

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 30 (2004)
Heft: 6

Artikel: Die Kinder suchtkranker Eltern
Autor: Rühl, Anne-Kathrin
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800586>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Kinder suchtkranker Eltern

Kinder von suchtkranken Eltern sind besonders schwierigen Lebensbedingungen ausgesetzt, die zu Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung führen können. Mit sozialräumlichen Hilfestellungen und Massnahmen zum Abbau von Stigmatisierungen kann die schwierige Situation der Betroffenen nachhaltig verbessert werden.

ANNE- KATHRIN RÜHL*

Sowohl für den Zeitraum der Schwangerschaft, als auch für das Aufwachsen der Kinder bei ihren suchtkranken Elternteilen hat sich herauskristallisiert, dass der Grossteil der Schädigungen, Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten weniger direkt auf den Heroin-, Kokain- oder Crackkonsum der Mutter während der Schwangerschaft zurückzuführen sind, sondern vielmehr auf die zusätzliche Einwirkung von anderen Drogen auf den Fetus, die meist sehr schlechten Lebensbedingungen der schwangeren Frauen und die sehr angespannte At-

mosphäre in den Familien der Kinder. Im Folgenden möchte ich die Lebensbedingungen für die Kinder und ihre suchtkranken Eltern skizzieren und auf die Bedeutung von sozialräumlicher Unterstützung hinweisen.

Die verspätete Wahrnehmung der Schwangerschaft

Ein Grossteil der Frauen erfährt erst sehr spät, häufig erst nach der 14. Woche, von der Schwangerschaft¹. Die Gründe für dieses Phänomen liegen in erster Linie in den durch den Drogenkonsum verursachten Unregelmässigkeiten und im Ausbleiben der Regelblutung. Dem Glauben verfallen, nicht mehr schwanger werden zu können und unter dem Druck, möglichst hohe Geldbeträge durch die Prostitution zu erzielen, verhüten viele der Frauen nicht. Bei andauerndem Heroingebrauch ist zudem die sexuelle Lust der Frauen geringer. In Phasen, in welchen die Frauen weniger Heroin konsumieren oder aber entziehen, gehen in der Regel die Fruchtbarkeitsstörungen und die Störungen im Sexualempfinden zurück². Gleichzeitig besitzen die schwangeren, suchtkranken Frauen aufgrund der Störungen ihrer Regelblutung keinen frühzeitigen Indikator für eine mögliche Schwangerschaft. Hinzu kommt, dass unter den körperlichen Extremzuständen durch Substanzzufuhr und -entzug, durch den massiven Finanzierungs- und Beschaffungsstress und infolge von Verdrängungsmechanismen die Empfindsamkeit für die körperlichen Signale einer Schwangerschaft herabgesetzt ist. Obwohl die Konfrontation der schwangeren, suchtkranken Frauen mit ihrer Schwangerschaft anfangs nicht selten auch Verdrängungsmechanismen und Ablehnung gegenüber dem neuen Umstand hervorruft, entscheiden sich dennoch viele für ihr Kind. Trotz oder auf-

grund ihrer meist katastrophalen Lebenssituation erhoffen sich die Frauen mit dem Kind ein geregeltes Leben, einen Ausstieg aus der Sucht, aber auch Liebe und Geborgenheit – Gefühle, die ein Grossteil der Frauen in den Herkunftsfamilien und auf der Szene nicht erlebt hat.

Die Verweigerung des Kontaktes zum Hilfesystem

Die Frauen sind in der Regel in ihre Lebenssituation verstrickt und der Weg in ein neues Leben ist für sie nur schwer zu erkennen. Der Ausstieg aus der Sucht und die Vorbereitung auf ein geregeltes Leben mit dem Kind erfordern von der Mutter und gegebenenfalls vom Vater eine Auseinandersetzung mit sich selbst und eine Veränderung der desolaten Lebenssituation. Beides ist ohne Hilfe jedoch nur schwer zu leisten. Aus Angst vor einer Kindeswegnahme, einer Stigmatisierung aber auch durch massive Schuldgefühle scheuen die Mütter jedoch häufig ein offenes Bekenntnis zu ihrer Problematik und sind somit vom Hilfesystem ausgeschlossen. Neben der psychosozialen Unterstützung fehlt es ihnen vor allem an lebenspraktischen Hilfestellungen, um eine befriedigende Ausgangssituation für sich und das Kind zu schaffen. Dazu gehören beispielsweise die Organisation eines Substitutionsplatzes bei bestehender Heroinabhängigkeit, Akupunktur zur Linderung des Suchtdruckes, Sicherung von Übernachtungsmöglichkeiten und Beschaffung von angemessenen Wohnraum, finanzielle Unterstützung für den Lebensunterhalt und die Babyausstattung sowie Gesundheits- und Ernährungsberatung. Durch die verspätete Wahrnehmung der Schwangerschaft ist die Zeit zur Selbsthilfe relativ knapp, wodurch unter Umständen eine Überforderung für die Mütter

* Anne-Kathrin Rühl, Studium der Erziehungswissenschaft an der Universität Hamburg. Halbjahrespraktika in der ambulanten Therapieeinrichtung Palette Bartelsstraße des Trägers Palette e.V. und im Drogenkonsumraum FixStern des Trägers freiraum e.V.. Anfertigung einer Diplomarbeit zum Thema «Kinder suchtkranker Eltern». Kontaktadresse: Ludwigstraße 11, 20357 Hamburg. Tel. 0049 (0) 40 401 85 422. E-Mail: anne-kathrin.ruehl@web.de.

erwächst – insbesondere auch dann, wenn sie keine anderweitige Unterstützung durch Angehörige erhalten.

