

Psychiatrische Klinik des Hamburger Universitätskrankenhauses Eppendorf  
Direktor: Prof. Dr. D. Naber

# **Einfluss der Mutterschaft auf die Lebensumstände opiatabhängiger Frauen mit Anschluss an das Drogenhilfssystem**

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Dem Fachbereich der Medizin der Universität vorgelegt von

Klaas Lennert Voss  
aus Kiel

Betreuer:  
Prof. Dr. M. Krausz  
Dr. P. Degkwitz  
Dr. U. Verthein

Hamburg, 2005

## Inhaltsverzeichnis

1. Ziel dieser Arbeit und Hypothesen .....	6
2. Einführung in die Thematik/Stand der Literatur .....	7
2.1 Was ist Drogensucht/Drogenabhängigkeit? .....	7
2.2 Was sind Opiate und Opioide? .....	8
2.3 Das Heroin und seine Wirkung .....	8
2.4 Die Auswirkungen der Abhängigkeit .....	10
2.5 Gesellschaftliche und demographische Aspekte des Heroinkonsums .....	10
2.6 Drogenabhängige Frauen .....	12
2.6.1 Biographische Merkmale vor der Drogenkarriere .....	14
2.6.1.1 Herkunftsfamilie .....	14
2.6.1.2 Abweichungen von der "Normalbiographie" .....	14
2.6.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Drogenkarriere .....	15
2.6.2.1 Einstieg in den Drogenkonsum .....	16
2.6.2.2 Leben in der Drogenszene .....	16
2.6.3 Abschluss .....	18
2.7 Heroinabhängigkeit und Kinderwunsch .....	18
2.7.1 Gründe für die Schwangerschaft .....	19
2.7.2 Reaktionen auf die Schwangerschaft .....	19
2.7.3 Abschluss .....	22
2.8 Die Situation vor der Geburt .....	22
2.8.1 Status quo/Perspektiven .....	23
2.8.2 Entzug in der Schwangerschaft .....	24
2.8.3 Zusammenfassung .....	25
2.9 Drogenabhängigkeit und Mutterschaft .....	26
2.9.1 Frühwochenbett und Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung .....	26
2.9.1.1 Die ersten Tage nach der Geburt .....	26
2.9.1.2 Reaktionen der Mütter .....	28
2.9.1.3 Risiken für die Mutter-Kind-Beziehung .....	29
2.9.1.4 Trennung von Mutter und Kind .....	30
2.9.1.5 Abschluss .....	31
2.9.2 Aufenthaltsort der Kinder .....	32
2.9.2.1 Einteilung der Mütter in zwei Gruppen .....	33
2.9.2.2 Fluktuation und "Abwanderung" der Kinder .....	34
2.9.2.3 Zusammenfassung .....	35
2.9.3 Drogenabhängige Mütter .....	35
2.9.3.1 Demographisches .....	36
2.9.3.2 Allgemeine Einschätzungen und Beobachtungen .....	38
2.9.3.3 Alltagskonflikte und Isolation .....	45
2.9.3.4 Erziehung und Pflege des Kindes .....	47
2.9.3.4.1 Erziehungsmuster .....	48
2.9.3.4.2 Untersuchungen/Beurteilungen der Erziehungskompetenz .....	49
2.9.3.5 Beispiele und Erklärungen für gelungene Ausstiege .....	52
2.9.3.6 Notwendigkeit von Hilfsprogrammen .....	53
2.9.3.7 Vernachlässigung eines wichtigen Themas .....	56
2.9.3.8 Abschluss .....	57

3. Methoden und Material.....	57
3.1 Design der Studie.....	57
3.2 Durchführung der Studie.....	58
3.3 Kritische Anmerkungen zu Design und Durchführung der "Komorbiditäts"-Studie .....	59
3.4 Instrumente.....	60
3.4.1 Addiction Severity Index EuropASI.....	61
3.4.2 Composite International Diagnostic Interview (CIDI).....	61
3.4.3 Symptom-Checkliste (SCL-90-R).....	62
3.5 Methodisches Vorgehen der vorliegenden Arbeit.....	62
3.6 Aufbau der vorliegenden Arbeit.....	64
3.6.1 Gesamtstichprobe (= Stichprobe G).....	65
3.6.2 Eltern mit Kind (= Stichprobe E-m-K).....	65
3.7 Vorstellung der Stichprobe.....	66
3.7.1 Alter.....	66
3.7.2 Heroinkonsum/Behandlung der Abhängigkeit.....	67
3.7.3 HIV/AIDS-Status und Hepatitiserkrankungen.....	67
3.7.4 Wohnsituation/Erwerbstätigkeit.....	68
3.8 Beschreibung und Vergleich der Gruppen.....	69
3.8.1 Gruppengröße.....	69
3.8.2 Alter der TeilnehmerInnen.....	70
3.8.3 Länge der Abhängigkeit/Einstiegsalter.....	73
3.8.4 Chronische Erkrankungen.....	76
3.8.5 Therapieerfahrungen.....	77
3.8.6 Belastende Ereignisse.....	79
4. Darstellung der Untersuchungsergebnisse.....	81
4.1 Drogengebrauch.....	81
4.1.1 ASI-Scores.....	81
4.1.2 Differenzierung.....	83
4.1.3 Detailfragen: Heroin/Kokaingebrauch.....	86
4.2 Rechtlicher Status.....	88
4.2.1 ASI-Scores.....	88
4.2.2 Differenzierung.....	89
4.2.3 Detailfragen: Bewährung/Anklage, Verhandlung oder Urteil.....	92
4.3 Körperlicher Status.....	94
4.3.1 ASI-Scores.....	94
4.3.2 Differenzierung.....	96
4.3.3 Detailfragen: Medikamenteneinnahme/Hepatitiserkrankungen/HIV-Infektionen .....	98
4.4 Psychischer Status.....	101
4.4.1 ASI-Scores.....	101
4.4.3 Detailfragen: Verlauf psychischer Störungen.....	105
4.5 Familien- und Sozialbeziehungen.....	106
4.5.1 ASI-Scores.....	107
4.5.2 Differenzierung.....	108
4.5.3 Detailfragen.....	111
4.5.3.1 aktuelle Partnerschaft.....	111
4.5.3.2 Wohnsituation.....	113

