zunehmend negativ auf ihr Kind stimmen. All diese Faktoren beeinträchtigen die Mutter-Kind-Interaktion. (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 28)

Mütter, die ihrer Schwangerschaft eher ablehnend gegenüberstanden, tendieren eher zu einer emotionalen postnatalen Kindesvernachlässigung. Dies äußert sich darin, dass die Mütter den Kontakt zu ihrem Säugling zunächst meiden. Dies hat jedoch zur Folge, dass dem Säugling, das Bedürfnis nach Zuwendung verwehrt wird und es somit reizbarer und anspruchsvoller reagiert (vgl. Sobot 2009, S. 239)

Häufig reagieren die Mütter mit Aggressionen über ihren eigenen Mangel an Fürsorgeverhalten. Diese Überforderungsgefühle werden im weiteren Verlauf auf den Säugling übertragen. Die Folge ist, dass die Kinder vernachlässigt oder gar misshandelt werden, was zu einer Desorganisierten Bindung führen kann. (vgl. ebd., S. 239)

Ist diese langanhaltend, kann es zu erheblichen Bindungsstörungen kommen.

7. Kinder drogenabhängiger Mütter

7.1 Die soziale Situation der Kinder in drogenabhängigen Familien

Kinder drogenbelasteter Familien sind häufig ungünstigen Lebensbedingungen ausgesetzt, welche die Kindheit zusätzlich erschweren. Wie bereits schon

erwähnt, verfügen Drogenabhängige über eine unterdurchschnittliche schulische und berufliche Bildung.

Dies ist in der Regel mit einer hohen Arbeitslosigkeit verbunden. Viele Drogenabhängige leben von Sozialhilfe, insbesondere alleinerziehende Mütter sind davon betroffen. (vgl. Klein 2006, S. 11)

Dadurch leben die Kinder in beengten Wohnverhältnissen und sind teilweise von Armut betroffen. Die Kinder werden in ihren materiellen Ressourcen massiv eingeschränkt, was eine Herabsetzung des Selbstwertgefühls und der sozialen Integration zur Folge hat. (vgl. ebd., S. 11)

Häufig befinden sie sich in Trennungssituationen und wachsen bei nur einem Elternteil auf. Im überwiegenden Fall bei der Mutter. Es kann jedoch auch vorkommen, dass die Mutter aufgrund ihrer Drogenproblematik in eine Entzugstherapie muss, wodurch die Kinder mit erneuten Trennungssituationen konfrontiert und zudem fremdplatziert werden. Die Kinder leben dann überwiegend bei Verwandten, Großeltern oder Pflegefamilien. (vgl. ebd., S.11)

Eine weitere ungünstige Lebensbedingung für die Kinder ist die fehlende Erziehungskompetenz der drogenabhängigen Mütter. Häufig erfolgt ein ambivalenter Erziehungsstil, in denen Versprechungen gebrochen sowie unklare Regeln und Strukturen im Familiensystem existieren. Dies hat Konsequenzen im Erziehungsverhalten, welches durch die Drogensucht massiv eingeschränkt wird. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko, dass die Kinder im hohen Maße dazu neigen, unsichere Bindungen oder Bindungsstörungen zu entwickeln (vgl. Stadtmission Chemnitz e.V.2013, S. 11 f.)

7.2 Die Bindungsstörungen

Kinder mit einer Bindungsstörung weisen eine erhebliche Verhaltensveränderung gegenüber den unterschiedlichen Bindungspersonen auf. Da mein Fokus auf der Mutter-Kind-Bindung liegt, beziehe ich mich in diesem Punkt ebenso auf die Mutter. Hierbei möchte ich aufzeigen, wie wichtig es ist, den Kindern eine sichere Bindung zu ermöglichen, um diese Störungen zu vermeiden. Diese Verhaltensweisen treten über einen längeren Zeitraum als

ein stabiles Muster auf. In der Regel erfolgt eine Diagnosestellung im Zeitraum von sechs Monaten(vgl. Brisch 2009, S. 102)

