

Wett, Tanja

Erziehungsfähigkeit und Bindungsverhalten suchtkranker Eltern

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, Dezember 2016

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Isolde Heintze

Bibliographische Beschreibung:

Wett, Tanja:

Erziehungsfähigkeit und Bindungsverhalten suchtkrankter Eltern. 46 S.

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit, 2016

Referat:

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit den Themen Bindung, Erziehungsfähigkeit und Sucht sowie den Auswirkungen, die Suchterkrankungen auf Bindung und Erziehungsfähigkeit haben können. Es wurde herausgearbeitet, wo die Problemlagen für Erziehung und Bindung in Familien, in denen Suchterkrankungen eine Rolle spielen, liegen und welche Folgen diese für die Kinder haben. Die Arbeit gliedert sich in vier Themenbereiche. Der Charakterisierung der Begriffe Erziehungsfähigkeit, Bindung und Sucht schließt sich die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Lebenssituation, die Erziehungsfähigkeit und die Bindung in Familien mit Suchtproblematiken an. Diese erfolgt durch die Analyse von wissenschaftlicher Literatur und durch die Darstellung von Forschungsdaten einiger Studien.

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Charakterisierung Erziehungsfähigkeit	6
2.1	Definition Erziehung	6
2.2	Definition Erziehungsfähigkeit.....	6
2.2.1	Erziehungskennntnisse.....	7
2.2.2	Erziehungseinstellungen	7
2.2.3	Erziehungsziele.....	10
2.2.4	Erziehungskompetenzen	10
2.2.5	Erziehungsverhalten.....	12
2.3	Zwischenresümee	12
3	Charakterisierung Bindung.....	14
3.1	Bindung und ihre Funktionen.....	14
3.2	Bindungsmuster.....	15
3.3	Bindung und Entwicklung.....	17
3.4	Feinfühligkeit	18
4	Charakterisierung Suchterkrankung	19
4.1	Diagnostische Kriterien	19
4.2	Drogen	20
4.3	Abhängigkeit verstehen.....	21
4.4	Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen - DSM-5	23
4.5	Zwischenresümee	25
5	Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Lebenssituation, die Erziehungsfähigkeit und die Bindung	26
5.1	Lebenssituation suchbelasteter Familien.....	27
5.2	Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit	29
5.2.1	Erziehungserfahrungen	29
5.2.2	Erziehungskompetenzen	30
5.2.3	Psychische Begleiterkrankungen	31
5.2.4	Erziehungseinstellungen	34
5.2.5	Erziehungsverhalten.....	35
5.3	Auswirkungen auf die Bindung zwischen Eltern und Kind	38
5.3.1	Pränatale Einflüsse auf die Bindung.....	38
5.3.2	Fehlende bindungsstiftende Kontakte.....	40
5.3.3	Fehlende Feinfühligkeit und emotionale Fürsorge	40
5.3.4	Diskontinuitäten und Gewalt	43
5.3.5	Bindungsstörungen und Bindungsmuster	45
5.3.6	Der (Selbst-)Wert des Kindes	46
6	Fazit.....	48
	Quellen- und Literaturverzeichnis	50
	Selbständigkeitserklärung.....	55

1 Einleitung

Was bewegt eine drogenabhängige Mutter, wenn sie ein Kind erwartet? Was hindert drogenabhängige Eltern ihre Sucht zu überwinden, obwohl sie Verantwortung für ein (ungeborenes) Kind tragen? Und welche konkreten Konsequenzen ergeben sich für deren Elternschaft? Diese Fragen begleiten mich, seitdem ich von der Schwangerschaft und problematischen Mutterschaft einer ehemaligen Freundin aus Kindertagen, deren Leben sehr früh von Kriminalität und Drogenabhängigkeit geprägt war, erfuhr. Eine (bekannte) Abhängigkeitserkrankung bedeutet gesellschaftlichen Ausschluss und Stigmatisierung, was die Situation dieser Familien zusätzlich erschwert. Um das Verständnis für die Komplexität der Probleme zu erweitern, soll diese Arbeit aufschlüsseln, was es heißt, suchterkrankt und ein Elternteil beziehungsweise ein Kind suchtkranker Eltern zu sein. Elternschaft gestaltet sich durch das Sorgen für ein Kind. Die Gedeihlichkeit des familiären Lebensraumes und die Entwicklungsmöglichkeiten eines Kindes werden wesentlich durch die Erziehungsfähigkeit der Eltern und die Qualität der Bindung zu den Eltern beeinflusst, weshalb sich diese Arbeit mit beiden Komponenten auseinandersetzt. Häufige Probleme, die sich aus der Konstellation Substanzabhängigkeit und Elternschaft für diese ergeben, werden in dieser Arbeit aufgezeigt. Thematisch ist die Arbeit folgendermaßen gegliedert: In den ersten drei großen Themenabschnitten erfolgen Ausarbeitungen der Schwerpunkte Erziehungsfähigkeit, Bindung und Suchterkrankung. Diese sind grundlegend für das Verständnis der Problematiken, die in suchtblasteten Familien hinsichtlich der Lebenssituation, Erziehung und Bindung auftreten. Beginnen werde ich mit der Charakterisierung von Erziehungsfähigkeit durch die Definition von Erziehung und Erziehungsfähigkeit sowie der Erläuterung der Merkmale, die Erziehungsfähigkeit beinhaltet, um Aufschluss darüber zu geben, was eine angemessene und förderliche Erziehung kennzeichnet. Wie Erziehung und Bindung miteinander korrelieren, wird im ersten Zwischenresümee aufgezeigt. Der nächste Themenabschnitt widmet sich der Funktion von Bindung, den Qualitäten von Bindungsstilen, ihren Ursachen und Auswirkungen für die weitere Kindesentwicklung, um die Tragweite von (misslingenden) Bindungen zu verdeutlichen. Als wichtige Voraussetzung

für das Gelingen einer sicheren Bindung gilt die Fähigkeit der Eltern zu feinfühligem Fürsorgeverhalten, deren Merkmale zum Abschluss des Kapitels benannt werden. Anschließend wird die Pathologie von Suchterkrankung thematisch erschlossen. Die Auflistung der diagnostischen Kriterien des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-5 für Störungen, die im Zusammenhang mit Substanzkonsum auftreten, soll zunächst einen Überblick über die Erscheinungen, die bei Substanzmissbrauch und -abhängigkeit festgestellt werden können, verschaffen. Eine kurze Erläuterung, der nach dem Betäubungsmittelgesetz differenzierten Suchtmittel - zur Erfassung des Begriffes Droge - folgt hierauf. Mit der intensiven Auseinandersetzung über das Thema Abhängigkeit, soll das Verständnis sowohl für die intrinsischen Beweggründe als auch für den physischen, psychischen und sozialen Zustand betroffener Menschen erweitert werden. Die klinischen Erscheinungsbilder substanzinduzierter Störungen (des DSM-5), die danach beschrieben werden, weisen auf erhebliche seelische, geistige und körperliche Beeinträchtigungen und Verhaltensänderungen hin, die suchterkrankte Eltern haben können. Darauf aufbauend werden im letzten Themenabschnitt (suchtspezifische) Auswirkungen auf die Lebenssituation suchtbelasteter Familien geschildert. Die Problematiken, die sich für die elterliche Erziehungsfähigkeit und für die Bindung zwischen Eltern und Kindern ergeben, werden ausführlich erörtert. Da die Fähigkeit zu feinfühligem Fürsorgeverhalten - als Voraussetzung für eine sichere Bindungsentwicklung - gleichzeitig eine Erziehungskompetenz darstellt, findet sie in beiden Kapiteln (5.2 und 5.3) Berücksichtigung. Auch werden innerhalb der Kapitel kontinuierlich die Gefahrenquellen, die sich aus Elternschaft und Sucht für Kinder ergeben, aufgezeigt. Für diese Kapitel werden Aussagen aus der Analyse wissenschaftlicher Literatur durch ausgewählte Studienergebnisse untermauert sowie aus einigen Studienergebnissen theoretische Rückschlüsse gezogen. Dabei erhebt diese Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern es werden die am häufigsten benannten Auswirkungen und Problematiken aufgearbeitet. Abschließend werden im Fazit die Ergebnisse zusammengefasst und Empfehlungen für die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik gegeben.

2 Charakterisierung Erziehungsfähigkeit

Neben der Fürsorge für das seelische und leibliche Wohlergehen des Nachwuchses und damit der Sicherstellung seiner physischen, emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung beinhaltet Elternschaft die Verantwortung und Vorbereitung für ein zukünftig selbstständiges, „unabhängiges“ und erfülltes Leben in der Gemeinschaft. Erziehung und Erziehungsfähigkeit wird unter Zuhilfenahme rechtspsychologischer Gesichtspunkte in den folgenden Kapiteln erläutert.

2.1 Definition Erziehung

„Erziehung ist der Prozess der Wechselwirkung (Interaktion) von Lehren [durch die Eltern] und Lernen [durch das Kind]“ (Klauer 1973 zit. n. Walter 2015, S. 2). Ein Kind zu erziehen ist weder eine ausschließlich absichtsvolle und positiv verlaufende noch eine einseitige nur vom Elternteil aktiv ausgeführte Prozedur. Es ist vielmehr ein sich im gegenseitigen Austausch bedingender (jahrelanger) positiv und negativ rückwirkender Prozess, der „... auch absichtliche oder unabsichtliche Fehlerziehung und Unterlassung erfasst...“ (Walter 2015, S. 2) und vom kindlichen Temperament beziehungsweise dessen Verhalten beeinflusst wird (vgl. ebd., S. 3).

Erziehung und Erziehungsfähigkeit werden nicht nur durch die Persönlichkeitsmerkmale von Eltern und Kindern, sondern auch durch äußere Faktoren wie beispielsweise den Unterstützungsleistungen des sozialen Umfeldes oder den Arbeits- und Lebensbedingungen der Eltern beeinflusst. Daher können sie sich - im Zusammenhang mit Veränderungen dieser Rahmenbedingungen - negativ oder positiv entwickeln (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 101.).

2.2 Definition Erziehungsfähigkeit

Erziehungsfähigkeit ist das Vermögen von Eltern, auf Grundlage angemessener Erziehungskennntnisse und persönlicher Erziehungseinstellungen, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Fähigkeiten des Kindes, eigene erzieherische Ziele zu entwickeln. Um diese mit dem Kind in kin-

deswohldienlicher Weise im Erziehungsverhalten umzusetzen, bedarf es zudem „...ausreichender persönlicher Kompetenzen...“ (Dettenborn/Walter 2002, S. 98), die auf kognitiven, sozialen und emotionalen Ressourcen basieren. Im Folgenden werden die Merkmale der Erziehungsfähigkeit dargelegt.

2.2.1 Erziehungskennntnisse

Damit bestimmte Einstellungen zum Thema Erziehung reifen und Ziele für die Kindeserziehung entwickelt werden können, bedarf es eines allgemeinen und eines spezifischen Wissensstandes. Zum Repertoire des allgemeinen Erziehungswissens gehört neben den Kenntnissen über Erziehungsinhalte, -methoden und -mittel vor allem entwicklungspsychologisches Verständnis darüber, welche Entwicklungsschritte alterstypisch von Kindern durchlaufen werden und welche Rahmenbedingungen in diesen Phasen vonnöten sind, um diese zu unterstützen. Dieses „Familienwissen“ wird meist generationsübergreifend weitergegeben und alltagstheoretisch begründet. Je genauer und differenzierter die angeeigneten Wissensbestände sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass kindliche Bedürfnisse richtig erkannt und Fürsorgeverhalten, Erziehungsziele, -einstellungen und -maßnahmen altersgerecht und angemessen und daher förderlich sind. Je besser das Kind mit seiner individuellen Persönlichkeit, seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten erkannt und daher seine Handlungen und Möglichkeiten zutreffend eingeschätzt werden können, desto mehr verhilft dieses spezifische Wissen zu einer adäquaten Erziehung (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 105).

2.2.2 Erziehungseinstellungen

„Einstellungen sind kognitive Konstrukte mit emotionalen und motivationalen Bezügen, Positionen aus denen heraus Dinge wahrgenommen werden und die Orientierung ermöglichen. Auf ihrer Grundlage getroffene Bewertungen [...] erzeugen Bereitschaften und motivieren zu bestimmtem Verhalten“ (ebd., S. 103). Sie begründen also unterschwellig das Erziehungsverhalten und werden indirekt darüber vermittelt. Sie setzen sich aus der Haltung zum Kind, zu den Bedingun-

gen seines Aufwachsens, zu Fragen, Methoden und Mitteln der Kindeserziehung aber auch aus dem Selbst- und Weltbild der erziehenden Person zusammen.

Eine der wichtigsten Grundeinstellungen ist das **Interesse am Kind**. Denn durch dieses wird die positive Hinwendung zum Kind maßgeblich beeinflusst und seine Erwünschtheit sichtbar ausgedrückt (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 103). „Verborgene emotionale Ablehnung eines unerwünschten Kindes schlägt sich mit Sicherheit deshalb auch im manifesten Verhalten der Eltern nieder, auch wenn sie ihre Einstellung zu verbergen trachten [...], (Amendt/Schwarz 1990, S. 20). Die Einstellung zum Kind entwickelt sich - besonders bei den Müttern - schon in der Schwangerschaft. Sie ist immer mit positiven und negativen Gefühlen verbunden, zeichnet sich also durch eine gewisse Ambivalenz aus (vgl. Amendt/Schwarz 1990, S. 19). Denn neben der (vermutlichen) Vorfreude werden Eltern mit Einschränkungen ihrer persönlichen Freiheiten konfrontiert (Freizeitgestaltung /Berufsausübung). Inwieweit sie dem Kind und seiner Erziehung dabei eine prioritäre Stellung einräumen (wollen) und zur Verantwortungsübernahme und Erziehung bereit sind, wird im „Interessenskonflikt“ vom Interesse am Kind bestimmt (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 103).

Zeitliche, materielle und mentale Aufwendungen machen die **Einstellung der Eltern zum erzieherischen Engagement** deutlich. Auch die empfundene Sinnhaftigkeit, Notwendigkeit und aktive Ausgestaltung der eigenen Erziehungsmaßnahmen drückt sich in dieser Einstellung aus. Des Weiteren zeigen Eltern durch Verständnis für die kindliche Persönlichkeit sowie in der Anerkennung und Förderung der individuellen Fähigkeiten und Interessen ihre **Akzeptanz** des Kindes. Die Einstellung darüber, wie, wie oft und welche Gefühle in einer Eltern-Kind-Beziehung ausgedrückt werden (sollten) und der Wert, dem der Austausch von Zärtlichkeit beigemessen wird, spiegelt die Färbung der **Emotionalität** der Eltern wider und offenbart sich in einer eher liebevollen oder ablehnenden Haltung zum Kind (ebd., S. 103 f.). Die emotionale Verfügbarkeit und Verfasstheit in der Beziehung zum Kind „...hängt [...] entscheidend von einer möglichst widerspruchsfreien - nur geringfügig gefühlsambivalenten Bereitschaft ab, auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen [...] und zu Erfahrungen der eigenen Kindheitserfahrung

emotional zurückzugehen“ (Amendt/Schwarz 1990, S. 90).

In Verbindung dazu wird in der grundsätzlichen Bereitschaft, sich in die Perspektive des Kindes einzufühlen, sie sich bewusst zu machen und sie bei den Entscheidungen über die eigenen erzieherischen Handlungen zu berücksichtigen, die **Einstellung zur Empathie** sichtbar. **Verständnisbereitschaft** äußert sich in den Reaktionen der Eltern auf unerwünschtes Verhalten des Kindes. Nachsicht und Toleranz oder Verständnislosigkeit und Ahndung zeigen in charakteristischer Weise die erzieherische Konsistenz. Das Spektrum von bestrafenden Erziehungsmitteln ist sehr vielgestaltig. Auf welcher Ebene (körperlich, seelisch, entwürdigend) und in welchem Ausmaß Strafe als sinnvoll erachtet und angewendet wird, beinhaltet die **Einstellung zur Strafintensität** (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 104).