4.6 Arbeits- und Unterhaltungssituation .....	117
4.6.1 ASI-Scores .....	117
4.6.2 Detailfragen .....	119
4.6.2.1 Lebensunterhalt.....	119
4.6.2.2 Berufsausbildung.....	122
4.7 Zusammenfassung der ASI-Scores.....	123
4.8 Prüfung auf geschlechtsspezifische Interaktionen bei den ASI-Score-Verläufen .....	125
5. Diskussion .....	125
5.1 Analyse der Ergebnisse.....	126
5.1.1 Untersuchung der Haupthypothese: Drogenkonsum.....	126
5.1.2 Untersuchung der Unterhypothesen.....	129
5.1.2.1 Unterhypothese a: Rechtlicher Status .....	129
5.1.2.2 Unterhypothese b: Körperlicher Status.....	132
5.1.2.3 Unterhypothese c: Psychischer Status .....	134
5.1.2.4 Unterhypothese d: Familien- und Sozialbeziehungen .....	136
5.1.2.5 Unterhypothese e: Arbeits- und Unterhaltungssituation .....	140
5.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	142
5.2 Fazit.....	143
5.3 Literaturvergleich.....	149
5.4 Erklärungen und Kritik zur Arbeit.....	154
6. Abschluss .....	159
7. Literaturverzeichnis .....	160
8. Danksagung .....	177
9. Lebenslauf.....	178
10. Erklärung.....	179



## 1. Ziel dieser Arbeit und Hypothesen

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen die Lebensumstände erziehender opiatabhängiger Mütter mit Fokussierung auf die Drogenproblematik untersucht werden. Wie im folgenden Literaturüberblick dargelegt, führt die Elternschaft und insbesondere die Mutterschaft bei Opiathängigen zu einschneidenden Veränderungen der Lebensumstände, verbunden mit vielen Problemen, aber auch mit der Möglichkeit, dem Leben eine positive Wendung zu geben und damit einen Weg aus dem Drogenkontext zu finden. Es findet sich in Deutschland bis dato jedoch keine entsprechende Studie, die bei drogenabhängigen Frauen die Auswirkung einer "aktiven" Mutterschaft, d.h. Zusammenleben mit dem Kind und somit die Ausfüllung der Mutterrolle, auf ihr Drogenkonsumverhalten sowie weitere, zentrale Lebensbereiche hin untersucht. Dies ist Thema dieser Arbeit.

Es sollen folgende Hypothesen geprüft werden:

Haupthypothese:

Der Status als erziehende Mutter hat bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss in Bezug auf eine Lösung aus dem Drogenkontext.

Unterhypothesen:

- a: Der Status als erziehende Mutter hat bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss auf ihre rechtliche Situation.
- b: Der Status als erziehende Mutter hat bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss auf ihren körperlichen Zustand.
- c: Der Status als erziehende Mutter hat bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss auf ihren psychischen Zustand.
- d: Der Status als erziehende Mutter hat bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss auf ihre Familien -und Sozialbeziehungen.
- e: Der Status als erziehende Mutter hat bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss auf ihre Arbeits- und Unterhaltungssituation.

## 2. Einführung in die Thematik/Stand der Literatur

Die Drogenabhängigkeit stellt in dieser Studie das zentrale Thema dar. An eine Erklärung dieses Begriffes bzw. dieser Krankheit anhand der vorliegenden Literatur schließt sich eine nähere Beschreibung der Stoffgruppe Heroin, da in der Untersuchung, auf welche sich die vorliegende Arbeit stützt, nur Abhängige, die als Hauptdroge dieses Opiat angaben, untersucht wurden. Im weiteren Verlauf des Literaturüberblickes wird die Opiatabhängigkeit bei Frauen und schließlich im Zusammenhang mit der Mutterschaft gemäß des deutschen und internationalen Standes der Wissenschaft beleuchtet.

### 2.1 Was ist Drogensucht/Drogenabhängigkeit?

Nach dem Duden (1989) "sind die Begriffe auf mittelhochdeutsch und althochdeutsch: "suht", gotisch: "sauhts", niederländisch: "zucht", schwedisch: "sot" mit dem Wort "Krankheit" verwandte Wortschöpfungen zu dem unter siech behandelten Verb "siechen", "krank sein". Bis ins Spätmittelhochdeutsch galt für "krank" das alte gemeingermanische Adjektiv "siech", das durch "krank" in die spezielle Bedeutung "(durch langes Leiden) hinfällig" ersetzt wurde. Sucht bedeutet im heutigen Sprachgebrauch "krankhafte Abhängigkeit; Manie" ".

Arnold et al. (1987) bezeichnen Sucht als "ein psychischer und manchmal auch physischer Zustand, der aus dem Zusammenwirken zwischen einem lebendem Organismus und einer Droge (Rauschgifte, Arzneimittel, Alkohol) entsteht und von einem Zwang gekennzeichnet ist, die Droge fortwährend oder in periodischen Intervallen einzunehmen. Einerseits tritt dies auf, um die psychischen Auswirkungen der Substanz zu erleben und andererseits, um den unangenehmen Zustand zu vermeiden, der auftreten kann, wenn sie längere Zeit nicht eingenommen wurde. Verbunden ist Sucht meist mit einer Toleranzentwicklung gegenüber der verwendeten Droge, die zur Notwendigkeit der Dosissteigerung führen kann, damit bei weiterem Gebrauch die Wirkung gleich bleibt".

Heute wird in der Literatur im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen eher von Drogenabhängigkeit als von Drogensucht gesprochen. In dieser Arbeit werden die Begriffe heroin-, drogenabhängig und - süchtig synonym gebraucht.