7.2.1 Keine Anzeichen von Bindungsverhalten

Dieses Muster der Bindungsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass das Kind keinerlei Bindungsverhalten gegenüber der Mutter aufweist. Ebenso in Bedrohungssituationen, in denen bei einer sicheren Bindung, ein Suchen nach der Bindungsperson Normalität darstellt, wird kein Protest bei einer Trennung von der Mutter gezeigt. (vgl. Brisch 2009, S. 102)

Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist eine Feststellung dieser Bindungsstörung erst nach dem achten Lebensmonat eines Säuglings von Bedeutung, da in diesem Zeitraum eine ausgeprägte Differenzierung und Bevorzugung einer primären Bindungsperson erwartet werden kann. (vgl. ebd., S.102)

7.2.2 Das Undifferenzierte Bindungsverhalten

Kinder mit diesem Bindungsmuster reagieren gegenüber allen Bindungspersonen freundlich und ohne Furcht. Gegenüber Fremden zeigen die Kinder keine Anzeichen von Zurückhaltung. (vgl. Brisch 2009, S. 102)

7.2.3 Das Übersteigerte Bindungsverhalten

Kinder mit einem übersteigerten Bindungsverhalten zeigen durch extreme Verhaltensweisen, wie „exzessives“ Klammern, dass eine Trennung von der Mutter gar nicht möglich ist. (vgl. Brisch 2009, S. 105)

Häufig reagieren sie bei Trennung emotional sehr gestresst und lassen sich nur in absoluter Nähe emotional beruhigen. In fremden Situationen reagieren sie überängstlich und brechen ihre Erkundungsgänge ab. (vgl. ebd., S.105)

7.2.4 Das Gehemmte Bindungsverhalten

Anders als beim übersteigerten Bindungsverhalten, zeigen Kinder mit dieser Bindungsstörung keinen Protest bei Trennungssituationen. Sie fallen durch eine übermäßige Anpassung auf und befolgen Aufforderungen ohne Widerstand. (vgl. Brisch 2009, S. 106)

Häufig geht diese Bindungsstörung mit Gewalterfahrung und Misshandlung einher. Die Kinder lernen ihre Bindungswünsche gegenüber ihrer Bindungsperson vorsichtig und zurückhaltend zu äußern. Sie erwarten Schutz und Geborgenheit, werden jedoch durch Androhungen von Gewalt extrem eingeschüchtert. (vgl. Brisch 2009, S. 106)

7.2.5 Das Aggressive Bindungsverhalten

Kinder mit dieser Bindungsstörung äußern ihre Bindungswünsche gegenüber ihrer Bindungsperson durch körperliche oder verbale Aggressionen. Werden Bindungswünsche des Kindes nicht erfüllt, reagiert es mit Frustration. Kinder sind daher in einem ständigen Kampf um Bindung und Anerkennung. (vgl. Brisch 2009, S. 107)

7.2.6 Das Bindungsverhalten mit Rollenkehr

Hier übernehmen die Kinder unbewusst bestimmte Rollen zur Aufrechterhaltung des Familiensystems. Bei diesem Bindungsverhalten findet eine „Parentifizierung“ statt. Das bedeutet, das Kind sorgt sich um seine Bindungsperson und übernimmt dessen Verantwortung. Dadurch vernachlässigt es seine eigenen Interessen und wird in der Entwicklung seiner Selbstwahrnehmung massiv eingeschränkt. (vgl. Brisch 2009, S. 107)

7.2.7 Bindungsstörung mit Suchtverhalten

Der Säugling gerät durch frühe Erfahrungen der Vernachlässigung in Stresssituationen. Dabei können sich suchtartige Verhaltensweisen entwickeln, die sich nachteilig auf die Entwicklung des Kindes auswirken. (vgl. Brisch 2011, S. 108)