Welcher Wert dem **Wohlbefinden** des Kindes eingeräumt wird, inwieweit ihm soziale Integration und schöne Erlebnisse ermöglicht werden, ist eine weitere Frage der Einstellung der Eltern zu ihrem Kind. Hier drückt sich auch der Wunsch nach einer beiderseitig positiv empfundenen stabilen Beziehung als wichtige Grundlage für eine förderliche Erziehung aus. Der Stellenwert, den das Kind für die Eltern einnimmt, drückt sich im Grad der **Behütung** aus. Dieser wird jedoch auch von pädagogischen Einstellungen, Sorgen und Ängsten beeinflusst (vgl. ebd., S. 104). Behütung hat auch ihre Schattenseiten. „Überbehütendes elterliches Verhalten ist nicht weniger entwicklungshemmend und zerstörerisch als z. B. der Liebesentzug“ (Amendt/Schwarz 1990, S. 92). Denn es kann die Handlungsspielräume, in denen ein Kind sich die Welt „aneignet“, kontrollierend einengen. Entwicklungsprozesse zur Eigenverantwortlichkeit und Autonomie kann ein Kind nur mit dem Vertrauen der Eltern selbstbewusst durchlaufen. Eine Erziehungshaltung, die einerseits Orientierung vermittelnde Grenzen setzt und andererseits angemessenen Freiraum zur Selbständigkeitsentwicklung lässt, offenbart eine kindeswohl-dienliche **Einstellung zur Permissivität** (Freizügigkeit) in der Erziehung. Inwieweit die eigenen Erziehungsmaßnahmen als einflussfähig und wirkungsvoll angesehen und erlebt werden, zeigt sich in der Überzeugung von der (erzieherischen) **Selbstwirksamkeit** und beeinflusst wiederum rückwirkend das Erziehungsverhalten der Eltern (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 104 f.).

2.2.3 Erziehungsziele

Erziehungsziele generieren sich aus verinnerlichten Werten, Wissen, Wünschen und Gefühlen der Erziehenden und aus deren Fähigkeit, zukünftige Ereignisse zu antizipieren. Eltern haben die Erwartung, dass ihre Kinder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen entwickeln werden. „Als kindorientiert kann man jene Erziehungsziele bezeichnen, die alters-, entwicklungs- und geschlechtsspezifische psychische und physische Bedürfnisse [...] und Fähigkeiten angemessen berücksichtigen“ (Dettenborn/Walter 2002, S. 102). Sie können als alltägliche Aufforderungen formuliert werden, wie zum Beispiel Rücksichtnahme zu üben (Nahziel) oder sich auf das spätere Leben des Kindes beziehen, wie beispielsweise ein selbstständiges und unabhängiges Leben zu führen (Fernziel) (vgl. ebd., S. 102 f.).

2.2.4 Erziehungskompetenzen

Die zwei bedeutendsten elterlichen Kompetenzen, deren Relevanz in Kapitel 5.2 und 5.3 aufgezeigt wird, sind die Fähigkeiten zur willentlichen Stabilität und zu feinfühligem Fürsorgeverhalten. Durch die Kompetenz zur willentlichen Stabilität vermag der Erziehende, Stabilität im erzieherischen Handeln herzustellen. Sie zeigt sich in der Fähigkeit, auch bei Schwierigkeiten und Widerständen an gewollten Erziehungszielen festzuhalten und das Erziehungsverhalten vorhersehbar und konsequent zu gestalten. Dazu müssen Eltern in der Lage sein, ihre Handlungen rational zu steuern und sich nicht (zu stark) von Affekten und emotionalen Schwankungen leiten zu lassen. Die Fähigkeit zur willentlichen Stabilität beruht auf der Erfolgserwartung erzieherischer Interventionen und geht mit Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstkontrolle des Erziehenden einher. Umso ausgeprägter diese Persönlichkeitskomponenten sind, desto gelassener und selbstsicherer kann eine angespannte Situation aus einem gesunden Abstand heraus bewertet und darauf reagiert werden. Je stabiler und zuverlässiger Erziehungsverhalten vom Kind erlebt wird, desto größer wird sein Einfluss auf die Kindesentwicklung sein, da hierüber klare Kausalitätsketten, Orientierung und Sicherheit vermittelt werden. Da sich mit der Entwicklung des Kindes dessen Bedürfnis nach Autono-

mie erweitert, muss sich auch der erzieherische Rahmen verändern können. Um Erziehungsmaßnahmen den Bedürfnissen des Kindes altersgerecht anzupassen, müssen Eltern in der Lage sein, reflexiv und selbstkritisch eigene Handlungen auf ihre Wirksamkeit und Angemessenheit zu überprüfen sowie im Bedarfsfall auf Unterstützung zurückzugreifen (vgl. ebd., S. 106).

Die kanadische Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth untersuchte die Zusammenhänge zwischen mütterlichem Fürsorgeverhalten und der Qualität der Bindung und prägte das Konzept der Feinfühligkeit (1974/2003) (vgl. Fremmer-Bombik/Grossmann 1993, S. 89; Grossmann/Grossmann 2012, S. 54). Die Merkmale, die sie mit der Fähigkeit zur Feinfühligkeit in Verbindung bringt, werden im Zusammenhang mit der Beschreibung von Bindung im Kapitel 3.4 benannt. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Fähigkeit, über feinfühliges Fürsorgeverhalten eine sichere Bindung zum Kind herzustellen, gleichsam als eine Erziehungskompetenz und die Art der Eltern-Kind-Bindung als (eine) emotionale Grundlage beziehungsweise als Beziehungsrahmen aller erzieherischen Handlungen zu werten ist (vgl. Sobot 2001, S. 121). „So korrespondiert Erziehungsfähigkeit über Feinfühligkeitsverhalten mit der Bindung des Kindes...“ (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 101). Voraussetzungen für Feinfühligkeitsfähigkeiten sind kognitives und emotionales Einfühlungsvermögen der Eltern in die Perspektive und die Gefühlswelt des Kindes. Dadurch, dass sich Eltern mental in die Lage des Kindes versetzen können, wird ihre Mitschwingungsfähigkeit gesteigert und eingreifendes Helfen bewirkt. Feinfühliges Fürsorgeverhalten beinhaltet zugleich die empathische Erfassung der Gefühle und Gedanken des Kindes sowie deren Berücksichtigung bei der Planung des eigenen erzieherischen Verhaltens. Die Sensitivität für nonverbale Signale - also Mimik, Körpersprache und stimmliche Hinweisreize - als das Vermögen, Befindlichkeiten und Emotionen zu entschlüsseln, ist als sogenannte Interaktionskompetenz eng mit der Fähigkeit zur Empathie verknüpft (vgl. ebd., S. 107). Für Aufmerksamkeit und Fürsorglichkeit ist aber nicht nur ein gesundes Ausmaß kognitiver und emotionaler Fähigkeiten vonnöten. Einfluss haben auf sozioökonomischer Ebene auch „...Indikatoren wie Familienstand, Berufstätigkeit, Art des Berufes, Höhe des Einkommens, Schulbildung und - gemeinsamer Ausdruck dieser Faktoren - die soziale Schicht...“ (Amendt/Schwarz 1990, S. 75).

Auch innere Zustände, wie zum Beispiel Überforderung, Erschöpfung, Unsicherheit, Angst oder Trauer, können diese Fähigkeiten beeinträchtigen (vgl. Papousek 2011, S. 80). Bestehen verdrängte Schuldgefühle oder unverarbeitete Kindheitskonflikte, die in den Interaktionen mit dem eigenem Kind wiederbelebt werden, können kindliche Bedürfnisäußerungen fehlgedeutet und destruktive (Psycho-)Dynamiken im Eltern-Kind-Verhältnis ausgelöst werden (Amendt/Schwarz 1990, S. 92).

2.2.5 Erziehungsverhalten

Die bisher dargestellten Verhaltensdispositionen äußern sich letztendlich im Erziehungsverhalten und wirken wiederum auf dieses zurück. Erziehungsverhaltensweisen sind „...aktive verbale und nonverbale Handlungen [...], die bewusst oder unbewusst, [...] auf die Entwicklung eines Kindes wirken“ (Dettenborn/Walter 2002, S. 107). Dem Wohl des Kindes dient Erziehungsverhalten dann, wenn die Grundbedürfnisse des Kindes dem Entwicklungsstand entsprechend befriedigt sowie dessen individuelle Fähigkeiten gefördert werden. Dazu gehören: Sicherstellung von Nahrung, Pflege sowie (Gesundheits-)Versorgung (körperliche Zufriedenheit); emotionale Zuwendung (Zugehörigkeit); Respektieren der kindlichen Perspektive und Gefühle (Anerkennung); klare und vernünftige Regeln (Orientierung); Gewähren von Handlungsspielräumen (Selbstbestimmung); entwicklungsfördernde Anregungen und das Ausleben von Gemeinsamkeit und Fröhlichkeit (Umwelterkundung/Bildung und positive Aufmerksamkeit) (vgl. ebd., S. 107 f).

2.3 Zwischenresümee

In diesem Kapitel wird deutlich, dass selbst unter „gewöhnlichen Umständen“ die Anforderungen an die elterlichen Fähigkeiten für eine gelingende Erziehung sehr hoch sind. Kindererziehung ist alles andere als leicht, denn sie bettet sich in die allgemeinen Herausforderungen des täglichen Lebens ein, wird durch vorhandene (oder nicht vorhandene) materiell-ökonomische, soziale, psychische und physische Ressourcen bestimmt und knüpft an die Erfahrungen und Erlebnisse der Kindheit der Eltern an. Da Substanzkonsum einerseits - wie im Kapitel 4 darge-

stellt - oftmals in Ermangelung anderer Bewältigungsstrategien (verdrängte) negative Erfahrungen und akute Belastungen kurieren soll und andererseits emotionale, kognitive, soziale, physische und materielle Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten weiter beeinträchtigt, ist anzunehmen, dass die Potentiale, die zu einer angemessenen Kindererziehung benötigt werden, in drogenbelasteten Familien stark eingeschränkt sind. Ein enger Zusammenhang besteht zwischen der Erziehungsfähigkeit und der Beziehungsqualität/Bindung zum Kind. Eine Beziehung zum Kind kann man nicht aufbauen, ohne Interesse (eine wichtige erzieherische Grundeinstellung) an ihm zu haben. Gleichfalls generieren sich erzieherische Einstellungen zu Engagement, Empathie, Zielen und Mitteln auch aus der Intensität und der Qualität der Beziehung zum Kind und äußern sich über das Verhalten der Eltern, welches wiederum die Art der Beziehungsgestaltung und der Bindung zwischen Eltern und Kind prägt. Eine beiderseitig positiv empfundene stabile Beziehung bildet eine wichtige Grundlage für eine förderliche Erziehung und stabiles Elternverhalten gestattet die Annahme der Entwicklung einer sicheren, vertrauensvollen Eltern-Kind-Bindung (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 101, 104). In entgegengesetzter Weise produziert instabiles/inkonsequentes Elternverhalten, das in seinen Inhalten und Zielen nach den (unberechenbaren) Stimmungen der Eltern ausgestaltet wird, einen widersprüchlichen „...kognitiven und affektiven Orientierungsrahmen...“ (Sobot 2001, S. 121) und eine unsichere Familienatmosphäre, wodurch die Bildung stabiler Beziehungen erschwert wird (vgl. Held 1994, S. 88). Für den Aufbau einer stabilen Beziehung mit dem Kind benötigen Eltern nicht nur die Kompetenz zur willentlichen Stabilität, sondern auch zu feinfühligem Fürsorgeverhalten, wodurch sie über (adäquates) Erziehungsverhalten, die grundlegenden Bedürfnisse des Kindes nach Sicherheit, Zugehörigkeit und Anerkennung zu befriedigen vermögen. Beide Komponenten elterlichen Verhaltens, also „Fürsorge- bzw. Erziehungsverhalten [...] als Aspekte der Funktionsweise einer Familie gelten als signifikante Prädiktoren der Qualität der [...] Bindung des Kindes“ (Eiden 2013, S. 172). Auf die Funktion von Bindung, deren qualitative Ausprägungen und Auswirkungen für die kindliche Entwicklung sowie auf die Merkmale für feinfühliges Fürsorgeverhalten wird nachfolgend eingegangen.

3 Charakterisierung Bindung

Sobald ein Baby im Bauch einer Frau heranreift und sie sich dessen gewahr wird, ihre Gefühle, Gedanken und Phantasien um dieses und ihre Zukunft mit dem Kind zu kreisen beginnen, entwickelt sie auch Einstellungen und eine Beziehung zum ungeborenen Kind. Diese können durch Freude, Hoffnungen und Erwartungen aber auch durch Ablehnung, Angst und Schuldgefühle getönt sein, oder eine Mischung aus positiven und negativen Emotionen - wie es meistens der Fall ist - irritiert die Gefühlswelt der werdenden Mutter. Wie sich Bindung entwickelt, wozu sie gebraucht wird und welche Bedeutung und Tragweite ihre Qualität für die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kindern sowie für die weitere Kindesentwicklung hat, wird in den nächsten Kapiteln beschrieben.

3.1 Bindung und ihre Funktionen

Die Bindung eines Kindes an seine Eltern entsteht im Laufe der ersten Lebensmonate und entwickelt sich durch gemeinsame Interaktionen. Die Bindungstheorie, ausformuliert vom englischen Psychoanalytiker John Bowlby (1969, 1973, 1980 a), beschreibt ein die Bindungsprozesse regulierendes Verhaltenssystem des Kindes, welches die lebenswichtige Nähe, beschützendes und pflegendes Verhalten einer fürsorglichen Person herstellen soll - das Bindungssystem. Dessen Repertoire enthält genetisch vorgegebene Verhaltensmöglichkeiten, durch welche sich ein Kind in beängstigenden Situationen seiner Bezugsperson versichert. Mit ihnen vermag es also seine Bedürfnisse zu signalisieren, die es alleine noch nicht befriedigen kann. Derartige Bindungsverhaltensweisen sind die Suche nach Blick- und Körperkontakt, Rufen, Weinen, Schreien, Protest bei Trennungen und Nachfolgen. Bei den Bezugspersonen löst dies (normalerweise) intuitiv fürsorgliche Reaktionen aus, wodurch das Kind die Erfahrung macht, wahrgenommen, verstanden und versorgt zu werden - seine (Auf-)Regung wird reguliert - und sein aktiviertes Bindungssystem beruhigt sich wieder. Durch diese Erfahrungen entwickelt das Kind zunehmend die Fähigkeiten seine Gefühle und Stress selbst zu regulieren (vgl. Grossmann/Grossmann 2012, S. 72 f, 79 f.). Nur im Schutz der ge-

fühlten Sicherheit kann das Kind unbekümmert seinem natürlichem Wissensdrang - des komplementär angelegten motivationalen Erkundungssystems - folgen, seine Fähigkeiten erproben und ständig weiterentwickeln (vgl. Schildbach/Loher/Riedinger 2011, S. 263). Die beiden Verhaltenssysteme (Bindung und Exploration) beeinflussen sich wechselseitig und sind - bei ausgeglichener Balance zwischen Nähesuche und Erkundung - zwei sich ergänzende und integrale Komponenten der Fähigkeit, sich kompetent die Welt zu erschließen (vgl. Grossmann/Grossmann 2012, S. 80). Folglich ist „...Bindungssicherheit [...] eine Voraussetzung für kognitive und emotionale Lernprozesse“ (Brisch 2013, S. 150).

Diese Erfahrungen können also die Entwicklung des Kindes fördern oder hemmen und prägen zudem sein zukünftiges (Bindungs-)Verhalten, da Erwartungen aufgebaut werden (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 34 f.). Die frühen Erwartungshaltungen über die Reaktionsweisen und die Verfügbarkeit seiner Bezugspersonen, die ein Kind innerhalb seines ersten Lebensjahres entwickelt hat, verfestigen sich mit der Zeit zu „inneren Arbeitsmodellen“. Das darin gespeicherte Wissen beeinflusst (unbewusst) - als innere Organisation von Erwartungen und dazugehörigen Gefühlen - die kindlichen Handlungen und Verhaltensweisen in den wechselseitigen Interaktionen mit seinen Bezugspersonen (vgl. Bowlby 2011, S. 23; Fremmer-Bombik/Grossmann 1997, S. 93).

3.2 Bindungsmuster

Die kanadische Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth klassifizierte durch ein standardisiertes Untersuchungsverfahren drei Grundmuster von Bindungsstrategien durch die Interpretation des Verhaltens von circa einjährigen Kindern bei Anwesenheit und Trennung von ihrer Mutter sowie deren Reaktionen bei der Wiedervereinigung mit ihr in der „Fremden Situation“ (vgl. Fremmer-Bombik/Grossmann 1997, S. 87). Mit Strategie A, B und C bezeichnete sie die drei organisierten Bindungsvarianten A, die unsicher-vermeidende, B, die sichere und C, die unsicher-ambivalente Bindung (vgl. Fremmer-Bombik/Grossmann 1997, S. 87 ff.). Da bestimmte Kinder diesen drei Gruppen nicht zuzuordnen waren, führten Mary Main und Judith Salomon 1986 eine weitere Bindungskategorie ein, die

unsicher-desorganisierte Bindung D (vgl. ebd., S. 89).