## 2.2 Was sind Opiate und Opioide?

Nach Schmidbauer/v. Scheidt (1989) werden aus dem Saft des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) Opiate gewonnen. "25 verschiedene Wirkstoffe (Alkaloide) sind im Rohopium enthalten, davon ist Morphin das Hauptalkaloid, eine Base, die zusammen mit Säuren kristallisierende Salze bildet und einen rauschartigen Zustand erzeugt. Heroin (Diacetylmorphin) und Codein (Methylmorphin) sind pharmakologisch wichtige Derivate. Die dem Morphin eigene Wirkung wird durch die Acetylierung gesteigert."

Die Derivate der Opiumalkaloide werden von den meisten Autoren "Opiate" genannt. Mit Opioiden sind alle natürlichen, halb- und vollsynthetischen Pharmaka mit mehr oder weniger morphinähnlicher Wirkung (z.B. Methadon) gemeint (siehe Jacobsen, 1972; auch Jaeffe/Martin, 1980).

## 2.3 Das Heroin und seine Wirkung

Brecher (1972) zufolge (zit.n. Davison/Neale, 1979) war bereits im 4. Jahrhundert v. Chr. war das Opium den Sumerern bekannt, das Heroin wurde erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entdeckt. "Es eignete sich zur Schmerzbehandlung und ersetzte das Opium als Bestandteil von Hustenmitteln und anderen Medikamenten. Wegen des breiten Wirkungsspektrums wurde es bald darauf als "God's own medicine" bekannt". Seinen Namen schließlich verdankt das Heroin, das sechsfach stärker als das Morphin wirkt, seiner anfänglich beobachteten "heroischen" Wirkung (siehe Schmidbauer/v. Scheidt, 1989).

Die Wirkung von Opiaten, insbesondere des Heroins, definiert Schulz (1974) in drei Phasen:

- das "Hoch", ein Wollustgefühl (Flash), das kurz nach der Injektion des Stoffes entsteht;
- die "Balance", ein physisch und psychisch ausgeglichener Zustand;



- die "Abstinenz", einhergehend mit schweren körperlichen Entzugserscheinungen (siehe unten).

Wie das Morphin wirkt das Heroin zentral dämpfend, stark analgetisch (schmerzstillend), beruhigend und anxiolytisch (Angst reduzierend) und stark antidepressiv. Weiterhin wird das Hunger- und Durstgefühl gedämpft. Darüber hinaus wird das Selbstbewusstsein gesteigert und ein Gefühl von Glück und Zufriedenheit erzeugt. In der Regel stellt sich bei Heroin rasch eine Toleranzbildung gegenüber der Wirkung ein, woraus meist eine Steigerung der Dosis resultiert, um weiterhin die gleiche Wirkung zu erreichen.

Durch den rascheren und intensiveren Wirkungseinsatz wird Heroin meist intravenös injiziert. Diese Konsumform kann zu einer wesentlichen Gefahrenquelle für Heroinabhängige werden, da sie das Risiko der Infektion durch verunreinigte Spritzen und verunreinigten Stoff auf dem Schwarzmarkt birgt. Bei Konsum von Opiaten sind als Nebenwirkungen Erbrechen, Übelkeit, Trägheit, Schwindelgefühle, Gallenkoliken, Obstipation und auch Amenorrhoe und Potenzstörungen angezeigt. Die gefährlichste der Nebenwirkungen und häufig Todesursache ist die Atemdepression, sowohl für Suizidversuche, als auch für Überdosierungen nach einem Entzug (siehe Helberg, 1993). Nach Scheerer/Vogt (1989) tritt das so genannte Entzugssyndrom bei Unterbrechung des regelmäßigen Konsums 8-12 Stunden nach Zuführen der letzten Dosis auf, gekennzeichnet mit Symptomen wie Sekretion der Nasenschleimhäute, Schweißausbrüchen, erhöhtem Tränenfluss und Gähnen. "Das Auftreten von Frösteln (cold turkey) und geweiteten Pupillen widerfährt dem Abhängigen nach einem etwas längeren Zeitraum. Dazu kommen nach zwei oder drei Tagen Ruhelosigkeit, hoher Puls und Hypertonie, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, starke Angst, Tremor und Muskelplasma im Rücken und in den Gliedmaßen".

Jedoch verursachen nach Roizin et al. (1972) und Russi (1986) "Opioide an sich gesehen (und wenn sie nicht als Überdosis gesehen werden) keine irreversiblen körperlichen Störungen, auch nicht nach chronischem Gebrauch, obwohl der Konsum von Heroin und selbst ein einziger Schuss davon aus einer Reihe von Gründen gefährlich sein kann. Diese bei post-mortem-Untersuchungen festgestellten neuropathologischen Veränderungen sind in der Regel auf Überdosierungen zurückzuführen."

## 2.4 Die Auswirkungen der Abhängigkeit

Nach Untersuchungen, die bereits Anfang der achtziger Jahre durchgeführt wurden (siehe Platt/Labate, 1982), sind bei Heroinabhängigen sowohl auftretende Krankheiten, als auch die durch eine Überdosis herbeigeführten Todesfälle weniger auf pharmakologische als vielmehr auf soziale Gründe zurückzuführen, womit vor allem die Uneinschätzbarkeit des Reinheitsgrades des Heroins, die Verwahrlosung, die soziale Diskriminierung und Stigmatisierung, die unsterile Verabreichung der Droge und nicht zuletzt die Verzweiflung in einer Situation von Kriminalisierung gemeint seien.

Der allgemeine Gesundheitszustand vieler Heroinabhängiger sei sehr schlecht.

Platt/Labate berichten weiter, dass die Schädigung der Leber durch Hepatitis B und C, beides Virusinfektionen, vor allem durch den Gebrauch verunreinigter Spritzen, ein sehr häufig anzutreffendes Gesundheitsproblem sei. In den Kreis der Gefährdungen durch bakterielle und Virusinfektionen gehörten auch Blutvergiftungen, Schädigungen des Herzkreislaufsystems und Nieren- und Lungenentzündungen. Bei den häufig unsterilen Umständen bei der Injektion seien die Lungen besonders gefährdet, denn bei der Entstehung und Fortentwicklung dieser Komplikationen spielten außer bakterieller Infektionen auch die atemdämpfende Wirkung von Opiaten eine erschwerende Rolle. Die Gefahr der Verbreitung des HI-Virus sei dabei ein besonderes Problem, nicht nur innerhalb der Gruppe der Drogenabhängigen, sondern auch innerhalb der Familien der Abhängigen.