Einige Mütter interpretieren die Signale ihres Säuglings falsch und reagieren auf dessen Bedürfnisse nicht angemessen. Somit kann es vorkommen, dass die Mutter versucht, ihren Säugling mit Nahrung zu beruhigen. Dadurch lernt es Stresssituationen mit einem Suchtmittel, in diesem Fall die Nahrung, zu bewältigen. (vgl. ebd., S 108)

7.3 Resiliente Kinder

Es gibt auch Kinder, die trotz hoher Stressbedingungen, welchen sie ausgesetzt sind, gesund bleiben. Diese werden als resilient bezeichnet. Der Begriff „Resilienz“ bezeichnet die Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. (vgl. www.edoc.rki.de)

In diesem Fall wäre es die Drogenproblematik der Mutter. Die Kinder entwickeln Ressourcen mit denen es möglich ist, ungünstige Lebensumstände zu bewältigen. Im Folgenden gehe ich auf sieben Resilienzfaktoren ein, die Kinder davor schützen sollen, von den Folgen des krankhaften Familiensystems beeinflusst zu werden. Hier ist es auch Aufgabe der Sozialen Arbeit diese Resilienzen zu fördern und die Entwicklung der Kinder in drogenbelasteten Familien zu verbessern.

1). Einsicht

Dem resilienten Kind ist es möglich, die Schuld bei der Droge zu suchen und nicht auf sich selbst zu übertragen. Hier ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, dem Kind altersgerechte Informationen über die Drogenerkrankung der Mutter zu vermitteln. Somit ist das Kind in der Lage, die Probleme nicht auf sich zu beziehen. (vgl. Fachstellen für Suchtprävention in Sachsen 2015, S. 20)

2). Unabhängigkeit

Die Kinder entwickeln eine innere Distanz zu den Vorgängen in der Familie und lassen sich nicht von deren negativen Stimmungen beeinflussen. Sie sind zudem mit außenstehenden Personen in Kontakt. Hier sollte auch eine Förderung stattfinden, indem den Kindern Zugänge zu Vereinsmöglichkeiten geschaffen werden. (vgl. ebd., S. 20)

3). Beziehungsfähigkeit

Eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, dem Kind eine sichere Bindung zu Personen außerhalb der Familie zu gewährleisten.

Die Kinder brauchen zuverlässige erwachsene Bezugspersonen, wie beispielweise die Großeltern, bei denen sie Vertrauen und Schutz finden. (vgl. Fachstellen für Suchtprävention in Sachsen 2015, S. 21)

4). Initiative

Die Kinder können schwierige Lebensumstände als Herausforderung sehen. Diese Fähigkeit wird gefördert, indem Kinder eigene Beschäftigungen entdecken und erleben. Dadurch sammeln sie Erfahrungen in der Selbstwirksamkeit. (vgl. ebd., S. 22 ff)

5). Kreativität

Die Kinder lernen, ihre eigenen Gefühle künstlerisch zum Ausdruck zu bringen
Zum Beispiel durch künstlerische Gestaltung

6). Humor

Den Kindern wird durch Humor ermöglicht, einen gewissen Abstand von der häuslichen Situation zu bekommen.

7). Moral

Die Kinder verfügen über ein unabhängiges Wertesystem, welches sich von den suchtkranken Eltern abgrenzt. Kindertagesstätten können zudem klare Regeln vorgeben, welche von allen Kindern einzuhalten sind (vgl. ebd., S. 23)

8. Präventive Maßnahmen

8.1 Frühe Hilfen für Mutter und Kind

Wie sich bereits aus den vorhergehenden Kapiteln erkennen lässt, gehört eine Suchterkrankung eines Elternteils zu den schwerwiegendsten familiären Belastungsfaktoren, die sich auf die gesunde Entwicklung des Kindes negativ auswirken. Die Gefahr, dass die Kinder später selbst in eine Abhängigkeit

geraten, ist besonders hoch. Insbesondere bei Crystal-Meth-abhängigen Müttern sind die Kinder oft intensiven und plötzlichen Gefühlsschwankungen ausgesetzt.