Bei einer **sicheren** Bindung (B) lassen Kinder Verhaltensweisen erkennen, die auf eine bisher zuverlässige Beantwortung kindlicher Bedürfnisse durch die Bezugsperson hinweisen, da sie unbekümmert Erkundungsverhalten in einem fremden Raum bei Anwesenheit der Bezugsperson zeigen, welches sie einschränken, sobald diese den Raum verlässt. Sie haben die Erwartung, diese durch Rufen und Weinen zurückholen zu können und suchen bei ihr effektiv nach Nähe und Trost, wenn sie zurückkehrt (vgl. Grossmann/Grossmann 2012, S. 147, 150).

Bei einer **unsicher-vermeidenden** Bindung (A) geben die Kinder ihr Erkundungsverhalten trotz Weggehen der Bezugsperson nicht auf und lassen sich dadurch (scheinbar) nicht beunruhigen. Auch während ihrer Anwesenheit wird der Ausdruck von Bindungsverhalten überdeutlich zugunsten des explorierenden Spieles vermieden, wobei die Beschäftigung weniger konzentriert ist. Sie suchen keine emotionale Zuwendung bei der Bezugsperson bei ihrer Rückkehr, sondern vermeiden sie sogar. Diese Kinder erwarten keine Unterstützung (mehr) und zeigen keinen Trennungsschmerz, um eine Zurückweisung zu vermeiden. Sie unterdrücken „im Dienst der Nähe“ direktes Bindungsverhalten, um sich auf diesem Weg den Schutz der Bezugsperson zu erhalten (vgl. ebd., S. 150 ff.).

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder (C) zeigen eine starke Fixierung auf die Bindungsperson in der „Fremden Situation“. Das Bindungssystem ist gegenüber dem Explorationssystem auch in deren Anwesenheit übermäßig stark aktiviert und eine Trennung von ihr kaum durchführbar. Das (über-)deutliche Bindungsverhalten signalisiert große Angst und Unsicherheit. Bei der Wiedervereinigung jedoch verhalten sich die Kinder ambivalent. Sie suchen einerseits nach der Nähe der Bezugsperson, finden dort aber andererseits keine Sicherheit und weinen weiter mit Ausdruck von Ärger und Gegenwehr. Diese Kinder sind unsicher, ob ihre Bezugsperson verfügbar und hilfsbereit sein wird, wenn es sie braucht, da ihre Bindungsperson bisher - unvorhersehbar und unzuverlässig - abwechselnd fürsorglich oder ablehnend war. Aufgrund dieser Unsicherheit neigen die Kinder zu Trennungsangst, sind misstrauisch und klammern sich an und sind ängstlich-gehemmt in der Erkundung der (fremden) Umwelt (ebd., S. 154 ff.).

Wenn das Bindungsverhalten durch Unterbrechungen einer Verhaltensstrategie

oder deutliche Desorientierung auffällt, spricht man von einer **desorganisierten** Bindung (D). Diese Kinder zeigen sich bei der Wiedervereinigung ängstlich-ambivalent, indem sie sich nicht zwischen Abwenden und Annähern an die Bezugsperson entscheiden können. Starke innere Konflikte äußern sich in Stereotypen, unkoordiniert-bizarren und gehemmten Bewegungsabläufen sowie Erstarungen/Trancen, mit denen sie Furcht vor der Bezugsperson ausdrücken. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Bindungsbedürfnisse destruktiv/verunsichernd (aggressiv-verängstigend/ängstlich-hilflos) beantwortet werden (vgl. ebd., S. 156, 160; Scherwath/Friedrich 2012, S. 54). Die Entwicklung einer einheitlichen „organisierten“ Bindungsstrategie ist daher nicht möglich, weil gleichzeitig „...zwei antagonistische Schaltkreise - das Bindungssystem und das Verteidigungssystem - aktiviert werden“ (Hanswille/Kissenbeck 2008 zit. n. Lang 2013, S. 190).

3.3 Bindung und Entwicklung

„Jedes Kind konstruiert Arbeitsmodelle von der Welt und von sich selbst in ihr, mit deren Hilfe es Geschehnisse begreift, die Zukunft antizipiert und seine Pläne konzipiert. In seinem Arbeitsmodell von der Welt (...) ist ein wesentlicher Aspekt seine Idee davon, wer seine Bindungspersonen sind, wo es sie finden könnte und wie sie wohl auf es eingehen könnten. Auf ähnliche Weise ist in seinem Arbeitsmodell von sich selbst ein Schlüsselmerkmal die Vorstellung darüber, wie angenehm oder unangenehm es selbst in den Augen seiner Bindungspersonen ist“ (Bowlby 1973 zit. n. Grossmann/Grossmann 2012, S. 439). In den ersten 7 Lebensjahren werden durch die Beziehungserfahrungen mit den Eltern die Weichen für die Entwicklung des Selbst- und Weltbildes gelegt, wie also eine Person sich selbst und ihre soziale Umwelt wahrnimmt und wie (gut) sie die Anforderungen des Lebens bewältigen wird (vgl. Scherwath/Friedrich 2012, S. 30 ff.). Die internalisierten Bindungsmodelle prägen das Gefühl für Selbstwirksamkeit und Kompetenz, vor allem hinsichtlich der Gewissheit, eigene Bedürfnisse befriedigen zu können, sich in der Not (von zuverlässigen Personen) Hilfe holen zu können und (dadurch) Probleme gut bewältigen zu können. Diese Kriterien sind Bedingung für eine gesunde psychische Entwicklung und eine gelingende emotionale Selbst-

regulation. Außerdem ermöglichen sie die Entwicklung empathischer, selbstreflexiver und sozialer Kompetenzen (soziale Konfliktlösungen). Zudem bilden sie die Grundlage für die Fähigkeit einer befriedigenden Beziehungsgestaltung (Beziehungsfähigkeit) (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 35; Bowlby 2011, S. 21; Brisch 2013, S. 158 f.). Auch das Selbstwertgefühl wird durch die Bindungsqualität maßgeblich beeinflusst. Auswirkungen auf Kreativität, Ausdauer, Gedächtnis-, Lern- und Sprachfähigkeiten sind vielfach beschrieben (vgl. Brisch 2013, S. 159).

3.4 Feinfühligkeit

Die sichere Bindung, die mit einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung einhergeht, beruht auf Verfügbarkeit, liebevoller Annahme und der feinfühligem Beantwortung kindlicher Signale durch die Eltern. Mary Ainsworth prägte den Begriff der Feinfühligkeit. Dazu rezipiert Brisch 2008 Folgendes:

1. „Die Mutter muß in der Lage sein, die kindlichen Signale mit größter Aufmerksamkeit wahrzunehmen. Verzögerungen [...] können durch die äußere oder innere Beschäftigung mit eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten entstehen.
2. Sie muß die Signale aus der Perspektive des Säuglings richtig deuten, etwa das Weinen des Kindes in seiner Bedeutung entschlüsseln ([...] Hunger, Unwohlsein, Schmerzen, Langeweile). Dabei besteht die Gefahr, daß die Signale des Säuglings durch die eigenen Bedürfnisse verzerrt [...] oder falsch interpretiert werden.
3. Sie muß angemessen auf die Signale reagieren, also etwa die richtige Dosierung der Nahrungsmenge herausfinden, eher beruhigen oder Spielanreize bieten [...].
4. Die Reaktion muß prompt, also innerhalb einer für das Kind noch tolerablen Frustrationszeit, erfolgen. So ist die Zeitspanne [...] in den ersten Wochen sehr kurz, wird aber im Laufe des ersten Lebensjahres immer länger“
(Brisch 2008, S. 41).

Mütter unsicher gebundener Kinder (A, C) zeigen nur geringe Feinfühligkeitsfähigkeiten gegenüber den kindlichen Bedürfnissen. Bei desorganisierten Bindungsentwicklungen (D) sind diese elterlichen Fürsorgefähigkeiten bedrohlich beeinträchtigt. Diese Bindungen sind grenzwertig, aber (noch) keine pathologischen Störungsformen (vgl. Fremmer-Bombik/Grossmann 1997, S. 88, 90). Die Ermangelung feinfühligere Fürsorgereaktionen durch die Bezugspersonen ruft bei einem Säugling Stress hervor und kann im Extremfall traumatisierend wirken (vgl. Bowlby 2011, S. 23). Weshalb diese Fähigkeiten bei Substanz konsumierenden Eltern beeinträchtigt sein können, wird im nächsten Kapitel ausführlich betrachtet.

4 Charakterisierung Suchterkrankung

Ogleich sich der unwiderstehliche Drang nach vielerlei (gewohnten) Verhaltensweisen oder bestimmten Objekten mit dem Wort „Sucht“ beschreiben lässt, ist mit Suchterkrankung in dieser Arbeit die Abhängigkeit - also die übermäßige Bindung - an psychotrope Substanzen gemeint. Sie wird vom Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr) treffend beschrieben als „...eine behandlungsbedürftige, sozial und psychiatrisch relevante Krankheit mit chronischen Verläufen. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen, wenn sie nicht behandelt werden (frd, 2006)“ (DHS 2013, S. 9). Das folgende Kapitel setzt sich mit den psychiatrisch-diagnostischen Kriterien von Suchterkrankungen auseinander, gibt einen Überblick über den Begriff Drogen und die unterschiedlichen Auswirkungen von Abhängigkeit. Bei den Ausführungen zu Abhängigkeit wird vorwiegend Bezug auf die Darlegungen von Rainer Baudis genommen, da sie für das Verständnis unüberwindlichen Substanzkonsums süchtiger Eltern sehr schlüssig sind, obgleich es sehr viel mehr Theorien und Ansätze zur Erklärung von Suchtentstehung gibt.

4.1 Diagnostische Kriterien

Für die Diagnostik von Suchterkrankungen gibt es verschiedene (nicht einheitliche) Systeme. Die zentralen Klassifikationssysteme im Bereich der psychischen Störungen - denen Suchterkrankungen zugeordnet werden - sind das ICD-10, Kapitel V, Sektion F („Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ der Weltgesundheitsorganisation) und das DSM-5 („Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“, entwickelt von der „American Psychiatric Association“). Zur Darstellung der diagnostischen Kriterien beziehe ich mich auf das Letztgenannte, da es umfangreichere Ausführungen zu den substanzbedingten klinischen Erscheinungsbildern enthält, als die diagnostischen Leitlinien des ICD-10. Im amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Störungen (DSM-5) werden seit Ende Mai 2013 Substanzkonsumstörungen (beziehungsweise Sub-

stanzgebrauchsstörungen) unter dem Oberbegriff „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ verzeichnet. Mit diesem Zeitpunkt wurde die vorherige Auftrennung von Suchterkrankungen in „Substanzabhängigkeit“ und „Substanzmissbrauch“ aufgehoben. Die bisherigen Kriterien von Abhängigkeit und Missbrauch wurden zu einem gemeinsamen Störungsbild zusammengeführt. Es werden elf Kriterien für das Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung benannt (vgl. Soyka/Baumgärtner 2015, F. 1; Kleinemeier 2004, S. 14, Falkai/Wittchen et al. 2015, S. 661). Vorausgesetzt wird ein zwölf Monate langes Auftreten von Merkmalen, und es wird eine Unterteilung nach Schweregraden vorgenommen, wobei „...beim Vorliegen von zwei bis drei Kriterien eine leichte, bei vier bis fünf Kriterien eine mittelgradige und bei sechs oder mehr Kriterien eine schwere Substanzgebrauchsstörung...“ (Soyka/ Baumgärtner 2015, F. 1) besteht. Michael Klein listete diese Kriterien inhaltsgemäß wie folgt auf:

1. „Wiederholter Konsum, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
11. Craving, das starke Verlangen nach der Substanz“ (Klein 2013, F. 24).

4.2 Drogen

Unter Drogen versteht man psychotrope Substanzen, also Stoffe, mit der „...Fähigkeit zur Bewirkung von Veränderungen der Befindlichkeit, des Bewusstseins und/oder des Verhaltens beim Menschen“ (Uchtenhagen 2000 zit. n. Klei-

nemeier 2004, S. 12), wobei nicht alle Drogen Suchtmittel sind, also ein Abhängigkeitspotential haben (vgl. Kleinemeier 2004, S. 13).

Zwischen Suchtmitteln sind innerhalb des Betäubungsmittelgesetzes drei Gruppen differenziert worden. Zum einen gibt es die Gruppe der legalen Suchtmittel (beispielsweise Alkohol). Zu der Gruppe der illegalen Suchtmittel zählen die Substanzen, die im Psychotropenabkommen der Vereinten Nationen von 1971 aufgeführt wurden (vgl. ebd., S. 13). Neuere psychoaktive Substanzen, die meist synthetisch hergestellt werden - auch „Designerdrogen“, mitunter „Research Chemicals“ oder „Legal Highs“ genannt - sind dagegen noch nicht im Übereinkommen über psychotrope Stoffe aufgelistet und unterliegen, obgleich sie ähnliche, oftmals noch nicht abschätzbare schädliche Wirkungsweisen wie die aufgeführten Substanzen besitzen, teilweise noch nicht dem Betäubungsmittelgesetz (vgl. BMG 2015). Als dritte Gruppe werden - laut Gesetz - (legale und illegale) Betäubungsmittel benannt, welche die Fähigkeit zur Bewusstseinsdämpfung oder Schmerzlinderung aufweisen (vgl. Kleinemeier 2004, S. 12 f.).

4.3 Abhängigkeit verstehen

„Suchtmittelbezogene Abhängigkeiten können als spezielle handlungsgebundene Abhängigkeiten verstanden werden. Die Handlung, die wiederholt werden *muss*, um Gefühle [oder körperliche Zustände] zu vermeiden [...] auszuschalten [oder hervorzurufen], besteht darin, Alkohol, Heroin oder andere Drogen zu nehmen...“ (Bertenghi 1997, S. 33 f. Herv. T.W.).

Der entscheidende Punkt des Substanzmissbrauches liegt meines Erachtens nach im verzweifelten Versuch des Abhängigen, einen schmerzhaften Zustand, dysphorische Gefühle des Selbst¹ oder unerträgliche Spannungen zu verhindern, zu-

¹Mit dysphorischen Gefühlen des Selbst beschreibt Rainer Baudis Zustände der Leere, der Depression und der Nichtigkeit, ein „dumpfes Empfinden von Spannung und Schmerz“ (ebd., S. 22). „Das Selbstgefühl erweist sich vom ersten Lebenstag an als integrierende, organisierende [unbewusste] Kraft“ (ebd., S. 101) und zu seinen positiven Ausprägungen gehört ein Gefühl der Präsenz und Wirklichkeit, der Kompetenz, der Integrität, der Ganzheit, der Identität und der Kontinuität (vgl. ebd., S. 101).

mindest aber umzuwandeln oder abzuschwächen (vgl. Baudis 1994, S. 228). Der Griff zur Droge ist Mittel zur Selbstbehandlung, zur Linderung (vergangener) unverarbeiteter Traumatisierungen, zum Schutz verletzter persönlichen Grenzen, zur Kompensation von Beziehungsstörungen des Abhängigen zu sich selbst, zu seinem Körper und zu seiner Umwelt sowie zur Stabilisierung defekter Ich-Strukturen und deren Funktionen (vgl. Baudis 1994, S. 228; Krausz 2004, S. 8). Laut Rennert (1990) offenbart sich Abhängigkeit in dem zwanghaften Charakter des Konsumenten in der Beziehung zu „seiner Droge“, da er diese nicht mehr kontrollieren kann und sie weiter konsumiert, obwohl er unter ihren (Aus-)Wirkungen zu leiden beginnt (vgl. Bertenghi 1997, S. 36). Der unheilvolle pathologische Charakter von Abhängigkeiten liegt den psychisch, physisch und sozial zerstörerischen Wirkungen zugrunde. Der Prozess des psychischen Zerfalles manifestiert sich in der Desorganisation der Persönlichkeit der Betroffenen durch eine zunehmende Zersplitterung des Selbstgefühls. Geschieht dieses, werden sowohl grundlegende emotionale Bedürfnisse als auch körperliche Bedürfnisse verdrängt und abgespalten (vgl. Baudis 1994, S. 228, 232). Die Wahrnehmung körperlicher Folgeerkrankungen des Drogenkonsums und Verfallserscheinungen, wie zum Beispiel Infektionen mit Hepatitis C oder dem HI-Virus, ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand, Mangelernährung, Abszesse oder ein desolater Zahnstatus wird so durch die Drogeneinnahme getrübt (vgl. Kufner/Metzner 2011, S. 730). „Mit den Gefühlen für den Körper gehen häufig auch das Interesse für die äußere Erscheinung und die Gesundheit allgemein verloren“ (Bertenghi 1997, S. 68).