Laut Bauer (1993) liegt die Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das eigene Kind - die "vertikale Transmission"- bei steigender Infektionsrate gebärfähiger Frauen zwischen 10 und 30 Prozent.

## 2.5 Gesellschaftliche und demographische Aspekte des Heroinkonsums

In einigen Ländern Westeuropas stellt das Phänomen der Heroinabhängigkeit seit Beginn der siebziger Jahre ein spezielles Problem dar. Dieses entwickelte sich aus dem bis zu dieser Zeit kultivierte Haschisch-Rauchen der so genannten Flower-Power-Generation. Es wurden vermehrt "harte" Drogen wie Heroin und Kokain konsumiert. Als

Ursachen hierfür sind die repressive Reaktion der Gesellschaft auf den Haschischkonsum und das Erschließen neuer Absatzmärkte für den Handel mit Drogen zu nennen. Die anfangs niedrigen Schwarzmarktpreise stiegen mit der Nachfrage. Folge daraus war, dass die Kriminalisierung unter Abhängigen zunahm, da sie ihren "Stoff" durch Diebstähle u.ä. finanzieren mussten (siehe Helberg, 1993).

Daraus folgernd stieg nach Bauer (1993) die Anzahl von Eigentums- und ähnlichen Delikten, die der Beschaffungskriminalität größtenteils der männlichen Drogenabhängigen zuzuzählen sei. "Verbunden damit ist ein Anstieg der Prostitution auch bei Minderjährigen, welcher der Beschaffungsprostitution zuzurechnen ist, wobei es sich hier um eine Beschaffungskriminalität handelt, die besonders den weiblichen Drogenabhängigen zufällt", so Bauer.

Inzwischen ist Heroin unter den illegalisierten Drogen die am häufigsten verwendete. Die Anzahl der heroinkonsumierenden Menschen stieg mit dem florierenden Heroinhandel stetig an. In Deutschland haben die offenen Drogenszenen ihre eigenen "Marktplätze", etwa im Einzugsbereich von Bahnhöfen und innerstädtischen Parks, anders als in den USA, wo in Ghettos mit einer besonderen Häufung von Armut, Arbeitslosigkeit, Gewalttätigkeit und Kriminalität die Drogenabhängigen ihre Szene haben.

Der Gebrauch von Betäubungsmitteln, die nicht aus medizinischen Gründen verwendet werden, im einzelnen Kokain, Opiaten, LSD, Cannabisprodukten u. a., wird in Deutschland nach dem Betäubungsmittelgesetz (BMG) strafrechtlich verfolgt.

Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland nach Angaben des Bundeskriminalamtes (BKA, Stand 12/2001) schätzungsweise 300 000 Abhängige, die die so genannten "harten" Drogen wie Amphetamine, Extasy, Kokain und Opiate konsumieren, wobei die Zahl derer, die diese in hoher Frequenz, d.h. mindestens 100 mal in den letzten 12 Monaten, und intravenös einnehmen, sich auf 100 000 beziffert. Zu dieser Gruppe gehören fast ausschließlich Heroinabhängige und solche mit polytoxikomanischem Konsum, also Konsumenten unterschiedlicher Substanzen. Die Zahl der "polizeilich erstmals auffälligen Konsumenten harter Drogen" ist nach einem BKA-Jahresbericht von 2003 im Vergleich zum Vorjahr um 2293 (11,3%) auf 17937 Menschen pro Jahr gesunken. Sie liegt damit jedoch noch 60% über dem Wert von 1990 (10784). Nach dem Verein für Drogenpolitik e.V. (Stand 2002) konsumieren etwa 120.000 bis 150.000

Menschen in Deutschland intravenös Heroin, "ungefähr die gleiche Zahl konsumiert es - nach Schätzungen - gelegentlich oder regelmäßig, ohne körperlich abhängig zu sein". In Hamburg leben nach Einschätzung des Referates für Drogen und Sucht des Landesamtes 10 000 Heroinabhängige (Stand 2001).

Die Anzahl der Drogentoten zeigte dagegen zuletzt sinkende Tendenzen. So nahm im Vergleich zum Vorjahr (2002: 1513 Drogentote) im Jahre 2003 (1477) die Anzahl der Drogentoten in der Bundesrepublik um 2,4% ab. Im Vergleich zum Stand von 1991 (2125 Drogentote) sank die Zahl der Drogentoten sogar um 30,5% (Quelle: BKA, 2004).

Nach den Worten von Caspers-Merk, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, geben auch synthetische Mittel immer größeren Anlass zur Sorge. Hauptursache für den Tod der Abhängigen sei jedoch noch immer der Heroinkonsum (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V., 2003).

Eine positive Entwicklung bezüglich der abnehmenden Anzahl von Drogentoten gibt es nach der Hamburger Behörde für Inneres (2004) auch in Hamburg. Mit 60 Drogentoten ist 2003 gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang um 4 Drogentote (-6,25%) zu verzeichnen. Dies stellt die niedrigste Zahl seit 1987 dar (51 Drogentote). Seit 1998 (132 Drogentote) sinkt die Zahl der Rauschgifttoden ständig. Als Gründe für den Rückgang werden eine ausstiegsorientierte Drogenpolitik, die konsequente Bekämpfung und Ahndung der Drogenkriminalität, die Einrichtung der Heroinambulanzen sowie die Möglichkeit der Methadonsubstitution genannt.

## 2.6 Drogenabhängige Frauen

Laut DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994) sind von den ca. 120.000 Drogenabhängigen in Deutschland gut ein Drittel Frauen.