Dies hat negative Auswirkungen auf das Wohl des Kindes und dessen Bindungsverhalten. Demnach können Frühe Hilfen zeitnah Unterstützungsangebote anbieten, um trotz der Belastungsfaktoren, eine Förderung der Eltern-Kind-Bindung zu unterstützen. Ebenso sollte eine entwicklungs- und gesundheitsfördernde Umgebung für das Kind ermöglicht werden. (vgl. Drogen und Suchtbericht 2015, S. 74)

Frühe Hilfen sind präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfsangebote für Familien, in belasteten Lebenssituationen mit geringen Ressourcen. Diese werden vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres angeboten. Ziel ist es, die Risiken für die Entwicklung des Kindes frühzeitig zu erkennen und die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken. (vgl. ebd., S. 74)

Insbesondere bei Neugeborenen von Crystal-Meth-abhängigen Müttern ist es wichtig, die motorische Entwicklung in den ersten drei Lebensjahren zu fördern. Denn diese weisen ein erhöhtes Defizit auf, sich nicht altersgerecht zu entwickeln. Drogenabhängige schwangere Frauen müssen neben einer suchtmmedizinischen Betreuung, geburtsunterstützend und psychosozial betreut werden. Sie sollten frühzeitig vom Suchthilfesystem erreicht werden, um so einer Schädigung des ungeborenen Kindes vorzubeugen. Dazu gehört, dass mit der Schwangeren besprochen werden muss, welche Einstellung sie zur bereits bestehenden Schwangerschaft aufweist und wie die nachgeburtliche Versorgung des Kindes weitreichend unterstützt werden kann. (vgl. fachverband drogen und rauschmittel e.V. 2009, S. 3)

Schwierigkeiten ergeben sich jedoch, wenn sich die Schwangere, aufgrund von Ängsten, vor Fremdplatzierung ihres zukünftigen Kindes, jeglicher Art von Hilfe entzieht. Ihnen ist teilweise nicht bewusst, dass Eingriffe in die elterliche Sorge nach der Veränderung des Verfahrensgesetzes zum § 1666 BGB, nicht mehr möglich sind. Grundvoraussetzung ist, dass fachliche Hilfen zur Verhinderung solcher Eingriffe den Eltern angeboten werden müssen. (vgl. ebd., S. 3) Eine lückenlose Betreuung in den verschiedenen Phasen der Schwangerschaft bis

nach der Geburt, sollte durch eine spezialisierte Fachkraft der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) aus dem familiären-/kinderpflegerischen Bereich unterstützt werden.

Diese kann umfassende Hilfe leisten, wenn sie die aktuelle Lebenssituation mit einschließender Drogenproblematik kennt und dokumentiert. Um das zukünftige Fürsorgeverhalten gegenüber dem Kind zu stärken, gehören Hausbesuche mit zu den wichtigsten Aufgaben der SPFH. (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. 2009, S. 15)

8.2 Die Vorteile einer stationären Mutter-Kind-Therapie

Aufgrund einer verspätet bemerkten Schwangerschaft, ist es oft nicht mehr möglich, einer Schwangerschaft entgegenzustehen und sich gegen das Kind zu entscheiden. Um dem Kind jedoch die bestmöglichen Bedingungen zum Heranwachsen zu ermöglichen, muss sich die Schwangere in der Regel einer stationären Entwöhnungsbehandlung („Drogentherapie“) unterziehen. Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgt in einem Zeitraum von 8-16 Wochen. Ziel dieser Behandlungsform ist es, eine gefestigte Mutter-Kind-Bindung zu ermöglichen und die Erziehungskompetenz der Mütter zu stärken. Durch strukturierte Tagesabläufe übernehmen die Mütter, Verantwortung für die Versorgung ihres Kindes. Dadurch lernen sie sich mit der Mutterrolle zu identifizieren und entwickeln zunehmend Stabilität, welche von den Kindern auf ihre Belastbarkeit hin getestet werden. Nicht selten, kommt es zu neuen Konflikten, die jedoch im Rahmen des Therapieangebotes der jeweiligen Institution bearbeitet werden können. Durch angeleitete Mutter-Kind-Aktivitäten sowie das Zusammenleben unter Abstinenzbedingungen, verfestigt die Mutter-Kind-Bindung. Das Kind erlebt seine Mutter als zuverlässige Bezugsperson, die ansprechbar und emotional erreichbar ist. (vgl. www.kraichtal-kliniken.de)