Das zunehmend unkontrollierbare Bedürfnis nach der Wirkung der Substanz zentriert das Interesse auf die Droge und steigert den Aufwand, dem Beschaffung und Einnahme der Substanz gewidmet werden, weshalb andere (soziale) Verpflichtungen und Vergnügungen vernachlässigt werden (vgl. Klein 2013, F. 24). Soziale Folgeerscheinungen zeigen sich durch berufliche Desintegration. Bedingt etwa durch Konzentrations- und Leistungsschwächen bei der Arbeit und durch Fehlzeiten, kann es zum Verlust des Arbeitsplatzes und damit einhergehend des sozialen Ansehens kommen. Bei der Beschaffung illegaler Drogen kommt es gezwungenermaßen zu kriminellen Handlungen (vgl. Davison/Neale/Hautzinger 2007, S. 426). Daher bedeutet Abhängigkeit Isolation von der Mitwelt durch Geheimhal-

tung des illegalen Konsums und Rückzug von nicht konsumierenden Bezugspersonen sowie soziale Desintegration durch Ausgrenzung und Abgelehntwerden durch die Umwelt (vgl. Kufner/Metzner 2011, S. 726; Bertenghi 1997, S. 69). Die ursprünglichen - funktional anmutenden - psychischen und physischen Wirkungen der Droge werden im Verlauf des Konsums durch substanzspezifische Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik abgelöst (vgl. Kleinemeier 2004, S. 5, 13). Die Handlung, die zu Beginn für die Betroffenen durchaus ihren Sinn hatte, entwickelt eine pathologische Eigendynamik. Dauerhafter „Substanzkonsum stellt [...] einen selbstverletzenden Akt dar, der die Person physisch verletzt und vergiftet“ (Baudis 1994, S. 49). Trotz des Auftretens stark beeinträchtigender und zerstörerischer Auswirkungen kann der Konsum nicht abgebrochen werden, da nicht nur körperliche Entzugserscheinungen, wie Schlafstörungen und vegetative Beschwerden, Übelkeit und quälende Schmerzen, sondern besonders die seelische Leiden, wie Ängste vor dem drohenden Gefühl der Desintegration des Selbst, absolute Verzweiflung und Hilflosigkeit sowie trostlose Gefühle der Leere und Nichtigkeit den Griff zur Droge unausweichlich erscheinen lassen (vgl. Baudis 1994, S. 229 f., 245). So paradox es auch erscheinen mag, liegt diesem (Lebensbewältigungs-)Verhalten daher neben seiner offenkundigen (selbst-)destruktiven Komponente „...ein Versuch der Selbstheilung, der Linderung des Reizschutzes [...] und eine aktuelle Linderung der Aufspaltung des Selbst, [...] als Ausweg vor dem Suizid...“ (Baudis 1994, S. 74) - beziehungsweise dessen Aufschiebung - zugrunde.

4.4 Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen - DSM-5

Laut DSM-5 beziehen sich Störungen, die im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen stehen, auf folgende Substanzklassen: Alkohol, Koffein, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien, Opioide, Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika (angstlösende Mittel), Stimulanzien, Tabak und andere (oder unbekannt) Substanzen (vgl. Falkai/Wittchen et al. 2015, S. 661). Diese Substanzen bergen das Potential das neuronale Belohnungssystem direkt zu aktivieren und durch rausch-

auslösende Wirkungen das Verhalten prägend zu beeinflussen. Es werden zwei Störungsgruppen unterteilt: Störungen durch Substanzkonsum und substanzinduzierte Störungen. Substanzkonsumstörungen lösen die bereits in Kapitel 4.1. aufgeführten körperlichen und verhaltensbezogenen Symptome aus, die Beeinträchtigungen von Selbstkontrolle, soziale Probleme, riskantes Konsumverhalten und pharmakologische Merkmale (Toleranz/Entzug) beinhalten. Die verschiedenen Substanzklassen rufen diese Symptome in unterschiedlicher Weise oder teilweise gar nicht hervor (vgl. ebd. S. 662 f.).

Substanzinduzierte Störungen „...umfassen Intoxikationen, Entzug, sowie andere substanz-/medikamenteninduzierte psychische Störungen [...]“ (ebd., S. 662). Die drei Arten werden nun erläutert. Mit Intoxikation - also Rausch - einhergehende substanzspezifische Syndrome äußern sich in vorübergehenden Verhaltensänderungen und psychischen Symptomen, wie zum Beispiel eingeschränktem Urteilsvermögen, Affektlabilität und Aggressivität innerhalb der Zeit der Substanzaufnahme oder zeitnah danach. Kurzzeitige Intoxikationen haben dabei oftmals andere Auswirkungen als andauernde. Unter Einfluss der Substanz sind „...Wahrnehmung, Wachsamkeit, Aufmerksamkeit, Denken, Urteilen, psychomotorisches und zwischenmenschliches Verhalten“ (ebd., S. 668) gestört. Wurde eine Substanz langfristig oder intensiv konsumiert, können bei Beenden oder Reduktion des Konsums Entzugserscheinungen, gekennzeichnet durch substanzspezifische körperliche und geistige Beeinträchtigungen und Verhaltensveränderungen, auftreten. Das starke Bedürfnis, erneut zu konsumieren, entspringt dem Drang, Entzugserscheinungen zu verhindern oder zu beheben (vgl. ebd. S. 669). Substanz- und medikamenteninduzierte Störungen psychischer Art „...sind potentielle schwere, gewöhnlich vorübergehende, aber gelegentlich persistierende Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems, die sich als Folge einer missbräuchlich konsumierten psychotropen Substanz, einer Medikation oder verschiedener toxischer Substanzen entwickeln“ (ebd., S. 671). Ein wichtiges Kriterium, um ein psychisches Krankheitsbild auf die Einnahme von Substanzen oder Medikamenten zurückzuführen, ist, dass sich die Störung innerhalb eines Monats nach einer Intoxikation, eines Entzuges oder einer Medikamenteneinnahme entwickelte (vgl. ebd., S. 671). Solche Störungen können sein: psychotische Störungen, bipo-

lare und verwandte Störungen, depressive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen und verwandte Störungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Delir und neurokognitive Störungen [...]“ (ebd., S. 662). Die Störungsbilder entsprechen den eigenständigen psychischen Störungen, unterscheiden sich jedoch in ihrer Progredienz. Psychische Störungen, die durch Substanzintoxikation oder -entzug hervorgerufen werden, klingen nach (kompletter) Abstinenz ab und bleiben dann typischerweise kaum länger als einen Monat bestehen (vgl. ebd., S. 673 f.). „Ausnahmen gelten für einige langanhaltende substanzinduzierte Störungen wie [...] Alkoholinduzierte Neurokognitive Störung [...] und die Halluzinogeninduzierte Persistierende Wahrnehmungsstörung (,Flashbacks‘ ...)“ (ebd., S. 673). Durch Drogen induzierte nicht abklingende psychotische Zustände stellen extreme Belastungen dar, da die seelischen Verwirrungen der Betroffenen durch psychiatrische Therapien allenfalls zu mildern, jedoch nicht zu beheben sind (vgl. Kuntz 2009, S. 231). Substanzabhängige Mütter betreiben oftmals polytoxikomanen Substanzkonsum (legaler und illegaler Art) mit unberechenbaren Folgen auf Substanzintoxikation und Substanzentzug von Mutter und Kind (vgl. Stachowske 2009, S. 120 f.). Die plazentagängigen Substanzen provozieren beim Ungeborenen dieselben Effekte, nur dass sie auf einen schwächeren Organismus treffen. Aufgrund seiner Sensibilität und unausgebildeten Entgiftungsmechanismen sind die Wirkungen und Entzüge der Substanzen auf diesen intensiver (vgl. Gedächtnisprotokoll 26.10.2016, Kluge).

4.5 Zwischenresümee

Die geschilderten Zusammenhänge und Symptome verdeutlichen komplexe Problematiken und Dynamiken, die durch die Trennung von der Droge ausgelöste quälende Nöte zu begründen vermögen. Jedoch ist die Vorstellung, dass Kinder die Ausmaße elterlicher Sucht (mit-)erleben müssen, erschreckend. Das Aufwachsen in einer suchtbelasteten Familie bedeutet „...einen starken negativen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder...“ (Klein 2006, S. 9). Die häufige Entbehrung von emotionaler Offenheit und Stabilität, seelischer und körperlicher Fürsorge wird ihren Grundbedürfnissen nicht gerecht (vgl. ebd., S. 9).

5 Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Lebenssituation, die Erziehungsfähigkeit und die Bindung

Grundsätzlich ausschlaggebend für die schädigende Potenz von Suchterkrankungen sind ihre Substanzspezifik, ihre Dauer und ihr Schweregrad. Zusätzliche Probleme entstehen durch psychische und physische Komorbiditäten (Zuszerkrankungen). Ist die Mutter abhängig, stellt sich die Frage, ob schädliche Substanzen schon während der Schwangerschaft konsumiert wurden, da diese über die Plazenta auch dem ungeborenen Kind zugänglich sind (vgl. Sobot 2001, S. 27). Missbrauch von legalen sowie illegalen Drogen hat - je nach Drogenart und Dosis - fetotoxische² und teratogene³ Wirkungen auf das Kind (vgl. Pragst et al. 2014, S. 53). Kommen diese Kinder zur Welt, zeigen sie Entzugssymptome, welche sich in Ausprägung und Schweregrad unterscheiden. Letztlich ist das Resultat jedoch immer, dass (durch Entzug oder Schädigung) gestörte Kinder von suchtkranken Eltern versorgt werden müssen (vgl. Stachowske 2009, S. 12). „Drogenentzogene Säuglinge sind in hohem Maße „schwierige Babys“ [...]. Diese Babys benötigen [...] ein überdurchschnittlich hohes Maß an Pflege und Betreuung“ (Sobot 2009, S. 233). Trotzdem diese Kinder besonders auf liebevolle Fürsorge, Förderung und Unterstützung angewiesen sind, werden sie, da sie eine große Belastung für die Eltern darstellen und zudem ihre Hoffnungen, ein liebes, hübsches, normales und gesundes Kind zu haben, das ihre Sehnsucht nach einer besseren Zukunft stillt, nicht erfüllen und daher mit höherer Wahrscheinlichkeit weniger geliebt oder sogar abgelehnt, vernachlässigt oder misshandelt werden (vgl. Amendt/Schwarz 1990, S. 56; 130; Bertenghi 1997, S. 110).

² Fetotoxizität ist die Fähigkeit eines Stoffes zu einer toxischen Wirkung während des pränatalen Entwicklungszeitraumes der Fetalperiode (vgl. Pschyrembel 1998, S. 493).

³ Teratogenität ist die Fähigkeit eines Stoffes, eine strukturelle (aber auch funktionelle) Abnormität auszulösen (vgl. Pschyrembel 1998, S. 1556).

5.1 Lebenssituation suchtbelasteter Familien

Familien, in denen Suchterkrankungen der Eltern vorliegen, leiden oftmals unter einer Vielzahl an ungünstigen Lebensbedingungen. Arbeitslosigkeit, Armut und Verschuldung gehen einher mit schlechten Wohnverhältnissen, materieller Not und mangelhafter Ernährung. Häufig belasten zusätzliche Krankheiten, Konflikte und Gewalt das Familienleben. In einigen Studien wurde ermittelt, dass Drogenabhängige über ein vergleichsweise niedrigeres Bildungsniveau verfügten, seltener Berufsausbildungen absolvierten und folglich eher von atypischer Beschäftigung, Arbeitslosigkeit oder Verschuldung betroffen waren (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 88, S. 98 f.; Klein/Moesgen/Dyba/Urban 2015, S. 21). Ist dies der Fall, wird - in Anbetracht des Finanzierungsvorranges des Suchtmittels - die Absicherung von (beheiztem) Wohnraum, Nahrung, Hygiene und Kleidung schwierig (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 7).

Bei Abhängigkeit von illegalen Drogen wird eine Familie aufgrund von Beschaffungsdruck, Kriminalität oder Beschaffungsprostitution noch stärker gesellschaftlich ausgegrenzt, als dies bei Alkoholabhängigkeit der Fall ist (vgl. Pragst et al. 2014, S. 53). Da das Geld für die Drogen beschafft werden muss, kann es vorkommen, dass die Kinder „...bei kriminellen Aktivitäten oder bei Prostitution anwesend sind oder aber während dieser Zeit [...] auf der Drogenszene von anderen Drogenabhängigen betreut“ (Scheib/Steier 1998, S. 10) werden. Bei Drogenabhängigkeit sind zudem häufiger beide Elternteile betroffen, da dies die Partnerwahl beeinflusst. Können bei Alkoholmissbrauch (nur) eines Elternteils gewisse Risiken durch den Anderen kompensiert werden, ist bei illegaler Drogenabhängigkeit beider Eltern kein gesunder Erwachsener für die Kinder verfügbar (vgl. Klein 2006, S. 12). Allerdings entstehen auch in Familienkonstellationen mit nur einem suchterkrankten Elternteil typische destruktive Dynamiken, die der Aufrechterhaltung des Familiensystems unter der „Wahrung einer vermeintlich intakten Fassade“ (Klein 2008, S. 122) dienen sollen, mit rigiden Familienregeln sowie Vernachlässigung kindlicher Bedürfnisse einhergehen und sich folglich negativ auf die Beziehungsqualität zwischen allen Familienmitgliedern auswirken (vgl. ebd., S. 122).

Bei pathologischem Alkoholkonsum von Eltern(-teilen) ziehen sich die Familien meist gänzlich von der Umwelt zurück (vgl. Bertenghi 1997, S. 160). Bei Abhängigkeit von illegalen Drogen werden Kontakte zur Drogenszene mit der Zeit eher intensiviert, drogenfreie soziale Kontakte jedoch immer mehr abgebaut. Der enorme Beschaffungsstress verursacht in diesen Familien typischerweise einen chaotischen Tagesablauf mit gestörten Rhythmen, an der Existenz rührende Armut, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit und die Abgrenzung von jeglichen Hilfesystemen aus Misstrauen und Angst vor einem Sorgerechtsentzug (vgl. Lenzen 1994, S. 132). Inhaftierungen, Trennungen wegen Kindeswohlgefährdungen und Krankenhausaufenthalten führen zu Fremdunterbringungen der Kinder. Arnold und Steier ermittelten 1997 im Rahmen einer Studie in einer stationären rheinland-pfälzischen Entwöhnungseinrichtung, dass 44% der 34 Kinder von 56 hero-inabhängigen Eltern mindestens 3 Monate nicht bei den Eltern lebten (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 8). Einen normal strukturierten, berechenbaren Lebensalltag kann es unter diesen Umständen für die Kinder dieser Familien nicht geben. Laut dieser Studie hatten 80% dieser Kinder einen chaotischen Alltag erlebt und 73% eine Vernachlässigungsproblematik durchlitten (vgl. ebd., S. 14).

Kinder drogenabhängiger Eltern sind insgesamt häufiger der Belastung durch die Abwesenheit eines Elternteils, deren Trennung oder Scheidung ausgesetzt (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 36). Wenn die Kinder bei nur einem Elternteil aufwachsen, besteht die Gefahr von Überlastung (häufig der alleinerziehenden Mütter) und demzufolge von Vernachlässigungen. In einer Studie von Klein, Kröger und Pauly (2003), bei der 58 opiatabhängige, substituierte⁴ Mütter im Rahmen der Vorstudie befragt wurden, gaben 79% dieser Frauen an, sich isoliert und sozial nicht unterstützt zu fühlen. 84% gaben an, außerhalb der Familie keine zuverlässigen sozialen Beziehungen zu haben. Dies liegt nicht zuletzt dem Umstand zugrunde, dass sich diese Frauen aus nichtabhängigen Freundschaftsbeziehungen zurückgezogen haben (vgl. Klein 2006, S. 41). „Auch der Zugang zu den vorhan-

⁴ Substitutionstherapie ist die Bezeichnung für eine Behandlung mit Drogenersatzstoffen, wie beispielsweise Methadon (vgl. Pschyrembel 1998, S. 1526).

denen gesellschaftlichen Angeboten wie Kindergarten und Kindertagesstätten bleibt diesen Müttern und ihren Kindern meist versperrt“ (Arenz-Greiving 1994, S. 24), was die Gefahr des gesellschaftlichen Ausschlusses, sozialer Zurückgezogenheit, fehlenden Entlastungsmöglichkeiten und letztlich der Vernachlässigung erhöht (vgl. Klein 2006, S. 59).