Mit einem neuen Umstand im alten Leben

Nicht selten kehren die Frauen wieder zu den ihnen vertrauten Lösungsmustern zurück und steigern ihren Drogenkonsum³. Die Schwangerschaft gestaltet sich dementsprechend unter den Lebensbedingungen der Illegalität: schlechte Wohnsituation bzw. Obdachlosigkeit, Strassenprostitution, Beschaffungsstress, erhöhtes Infektionsrisiko, Unterernährung, Mangelercheinun-

Ungeborene übertragen. Bei regelmäßigem Konsum wird das Ungeborene auf diesem Wege an einer Stoffzufuhr gewöhnt und entwickelt so eine «passive» Abhängigkeit⁴. Bei Dosissenkung des konsumierten Stoffes treten beim Ungeborenen Entzugssymptome auf – noch bevor die Mutter den Entzug wahrnimmt. Ein erhöhter Adrenalin-gehalt im Fruchtwasser, aber auch heftige, krampf- und ruckartig erscheinende Bewegungen werden in diesem Zusammenhang als Entzugssymptome des Kindes gedeutet⁵. Die Entzugsphasen der Mutter können auch den Tod des Kindes im Mutterleib bewirken⁶. Mit der Geburt des Kindes wird die

die Feststellung der Intensität des Heroinkonsums während der Schwangerschaft nur auf der nachträglichen subjektiven Wahrnehmung der Mütter beruhen kann. Methadon baut sich im Vergleich zu Heroin im Körper langsamer ab, woraus sich diesbezüglich ein längerer und schwererer Entzug für das Neugeborene ergibt.

Die Symptome bei kokainexponierten Kindern

Manche Autoren beschreiben, dass bei kokainexponierten Kindern ebenfalls Entzugssymptome auftreten⁸. Bei diesen Entzugssymptomen kann es sich



gen, schlechter Gesundheitszustand, unregelmässiger Tag/Nacht- Rhythmus, wenig Schlaf. So bleibt nur wenig Gelegenheit, sich mit den Bedürfnissen des Ungeborenen und einer weiteren gemeinsamen Zukunft auseinander zu setzen. Gesundheitsvorsorgen, schwangerschaftsbegleitende Kurse etc. sind unter diesen Umständen nur noch schlecht in den Alltag integrierbar und werden nicht regelmässig wahrgenommen. Teilweise tritt die Suchterkrankung der Mutter erst bei der Entbindung im Krankenhaus zu Tage. Einige Mütter versuchen selbst diesen Weg durch heimliche Geburten zu umgehen.

Die Substanzgewöhnung im Mutterleib

Alle Drogen, die eine Mutter während ihrer Schwangerschaft konsumiert, werden über die Plazenta direkt auf das

Stoffzufuhr zwangsläufig unterbrochen, worauf das Neugeborene wieder mit Entzugerscheinungen (Neonatales Abstinenz-Syndrom = NAS) reagieren kann. Diese Entzugssymptome können nach ihrem Schweregrad wie in Tabelle 1 aufgelistet werden. Das NAS setzt in der Regel innerhalb der ersten Lebenstage ein und hält unterschiedlich lange an. Die Dauer der beobachtbaren Symptome schwankt zwischen 6 Tagen und 8 Wochen; gewisse Auffälligkeiten (z.B. eine Übererregbarkeit) der Kinder halten jedoch unter Umständen trotz medikamentöser Behandlung noch einige Wochen und Monate nach Beendigung des Entzuges an⁷. Ein Zusammenhang zwischen Stärke und Dauer des NAS mit dem Ausmass des mütterlichen Heroinkonsums konnte noch nicht eindeutig bestätigt werden. Dies ist unter anderem auch dadurch begründet, dass

Die Entzugssymptome nach der Geburt – Schweregrade des NAS	
Schweregrad	Symptome
Leicht	• Zittern • Allgemeine Unruhe und Schlaflosigkeit • Hyperaktivität der Reflexe • Erhöhter Muskeltonus • Kratzen an Armen und Beinen • Übermässige Saugversuche • Schrilles Schreien
Mittel	• Trinkprobleme • Erbrechen und Durchfall • Gähnen • Niesen und verstopfte Nase • Schwitzen
Schwer	• Fieber • Krampfanfälle (meist Hinweis auf Mehrfachabhängigkeit)

Tab. 1: Quelle: Vogt, 1996, S.101

jedoch nicht um ein klassisches NAS handeln, da der Konsum von Kokain und seinen Derivaten keine körperliche Abhängigkeit hervorruft. Beobachtete Symptome wie Appetitlosigkeit, Gereiztheit und Nervosität sind daher möglicherweise eher als Reaktionen des Kindes auf die schlechten Bedingungen während der Schwangerschaft zu verstehen und klingen schon nach kurzer Zeit wieder ab.