8.3 Die Förderung der Resilienz von Kindern

Für die betroffenen Kinder ist ein Netzwerk von externen Bindungspersonen, neben der drogenabhängigen Mutter, besonders wichtig. Somit ist es dem Kind

möglich, eine sichere Bindung aufzubauen. Je mehr die Kinder von der Suchtkrankheit ihrer Bindungsperson betroffen sind, desto gravierendere Schäden sind in der Entwicklung der Kinder zu erwarten.

Präventive Maßnahmen können die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren sein, um die psychische Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber Entwicklungsrisiken zu stärken. In Bezug auf 7.3, in denen ich bereits die Resilienzfaktoren erläutert habe, ist es wichtig diese ausreichend zu unterstützen sowie zu fördern.

Die meisten Präventionsmaßnahmen werden von der Sucht-, Drogen- oder Jugendhilfe im Gruppenkontext angeboten. Dadurch ist es möglich, dass den Kindern positive Erlebnisse vermittelt werden. Außerdem erfolgt eine altersgerechte Aufklärung hinsichtlich der Drogenproblematik, wobei den Kindern zusätzlich ermöglicht werden muss, über ihre Emotionen sprechen zu können. (vgl. www.edoc.rki.de)

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass eine Förderung von Schutzfaktoren und Resilienz in Interventionsmaßnahmen zwar zunehmend berücksichtigt werden, jedoch diese Maßnahmen bei einigen Kindern langfristig negative Konsequenzen haben können. Beispielweise kann eine Distanzierung von Familienmitgliedern bei älteren Kindern, Bindungs- und Beziehungsprobleme auslösen. (vgl.ebd.)

8.4 Das Projekt „Plan B“

Als letzte präventive Maßnahme beziehe ich mich auf das Projekt „Plan B“, welches von der Suchtkrankenhilfe der Stadtmission Chemnitz e.V. angeboten wird. „Plan B“ bietet familienorientierte Suchtberatung und „Case Management“, in interdisziplinärer Kooperation mit den jeweiligen Institutionen. Dadurch entstehen für Kinder und deren suchtbelasteten Eltern, Angehörigen und beteiligte Helfer, neue Perspektiven. Ziel dabei ist, die Förderung der Abstinenzentscheidung bzw. die Änderung des Konsumverhaltens, um den Verbleib der Kinder in der Familie zu erhalten. Das Projekt „Plan B“ setzt zwischen Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe an, um die Elternschaft als hochsensible Phase für Veränderungen zu nutzen. Gemeinsam mit der

suchtkranken Mutter wird daraufhin gearbeitet, dass die Kinder Vertrauen aufbauen können und Verlässlichkeit erleben.

Die Kinder benötigen einen sicheren Rahmen, denn für die drogenabhängige Mutter ist es eine große Herausforderung, sich mit dem eigenen Suchtverhalten und der daraus resultierenden Lebenssituation auseinanderzusetzen. Zudem lernt die Mutter sich auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzulassen, wodurch eine sichere Bindung realisiert werden kann. (vgl. Fachgespräch)

9. Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Kinder bereits in der pränatalen Phase auf die Feinfühligkeit der Mutter angewiesen sind. Durch die ungünstige Lebenssituation drogenabhängiger Frauen, wird keine positive Grundlage für eine Schwangerschaft gewährleistet. Schwangere Frauen zeigen eine deutliche Ambivalenz hinsichtlich ihres Kindes. Zum einen wollen sie den Anforderungen eine gute Mutter zu sein, gerecht werden. Andererseits können sie sich nicht mit der Mutterrolle identifizieren. Aufgrund der eigenen negativen Kindheitserfahrungen, fehlt es den Müttern zunehmend an emotionalem Fürsorgeverhalten sowie der Feinfühligkeit. Neugeborene Kinder benötigen jedoch, unmittelbar nach der Geburt, eine feinfühlige und emotionale Zuwendung.