5.2 Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit

Im Folgenden wird dargestellt, dass die Problematiken für die Erziehungsfähigkeit suchterkrankter Eltern maßgeblich in deren Kindheitserfahrungen liegen, da diese sich auf die Aneignung von Erziehungskenntnissen und die Ausbildung einer eigenen Elternrolle auswirken. Wie die pathologischen Wirkungen des Suchtmittelkonsums und psychische Begleiterkrankungen emotionale, kognitive sowie soziale Kompetenzen beeinträchtigen und das Verhalten dieser Eltern im Umgang mit ihren Kindern entscheidend beeinflussen, wird aufgezeigt. Auch werden wesentliche Effekte, die durch Substanzkonsum entstehen und sich auf Erziehungseinstellungen und Erziehungsverhalten auswirken, beschrieben sowie kontinuierlich Gefahrenquellen, die daraus für betroffene Kinder entstehen, benannt.

5.2.1 Erziehungserfahrungen

Substanzkonsumierende Eltern haben nicht selten ungünstige Erziehungserfahrungen in ihrer Kindheit erlebt und können sich daher schlecht an ihren eigenen Eltern orientieren (vgl. Stachowske 2009, S. 26). Die Eltern „...verfügen über ein Repertoire an Normen und Werten, die sie in ihrer Herkunftsfamilie internalisiert haben und denken nicht (mehr) daran, dass diese zur Entwicklung der eigenen Drogenabhängigkeit beitragen“ (Sobot 2009, S. 233). Oftmals kommen die abhängigen Eltern selber aus instabilen Familien. Maß und Krausz (1993) ermittelten, dass 60% der Abhängigkeitserkrankten in ihrer Kindheit die Trennung der Eltern, deren psychische Erkrankung oder den Tod eines Elternteils erleben mussten. Arnold und Steier (1997) ermittelten zudem, dass bei 51% mindestens ein Elternteil (meist alkohol-)abhängig war. In diesem Zusammenhang konnte auch belegt werden, dass 57% der Befragten in ihrer Kindheit und Adoleszenz Gewalt

und sexuellen Übergriffen in massiver Form ausgesetzt waren, wobei 30 % der Frauen sexuellen Missbrauch (Vergewaltigung) angaben (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 9). Wenn die Betroffenen eigene Kinder bekommen, bleiben ihre Fähigkeiten, eine eigene (positive) Elternrolle zu entwickeln, von solchen Geschehnissen nicht unbeeinflusst. Unverarbeitete Traumata haben Auswirkungen auf Feinfähigkeitsfähigkeiten, emotionale und mentale Präsenz und das Vermögen, einem (gestressten) Kind Orientierung und Sicherheit zu vermitteln (vgl. Scherwath/Friedrich 2012, S. 57). Neben den verstörenden Erfahrungen der Vergangenheit wirken aber auch desozialisierende Erlebnisse aus der Drogenszene und destruisierende Effekte der Suchterkrankung auf diese Fähigkeiten ein (vgl. Klein 2006, S. 62). Die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Person (einschließlich der Suchterkrankung), die Ablösung von den Erziehungsmodellen der Eltern und die Entwicklung einer eigenen Elternrolle (eigene Erziehungswerte und -wünsche für die Kinder inbegriffen), kann oft erst mit der Verarbeitung der eigenen belastenden Kindheitserfahrungen gelingen (vgl. Klein 2006, S. 62; Indlekofer 1994, S. 177).

5.2.2 Erziehungskompetenzen

Drogenabhängige Eltern haben meist ein sehr niedriges elterliches Selbstbewusstsein und fühlen sich im Umgang mit ihren Kindern unsicher. Die Unsicherheit hat ihren Ursprung in mangelnden Kenntnissen über Erziehungspraktiken und ungenügenden positiven Erfahrungen durch die eigenen Eltern und ist des Weiteren auf die Suchterkrankung zurückzuführen. Die Unsicherheit über die erzieherische Selbstwirksamkeit schlägt sich im Erziehungsverhalten nieder, überträgt sich auf die Kinder oder wird von diesen wahrgenommen (vgl. Klein 2006, S. 28; S. 64). Häufig halten sich die Eltern selber für ungeeignet und machen sich große Sorgen hinsichtlich der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung oder Dissozialität bei ihren Kindern, wie eine Studie von Colten 1980 ermittelte, die das Elternverhalten von 170 methadonsubstituierten/in therapeutischer Gemeinschaft lebenden Müttern mit dem einer Kontrollgruppe von Müttern verglich. Allerdings belegte diese Studie auch, dass beide Gruppen die gleichen Erziehungseinstellungen und -erwartungen hatten, was möglicherweise auf die therapeutische/medikamentöse Begleitung zurückzuführen ist. Erziehungsfähigkeit zeichnet sich neben kogniti-

ven, sozialen und motivationalen auch durch emotionale Grundkompetenzen der Eltern aus. Besonders das empathische Einfühlungsvermögen in die Lage des Kindes wird durch die Dominanz des Bedürfnisses nach der Droge eingeschränkt. Die nonverbale Sensivität für die Bedürfnisse des Kindes wird durch die Einnahme von psychotropen Substanzen und durch komorbide Störungen reduziert (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 239). Normale (positive) Interaktionsschleifen zwischen Eltern und Kindern können sich unter diesen Voraussetzungen nicht entwickeln. Durch Auswertungen von funktionellen Kernspintomographien konnten von Landi et al. (2001) bei drogenkonsumierenden Müttern feststellen, dass bei diesen im Vergleich zu nicht konsumierenden Müttern eine geringere Aktivität relevanter Gehirnareale beim Präsentieren von Gesichtern und Geräuschen von Säuglingen ausgelöst wurde, was Einschränkungen ihrer empathischen Fähigkeiten und ihres Vermögens, die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen beurteilen und beantworten zu können, impliziert (vgl. Hase 2013, S. 92). Außerdem „...ist zu vermuten, daß eine drogenabhängige Mutter aus der Beziehung zu ihrem Kind keine Befriedigung ziehen kann, weil ihre eigene Drogenproblematik im Vordergrund steht“ (Arenz-Greiving 1994, S. 27). Die seelischen und körperlichen Entzugsschmerzen verunmöglichen es ihr auf die Signale und Bedürfnisse des Kindes adäquat einzugehen. Für noch sehr kleine Kinder kann der Mangel an Fürsorge schwerwiegende Folgen haben (vgl. ebd., S. 27). Besonders Kinder von polytoxikoman abhängigen Eltern sind deshalb „...oft unzureichend in ihrer Entwicklung begleitet, mangelernährt, verschmutzt, verwahrlost und in ihrer Entwicklung retardiert“ (Tammen 2009, S. 263).

5.2.3 Psychische Begleiterkrankungen

Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen psychiatrischen Erkrankungen und dem Konsum psychotroper Substanzen. Diese sind häufig Resultate schwerer langjähriger Abhängigkeit, können jedoch bei vorher bestehender Erkrankung auch zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung beitragen (vgl. Kufner/Metzner 2006, S. 720). Die Problematik psychiatrischer Komorbidität (Begleiterkrankung) wurde in der Studie von Frauke Schöneberg innerhalb einer Konsumraumnutzerbefragung 2010 in Bochum untersucht. Anhand von Selbstbeurtei-

lungsfragebögen wurden 52 Drogenkonsumierende zu ihren subjektiv wahrgenommenen psychiatrischen Beschwerden befragt (vgl. Schöneberg 2014, S. 27 ff.). Resultierend ist in Abbildung 1 der prozentuale Anteil der subjektiv wahrgenommenen psychiatrischen Begleitstörungen dargestellt.

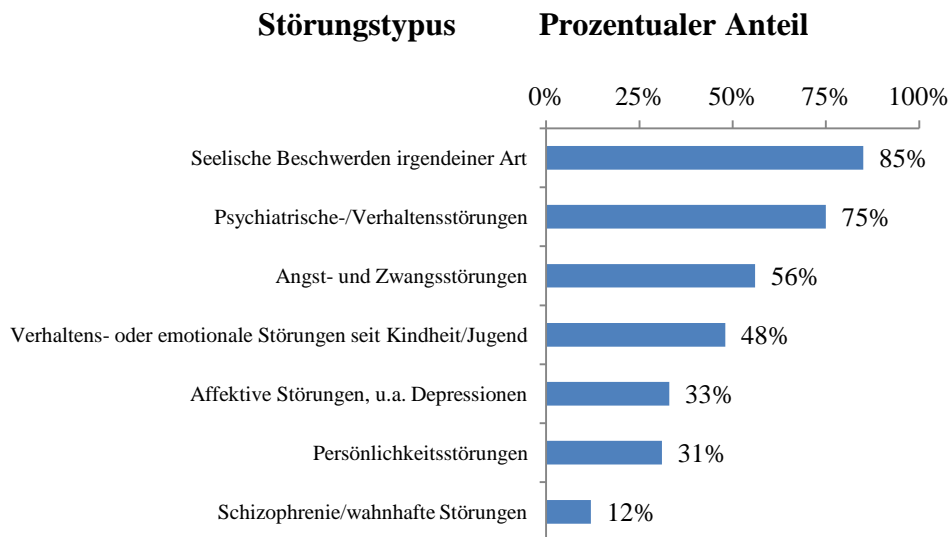


Abbildung 1: Prozentualer Anteil ausgewählter subjektiv wahrgenommener Störungstypen ermittelt durch Befragung aktiver Drogenkonsumenten. Grafische Darstellung in Anlehnung an Schöneberg 2014, S. 30.

Frauke Schöneberg weist auf noch zahlreiche andere Studien mit den Resultaten einer hohen Prävalenz zusätzlicher psychiatrischer Krankheiten hin (etwa Sozialministerium NRW 1993, Günther et al. 2000; Thane et al. 2009). Durch die Studie von Brooner et al. (1997) aufgezeigt, erhöht der Konsum verschiedener Substanzen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Komorbiditäten (vgl. Schöneberg 2014, S. 30). Da viele Studien von polytoxikomanen Konsummustern (legaler und illegaler Art) abhängiger Eltern zeugen (hierzu zum Beispiel Klein, Moesgen et al. 2015, näher in Kapitel 5.3.4 erläutert) ist davon auszugehen, dass häufig ein zusätzlicher Risikofaktor für die Erziehungsfähigkeit durch psychiatrische Komorbidität der Eltern besteht. „Dabei gilt als bestätigt, dass eine elterliche Komorbidität sich in der Funktionsfähigkeit der Eltern stärker auswirkt als bei Nicht-Abhängigen“ (Klein 2006, S. 15).

Wie im Kapitel zur Erziehungsfähigkeit beleuchtet, sind viele ihrer Kriterien von gesunden Vorstellungen, Einschätzungen und Entscheidungen abhängig. Daher ist

folgende Aussage plausibel: „Der wohl schwerwiegendste Risikofaktor für die Erziehungsfähigkeit ist die psychische Störung [...], [denn] die geistig/seelische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die selbstkritische Analyse unseres Planens und Handelns. Wenn diese Instanz ‚gestört‘ ist, werden ggf. ‚gestörte‘ Entscheidungen gefällt“ (Elsner 2014, S. 48). Kinder in suchtblasteten Elternhäusern müssen also obendrein die psychopathologische Symptomatik erkrankter Eltern bewältigen und sind zudem „... stärker auf sich gestellt, müssen mehr als andere Kinder mit dem familiären Alltag, mit ihren Problemen in der Schule oder in der Freizeit alleine fertig werden und mit ihrer Einsamkeit selbst zurechtkommen“ (Lenz 2005, S. 73). Außerdem tragen sie ein erhöhtes Risiko, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, an psychischen Störungen zu erkranken sowie später selber eine Suchterkrankung zu entwickeln, denn durch das Verhalten ihrer Eltern werden Kinder geprägt (vgl. ebd., S. 73; Klein 2006, S. 9). Da diese innere und äußere Konflikte, Spannungen, mangelndes Selbstwertgefühl und Handlungen durch Substanzeinnahme regulieren, wird auch bei den Kindern die Aneignung von gesunden Problembewältigungsstrategien, sozialen Kompetenzen und von Selbstwertgefühl nur eingeschränkt stattfinden können, denn Lernen geschieht auch durch Beobachtung und Imitation (vgl. Bertenghi 1997, S. 63).

In Abhängigkeit der Schwere der Suchterkrankung und der Art der psychiatrischen Komorbidität werden die Eltern nicht in der Lage sein (können), ihr Kind angemessen zu pflegen und zu erziehen. Grundlegende Bedürfnisse nach liebevollem Interesse und Wertschätzung, Anteilnahme und Zärtlichkeit werden in kritischen Krankheitsphasen nicht befriedigt werden können. Stattdessen werden die Kinder in umgekehrte Rollen gedrängt, werden die Familie unterstützen und elterliche Aufgaben erfüllen (müssen) (vgl. Lenz 2005, S. 88; 92 f.). Dieser Rollentausch (Parentifizierung der Kinder) findet sich auch in „nur“ suchtblasteten Familien wieder, wenn die suchtkranken Eltern die „Kinderrolle“ übernehmen, wodurch die Generationsgrenzen/Hierarchiegrenzen diffus werden. Wenn die Eltern nicht als Autorität anerkannt werden, sich Kinder überverantwortlich, kontrollierend, distanz- und grenzenlos den Eltern gegenüber verhalten, geschieht dies immer unter Überforderung der kindlichen Psyche (vgl. Broich 1994, S. 113; Arenz-Greiving 1994, S. 39; Dyba/Klein/Moesgen 2015, S. 8).

Sowohl psychopathologische als auch substanzinduzierter Krisen können in Suizidversuchen oder Suiziden des erkrankten Elternteils münden, was mit extremen (traumatisierenden) Belastungen für die Kinder verbunden ist (vgl. Lenz 2005, S. 86; Klein 2006, S. 11). Die Studien von Arnold und Steier (1997) sowie Steier (1994) belegen den mit circa 25% hohen Anteil von Suizidversuchen bei Abhängigkeitserkrankten, die fast ausschließlich von weiblichen Drogenkonsumenten durchgeführt wurden (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 8). Scheib und Steier ermittelten im Rahmen einer Modellstudie 1998 in Karlsruhe durch schriftliche Befragungen von 63 drogenabhängigen substituierten (werdenden) Eltern, wovon 50 Personen weiblich waren, sogar Werte von insgesamt 50,8% (32 Personen). Davon waren 29 Personen Frauen. Demzufolge hatten hier 58% aller befragten Frauen bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen (vgl. ebd., S. 90).

5.2.4 Erziehungseinstellungen

Man kann davon ausgehen, dass elterliches Interesse für die Kinder sowie eine ausreichende emotionale und zeitliche Zuwendung durch eine übermäßige Fokussierung auf die Beschaffung und den Konsum psychotroper Substanzen reduziert ist. Priorität wird für den Konsumenten vor allem das Suchtmittel haben, was die Bereitschaft und Fähigkeit, elterliche Verantwortung zuverlässig zu übernehmen, deutlich beeinträchtigen kann (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 239). Mit anderen Worten: „...die Kinder haben solange eine nachrangige Bedeutung, wie die Eltern aktiv abhängigkeitskrank sind und vorrangig ihre ‚Krankheit‘ und ihre Kinder ‚nachrangig‘ versorgen müssen“ (Stachowske 2009, S. 26). Befindet sich die abhängige Person in einer akuten Phase, muss sie möglicherweise mehrmals ihre Droge einnehmen, da ansonsten die Entzugserscheinungen zu stark werden. Sich das Geld zu beschaffen, um die Substanz kaufen zu können, ist ein „Fulltime-Job“ (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 10).