Opiat- und kokainexponierte Kinder werden überdurchschnittlich häufig zu früh – meist zwei bis drei Monate vor dem errechneten Geburtstermin –

gen, die sich im Mutterleib mit diesen Infektionskrankheiten infiziert haben¹¹.

Weiterhin wird bei opiatexponierten Kindern – auch bei Behandlung des NAS – von einer erhöhten Säuglingssterblichkeit bzw. plötzlichem Kindstod berichtet¹². Ob der mütterliche Opiatkonsum ausschliesslich als Ursache dafür anzusehen ist, muss jedoch auch hier noch geklärt werden. Ein erhöhtes Auftreten von körperlichen Missbildungen bei opiat- und kokainexponierten Kindern, wie es in der Vergangenheit häufig publiziert wur-

und sterile Umgebung auf der Intensivstation und die beschränkte Möglichkeit von Körperkontakt zwischen dem labilen Neugeborenen und der Mutter behindert. Auf eine Mutter/Kind-Interaktion wirkt sich weiterhin erschwerend aus, dass die Babys meist nicht leicht zu beruhigen und seltener in Wachzuständen sind. Wird der Mutter vom Stillen abgeraten, so werden ihr zusätzlich bedeutende Momente für einen Beziehungsaufbau genommen.

Für die Kinder von suchtkranken Müttern folgt in der Regel eine längere



geboren⁹. Viele der Kinder von Müttern, die in ihrer Schwangerschaft Heroin oder Methadon konsumiert hatten, sind so genannte «small-for-date»-Geburten, d.h. sie haben ein geringes Geburtsgewicht¹⁰. Inwieweit diese Phänomene jedoch ausschliesslich direkt auf den Opiatkonsum während der Schwangerschaft zurückzuführen sind, bleibt zu unsicher. Gerade Frühgeburtlichkeit, Untergewicht und Wachstumsverzögerungen können auch Resultat von ungünstigen Lebensbedingungen (Stress, Unterernährung, andere Drogen) im Mutterleib sein. Verschiedene Krankheiten, wie HIV und Hepatitis sind unter den Drogenkonsumierenden sehr verbreitet. Daraus ergibt sich auch bei den Kindern von den Suchtkranken eine überdurchschnittlich grosse Gruppe von Säuglin-

de, kann meines Wissens in aktuellen Untersuchungen nicht mehr bestätigt werden. Auffällig ist lediglich ein geringerer Kopfumfang, der in verschiedensten Untersuchungen gemessen werden konnte¹³.

Schwierigkeiten im Aufbau einer positiven Beziehung

Insgesamt ergibt sich für die Neugeborenen eine zweifache Beeinträchtigung: zum einen durch die Entzugssymptome und ihrer labilen Konstitution, zum anderen durch die sich daraus ergebende Versorgung auf der Intensivstation und die damit verbundene (schnelle) Trennung von der Mutter. Das Zustandekommen einer positiven und stabilen Mutter/Kind-Beziehung wird durch die künstliche

Hospitalisierung – zum einen, um ihren Zustand zu überwachen und zum anderen, um die Mutter/Kind-Beziehung zwecks Gewährung einer Kindesmitnahme beurteilen zu können. Durch das langsamere Abklingen der Entzugssymptome bei Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft mit Methadon substituiert wurden, verlängert sich die Hospitalisierung entsprechend. Für die suchtkranken Mütter, die (sofern die nicht substituiert werden) nicht selten unter den eigenen Entzugserscheinungen zu leiden haben, ruft der Zustand ihres Kindes auch hier wieder heftige Schuldgefühle und eine starke Überforderung hervor. Der Zustand der Überwachung und das Misstrauen, das ihnen unter Umständen vom Krankenhauspersonal entgegengebracht wird, nährt ihr schlechtes

Gewissen zusätzlich. Die Überforderung (Entzugerscheinungen, Schuldgefühle, Beziehungsaufbau) kann Ablehnungsgefühle gegenüber dem Kind bewirken bzw. eine bereits bestehende Ablehnung zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig ist für die Frauen die neue schwierige Situation unter Umständen nur unter dem zusätzlichen Konsum der Drogen zu bewältigen und sie flüchten sich wieder zurück in die Szene – teilweise auch ohne ihr Kind¹⁴.