Erst seit Anfang der achtziger Jahre gibt es -initiiert von MitarbeiterInnen in der Drogenhilfe- Diskussionen um die spezifischen Probleme von suchtmittelabhängigen Frauen (Erster Kongress der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zum Thema "Frauen und Sucht" im Jahre 1980; 1981: Gründung des Arbeitskreises "Frauen und Sucht" über die DHS).

Dabei tragen in der Literatur unterschiedliche Studien zum besseren Verständnis von weiblichen Drogenkarrieren bei.

Dobler-Mikola (1992) etwa spricht die geschlechtsbedingten Unterschiede der Klientel im Drogenmilieu, wie auch im allgemeinen gesellschaftlichen Leben, an. Ihr zufolge "steht im Zentrum der entsprechenden theoretischen und empirischen Arbeiten die Erkenntnis, dass der Lebenszusammenhang von Männern und Frauen -basierend auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ressourcen und Anforderungen- grundlegende Unterschiede aufweist, die sich auch in den Hintergründen und Bewältigungsmöglichkeiten des Suchtverhaltens ausdrückt. Demnach wird von Männern in unserer Gesellschaft individuelle Leistung erwartet. Daher erleben sie strukturelle Barrieren als besonders frustrierend. Die Frau wird auf eine innenorientierte und gefühlsbetonte Rollenausübung hin sozialisiert. Dies führt dazu, dass sie stärker durch Verluste emotioneller Sicherheiten betroffen ist. Aus diesen, durch Sozialisation in der Persönlichkeit verankerten Verhaltensunterschieden, werden Fähigkeits- und Eignungsunterschiede abgeleitet, die die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und Machtverhältnisse in der Familie und Gesellschaft legitimieren. Auf gesellschaftlicher Ebene steht die Drogenabhängigkeit in engem Zusammenhang mit den Fragen der sozialen Integration. Die Entstehung einer Drogenabhängigkeit und die Karrieren der Drogenabhängigen können somit als Folge der individuellen Desintegration und der sozialen Reaktion darauf verstanden werden. Da die gesellschaftlich normierten sozialen Erwartungen, Ressourcen und Anforderungen geschlechtsspezifisch variieren, kann daraus geschlossen werden, dass auch die verschiedenen Formen der gesellschaftlichen Integration bzw. Desintegration eine unterschiedliche Bedeutung je nach Geschlecht haben."

Daraus folgernd ist auch nach Kindermann (1992) die weibliche Drogenabhängigkeit mit all ihren Konsequenzen etwas qualitativ anderes als männliche Drogenabhängigkeit. Die Sozialisation von Frauen und ihre spezifisch weiblichen Lebensbedingungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und im Verlauf der Drogenabhängigkeit sowie beim eventuellen Ausstieg. Nur wenn der geschlechtsspezifische Aspekt berücksichtigt werde, würde die individuelle Entwicklung der Frauen sichtbar.

## 2.6.1 Biographische Merkmale vor der Drogenkarriere

Unter Einbeziehung der Ergebnisse unterschiedlicher Studien lassen sich geschlechtsspezifische Auffälligkeiten sowie Motivationen für weibliche Drogenkarrieren schon vor deren Beginn erörtern.

### 2.6.1.1 Herkunftsfamilie

Nach Dobler-Mikola's (1992, Längsschnittuntersuchung von 248 Heroinabhängigen in der deutschen Schweiz zu drei Befragungszeitpunkten 1987, 1980 und 1985) Studie sind sowohl die männlichen als auch die weiblichen Drogenabhängigen deutlich häufiger als ihre „normalen“ Altersgenossen in unvollständigen Familien aufgewachsen, wobei bei den Frauen überdurchschnittlich häufig beide Elternteile gefehlt haben, während die Männer oft nur mit einem Elternteil aufgewachsen sind. Die Annahme einer Übervertretung der Unterschichtsangehörigen kann unter Süchtigen für Frauen nicht bestätigt werden, wohl aber für Männer. Die Hälfte der drogenabhängigen Frauen in der Stichprobe berichten über Suizide bei nahen Bezugspersonen, während dieser Anteil bei den Männern bei 28% liegt. So scheinen weniger die Schichtzugehörigkeit als vielmehr die psychosozialen Defizite und der daraus entstehende emotionelle Leidensdruck ein starker Risikofaktor bei den Frauen zu sein.

### 2.6.1.2 Abweichungen von der "Normalbiographie"

Nach einer Untersuchung der Amsterdamer Universität wurden die meisten drogenabhängigen Frauen in ihrer Kindheit sexuell missbraucht. Die Befragung im Jahre 1988 (siehe Arenz-Greiving/Dilger, 1994) von 1054 Drogenabhängigen zwischen 20 und 40 Jahren zeigte, dass über 30 Prozent vor ihrem 16. Lebensjahr sexuell missbraucht wurden. Von den weiblichen Drogenabhängigen wurden 60 bis 80 Prozent in ihrer Kindheit sexuell missbraucht, und zwar ausschließlich von männlichen Familienmitgliedern, "was für diese Mädchen bedeutet, dass sie einer totalen Besitzergreifung durch die Männer in der Familie ausgesetzt waren, darüber hinaus erfuhren sie die tiefe Enttäuschung durch die dies duldende Mutter". Auch andere Untersuchungen im deutschsprachigen Raum berichten bei Frauen über einen

Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Drogenabhängigkeit (Hanel 1989; Maglin, 1974).