Anhand der bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass „...die entscheidenden, vitalen, individuellen, sozialen und geistigen Grundbedürfnisse...“ (Scheib/Steier 1998, S. 15) nicht von akut abhängigen Eltern befriedigt werden können. Die Kinder werden in ihrer Entwicklung weder ausreichend unterstützt, noch haben

sie die Möglichkeit zur Bewältigung der Situation Unterstützung von außen herbeizurufen. Durch das Verheimlichungsgebot des Suchtproblems der Eltern sind Kinder gezwungen, (diesbezügliche) Ängste und Nöte allein zu bewältigen. Durch sozialen Rückzug fehlen den Kindern aber nicht nur Entlastungsmöglichkeiten, sondern auch altersgemäße Entwicklungsmöglichkeiten durch Interaktionen mit Gleichaltrigen (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 37 f.). In diesem Zusammenhang ist folgende Aussage zutreffend: „Erziehungsziele gefährden das Kindeswohl, wenn sie die Grundbedürfnisse des Kindes missachten, etwa wenn sie die Integration des Kindes in die soziale Gemeinschaft erschweren [...] oder indem das Kind isoliert wird“ (Dettenborn/Walter 2002, S. 238). Das Einhalten des Schweigegebotes gilt auch für die psychischen (Zusatz-)Erkrankungen der Eltern, was letztlich zwar die Angst, Einsamkeit und Trauer der Kinder potenziert aber zusätzliches Leid durch Schuldgefühle (wegen eines Verrats) und Beschämung sowie Stigmatisierung, Ausgrenzung und Erniedrigung durch das soziale Umfeld verhindern soll (vgl. Lenz 2005, S. 120 f.). Es wird deutlich, dass diesem Elternverhalten weder ein Eingehen auf die kindliche Welt, Interesse am Wohlbefinden des Kindes, noch eine Förderung seiner Entwicklung abzuleiten ist. Waren diese Kinder pränatal psychotropen Substanzen ausgesetzt, können sie unter unterschiedlichen Entwicklungsstörungen leiden. Aus Praxiserfahrungen nannte Fischer Beeinträchtigungen der räumlich visuellen Wahrnehmung, der Emotionsregulation oder der Handlungsplanung. In den Familien fehlt den Kindern durch den unstrukturierten Alltag nötiger Entwicklungsraum und ein Gefühl für Zeit. Daher benötigen sie spezielle therapeutische Förderung, die ihnen oftmals vorenthalten wird (vgl. Gedächtnisprotokoll 26.10.2016, Fischer). Dem Unvermögen, Unterstützung für das Kind zu organisieren, kann ein durch Schuldgefühle ausgelöster Ehrgeiz der Alleinverantwortung zugrunde liegen, auch Scham und Angst vor „Entdeckung“, bisweilen auch eine Fehleinschätzung oder ein Mangel an Interesse an der Kindesentwicklung (vgl. Sobot 2009, S. 237; Sobot 2001, S. 114).

5.2.5 Erziehungsverhalten

In den verschiedenen Phasen substanzinduzierter Störungen (Rausch/Entzug) zeigen die Eltern gegensätzliche, nicht selten irritierende Affekte, extreme Stim-

mungsschwankungen (Euphorie/Depression) und unberechenbare (Erziehungs-) Verhaltensweisen, wodurch das Kind verunsichert und geängstigt wird. Da das elterliche Verhalten nicht für das Kind nachvollziehbar ist, sind auch keine Orientierung bietenden Rückschlüsse daraus zu ziehen. Der Grad der Intoxikation, beziehungsweise der Entzugsstatus, bestimmt Präsenz, emotionale Verfasstheit und Reaktionen des Abhängigen, hingegen nicht das Verhalten des Kindes. Durch die Stimmungsschwankungen entsteht ein Klima aus Unsicherheit, Unbeständigkeit und Orientierungslosigkeit (vgl. Dettenborn/Walter 2002, S. 240; vgl. Pragst et al. 2014, S. 53). Das extrem instabile Verhalten der Eltern (Verhaltensvotalität) „...scheint eines der schwerwiegendsten Probleme der heranwachsenden Kinder zu sein. Es bedeutet: Wer gerade eben noch einfühlbar und zugewandt mit seinem Kind spielt, kann innerhalb weniger Minuten oder Stunden abweisend, kalt und gewalttätig sein“ (Klein 2014, F. 55). Es kommt zur sogenannten Schaukelerziehung, wenn bei Intoxikation das Erziehungsverhalten nachgiebig, beim Entzug aber aggressiv wird (vgl. Indlekofer 1994, S. 178). Diese emotionalen Wechselbäder sind - neben den erschütternden Effekten - für die Kinder kein guter Nährboden, die eigene Persönlichkeit zu entwickeln, eigene Kompetenzen und Fähigkeiten zu erwerben und weiteraufzubauen (vgl. Bertenghi 1997, S. 64). Die Umschwünge zwischen Vernachlässigung oder Aggression und liebevoller Zuwendung oder Verwöhnung sind von den Kindern nicht zu begreifen. Auf der Suche nach einer Erklärung finden sie die Schuld bei sich, was zu lebenslangen Schuldgefühlen, Minderwertigkeitskomplexen sowie unauflösbaren pathologischen Verstrickungen mit den Eltern führen kann (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 28; 40 f.).

Bei den im Jahre 1997 von Arnold und Steier durchgeführten Untersuchungen zum Erziehungsverhalten gaben 86,7 % der 56 heroinabhängigen Elternteile Probleme bei der Grenzsetzung an (vgl. Klein 2006, S. 26). Sucht ist verbunden mit Grenzüberschreitung, daher haben Suchterkrankte oftmals Schwierigkeiten, selber Grenzen zu akzeptieren und vor ihren Kindern überzeugend zu vertreten. Auch Schuldgefühle können dazu beitragen, dass Grenzen gegenüber den Kindern nicht konsequent durchgesetzt werden. Diese Schuldgefühle können sich in verwöhnendem Verhalten niederschlagen, aber auch zu verdeckten (und unbewussten) Aggressionen gegenüber den Kindern führen (vgl. Strausfeld 1994, S. 164 f.).

Oder es resultiert daraus eine (zu) starke Fixierung auf das Kind, das mit (überfordernder) Überbehütung und Hemmung statt (oft dringend notwendiger) Entwicklungsförderung einhergeht (vgl. Sobot 2009, S. 237). Das Vermögen, Erziehungsverhalten förderlich, angemessen und kindeswohldienlich zu gestalten, beruht auch auf der Grundlage persönlicher Kompetenzen. Bezugnehmend auf Untersuchungen zum Erziehungsverhalten von Mash, Johnston und Kovitz (1983), erhöhen niedrige Kompetenzüberzeugungen, die mit Ohnmachtsgefühlen einhergehen und unsicheres und inkonsistentes Erziehungsverhalten hervorrufen, nachweislich die Gefahr von Gewaltanwendung bei Disziplinierungsversuchen (Klein 2006, S. 59). Eine Studie von Bauman und Dougherty (1983), die Mutter-Kind-Interaktionen methadonsubstituierter Mütter als Untersuchungsgegenstand hatte, ergab, dass diese häufiger als die Vergleichsgruppe ihre Kinder herumkommandierten, ihnen drohten, sie provozierten und ihnen seltener zustimmten. Auch wurde durch mehrere ähnliche Studien - zusammengefasst durch eine Metastudie zum Elternverhalten von Hogan (1998) - belegt, dass drogenabhängige Mütter öfter einen harten Umgangston mit ihren Kindern pflegten, sie häufiger tadelten und anschrien (vgl. Klein 2006, S. 26). Besonders problematisch sind akute Entzugerscheinungen substanzabhängiger Eltern, da diese dann „... ihren Erziehungs- und Betreuungsaufgaben nur sehr eingeschränkt nachkommen können“ (Scheib/Steier 1998, S. 10) oder gewalttätig werden. Insbesondere für anwesende Kinder ist es noch dramatischer, wenn beim Entzug Krampfanfälle oder Delire auftreten. Wenn durch eine Überdosis die Betreuungsperson das Bewusstsein verliert, werden kleinere Kinder akuter Gefahr ausgesetzt (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 10). Im schlimmsten Fall müssen die Kinder die Drogensucht ihrer Eltern dann mit dem Leben bezahlen (dazu Döring 2012 in lvz.de).

Bei Drogenabhängigkeit gibt es unterschiedliche Anzeichen ungenügender elterlicher Verantwortungsübernahme für die Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse. Sie können sich in der Verwahrlosung der Wohnung zeigen oder in diskontinuierlichen Lebensverhältnissen, wie häufigem Partner- und Wohnsitzwechsel. Dies trifft auch dann zu, wenn aus Desinteresse oder Fehleinschätzung medizinische/therapeutische Versorgung unterlassen, der Kindergartenplatz nicht angemeldet, der Schulbesuch nicht kontrolliert wird oder das Kind unbeaufsichtigt

umherziehen kann. Unverantwortlichkeit zeigt sich zudem in lang anhaltender Abwesenheit aufgrund von Drogenkonsum oder Strafhandlungen, wodurch wiederum die Versorgung mit Nahrung/Pflege/Bekleidung und die Aufsicht beziehungsweise Betreuung des Kindes nicht abgesichert ist (vgl. ebd., S. 274.). Alle genannten Phänomene stellen extreme Überforderungsanzeichen drogenabhängiger Eltern mit der Kinderpflege- und Erziehung dar. Die Überforderung der elterlichen Fähigkeit zur Bewältigung von Erziehungsaufgaben kann darin münden, dass zur Ruhigstellung dem Kind die eigene Droge oder das Substitut verabreicht wird, was schlussendlich zu dessen Vergiftung und schlimmstenfalls zu seinem Tod führen kann (vgl. Elsner 2014, S. 51).

5.3 Auswirkungen auf die Bindung zwischen Eltern und Kind

In diesem Abschnitt wird die Bedeutung pränataler Einflüsse auf die spätere Bindung aufgezeigt. Es wird beschrieben, wie die Ermangelung von bindungsstiftenden Kontaktmöglichkeiten und Fürsorgeerlebnissen, das Erleben von Diskontinuitäten und angstausslösenden Geschehnissen, Bindungsstörungen und unsichere Bindungsmuster verursachen. Die Folgen für das Selbstwertempfinden der Kinder sowie die Notwendigkeit elterlicher Verhaltensänderung wird verdeutlicht.

5.3.1 Pränatale Einflüsse auf die Bindung

Die emotionale Einstellung der Eltern zum Kind beginnt schon in der Schwangerschaft. Besonders bei den Müttern tragen Wünsche, Erwartungen und Ängste zur Art der gefühlsmäßigen Annahme des kommenden Kindes bei. Laut Moss (1967) beeinflussen diese Gefühle die Ausprägung ihrer späteren Feinfühligkeit im Sinne einer Aufgeschlossenheit gegenüber den kindlichen Signalen (vgl. Amendt/Schwarz 1990, S. 90). Der vorgeburtliche Beziehungsaufbau gilt „...als wichtige Voraussetzung für die postnatale Mutter-Kind-Beziehung“ (Munz 2002 zit. n. Krens/Krens 2006, S. 44). Es kann angenommen werden „...“, daß das Ausmaß der emotionalen Bindung zum Fötus mit den sichtbaren mütterlichen Gefühlen nach der Geburt korreliert...“ (Arenz-Greiving 1994, S. 29). Durch den Stress der: (zu) späten Schwangerschaftsfeststellung, Drogenbeschaffung, entbehrensreichen

Lebensverhältnisse, gesellschaftlichen Ablehnung und Ausgrenzung sowie durch Befürchtungen und Gewissenskonflikte, ist ein unbeschwertes Einlassen auf die Schwangerschaft bei drogenabhängigen Frauen nicht möglich und die Rahmenbedingungen für den Bindungsbeginn sind sehr ungünstig (vgl. ebd., S. 29 f.).

Ab etwa der 16. Lebenswoche eines Fetus, werden (normalerweise) dessen Bewegungen für die Mutter spürbar. Mit diesen versucht es im Laufe der Zeit, „Beziehung“ zur Mutter aufzunehmen, indem er seine Bewegungen den mütterlichen anzugleichen versucht, selbstinitiierte Erfahrungen durch die reaktive Berührung sammelt und eine Stimulierung der Eigenwahrnehmung erfährt. Werden diese zarten Kontaktversuche verdrängt oder abgelehnt, kann die fehlende mütterliche Reaktion bereits ab der 28-35 Schwangerschaftswoche vom Fetus als Ablehnung erfahren werden (vgl. Sobot 2001, S. 75 f.). Die Wahrscheinlichkeit von Störungen und Auffälligkeiten bei Neugeborenen nimmt bei einer Ablehnung der Schwangerschaft durch die Mutter zu. Dieses Gefühl kann durch substanzbedingte Missbildungen des Kindes noch verstärkt, ihre Beziehungsqualität zum Kind noch schlechter werden (vgl. Amendt/Schwarz 1990, S. 54, 66). „Die Entwicklung einer gelingenden Interaktion zwischen ihr und dem Kind wird nicht nur durch zusätzliche physische und psychische Belastung vereitelt, die das behinderte Kind verursacht, sondern vor allem auch durch bewußte und unbewußte Schuldgefühle der Mutter. Zwischen dem Leiden des Kindes und dem mangelnden Verantwortungsgefühl der Mutter besteht eine direkte Verbindung“ (ebd., S. 54). Werden dadurch Bedürfnisse verzerrt wahrgenommen (zum Beispiel Schreien als Rache), kann eine Negativdynamik in Gang gesetzt werden, „...die das Mutter-Kind-Vater-Kind Verhältnis sehr destruktiv gestaltet und alle Voraussetzungen für schwerwiegende Pathologien und Gewalttätigkeiten bietet“ (ebd., S. 92).

Insbesondere bei Erstschwangerschaften kann die Erinnerung an ungünstige Vorerfahrungen mit den eigenen Bezugspersonen Ambivalenzen, Ängste und Verunsicherungen hervorrufen, was das Einlassen auf die Mutterschaft erschwert. Zudem sind vor allem psychisch erkrankte, bindungsunsichere und -desorganisierte Frauen gefährdet, durch Ängste, körperlichen und seelischen (Umstellungs-) Stress, stärker aus dem Gleichgewicht zu geraten (vgl. Krens/Krens 2006, S. 35

f.). Ihren emotionalen Krisen, aber auch den häufigen Unregelmäßigkeiten des Herz- und Pulsschlages, der Zwerchfellbewegung und der Uterusspannung bei Substanzintoxikation und -entzug, ist gleichsam das Ungeborene ausgesetzt. Es beginnt bereits pränatal, die Gefühlsqualitäten der Mutter durch ihre physischen und hormonellen Veränderungen einzuordnen (vgl. Sobot 2009, S 225; Arenz-Greiving 1994, S. 30). Die irritierenden Umschwünge, die das Ungeborene während der eigenen Überwältigung durch Überflutung und Entzug der psychotropen Substanzen erleben muss, kann „...in der Konsequenz nur zu einer großen späteren Desorganisation im postnatalen Bindungsverhalten des Säuglings führen“ (vgl. Sobot 2009, S. 226).

5.3.2 Fehlende bindungstiftende Kontakte

Fehlende oder mangelhafte emotionale Zuwendung und Fürsorge können Säuglinge krank machen und sogar lebensgefährlich sein. Dies wurde durch mehrere empirische Studien, so beispielsweise durch Spitz 1974; Bowlby 1952; Ribble 1938 und Fries 1936, belegt (vgl. Amendt/Schwarz 1990, S. 87). Besonders die ersten Minuten nach der Entbindung sind außerordentlich wichtig für den Aufbau der frühen Mutter-Kind-Bindung (vgl. Sobot 2009, S. 231). Wenn aber medizinische Versorgungsmaßnahmen des Kindes aufgrund einer Entzugssymptomatik notwendig werden, fehlen den stark fürsorgebedürftigen Kindern die (ersten) bindungsrelevanten Kontakte und die Nähe der Mutter. Auch das beziehungsstiftende Gestilltwerden wird der Säugling bei mütterlichem Substanzkonsum entbehren müssen, da jegliche Suchtmittel und Substitute in die Muttermilch gelangen und den Müttern daher vom Stillen abgeraten wird (vgl. Berthengi 1997, S. 111 f.).

5.3.3 Fehlende Feinfühligkeit und emotionale Fürsorge

Ein Kind wird bereits pränatal durch seine umgebenden Bedingungen geprägt. Wenn es psychologische und physiologische Reaktionen der Mutter auf Rauschstoffe, Spannungen und Stress miterlebt, wird bei ihm schon früh die „...unbewußte Einstellung [...] Welt und Leben seien unsichere Angelegenheiten, denen man nicht <trauen> könne“ (Amendt/Schwarz 1990, S. 68), also ein mangelndes

Urvertrauen angelegt. Der mütterliche Stress überträgt sich auf das ungeborene Kind, was zu postnataler Stresssensibilität, Reizoffenheit, Übererregbarkeit, Hyperaktivität und schlechter Beruhigbarkeit führen kann. Daher besteht bei ihm ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Sicherheit bietender, liebevoller Zuwendung durch fürsorgliche Bezugspersonen (vgl. Sobot 2009, S. 212 f.). Die oftmals belastenden Erfahrungen der eigenen Kindheit haben bei suchterkrankten Eltern jedoch das eigene Urvertrauen erschüttert, Selbstgefühl und Selbstwahrnehmungsfähigkeiten sind gestört. Aufgrund dessen und durch Abwehrstrategien, wie Verdrängung, emotionale Verschlussenheit und Flucht in Drogen, sind das empathische Einfühlungsvermögen und die Fähigkeiten, feinfühligem Austausch anzubahnen, emotionale Nähe und Geborgenheit herzustellen, stark eingeschränkt (vgl. ebd., S. 232).