Für mich lässt sich nun, nach intensiver Literaturrecherche und einem Fachgespräch in der Suchtberatungsstelle der Stadtmission Chemnitz, meine aufgestellte Forschungsfrage, wie folgt beantworten. Damit ein Kind eine sichere Bindung aufbauen kann, benötigt es eine zuverlässige Bezugsperson, welche auf die Bedürfnisse des Säuglings feinfühlig reagiert. Drogenabhängigen Schwangeren und Müttern bleibt es jedoch, aufgrund ihrer belastenden Lebenssituation und ihrer Drogenproblematik, zunehmend erschwert, eine sichere Bindung zu ihrem Kind herzustellen. Jedoch kann es der Suchthilfe durch präventive Unterstützungsangebote gelingen, eine vertrauensvolle Beziehung zur Mutter aufzubauen und sie in ihrem Bindungsaufbau zum Kind begleiten. Dadurch sollen sie in ihrer

Eigenverantwortung gestärkt werden und lernen, sich mit der Mutterrolle zu identifizieren.

Neben ambulanten Maßnahmen der Suchthilfe, welche ich im letzten Abschnitt meiner Arbeit aufzeige, sehe ich auch einen effektiven Vorteil in der stationären Mutter-Kind-Therapie. In dieser Institution ist es möglich, eine intensive Behandlung über einen längeren Zeitraum anzustreben, in der Mutter und Kind zusammen wohnen und Mithilfe der Fachkräfte lernen, einen strukturierten Tagesablauf zu organisieren. Dies unterstützt in erster Linie den Bindungsaufbau und die Kinder sind keinen dauerhaften Trennungssituationen ausgesetzt.

Aufgrund unzureichender Datenquellen und Forschungsergebnissen, die sich mit der Auswirkung von Crystal-Meth auf die Bindungsentwicklung beziehen, gehe ich davon aus, dass der Bindungsaufbau nicht von einer einzigen Substanz gestört ist. Die Mütter weisen häufig eine Polytoxikomanie auf, wodurch differenzierte Wirkungen auftreten, welche die Bindungsqualität nachhaltig beeinflussen können.

Anlagen

Anlage 1.

Gesprächsprotokoll:

Fachgespräch mit Frau Diana Schädlich (MA), geführt am Montag, den 30.11.2015 in der Suchtberatungsstelle der Stadtmission Chemnitz e.V.

Literaturverzeichnis

Literaturquellen

Arenz-Greiving, Ingrid (1994): Suchtkranke Mütter und ihre Kinder. 2. Auflage. In: Arenz-Greiving, Ingrid; Helga Dilger (Hrsg.). Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 24 ff.

Brisch, Karl Heinz (2015): Bindung und Sucht. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, Karl Heinz (2009): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit (2015): Drogen- und Suchtbericht Mai 2015. Paderborn: Bonifatius GmbH

Deutsche Hauptstellen für Suchtfragen e.V. (2015): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 4. 3. Auflage. Hamm

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (2009): Positionspapier Drogen, Schwangerschaft, Kind. Hannover

Fachstelle für Suchtprävention in Sachsen in Trägerschaft von Deutscher Kinderschutzbund Leipzig e.V., Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren

e.V., Stadtmission Chemnitz e.V. (2015): Alles total geheim. Kinder aus Familien mit einer Suchtbelastung. Chemnitz

Grossmann, Karin, Grossmann, Klaus E. (2009): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Klein, Michael (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen. Regensburg: Roderer Verlag

Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. (2013): Crystal Meth. Chemnitz

Kästner, Ralph; Härtl, Kristin; Stauber, Manfred (2008): Das Konzept der psychosomatischen Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren: Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung. 2. Auflage. In: Brisch, Karl Heinz/ Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 84 f.