Ein schwieriger Start in eine gemeinsame Zukunft

Sind die Mütter, nachdem sie das Krankenhaus mit ihrem Kind verlassen haben, suchtkrank und ohne Hilfe, so wird ihnen möglicherweise bewusst, dass eine Elternschaft nicht unbedingt einfach ist. Wenn sie an das Kind die Erwartung geknüpft haben, dass mit ihm alles besser wird, so werden ihre Traumvorstellungen nun wahrscheinlich zerbrechen. Neben ihren eigenen Bedürfnissen müssen sie jetzt zusätzlich für die Bedürfnisse ihres Kindes sorgen – oft auch ohne Partner. Ohne die Inanspruchnahme von Hilfen kann sich die neue Situation mit dem Kind auch hier als Überforderungssituation erweisen, begleitet von der grossen Gefahr wieder in die alten Reaktionsmuster zu verfallen.

Kinder von Suchtkranken wachsen in der Regel in einem Familiensystem auf, das auf das Verhalten des Suchtkranken ausgerichtet ist. Mit zunehmender Verfestigung der Sucht müssen die Kinder aktive Mitarbeit für das Funktionieren des Familiensystems leisten – auch unter Zurückstellung eigener Interessen und des Vollzugs entwicklungsrelevanter Schritte. Durch die Präsenz des suchtkranken Elternteils wird den Kindern die Aufmerksamkeit und Zuwendung entzogen, wodurch sie insbesondere mit ihren emotiona-

len Problemen alleingelassen werden. Die Kinder sind vorerst Opfer, passen sich dann aber dem Beziehungsmustern an und entwickeln sich so zu Aufrechterhaltern des Familiensystems.

Eine Vielzahl von Problemen

Suchtkranke illegalisierter, so genannter «harter» Drogen sind gleichzeitig von verschiedenen anderen Belastungssituationen betroffen, die zu einer verschlechterten finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Situation führen können. Dementsprechend haben ihre Familien nicht nur mit dem Suchtkontext, sondern auch mit einer Vielzahl von anderen Problemen zu tun. Finanzielle Probleme infolge der elterlichen Suchterkrankung führen gegebenenfalls dazu, dass die Kinder hinsichtlich ihrer materiellen und lebensnotwendigen Bedürfnisse (z.B. Nahrung, Windeln oder Spielzeug) nur unzureichend versorgt werden¹⁵. Aufgrund der Ausrichtung des elterlichen Alltags auf die Finanzierung und Beschaffung der Drogen sind ausserdem insbesondere Kinder, die noch nicht schulpflichtig sind, meist einem sehr unregelmässigen Tagesrhythmus ausgesetzt. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die Wohnsituation aufgrund der schlechten Finanzlage sehr eng und notdürftig ist. Inwieweit im Rahmen einer Suchterkrankung die Einhaltung von Ordnung und Hygienestandards geleistet werden kann, bleibt individuell zu hinterfragen.

Vor dem Hintergrund der Kriminalisierung und Stigmatisierung von Drogenkonsumierenden, aber auch aus Angst vor einer Kindeswegnahme leben viele Suchtkranke illegalisierter, sogenannter «harter» Drogen sehr isoliert¹⁶. Für die betroffenen Kinder kann das bedeuten, dass beispielsweise Nachbarschafts- und Spielplatzkon-

takte vermieden werden, Freunde und Freundinnen nicht mit nach Hause gebracht werden (dürfen) und sie so mit in die Isolation geraten. Häufig werden die Kinder auch nicht in Kindertagesstätten geschickt. Aufgrund der Regelmässigkeit von finanziellen Engpässen in Suchtfamilien ist den Kindern häufig auch der Zugang zu kostenpflichtigen Freizeitangeboten (z.B. Schwimmverein) versperrt.

Es wird beobachtet, dass Suchtkranke «harter Drogen» sich häufig auch durch eine antisoziale und depressive Haltungen auszeichnen und diese ihren Kindern vorleben. Gleichzeitig werden sie von der Gesellschaft stigmatisiert und verurteilt, wobei auch ihre Kinder mit diesen Auffassungen konfrontiert werden¹⁷.

Geheimhaltung und Stimmungsschwankungen

Die wichtigste Regel in Suchtfamilien ist die Geheimhaltung der Sucht, um die Stabilität des Familiensystems zu erhalten. Entsprechend intensiv bestimmen die Probleme innerhalb der Familie die Lebenswelt der Kinder. So können sie ihre Probleme mit der elterlichen Suchtproblematik nicht mit Aussenstehenden teilen und dementsprechend auch keine Entlastung erfahren. Sofern der Kontakt mit Gleichaltrigen beeinträchtigt ist, kann sich dies auch negativ auf dem Erwerb sozialer Kompetenzen, aber auch auf die Entwicklung ihres Selbstbildes auswirken.

Die Familienatmosphäre in Suchtfamilien ist häufig sehr unruhig und konfliktträchtig. Die Kinder erfahren von ihrem suchtkranken Elternteil überwiegend eine sehr wechselhafte Erziehung – gezeichnet von emotionaler und materieller Überfürsorglichkeit einerseits und von Vernachlässigung der kindlichen Bedürfnisse andererseits. Verspre-

chen werden nicht unbedingt in die Tat umgesetzt und den Kindern keine Verlässlichkeit entgegengebracht. In verschiedenen Untersuchungen¹⁸ wurde eruiert, dass die suchtkranken Mütter weniger auf ihre Kinder eingingen, altersgerecht mit ihnen spielten und ihnen während des Spiels eher mit Provokationen, Drohungen und Befehlen begegneten.