Kinder mit schwächerer Orientierungsreaktion und höherer Irritabilität haben selbst bei feinfühligem Pflegeverhalten Probleme, eine sichere Bindung (mit-)zu entwickeln. Kommen pränatal substanzexponierte Kinder zudem mit geringerer Interaktionsfähigkeit oder schlimmstenfalls mit schmerzhafter Entzugssymptomatik zur Welt, wird ihr natürliches Vermögen, mit Zufriedenheit auf fürsorgliche Pflege zu reagieren, weniger stark ausgeprägt sein (vgl. Brisch 2008, S. 49). Ihr desorientiertes Verhalten provoziert bei den unsicheren und schuldbelasteten Müttern desorientiertes Bindungsverhalten, kann schlimmstenfalls vergangene Traumata reaktivieren und eine intergenerative Weitergabe gestörter Bindungsentwicklungen initiieren (vgl. Sobot 2009, S. 237; Brisch 2007, S. 169). In dieser Situation wäre ein verständnisvolles, wissensgeleitetes und willensgesteuertes Fürsorgeverhalten vonnöten, um Interaktionsstörungen entgegenzusteuern, „...die weit über die intuitive elterliche Kompetenz hinausgehen“ (Sobot 2001, S. 89). Suchtbelastete Mütter kommen hier schnell an ihre Grenzen, geraten in Stress und lösen dadurch beim Kind zusätzlichen Stress und Angst aus. Es kann in dieser Situation nicht durch seine Bezugsperson beruhigt werden, weshalb sich keine positiv rückwirkenden Fürsorgescheifen entwickeln können und einer desorganisierten Bindungsentwicklung Vorschub geleistet wird (vgl. Sobot 2009, S. 238).

Zusätzliche Störfaktoren entstehen direkt durch die Suchtmittelleinnahme. Stehen die Eltern während des Umganges mit ihren Kindern unter Drogen, sind beispiels-

weise berauscht, euphorisiert, sediert, emotional distanziert, psychotisch, paranoid oder aggressiv, sind ihre intuitiven elterlichen Fähigkeiten erheblich reduziert. Gleichzeitig erfährt das Kind im gemeinsamen Austausch „... ein [...] unsicheres, konfuses Erfahrungsmuster, welches sich eher an den Substanz-induzierten Zuständen der Betreuungsperson orientieren muss, als an deren ‚Grundstimmungen‘. Interaktionen werden dadurch undurchschaubar und sind schlecht einzuordnen“ (Sobot 2001, S. 108). Ist die elterliche Grundstimmung zudem durch psychische Komorbiditäten belastet, beeinträchtigt dies zusätzlich die Qualität der Beziehungserfahrungen und die sozio-emotionale Entwicklung des Kindes (vgl. ebd., S. 109). Sind die Eltern „... gefühlsarm, gefühlkalt emotional blockiert, depressiv oder ängstlich, kann es zu einer eingeschränkten Ausbildung des Affektlebens [des Kindes] kommen oder zur Übernahme von Fremdaffekten [...], die von den Bezugspersonen nicht offen gelebt werden können, aber als subtile Spannungszustände [...] weitergegeben werden...“ (Petzold 1995 zit. n. Sobot 2001, S. 109).

Häufig leiden Kinder aus suchtblasteten Elternhäusern unter einem Mangel an seelischer Fürsorge (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 27). Arnold und Steier ermittelten in ihrer Studie 1997 eine emotionale Unterversorgung mit einhergehendem eingeschränktem Urvertrauen bei 73% der untersuchten Kinder. Schwere Beziehungsstörungen und Deprivation⁵ wurden bei 18% und emotionale Entwicklungsdefizite bei 50 % festgestellt (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 14). Zu emotionaler Deprivation von Kindern kommt es beispielsweise durch eine totale Abschirmung während der Drogeneinnahme der Eltern, wenn sie kommunikativ und emotional sich selbst überlassen - also vernachlässigt - werden (vgl. Sobot 2001, S. 107). In der Studie von Scheib und Steier 1998 wurde die affektiv-emotionale Versorgungssituation von 84 Kindern von 60 substituierten opiatabhängigen Eltern erfragt. Es zeigte sich, dass 10,7% der Kinder nicht durchgängig und 16,6% nicht durch ein Elternteil, sondern durch andere Personen emotional versorgt wurde.

⁵ Deprivation ist die Bezeichnung für den Mangel an zureichender körperlicher und emotionaler Zuwendung, die besonders in den ersten Lebensjahren zur Säuglingsdepression, psychomotorischer Entwicklungsverzögerung (insbesondere der Sprachentwicklung und des psychosozialen Verhaltens) oder zu psychischem Hospitalismus führen kann (vgl. Psyhrembel 1998, S. 333).

Emotionale Hauptbezugsperson war bei nur 51,2% der Kinder die Mutter (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 95).

5.3.4 Diskontinuitäten und Gewalt

Wie bereits im Kapitel 5.1. beschrieben, sind Kinder suchtselasteter Familien durch Umstände wie Haft, medizinische (Not-) Versorgungen, Fremdunterbringungen und wechselnde Paarbeziehungen häufiger Trennungen ausgesetzt. In Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand wirken diese auf die Bindung verunsichernd und destabilisierend und lösen Verlustängste aus. Fehlt im neuen Umfeld eine warmherzige und zuverlässige „neue“ Bezugsperson, kann dies zu Traumatisierungen des Kindes führen (vgl. Sobot 2001, S. 23). Nair et al. (1997) belegten, dass 43,4% der Kinder von 152 drogenabhängigen Müttern bis zum 18. Lebensmonat eine Umstellung der Hauptbezugsperson erleben mussten (vgl. Klein 2006, S. 15). Das bedeutet für Säuglinge und kleine Kinder eine extreme Belastung, da sie „...weder über die emotionalen noch die kognitiven Ressourcen verfügen, mit einem existenziellen Verlust umzugehen“ (AG Zero to Three 1999 zit. n. Sobot 2001, S. 22).

Ein Forschungsprojekt von Klein, Moesgen et al. 2015, in der die Lebenssituation von 529 Kindern drogenabhängiger Eltern (aus Sachsen) durch die Analyse von 306 Fallakten erfasst wurde, ergab, dass nur 52,9 % der Hauptbezugspersonen einen Partner hatten, was eine Trennungssituation vom anderen Elternteil impliziert. Der aktuelle Lebensgefährte war davon lediglich in 23,4 % Familien der biologische Elternteil aller Kinder. Dass dieser Elternteil mindestens eines Kindes war, traf in 40,1 % der Fälle zu (vgl. Klein/Moesgen/Dyba/Urban 2015, S. 24). Ein belastender Wechsel der Bezugspersonen und diskontinuierliche Wohnsituationen wurde auch durch die hohe Anzahl von Fremdunterbringungen dieser Kinder von 34,9% (davon 32,6 % in Jugendhilfeeinrichtungen, 26,6% bei Verwandten, 21,7% in Pflege- und 8,7% in Adoptivfamilien, 14% nicht angegeben) belegt. Bei 41 Familien (13,4%) erfolgte - zumeist wegen Nichteinhaltung jugendamtlicher Auflagen - aufgrund einer Gefährdungssituation eine Inobhutnahme eines oder mehrerer Kinder (vgl. ebd., S. 25).

Die Ergebnisse dieser Fallgruppe lassen primär Rückschlüsse auf Konsumenten illegaler Drogen zu. Crystal Meth war hier die hauptkonsumierte Droge, jedoch wurde bei 56,7 % mindestens eine weitere illegale Substanz (Cannabis, Ecstasy, Opioide, Amphetamine, Kokain, Halluzinogene, Sedativa und Hypnotika) oder Alkohol missbräuchlich konsumiert (vgl. ebd., S. 22 f.). „Die Zahl der Fremdplatzierungen ist bei Kindern von Alkoholabhängigen mit 13,3% deutlich geringer als bei Kindern drogenabhängiger Eltern, wo oft Quoten über 50% erreicht werden“ (Klein 2008, S. 118), wobei seit der Ausweitung der Substitutionstherapie die Fremdplatzierungen abgenommen haben (vgl. Klein 2006, S. 10). Klein und Zobel (1999) erforschten die Erfahrungen von Kindern aus zumeist alkoholbelasteten Familien durch retrospektive Befragungen. Insgesamt 434 junge Erwachsene aus Rheinland Pfalz wurden unter anderem zur empfundenen Fürsorge (Beistand/Trost) der Eltern, zu ihrem Verhältnis zu diesen sowie dem Familienklima befragt und die Ergebnisse der ehemals suchtblasteten und unbelasteten Kinder miteinander verglichen. Diese Studie belegt, dass „...Kinder in suchtblasteten Familien öfter eine familiäre Umwelt, die von Disharmonie, Vernachlässigung, Gewalt und Lieblosigkeit geprägt ist“ (Klein/Zobel 2000, S. 10, Herv. entfernt) erleben.

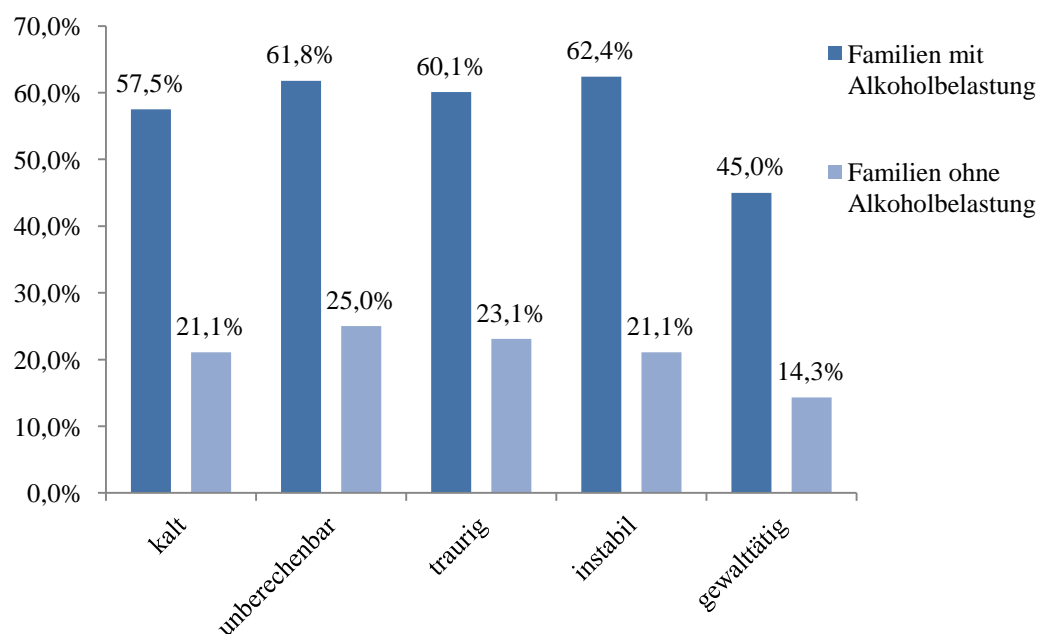


Abbildung 2: Familiäre Atmosphäre in Kindheit und Jugend in Abhängigkeit von der familiären Alkoholbelastung. Grafische Darstellung in Anlehnung an Klein/Zobel 2000, S. 43.

Wie Abbildung 2 verdeutlicht, wurde die familiäre Atmosphäre von ihnen im Vergleich zu Kindern nicht süchtiger Eltern eher als kalt, unberechenbar, instabil und gewalttätig empfunden. Bestätigt wird dies durch die hohen Werte von täglichen oder oft erlebten Gewalterlebnissen: körperlich 32,5% und seelisch 59,0% bei alkoholbelasteten Familien versus 9,1% und 21,7 % bei Familien ohne Alkoholbelastung (vgl. Klein/Zobel 2000, S. 41). Diese Studie lässt folgenden Schluss zu: „...Gewalthandlungen gegenüber dem Kind sind in der Gruppe suchtkranker Eltern gegenüber gesunden Eltern dreifach erhöht“ (Sobot 2001, S. 92).

5.3.5 Bindungsstörungen und Bindungsmuster

Unberechenbar wechselhaftes Elternverhalten fördert die Entwicklung ambivalenter Bindungsmuster. Bei häufigen Gewalterlebnissen durch die Bindungsperson in der frühen Kindheit besteht die Gefahr von Bindungstraumatisierung und der Entwicklung einer desorganisierten Bindung. Die Kinder sind zudem gefährdet, Bindungsstörungen zu entwickeln. Ein typisches Beispiel dafür ist Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung (Parentifizierung) (vgl. Scherwath/Friedrich 2012, S. 54 f.; Brisch 2008, S. 88). Kindliche Bindungsstörungen tragen nicht selten mangelhafte Beziehungsfähigkeit, unsozialeres Konfliktlösungsverhalten und die Tendenz, diese Problematik an eigene Kinder zu übertragen, nach sich (vgl. Scherwath/Friedrich 2012, S. 38). In der Studie von Klein, Moesgen et al. (2015) wurde auch die Methode qualitativer Interviews mit 28 (ehemals) Crystal Meth konsumierenden Eltern zum Verhalten ihrer 55 Kinder durchgeführt. Bei 21,4% der Kinder wurden psychiatrisch auffällige und bei 25% parentifizierte Verhaltensweisen (Verantwortungsübernahme durch Lügen) angegeben (vgl. Klein/Moesgen/Dyba/Urban 2015, S. 34). Durch den Rollentausch versuchen Kinder zudem, das Verhalten ihrer Eltern „berechenbarer“ zu machen. 28,6 % der Eltern gaben an, während der Abhängigkeit ein impulsives und unberechenbares Verhalten gegenüber dem Kind gehabt zu haben (vgl. ebd., S. 31). Ergo ist „...das Hauptproblem suchtkranker Eltern im Erleben ihrer Kinder, [...] ihre Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit[...] ihre Impulsivität, Aggressivität oder Depressivität, (Klein 2014, F. 53). Um ein sicheres Bindungsmuster zu entwickeln, das für die psychische Entwicklung, Gesundheit und Widerstandskraft sowie für

(zukünftiges) Vertrauen in zwischenmenschliche Bindungen ausschlaggebend ist, müssen Kinder aber von Beginn an die Erfahrung machen, sich der Zuneigung und Beständigkeit (zumindest) einer Bezugsperson sicher zu sein. Nicht überraschend sind daher die Ergebnisse der Studie von Cicchetti et al. (1995) über die Bindungsmuster von Kindern psychisch kranker Mütter, bei der in der Kategorie Drogenmissbrauch 85% der Kinder unsichere Bindungsmuster (75% davon ambivalent) verinnerlicht hatten (vgl. Klein 2014, F. 58). Die Bindungsqualität kann sich durch die Interaktionen mit den verschiedenen Bezugspersonen unterschiedlich entwickeln (vgl. Grossmann/Grossmann 2012, S. 447). Bei der Studie von Eiden, Edwards und Leonard 2002 (New York) wurden die kindlichen Bindungsqualitäten von insgesamt 227 Familien ermittelt. In suchtfreien Familien waren 69% der Kinder an die Mutter und 70% an den Vater sicher gebunden. Bei väterlicher Alkoholabhängigkeit waren 59% an die Mutter und 62% an den Vater sicher gebunden und bei den anteilig 119 Familien mit schwerer Alkoholproblematik beider Elternteile waren 30% an die Mutter und 50% an den Vater sicher gebunden. In den doppelt belasteten Elternhäusern waren die Kinder demzufolge öfter an beide Elternteile unsicher gebunden. 30 % dieser Kinder waren an die Mutter desorganisiert gebunden (vgl. Eiden 2013, S. 175).

5.3.6 Der (Selbst-)Wert des Kindes

Eine sichere Bindung ist für die Ausbildung von Selbstvertrauen ausschlaggebend. Die Ermangelung von Wärme und emotionaler Fürsorge (Bindung) mündet in hoher (Selbst-)Unsicherheit der Kinder. Auswertungen der Studie von Arnold und Steier (1997) ergaben zu 21 % deutliche Selbstunsicherheitsanzeichen belasteter Kinder (vgl. Scheib/Steier 1998, S. 14). Der Studie von Klein, Moesgen et al. (2015) lässt sich sogar ein Selbstvertrauensverlust bei 25% der Kinder durch den Drogenkonsum entnehmen (vgl. Klein/Moesgen/Dyba/Urban 2015, S. 34). Auch bei Klein und Zobel (1999) schätzten die Befragten ihr Selbstvertrauen häufiger schwächer ein als dies die Kontrollgruppe tat (51,0% versus 34,8%) (vgl. Klein/Zobel 2000, S. 52).

Kinder, die es nicht erlebt haben, bei ihren Eltern Vorrang zu haben, denen keine zuverlässige Zuwendung zuteilwurde, die in der Beziehung und im Austausch mit ihnen kein Gefühl für Kompetenz entwickeln konnten, Gewalt und Vernachlässigung durch ihre Eltern erlebt haben und sich dieses durch Identifikationsprozesse selber anlasten, zudem wenig ausgleichende Erfahrungen oder Entlastung finden, sind prädestiniert dafür, ein gestörtes Selbstgefühl zu entwickeln und an ihrem Selbstwert zu zweifeln. „Der Wert, den ein Kind sich selbst zubilligt (Selbstwert), ist davon abhängig, wie viel Wert ihm die ihm nahestehenden Familienmitglieder zubilligen“ (Sobot 2001, S. 114).