Nach den Erkenntnissen von Vogt (1996) weisen drogenabhängige Frauen in Deutschland bezüglich der Suizidalität schon vor der Drogenkarriere deutliche Unterschiede zu der männlichen Gruppe auf. Danach sagen 27% der Frauen gegenüber 4% der Männer, dass sie schon einen oder mehrere Suizidversuche vor Beginn des Drogenkonsums unternommen haben. Dies sei ein weiteres Indiz für ein psychosoziales Leiden der Frauen vor dem ersten Kontakt mit illegalen Drogen, was insbesondere an dem hohen Ausmaß an Gewalttätigkeiten liege, über das drogenabhängige Frauen in ihren Biographien berichten. Viele dieser Mädchen würden sich verhältnismäßig früh von der Familie (vor dem 16. Geburtstag) lösen, die ihnen offenbar keinen Halt geben kann. Allerdings haben nach Dobler-Mikola (1992) drogenabhängige Männer das Elternhaus häufiger noch früher verlassen. Der relativ hohe Anteil von 38 % (bei Männern 59%) der Frauen, die vor dem Drogenkonsum über Polizeikontakte berichten, deute danach darauf hin, dass die Frauen auf ihren emotionalen Leidensdruck mit Auflehnung gegen die ihnen zugeschriebene (Geschlechts-) Rolle zu reagieren versucht haben.

Merfert/Diete/Soltau (1984) zufolge werden sie von Beginn ihres Lebens an einseitig auf die übliche Liebesvorstellung in Ehe, Mutterschaft und Familie, auf weibliche Berufsrollen, auf genormte Attraktivität und Sexualität hin orientiert.

Daraus folgernd lehnen nach Feldmann-Vogel (1990) "diese Frauen später jegliche Anpassung und Rollenübernahme ab, da sie nie vergleichbare Vorbilder hatten, und werden so teilweise zu Drogenkonsumentinnen".

Roswitha Soltau beschreibt diese Form von Opposition als "aktivere Form von Leben". Nach ihr wählen die Frauen eine "andere, gesellschaftlich nicht akzeptierte Form von Drogenkonsum, um sich dem "normalen" Leben und den üblich abhängig machenden Lebensweisen ... zu widersetzen" (siehe Arenz-Greiving/Dilger, 1994).

#### 2.6.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Drogenkarriere

Auch der Beginn der Drogenkarriere beschreibt geschlechtstypische Besonderheiten.

### *2.6.2.1 Einstieg in den Drogenkonsum*

Dobler-Mikola's (1992) Studie nach beginnen Frauen früher mit harten Drogen: ein Drittel der Klientel war beim Beginn des Drogenkonsums unter 17 Jahre alt (Anteil bei Männern: 16 %), während 43% der Männer schon über 20 Jahre alt gewesen sind, als sie mit dem Gebrauch von harten Drogen anfangen. Dies stimmt mit den Untersuchungen von Hanel (1989) überein, während in früheren amerikanischen Studien (Eldred et al. 1975) von keinem Altersunterschied berichtet wird.

Der Studie von Waldmann/Muno (1981, Querschnittuntersuchung von 18 Heroinabhängigen in einer spezialisierten Klinik in Deutschland) zufolge berichten Frauen beim ersten Kontakt mit illegalen Drogen meist von einer gegengeschlechtlichen Vermittlungsperson, wobei Männer ausschließlich von gleichgeschlechtlichen Personen eingeführt wurden. Beide Geschlechter maßen der Bedeutung und Wichtigkeit der Vermittlungsperson großes Gewicht zu.

Nach einer Studie von Scafidi et al. in den USA (1997) sind Probleme im sozialökonomischen Umfeld assoziiert mit steigendem Drogenkonsum, und Frauen im jugendlichen Alter würden ihre Depressionen auch in Selbstmedikation "behandeln". Auch hier war die wichtigste Indikation für einen gegenwärtigen oder zukünftigen Drogenkonsum, ob eine Gleichaltrige Drogen nehme. Auch spielten unrealistische elterliche Erwartungen, fehlendes elterliches Engagement und fehlendes eigenes berufliches Streben, Perspektivlosigkeit und nonkonformes Verhalten wie sexuelle Aktivitäten und rebellisches Auftreten, psychische Anfälligkeit und unbefriedigende Nutzung der eigenen Freizeit in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle (siehe auch Andrews et al., 1991; Friedman/Utada, 1992; Swadi, 1992; Wills et al., 1992).

### *2.6.2.2 Leben in der Drogenszene*

Auch hinsichtlich des weiteren Verlaufes der Drogenkarriere werden in der Literatur geschlechtliche Auffälligkeiten trotz - oberflächlich betrachteter- zunehmender diesbezüglicher Indifferenz beschrieben.

Nach Waldmann/Muno (1981) vermindert sich mit fortschreitender Involvierung in die Drogenszene die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit, die meisten geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Gefühlsäußerlichkeiten und



Befindlichkeiten verschwänden, auch im Falle der Suizidalität und Delinquenz. Im gesamten Lebensstil und Verhalten vermischten sich die Unterschiede, und äußerlich käme es häufig zum Kleidertausch zwischen den beiden Gruppen. Mit dem Aufkommen einer Opiatbindung gehe dann auch als körperliches Zeichen bei den Frauen eine zum Teil Jahre überdauernde Amenorrhoe einher. Dies alles resultiere in einer größeren Ferne zur eigenen Geschlechtlichkeit und damit einer gestörten Geschlechtsidentität bei der Frau.

Arenz-Greiving/Dilger (1994) nach wird diese Entwicklung "verstärkt durch die körperlichen Veränderungen wie extreme Abmagerung, vorzeitiges Altern, Zahnverfall." Dabei trafen die abhängigen Frauen dieser drogenbedingte körperliche Zerfall wesentlich mehr als die männlichen Abhängigen, einerseits, weil die gesellschaftlichen und von den Medien verbreiteten Ideale für sie eine größere Bedeutung habe als für Männer, andererseits stelle der Körper für viele drogenabhängige Frauen eine Art Kapital dar.

Trotz einer vermeintlichen Gleichheit in ihrer aktuellen Befindlichkeit, ihren aktuellen Beziehungen und Einstellungen ist Dobler-Mikola (1992) zufolge die Frau in einem wichtigen Punkt in einer schwächeren Position als der drogenabhängige Mann: Sie beziehe ihre Drogen öfter von ihrem Sexualpartner als Männer und/oder prostituiere sich häufiger, um ihre Sucht zu finanzieren. Damit würden in der Szene die geschlechtsspezifischen Machtverhältnisse und die damit verbundene Abhängigkeit der Frauen weiterleben.