Die zum Teil sehr starken Stimmungsschwankungen lassen sich durch die Rausch- und Entzugsphasen der Eltern erklären. Darüber hinaus ist die Vielzahl von Stressoren (z.B. Suchtverlangen, Überforderung) im Leben der Suchtkranken einem geduldligen elterlichen Verhalten nicht unbedingt zuträglich. Im Rahmen ihrer Zugehörigkeit zum Drogenmilieu und der ihm eigenen Sprache haben die Elternteile unter Umständen Schwierigkeiten, Gefühle und Haltungen auszudrücken. Gleichzeitig stehen sie infolge ihrer Suchterkrankung weniger für Interaktionen zur Verfügung und können dadurch möglicherweise die Bedürfnisse ihres Kindes nicht so schnell interpretieren. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Suchtkranke in ihrer Kindheit selbst überdurchschnittlich häufig «broken home»-Erfahrungen¹⁹ gemacht haben, keine konsequente und liebevolle Erziehung geniessen durften und möglicherweise schon daher Schwierigkeiten haben, alternative Erziehungskonzepte anzuwenden.

Die Konfrontation der Kinder mit den elterlichen Zuständen

Viele der Kinder müssen schon sehr früh extreme Zustände ihrer Eltern miterleben. Dies betrifft die Rauschzustände, Halluzinationen, Entzugssymptome, aber auch überdurchschnittlich häufig Suizidversuche²⁰ – teilweise auch mit tödlichem Ausgang. Die Kinder fühlen meistens, dass mit ihren Eltern etwas nicht in Ordnung ist und suchen meist aus Angst, die Eltern zu verlieren, stetig ihre Nähe. Das Phänomen verschärft sich, wenn die Eltern ihrerseits dem Kind vermitteln, dass es für sie eine Lebenserhaltungsfunktion einnimmt. Daraus folgt, dass die Kinder nur wenig Kontakt zu Gleichaltrigen haben und sich stark isolieren.

Die Kinder der suchtkranken Eltern illegalisierter Drogen sind in erhöhtem Masse Beziehungsabbrüchen durch

Trennungen und Wechseln von Betreuungspersonen ausgesetzt, wodurch für sie eine instabile und unsichere Familiensituation entsteht. Durch den mit der Kriminalisierung verbundenen erheblichen Zeitaufwand, den Drogenkonsumierende für die Finanzierung und Beschaffung der Suchtmittel aufbringen müssen, wird das Kind zwangsläufig vermehrt bei wechselnden Personen untergebracht und von diesen beaufsichtigt, sofern es nicht alleingelassen wird. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass der Elternteil bei einer kriminalisierten Handlung von der Polizei entdeckt und inhaftiert wird. Häufig sind die wiederholten elterlichen Ausstiegsversuche aus der Sucht für die Kinder ebenfalls vorerst mit einer Trennung vom entsprechenden Elternteil verbunden. Nicht zuletzt sind Krankheit und Tod eines Elternteils, aber auch das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung Ursachen von Trennungssituationen.

Die Schuldgefühle der Kinder von Suchtkranken

Für die Kinder der Suchtkranken resultiert aus dem elterlichen Verhalten ein hohes Mass an Orientierungslosigkeit. Obwohl die Mechanismen für

Belohnung und Bestrafung für die Kinder unklar bleiben, erkennen sie die Willkür gerade auch in jungen Jahren nicht. Im Zuge ihrer emotionalen Abhängigkeit zu den Eltern und dem Bestreben nach Identifikation mit den Eltern entwickeln die Kinder das Gefühl, tatsächlich versagt zu haben und zwar nicht nur hinsichtlich des sanktionierten Verhaltens, sondern auch in Trennungssituationen.

Die betroffenen Kinder versuchen ihre Eltern zu unterstützen – im Vergleich zu Kindern von alkoholkranken Eltern sogar in verstärktem Ausmass, da sie täglich mit der Gefahr des plötzlichen Todes eines Elternteils oder einer anders begründeten Trennung konfrontiert sind. Sie übernehmen meist schon sehr früh Verantwortung. Gleichzeitig können sie durch das Suchtgeheimnis keine externe Unterstützung einfordern. Im Zusammenleben mit nur einem Elternteil, wie es im Bereich der illegalen Drogen häufig vorzufinden ist, werden die Kinder von den Eltern oft auch als «Ersatzpartner» missbraucht und in verschiedene Rollen (z.B. Liebhaber, Beschützerin etc.) hineingedrängt. Im Zuge der Anforderungen können die Kinder ihre Kindheit nicht ausleben und werden schnell erwachsen²¹.