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

Raben, Ralph (1994): Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft: Substitutions- und Reduktionsbehandlung. 2. Auflage. In Arenz-Greiving, Ingrid; Dilger, Helga (Hrsg.). Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 53

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

Sobot, Arnhild (2009): Warum brauchen Babys Therapie?. 2. Auflage. In: Stachowske, Ruthard (Hrsg.). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Die Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. Kröning: Asanger Verlag. S. 208 – 223

Sobot, Arnhild (2001): Kinder Drogenabhängiger- Pränatale und frühkindliche Entwicklung. Lüneburg: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat

Internetquellen

Das Kita-Handbuch, Kindergartenpädagogik, Martin R. Textor (01.08.2000)

URL: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1722.html>, verfügbar am 22.12.2015

Sichere Bindung, Theresia Herbst (2009-2014)

URL: <http://www.sicherebindung.at/bindungsentwicklung.htm>, verfügbar am 02.11.2015

Bindungstheorie, Markus Breitenberger, Milton Erickson (2012)

URL: <http://www.praxis-breitenberger.de/2012/09/bindungstheorie/>, verfügbar am 22.12.2015

Die Brücke - Suchtkrankenhilfe Burghausen e. V., Sabine Hausner (2015)

URL: <http://www.bruecke-burghausen.de/suchtinfos.htm>, verfügbar am 05.11.2015

Alkohol & Drogen - Amphetamine (Speed, Crystal), Martina Feichter (25.07.2014)

URL: <http://www.netdokter.de/Gesund-Leben/Alkohol+Drogen/Cannabis+Co/Amphetamine-Speed-Crystal-11081.html>, verfügbar am 24.11.2015

MDR exact - Crystal-Babys kämpfen mit Entzugerscheinungen (21.01.2015)

URL: <http://www.mdr.de/exakt/crystal272.html>, verfügbar am 30.12.2015

Crystal-Meth: Rausch der Mütter, Diakonie Deutschland, Anieke Becker (2013)

URL: <http://www.diakonie.de/crystal-meth-rausch-der-muetter-16358.html>,
verfügbar am 11.12.2015

Drogenkonsum und Schwangerschaft, Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA) (2006)

URL: <http://www.drugcom.de/topthema/juli-2006-drogenkonsum-und-schwangerschaft/>, verfügbar am 26.11.2015

Drogensüchtige Eltern - Wenn Mama mit den Möbeln redet - Crystal Meth
zerstört Familien, Birgit Zimmermann (23.02.2015)

URL: http://www.t-online.de/eltern/gesundheit/id_73010690/drogen-crystal-meth-zerstoert-familien.html, verfügbar am 28.12.2015

Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker
Eltern, S. Jordan (20.03.2010)

URL: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reGjL9tROGAxw/PDF/24G0ABaWOBZo.pdf>,
verfügbar am 10.01.2016

Evangelische Stadtmission Heidelberg, Mutter-Kind-Therapie, Monika Wöhrle
(2015-2016)

URL: <http://www.kraichtal-kliniken.de/index.php/mutter-kind-therapie-home-links>,
verfügbar am 05.01.2016

Psychologie der Entwicklung, Werner Stangl (2016)

URL: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/PSYCHOLOGIEENTWICKLUNG/EntwicklungErikson.shtml>, verfügbar
am 05.01.2016

Stefan Mühlig (TU Chemnitz) (2015): Präsentation/ Einfluss von Crystal Meth
(CM) auf die pränatale Bindung. S. 55

URL: http://chemnitz.de/chemnitz/media/familie_und_bildung/kinder/praenatale_entwicklung.pdf,
verfügbar am 05.01.2016

Eidesstattliche Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Ort/Datum

Unterschrift