Nach Vogt (1992) werde die Lebenslage kritischer, je länger sich die Drogenkarriere hinziehe. Wie immer sie es anstellten, an Geld oder Drogen zu kommen (Prostitution, "vermitteln" von Kunden und "Stoff", andere kriminelle Delikte), sie seien zunehmend mehr Gewalttätigkeiten ausgesetzt, die das Leben insbesondere auf der illegalen Szene bestimmen würden (siehe auch Noller, 1989).

Bezüglich des Verhältnisses der abhängigen Frauen in der Szene untereinander postulieren Hilde/Spreyermann (1997), dass "die ... Beziehungen ... meist geprägt sind von Missgunst, Konkurrenzdenken und Verachtung, ohne jeglichen Zusammenhalt, wobei die Männer untereinander besser auskommen. Die Frauen suchen oft den Schutz einer langjährigen Beziehung".

### 2.6.3 Abschluss

Nach dem Stand der Literatur ist demnach von einem grundlegend unterschiedlichen Ansatz zwischen männlicher und weiblicher Drogenabhängigkeit auszugehen. Unterschiede offenbaren sich somit auch in den einzelnen Stationen der Drogenkarriere. Rosenbaum fasst die Motivation der Frauen, Drogen zu nehmen, in einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1979 in den USA wie folgt zusammen: "Die Heroinabhängigkeit verschafft im allgemeinen bei den Frauen ... zunächst den gesuchten Bezugspunkt und die ... Verpflichtungen im Leben, welche zuvor kaum vorhanden waren, verbunden mit der zu Beginn herrschenden Begeisterung und scheinbaren Erweiterung der sich bietenden Alternativen. Mit der Zeit allerdings, in der die Sucht mit all ihren Konsequenzen -Chaos, Risiko, uneingeschränkte Hingabe in die Welt der Droge- andauert, schränken sich die Alternativen außerhalb des Lebens als Abhängige immer weiter ein, oft begleitet von illegaler Geldbeschaffung bis hin zu kriminellen Aktivitäten. Dies alles gefährdet in letzter Konsequenz die Lebensoption, die die Abhängige als am wertvollsten empfindet: ihre eigene Familie."

Der Kinderwunsch, welcher hier angesprochen wird, stellt also nach Rosenbaum trotz der Drogenabhängigkeit auch bei diesen Frauen ein zentrales Thema dar. Hieraus ergibt sich eine Motivation, welche im folgenden Kapitel erörtert wird.

### 2.7 Heroinabhängigkeit und Kinderwunsch

Drogenabhängige Frauen, die in der Bundesrepublik häufig in einer illegalen, kriminellen Umgebung verkehren - vor allem bedingt durch Prostitution zur Finanzierung des Heroins auf dem Schwarzmarkt-, sind ständig einem hohen gesundheitlichem Risiko, einem erheblichen psychischen und physischen Stress und einer moralischen Verurteilung ausgesetzt. Dazu besteht die immerwährende Gefahr einer Verhaftung und Verurteilung wegen der Beschaffung von illegalen Drogen. Den gesellschaftlichen Erwartungen bei einer eintretenden Schwangerschaft und künftigen Mutterschaft wird eine heroinabhängige Frau in solchen Lebensumständen somit keinesfalls gerecht.

### 2.7.1 Gründe für die Schwangerschaft

In der Literatur wird über in vielen Fällen ungeplante Schwangerschaften berichtet. Weiterhin werden unterschiedliche Reaktionen der Frauen auf die Schwangerschaft beobachtet.

Ein wichtiger Grund, warum abhängige Frauen von sich glauben, nicht schwanger werden zu können, ist die Amenorrhoe, also dem Ausbleiben der Monatsblutung. Da es aber nach Helbing (1993) "... doch zur Ovulation und Schwangerschaft kommen kann, kommen diese meist sehr unvorbereitet". In Phasen verminderten Opiatgebrauchs oder im Entzug käme es zum unerwarteten, unbemerkten Eisprung.

Außerdem ist Raben (1994) zufolge das "Körpergefühl", vor allem wenn zusätzlich Schlafmittel genommen werden, erheblich herabgesetzt.

Auch nach v. Soer/Stratenwerth (1991) sind die Schwangerschaften oft ungeplant: "... in den meisten Fällen ist nicht an Empfängnisverhütung gedacht. ... Ergebnisse von Studien in Therapieeinrichtungen besagen, dass zwischen 50% und 80% der dort aufgenommenen Frauen in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden. So liegen die Gründe für diese Achtlosigkeit sicher auch in dem Empfinden und der Beziehung für die eigene Sexualität und den eigenen Körper".

Nach einer Züricher Untersuchung von Hasler (2001) waren zehn von dreizehn Schwangerschaften (77%) der opiatabhängigen Frauen ungeplant.

Merrick's Angaben einer Studie aus Kopenhagen (1985) zufolge wird die Schwangerschaft aufgrund des unstilligen und belasteten Lebensstils und der Unkenntnis, empfänglich zu sein, häufig erst im vierten oder fünften Monat oder noch später wahrgenommen (siehe auch Rosenbaum, 1979).

### 2.7.2 Reaktionen auf die Schwangerschaft

Nach einer Studie von 1970 bis 1981 mit 20 drogenabhängigen Müttern aus Deutschland (Algeier, 1981) reagierte der Großteil der drogenabhängigen Frauen mit Überraschung und Erschrecken auf die Feststellung der Schwangerschaft, wobei einige der Frauen einen Schwangerschaftsabbruch erwogen, der jedoch wegen der bereits weit

fortgeschrittenen Schwangerschaft nicht mehr möglich war. Später überwog eine gewisse Gleichgültigkeit, die auch dazu führte, dass die Frauen keine medizinischen Vorsorgeuntersuchungen wahrnahmen.