Die Auffälligkeiten der Kinder

Neben psychosomatischen Auffälligkeiten wie Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen (auch infolge von Trennungssituationen) konnte in mehreren Studien übereinstimmend festgestellt werden, dass die Kinder deutliche Sprachentwicklungsverzögerungen²², verschlechterte feinmotorische Fähigkeiten²³ und Temperamentsunterschiede (Hyperaktivität, kurze Aufmerksamkeitsphasen, niedrige Frustrationstoleranz)²⁴ aufwiesen. Unterschiede hinsichtlich der Intelligenz und der allgemeinen motorischen Fähigkeiten traten nicht deutlich zu Tage. Weiterhin weisen die Kinder in erhöhtem Masse verschiedene Verhaltensauffälligkeiten auf. Diese betreffen das Sozialverhalten (z.B. Grenzenlosigkeit), verstärkte Aggressivität, Leistungsprobleme in der Schule, Schule schwänzen und frühe Delinquenz²⁵.

In verschiedenen Untersuchungen fand sich für die Kinder von suchtkranken Eltern illegalisierter, harter Drogen – wie auch für Kinder von alkoholkranken Eltern – ein erhöhtes Risiko für die spätere Entwicklung einer Sucht oder eines Substanzmissbrauchs²⁶. Als Ursachen dafür konnten sowohl genetische Faktoren als auch individuums-

spezifische und familiäre Umgebungsfaktoren ausfindig gemacht werden. Gleichzeitig besteht für die Kinder ein erhöhtes Risiko für eine Co-Abhängigkeit sowie für die Entwicklung psychischer Störungen²⁷.

Zur Bedeutung von sozial-räumlicher Unterstützung

Mittlerweile gibt es für die Kinder suchtkranker Eltern eine Vielzahl an unterschiedlichen Hilfskonzepten, durch die versucht wird, eine befriedigende Situation für die Kinder herzustellen – mit, über oder ohne Eltern. Wie gezeigt ist ein Charakteristikum der Suchtfamilien die Geheimhaltung ihrer Situation, wodurch die Inanspruchnahme von Hilfe behindert wird. Daraus und aus Mangel an vorhandenen Ressourcen sind die Eltern in der Regel nicht in der Lage, ihre Lebenssituation, auch im Interesse des Kindes, zu verbessern.

Die Identifizierung der Kinder durch Unterstützungssysteme birgt für die Kinder die Möglichkeit einer Entlastung, sofern sie das Gefühl bekommen, sich verschiedenen Personen anvertrauen zu können. Weiterhin birgt eine frühzeitige Identifizierung der Kinder die Chance, das Kindeswohl durch

Beobachtung der Geschehnisse in der Familie, durch Unterstützungsmassnahmen und durch gezielte Interventionen zu sichern.

Im Hinblick auf die besondere Situation der Kinder ist es wichtig, die Anzahl der Betreuungswechsel zu reduzieren und einen sicheren, verlässlichen Rahmen zu schaffen, möglichst auch bei den eigenen Eltern. Eine Trennung von den Eltern beinhaltet gleichzeitig auch immer das Risiko einer Traumatisierung des Kindes.

Die schwangeren Frauen und die betroffenen Familien müssen Vertrauen in die Hilfeeinrichtungen gewinnen, und sie müssen mit ihren individuellen Nöten und Problemen gesehen werden. Die Hilfen müssen ausserdem leicht erreichbar sein.

Sensibilisierung der Institutionen

Die starke Isolation der Kinder muss überwunden werden, damit diese verlässliche Beziehungen und Freundschaften aufbauen können, eine gezielte Förderung möglich wird und problematische Verhaltensweisen in einem frühen Stadium erkannt werden können.

Vor dem Hintergrund dieser Forderungen gewinnt der Sozialraum des Kindes und seiner Eltern eine besondere Bedeutung. Gerade in Quartieren, in denen von einer hohen Anzahl drogenkonsumierender EinwohnerInnen ausgegangen werden kann, sollten daher die unterstützenden Ressourcen überprüft werden – gerade auch dann, wenn finanzielle Ressourcen für Spezialeinrichtungen nicht zur Verfügung stehen.

In einer eigenen Untersuchung habe ich die Erfahrung gemacht, dass verschiedene Einrichtungen des kindlichen Alltags (z.B. Kindergarten, Schule) trotz eines nachweislich hohen Vorkommens von Kindern suchtkranker Eltern die Bedeutung der Thematik für das Viertel oder die Einrichtung nicht erkannten. Dementsprechend wurden die Kinder auch nicht identifiziert. Die Beeinträchtigungen der Kinder suchtkranker Eltern finden nur verdeckt statt und werden von anderen offensichtlicheren Problemen in ihrer Bedeutung verdrängt. Von daher bedarf es einer Sensibilisierung der entsprechenden Institutionen bezüglich der Thematik, z.B. durch Fortbildungen.

Eine weitere Ressource in den jeweiligen Sozialräumen besteht in der Vernetzung von sozialen Einrichtungen, Kindergärten, Schulen und der Sozialen Dienste. Insbesondere der Austausch zwischen den Kindergärten und Schulen kann Verdachtsmomente klären.