Nur durch die Bereitschaft substanzabhängiger Eltern (für ihr Kind) von der Droge abzuweichen kann sich - in Anbetracht sämtlicher benannter Gefahrenquellen - die Bindung zwischen ihnen verbessern. Umgekehrt begünstigt eine Stärkung der elterlichen Fähigkeiten auch deren Abstinenz. Denn eine befriedigende Beziehung zum Kind kann sukzessiv die Aktivierung des Belohnungssystems durch die Droge als „... unbelebtes Substitut einer Bindungsfigur“ (Zimmer-Höfner/Kooyman zit. n. Trost 2013, S. 133) ersetzen. „Alle Suchtmittel bewirken eine affektive und kognitive Zustandsveränderung [...] und alle bewirken eine Stimulation des Belohnungssystems“ (Schindler 2013, S. 21). Nach Panksepp (1998) bergen besonders Opiate das Potential, dasselbe Wohlbefinden wie durch das Erleben sicherer Bindung und sozialer Geborgenheit auszulösen. Sie bedienen sich dabei derselben neuralen Verbindungen wie das Bindungssystem und „besetzen“ es dadurch (vgl. Schindler 2013, S. 21; dazu auch Zeibig 2016).

So kann die Droge eine Bindungsersatzfunktion der selbst hochunsicher gebundenen Eltern eingenommen haben, weshalb eine therapeutische Behandlung der Eltern mit korrigierenden therapeutischen Beziehungserfahrungen für eine dauerhafte Suchtentwöhnung von Relevanz sein dürfte (vgl. Schindler 2013, S. 22, 26).

Auch die Bearbeitung ungelöster traumatischer (Kindheits-)Erfahrungen kann notwendig sein, um alte Bindungs- und Verhaltensmuster aufzubrechen, intuitive elterliche Kompetenzen zu entfalten und eine transgenerative Wiederholung bindungszerstörender Erlebnisse zu beenden (vgl. Brisch 2013, S. 173).

6 Fazit

Die Darlegungen dieser Arbeit zeigen Zusammenhänge zwischen Suchterkrankungen von Eltern und der Erziehungsfähigkeit bzw. Bindung in Familien auf. Es werden Risiken, die in Suchterkrankungen für Erziehungsfähigkeit und für die Entwicklung der Bindung zwischen Eltern und Kindern liegen, veranschaulicht. Im Zusammenhang mit Suchtproblemen bestehen in mehreren Lebensbereichen - Gesundheit, Bildung, Erwerbstätigkeit, materielle, emotionale und soziale Ressourcen - Unterversorgungslagen, die die Lebenssituation dieser Familien bestimmen und die Rahmenbedingungen für die Elternsorge vorgeben. Zudem wird deutlich, dass sich belastende Kindheitserfahrungen suchterkrankter Eltern auf deren Erziehungsfähigkeit niederschlagen, da sich hierdurch Schwierigkeiten für die Entwicklung der eigenen Elternrolle und somit dem Vermögen, Verantwortung für ein Kind zu tragen, ergeben. Wie diese Arbeit darlegt, liegen der Fähigkeit ein Kind förderlich zu erziehen, vor allem spezielle persönliche Kompetenzen und das Kind berücksichtigende Einstellungen zugrunde, die durch Substanzeinnahme beeinträchtigt werden. Ein weiteres Augenmerk muss auf psychische Begleiterkrankungen suchtkrankter Eltern gerichtet werden, da diese sehr oft auftreten und zusätzliche Gefahrenquellen für die Kinder dieser Familien enthalten. Schwierigkeiten für die Entwicklung der Bindung zwischen Eltern und Kindern liegen oft schon in der pränatalen Zeit begründet und setzen sich postnatal durch fehlende bindungsstiftende Kontakte, Feinfühligkeit und emotionale Fürsorge fort. Unter diesen Voraussetzungen und unter Einwirkung zusätzlicher Belastungen entwickeln Kinder häufig unsichere Bindungsmuster oder Bindungsstörungen. Die Kinder sind unabhängig von der Abhängigkeitsform ihrer Eltern (legal oder illegal) unterschiedlichsten Entwicklungsrisiken ausgesetzt. Sind Eltern von illegalen Drogen abhängig, erhöhen sich durch die suchtspezifischen Folgen (Fremdplatzierungen, Destrukturierung des Alltags, Kriminalität) für diese Kinder zusätzlich die Gefahrenpotentiale. Schlussfolgernd haben die Eltern, um ihrer elterlichen Verantwortung gerecht werden zu können, einen hohen Unterstützungs- und (Entwöhnungs-)Therapiebedarf, dessen Nutzung entscheidend dafür sein kann, ob die Eltern in der Lage sind, die Bedürfnisse ihres Kindes zu realisieren

und ihnen Priorität einzuräumen. Aus der Literaturanalyse herausgearbeitete Aussagen zur Auswirkung von Suchterkrankungen auf Bindung und Erziehung werden mit Ergebnissen einzelner Studien begründet. Für die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik ist es empfehlenswert, die Forschungsergebnisse weiterer Studien zu berücksichtigen. Besonders im amerikanischen Raum wurden zum Bindungs- und Erziehungsverhalten suchtkranker Eltern viele relevante Studien durchgeführt. Zudem könnten Analysen von Bindungsrepräsentationen (noch) kinderloser Abhängiger aufschlussreich sein. Im Gegensatz zur Ermittlung von Erziehungsproblematiken sind Untersuchungen zur Bindungssituation zwischen suchtkranken Eltern und ihren Kindern im deutschsprachigen Raum selten. Bindungstheoretisch basierte Forschungsbeiträge zu kindlichen Bindungsmustern, die sich an dem standardisierten Verfahren von Ainsworth orientieren, wären wünschenswert, da hierdurch einheitlichere Rückschlüsse gezogen werden könnten, als durch den Einsatz unterschiedlicher Indikatoren. Auch (suchtspezifische) Langzeitstudien zu den Lebens- und Entwicklungsbedingungen und -risiken von Kindern suchtkranker Eltern wären sinnvoll, um daraus Ableitungen für die Förderung sicherer Eltern-Kind-Beziehungen, kindlicher Entwicklungsverläufe und notwendiger Unterstützungsleistungen der Familien zu treffen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Wissenschaftliche Literatur:

Amendt, Gerhard; Schwarz, Michael (1990): Das Leben unerwünschter Kinder. Bremen: Universität Bremen

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

Baudis, Rainer (1995): Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit oder Der Goldene Vogel. 2. Aufl. Karlsruhe: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht

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

Bowlby, John (2011): Bindung: Historische Wurzeln. In: Spangler, Gottfried, Zimmermann, Peter (Hg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 17-26

Bretherton, Inge (2011): Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler, Gottfried, Zimmermann, Peter (Hg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 27-49

Brisch, Karl Heinz (2007): Prävention von emotionalen und Bindungsstörungen. In: Waldemar von Suchodoletz (Hg.): Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, S. 167-177

Brisch, Karl Heinz (2008): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta

Brisch, Karl Heinz (2013): Schütze mich, damit ich mich finde. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob; Besser Lutz U., Kühn Martin, Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 150-166

Broich, Karl Heinz (1994): Kinder in der ambulanten Suchtkrankenarbeit. Projekt Kinderseminar. In: Arenz-Greiving, Ingrid; Dilger, Helga (Hg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. 2. Aufl. Breisgau: Lambertus, S. 111-127

Davison, Gerald C.; Neale, John M.; Hautzinger, Martin (2007): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. 7. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz

Dettenborn, Harry; Walter, Eginhard (2002): Familienrechtspsychologie. München: Reinhardt

Eiden, Rina D. (2013): Zur Bindungssicherheit von Alkoholikerkindern. Eine Längsschnittstudie und ihre Relevanz für Intervention und Behandlung. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.): Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 171-193

Fremmer-Bombik, Elisabeth; Grossmann, Klaus E. (1997): Über die lebenslange Bedeu-

tung früher Bindungserfahrungen. In: Petzold, Hilarion G. (Hg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung – Bd. 1., 2. Aufl. Paderborn: Junfermann, S. 83-110

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

Held, Andrea (1994): Kind-Sucht-Eltern. Elternarbeit – Vom Erstkontakt zum Elternabend. In: Arenz-Greiving, Ingrid; Dilger, Helga (Hg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. 2. Aufl. Breisgau: Lambertus, S. 78-87

Indelkofer, Wolfgang (1994): Schwangere, Alleinerziehende und Paare mit Kindern in der stationären Entwöhnungsbehandlung. In: Arenz-Greiving, Ingrid; Dilger, Helga (Hg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. 2. Aufl. Breisgau: Lambertus, S. 175-183

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

Klein, Michael (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention – Hilfen. Stuttgart: Schattauer, S. 114-127

Kleinemeier, Eva (2004): Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian (Hg.): Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme, S. 11-21

Krausz, Michael (2004): Zwischen Mystik und Evidenz – zum Stand der Modellbildung in der Suchtforschung. In: Krausz, Michael; Haasen, Christian (Hg.): Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme, S. 1-10

Krens, Inge; Krens, Hans (2006): Beziehungsraum Mutterleib. Annäherungen an eine Psychologie der vorgeburtlichen Entwicklung. In: Krens, Inge; Krens, Hans (Hg.): Risikofaktor Mutterleib. Zur Psychotherapie vorgeburtlicher Bindungsstörungen und Traumata. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 15-53

Küfner, Heinrich; Metzner, Cornelia (2011): Drogenmissbrauch und –abhängigkeit. In: Wittchen Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 716-739

Lang, Thomas (2013): Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In: Lang, Birgit; Schirmer, Claudia; Lang, Thomas u.a. (Hg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 187-217

Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe

Lenzen, Hans (1994): Hilfen für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern. Erfahrungsbericht des Projekts Iglu in Hamburg. In: Arenz-Greiving, Ingrid; Dilger, Helga (Hg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. 2. Aufl. Breisgau: Lambertus, S. 128-

Papousek, Mechthild (2011): Verwundbar, aber unbesiegbar – Ressourcen der frühen Kommunikation in Eltern-Säugling-Beratung und Psychotherapie. In: Hellbrügge, Theodor, Schneeweiß, Burkhard (Hg.): Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken. Grundlagen der Früh-Rehabilitation. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 69-92

Pragst, Fritz; Hastedt, Martin; Krumbiegel, Franziska (2014): Haaranalysen zur Klärung von Drogen- und Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft (Teil 1). In: Stachowske, Ruthard (Hg.): Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen. Jg. 12. Heft 3. Kröning: Asanger, S. 52-61

Scheib, Hermann; Steier, Michael (1998): Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe. Frankfurt am Main: ISS-Eigenverlag

Scherwath, Corinna; Friedrich, Sibylle (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München: Ernst Reinhardt Verlag

Schildbach, Beate; Loher, Inge; Riedinger, Nicola (2011): Die Bedeutung emotionaler Unterstützung und Zufriedenheit bei der Bewältigung von intellektuellen Anforderungen. In: Spangler, Gottfried, Zimmermann, Peter (Hg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 249-264

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

Schöneberg, Frauke (2014): Psychiatrische Komorbidität bei Drogenabhängigen als Risikofaktor für die Erziehungsfähigkeit. In: Stachowske, Ruthard (Hg.): Trauma - Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen. Jg. 12. Heft 3. Kröning: Asanger, S. 26-38

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

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

Stachowske, Ruthard (2009): Drogen, Schwangerschaft und die Entwicklung der Kinder. In: Stachowske, Ruthard (Hg.): Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Die Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. 2. Aufl. Kröning: Asanger, S. 33-126

Strausfeld, Pia (1994): Mutter-Kind-Therapie in einer Klinik für suchtkranke Frauen. In: Arenz-Greiving, Ingrid; Dilger, Helga (Hg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. 2. Aufl. Breisgau: Lambertus, S. 161-174

Tammen, Britta (2009): Kindeswohl in suchtkranken Familiensystemen. In: Stachowske, Ruthard (Hg.): Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Die Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. 2. Aufl. Kröning: Asanger, S. 261-290

Trost, Alexander (2013): Drogenabhängige Mütter und ihre Säuglinge. Interaktionsverhalten und Einstellungen. In: Brisch, Karl Heinz (Hg.): Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 110-137

Sonstige Quellen:

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015): Situation in Deutschland. (<http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/situation-in-deutschland.html>; verfügbar am 28.09.2016)

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.) (2013): Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 4 (http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_4_Drogen.pdf, verfügbar am 15.09.2016)

Döring, Frank (2012): Familiendrama in Leipzig-Gohlis: Mutter starb an Drogen-Mix aus Heroin und Kokain (<http://www.lvz.de/Leipzig/Lokales/Familiendrama-in-Leipzig-Gohlis-Mutter-starb-an-Drogen-Mix-aus-Heroin-und-Kokain>, verfügbar am 01.10.2016)

Dyba, Janina; Klein, Michael; Moesgen, Diana (2015): Crystal und Familie. Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder. (Dyba_Klein_Moesgen_CM_Familie_Ergebnisse_Aktenanalyse_Fokusgruppen.pdf, verfügbar am 03.10.2016)

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich u.a. (Hg.) (2015): Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In: American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe, S. 661-810

Gedächtnisprotokoll: Vortrag Fischer, Kirsten (26.10.2016): Pädagogisches Handeln zur Förderung von Lebenskompetenzen und Resilienzen betroffener Kinder. Gehalten auf der Fachtagung Suchtbelastung in der Schwangerschaft und die Folgen für betroffene Kinder. Eine Veranstaltung des Netzwerkes präventiver Kinderschutz und Frühe Hilfen.; Landratsamt Mittelsachsen

Gedächtnisprotokoll: Vortrag Kluge, Rainer (26.10.2016): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das (ungeborene) Kind aus medizinischer Sicht. Gehalten auf der Fachtagung Suchtbelastung in der Schwangerschaft und die Folgen für betroffene Kinder. Eine Veranstaltung des Netzwerkes präventiver Kinderschutz und Frühe Hilfen.; Landratsamt Mittelsachsen

Klein, Michael; Zobel, Martin (2000): Abschlussbericht zum Projekt Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien (1996-1999) im Auftrag des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. (<https://www.edoweb-rlp.de/resource/edoweb%3A3273754/data>; verfügbar am 27.10.2016)

Klein, Michael (2013): Seminar 1165: Umbau, Neubau, Renovierung? Das deutsche Suchthilfesystem auf dem Prüfstand. (http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Lehrende/Koeln/Klein/Manu_Suchthilfesystem_MK_220513k-1.pdf, verfügbar am 21.09.2016)

Klein, Michael (2014): Inklusion und ... Kinder suchtkranker und psychisch kranker

Eltern. (http://www.kathonrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Downloads/Dueren_110214_Vortrag_MK_.pdf, verfügbar am 03.10.2016)

Klein, Michael; Dyba Janina; Moesgen Diana; Urban, Alice (2015): Crystal Meth und Familie –Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Projektlaufzeit vom 01. Oktober 2014 bis 31. Oktober 2015. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Forschungsberichte/CrystalMeth_und_Familie_Abschlussbericht_20160222.pdf, online verfügbar am 27.10.2016)

Psychrembel (1998): Klinisches Wörterbuch. 258. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter

Soyka, Michael; Baumgärtner, Gerd (2015): Problematischer Begriff des Schweregrades in der Neuauflage des DSM. Schweregradeinteilung für Suchterkrankungen im neuen DSM-5. (<http://www.sanp.ch/docs/sanp/2015/02/en/sanp-00314.pdf>, verfügbar am 21.09.2016)

Walter, Eginhard (2015): Erziehungsfähigkeit und Veränderungsfähigkeit von Eltern einschätzen und bewerten. Möglichkeiten und Grenzen. (http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/bb2.a.5723.de/Dr.%20Eginhard%20Walter_Erziehungsfa%CC%88higkeit.pdf, verfügbar am 13.09.2016)

Zeibig, Daniela (2016): Hirnforschung. Drogen verändern unsere Reaktion auf süße Babys (<http://www.spektrum.de/news/drogen-veraendern-unsere-reaktion-auf-suesse-babys/1423920>, verfügbar am 10.11.2016, darin enthalten auch die Studienergebnisse unter: http://www.ecnp-congress.eu/programme/provisional_programme.aspx?_escaped_fragment_=sessionid-05413_abstractid-8293#!sessionid-05413_abstractid-8293)

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Mittweida, den 16. 12. 2016

Tanja Wett