In den Quartieren können hinsichtlich der Thematik entsprechende Hilfen gebündelt und möglichst attraktive Angebote für die betroffenen Familien geschaffen werden. Dies könnte z.B. durch eine spezielle Gruppe in einer Elternschule geschehen, durch die Förderung von Strassensozialarbeit und aufsuchender Arbeit oder durch die Schaffung kurzfristiger Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder (und ihre Eltern). In Drogenberatungsstellen könnten, soweit die Kapazitäten bestehen, niederschwellige frauenspezifische Gruppenangebote, günstigstenfalls mit gynäkologischer Betreuung, in die Angebotspalette mit aufgenommen werden. Die kostenlose Herausgabe von Kondomen und Schwangerschaftstests sollte weiterhin zum Angebot der Einrichtungen gehören. Öffentlichkeitsarbeit bietet weiterhin eine Möglichkeit, die Stigmatisierung von Drogenkonsumierenden und Vorverurteilungen pädagogischer Institutionen und der Bewohner des Viertels abzubauen. Bei allen Massnahmen in der pädagogischen Arbeit und in der Auseinandersetzung mit betroffenen Familien sollte die Leitlinie nicht die Dramatisierung, sondern die sachliche Klärung der Situation sein. ■

Literatur

- **Arenz- Greiving, Ingrid & Dilger, Helga, 1994:** Elternsüchte- Kindernöte. Freiburg im Breisgau.
- **Englert, Ekkehart & Ziegler, Markus, 2001:** Kinder opiatabhängiger Mütter – ein Überblick. In: Suchttherapie 2/ 2001, S.143-151.
- **Günthner, Arthur, 2000:** Die Kommune und ihre Süchtigen. In: Suchtreport 3/ 2000, S.29-36.
- **Klein, Michael, 2001:** Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen. Internetadresse. www.addiction.de/beitraege/KleinM2001.pdf. Downloaddatum 10.10.2004.

- **Nierste, Andrea, 2002:** Zur Situation junger, schwangerer Crack- Konsumentinnen. Universität Hamburg (unveröffentlichte Diplomarbeit/ FB Erziehungswissenschaft).
- **Raben, Ralph, 1994:** Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft: Substitutions- und Reduktionsbehandlung. In: Arenz- Greiving, Ingrid & Dilger, Helga (Hrsg.), 1994: Elternsüchte- Kindernöte. Freiburg im Breisgau: S.50-62
- **Rennert, Monika, 1990:** Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.
- **Rommelspacher, H., 1991:** Pharmakologie der Drogen (Heroin, L- Methadon, Kokain und Haschisch) und deren Auswirkungen auf Schwangere, Fetus und Neugeborene. In: Der Gynäkologe 6/ 24/ 1991, S.315-322.
- **Sobot, Arnhold, 2001:** Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung. Münster.
- **Stimmer, Franz, 2000:** Suchtlexikon. München, Wien.
- **Vogt, Irmgard & Winkler, Klaudia, 1996:** Beratung süchtiger Frauen. Freiburg im Breisgau.
- **Von Soer, Josh & Stratenwerth, Irene, 1991:** Süchtig geboren: Kinder von Heroinabhängigen. Hamburg.
- **Weingart-Jesse, B./Stauber, M./Hiller, K./Jakobs, U./Lutz, R., 1991:** «Drogensubstitution und Entzug in der Schwangerschaft. Indikation, Nebenwirkungen, Akutsituationen, Betreuungskonzept und Ergebnisse». Der Gynäkologe. Hg. Beck, L./Bender, H. G./Freidberg, V./Käser, O./Künzel, W. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

Fussnoten

- ¹ Raben, R., 1994: S.56
- ² Raben, R., 1994: S.56
- ³ Zu diesem Ergebnis kommt Nierste, A., 2002 auf der Basis der Auswertung von Protokollen des AKS St. Georg in Hamburg des Jahres 2002.
- ⁴ Sobot, A., 2001: S.6
- ⁵ Raben, R., 1994: S.54
- ⁶ Weingart- Jesse, 1991: S.322f.
- ⁷ Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145
- ⁸ z.B. Rommelspacher, H., 1991
- ⁹ Vogt, I. & Winkler, K., 1996
- ¹⁰ Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145
- ¹¹ Nach Erhebungen von Englert & Ziegler, 1998 (siehe auch Englert, E. & Ziegler, M., 2001) an der neonatalen Abteilung des Universitätsklinikum Frankfurt gab es einen deutlichen Anstieg der HIV-positiven unter den opiatsüchtigen Müttern. Während 1988 10% der betroffenen Frauen infiziert waren, waren es im Jahre 1995 60%. Der Virus selbst kann sich über die Plazenta auf den Fetus oder durch das Stillen auf den Säugling übertragen. Dennoch sei betont, dass es sich hier nicht um einen Ursache- Wirkung- Mechanismus handelt. Nicht alle Kinder von HIV- positiven Frauen müssen ebenfalls von dem Virus infiziert sein! 1991 wurde der Virus nach Recherche von von Seor, J. & Stratenwerth, I., 1991 nur auf etwa 25% der Kinder weiter übertragen (ebd., S.157). Wahrscheinlich ist, dass zum heutigen Zeitpunkt aufgrund des medizinischen Fortschrittes diese Prozentzahl weiter gesunken ist.
- ¹² Sobot, A., 2001
- ¹³ z.B. Koren et al., 1998 und Griffith et al., 1994 (siehe auch Englert, E. & Ziegler, M., 2001)

- ¹⁴ vgl. z.B. Sobot, A., 2001; Arenz- Greiving, I., 1994: S.27; von Soer, J. & Stratenwerth, I., 1991: S.61. Englert & Ziegler konnten in einer eigenen Untersuchung 1998 (siehe auch Englert, E. & Ziegler, M., 2001) beobachten, dass von den weiterhin heroinsüchtigen Müttern nur noch 30,6% ihr Kind nach ihrer Entlassung aus der Frauenklinik zuverlässig und regelmäßig in der Kinderklinik besucht haben. 34,7% der Mütter besuchten ihr Kind gelegentlich und 20,4% besuchten ihr Kind selten. 14,3% der Kinder wurden von ihren Müttern nicht mehr besucht. Von den besuchenden Müttern zeichneten sich darüber hinaus 36,8% durch ein auffallend problematisches Zuwendungsverhalten aus.
- ¹⁵ vgl. z.B. Klein, M., 2001: S.4 oder Arenz- Greiving, I., 1994: S.27. In einer Untersuchung von Arnold & Steier im Jahre 1997 hat sich herausgestellt, dass bei 73,3 % einer Gruppe von 56 Heroinabhängigen in der Vergangenheit bereits einmal eine Kindesvernachlässigung aufgetreten war. Auch Egami et al. fanden im Jahre 1996 bei gleichen soziodemographischen und psychiatrischen Bedingungen der Kontrollgruppen in Familien Suchtkranker illegalisierter, harter Drogen eine überdurchschnittlich hohe Kindesvernachlässigung vor (siehe auch Klein, M., 2001: S.10).
- ¹⁶ vgl. z.B. Arenz- Greiving, I., 1994: S.37. Auch Wellisch & Steinberg (1980) haben in einer Studie entdeckt, dass «drogenabhängige» Mütter im Vergleich zu anderen Müttern ihre Kinder vermehrt von der Außenwelt isolierten (siehe auch Klein, M.: 2001). Da mittlerweile 24 Jahre mit einer Reihe von Veränderungen gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen vergangen sind, können die Ergebnisse jedoch nur als Hinweis für ein Phänomen angesehen werden, nicht jedoch als Beweis. Im Hinblick auf die immer noch bestehenden Stigmatisierung, Kriminalisierung und Ausgrenzung von Drogenkonsumenten durch die Gesellschaft sind jedoch ähnliche Tendenzen anzunehmen.
- ¹⁷ Klein, M., 2001: S.9
- ¹⁸ vgl. z.B. van Baar, 1991 oder Baumann & Dougherty, 1983 (siehe auch in Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S. 147 und Klein, M.: 2001, S.10).
- ¹⁹ Bei 60% der von Maß & Krausz, 1993 untersuchten Suchtkranken illegalisierter, harter Drogen lag eine elterliche Suchterkrankung, eine massive psychische Erkrankung bei einem Elternteil oder aber eine Trennung oder Tod eines Elternteils vor. Steier, 1997 konnte feststellen, dass 51% der von ihm untersuchten Suchtkranken illegalisierter, harter Drogen ebenfalls mindestens einen suchtkranken Elternteil hatten. Ein ähnliches Ergebnis (54,2 %) ergab eine Studie von 59 Suchtkranken von Opiaten, durchgeführt von Sicking, 1994 (siehe auch Klein, M., 2001: S.6).
- ²⁰ Nach einer Erhebung von Schulzke (1994) hatten vor einer Betreuung im Rahmen einer niedersächsischen Methadonstudie 30,3% der Probanden schon einmal einen Suizidversuch durchgeführt, wobei 18% mehrfach versucht hatten ihr Leben zu beenden (siehe auch Klein, M.: 2001, S. 4).
- ²¹ vgl. auch Arenz- Greiving, I., 1994: S.37
- ²² z.B. van Baar, 1990 und 1991 oder Koren et al., 1998 (siehe auch in Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145).
- ²³ z.B. Strauss et al., 1979 und van Baar, 1990 und 1991 (siehe auch in Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145).
- ²⁴ z.B. van Baar, 1991; de Cubas & Field, 1994 und Wilens et al., 1995 (siehe auch in Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145).
- ²⁵ z.B. Griffith et al., 1994; Wilens et al., 1995 oder Chasnoff et al., 1998 (siehe auch in Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145).
- ²⁶ z.B. Tsuang et al., 1996; Merikangas et al., 1998^{*} oder Nurco et al., 1999 (siehe auch in Englert, E. & Ziegler, M., 2001: S.145 und Kirsch, H., 2001).
- ²⁷ Vgl. z.B. Kirsch, H., 2001 und Rennert, M., 1990.