V. Soer/Strathenwerth (1991) zufolge kommt im Gegensatz zu Algeier's Ausführungen jedoch "trotz der häufig äußerst schwierigen Lebenssituation der Frauen ein Abbruch der Schwangerschaft oft nicht in Frage - obwohl sie ohne Schwierigkeiten eine medizinische Indikation auch nach dem dritten Monat bekommen könnten- , da das erwartete Kind als ein neuer Sinn im Leben empfunden wird, ein Grund, für den es sich zu leben lohnt und von dem zerstörerischen Lebensstil als Süchtige loszukommen, um endlich ein "besserer Mensch" zu werden. So sind viele motiviert, sich in ärztliche Behandlung zu begeben und zur Mutter "heranzuwachsen" ... Außer der emotionalen Mutter-Kind-Bindung, mit der viele Erwartungen und Hoffnungen verbunden sind, bedeutet die neue Rolle als Mutter eine gesellschaftliche Position, die mehr akzeptiert wird ... Leben ist nun mal erstrebenswert, und ein Kind bedeutet Leben".

Wie schon im Kapitel "Drogenabhängige Frauen" (2.6) erwähnt, ist ein Großteil der abhängigen Frauen in Deutschland in Broken-Home-Situationen aufgewachsen (siehe auch Bode, 1990; Scheidt, 1976).

Vor diesem Hintergrund wollen nach Arenz-Greiving/Dilger (1994) die Frauen "all das, was sie vermisst haben, nun ihren Kindern ermöglichen, sie wollen ihre eigenen Defizite nachholen bzw. ausgleichen ... Das gewünschte Kind kann somit die Funktion der "letzten Hoffnung" haben, die letzte Anlaufstelle für alle enttäuschten Erwartungen".

Auch andere AutorInnen unterstreichen die besondere Motivation dieser Frauen, über das Kind zu einer neuen Lebensperspektive zu finden.

Ankie Baller vom KDO (Bureau Kinderen van Drugverslaafde Ouders/Büro Kinder drogenabhängiger Eltern) in Amsterdam weiß in diesem Zusammenhang zu berichten, dass "fast alle, die süchtig sind und Kinder bekommen, sehr froh sind über die Schwangerschaft ... Viele Eltern sehen dieses Ereignis als einen Punkt, um ein anderes Leben anzufangen ... " (zit. n.: v. Soer/Strathenwerth, 1991).

Helbing (1990) führt dazu an, dass die werdende Mutter mit dem Kind den in der eigenen Herkunftsfamilie vermissten Schutz und die Wärme und Zuneigung verbinde, die auch auf der Drogenszene nicht zu finden sei.

Auch nach Hasler (2001), die aus der Schweiz berichtet, spielt bei diesen Frauen oft die Hoffnung eine Rolle, durch die Mutterschaft ein "normales", drogenfreies Leben führen zu können und möglicherweise mit der Schwangerschaft ein Ende ihrer Drogenkarriere zu erreichen.

In einer Untersuchung in Deutschland über fünf Jahre (Kindermann, 1992) waren alle acht abhängigen Frauen zum Zeitpunkt der Schwangerschaft drogenfrei, was nach Kindermann "wiederum mit einer erhöhten Ausstiegsmotivation erklärt werden kann".

Deutliche Übereinstimmungen zeigen sich bei Vergleichen mit Untersuchungen aus den USA. So ist die Mutterschaft auch Rosenbaum (1979) zufolge bei vielen Frauen die erwünschte Möglichkeit, sozial "etwas wert" zu sein, vor allem, da die Alternativen wegen meist sehr geringer Schul- oder Berufsausbildung eingeschränkt seien. Somit stelle die Rolle als Mutter eine der wenigen Rollen dar, die für diese Frauen realisierbar seien. Demzufolge sei es auch "nicht ungewöhnlich, dass die Frauen schwanger werden, um ihren Heroinkonsum besser kontrollieren zu können".

Nach einer Studie mit 150 abhängigen Frauen in New York (Chavkin, 1991) bezeichneten 80% die Sorge um das Kind als Hauptmotiv für die Reduzierung oder Beendigung des Drogenmissbrauches.

Auch Finkelstein (1990) sieht den Weg aus der Abhängigkeit bei Frauen als ein Zusammenspiel zwischen der Betroffenen selbst und der sozialen und familiären Umgebung: „Die Rolle der Mutter wird bei abhängigen Frauen als sehr wertvoll eingeschätzt. Viele abhängige Frauen glauben, dass dies der einzige Weg ist, sozial geachtet zu werden und somit ein Gefühl des Selbstwertes zu erlangen“ (auch Bushong, 1990; Mondanaro, 1989).

### 2.7.3 Abschluss

Es bleibt somit festzuhalten, dass der größte Teil der AutorInnen von der aus verschiedenen Beweggründen motivierten Hoffnung der abhängigen Frauen berichten, über die - meist ungeplante- Mutterschaft ein neues, besseres Leben zu beginnen.

### 2.8 Die Situation vor der Geburt

Der Wunsch nach Zuneigung, Geborgenheit und sozial anerkannter Stellung in Verbindung mit der Gründung einer Familie ist ein allgemein gesellschaftliches Phänomen und nicht allein auf drogenabhängige Frauen zu beschränken. Jedoch begleiten bei weitem nicht nur positive Gefühle die Drogenabhängige in ihrer Schwangerschaft. In der Literatur wird stets darauf hingewiesen, dass im Gegensatz zu all den Hoffnungen, mit denen das Kind erwartet wird, sich die Lebenssituation der schwangeren Abhängigen nicht verbessert hat.

Die neue Situation der schwangeren Abhängigen bietet allen Grund zur Besorgnis: Zu den Hoffnungen der Schwangeren, die mit dem Kinderwunsch zusammenhängen, mischen sich Gefühle der Angst vor der unbekanntem Situation, der Schuld, den Ansprüchen eines Kindes nicht gerecht zu werden und dadurch keine "gute Mutter" sein zu können, Schuldgefühle auch aus dem Grund, in der Schwangerschaft nicht dauerhaft abstinent zu sein und dadurch dem Kind körperlichen Schaden zuzufügen. In einigen Ländern - nicht in Deutschland- wird der Drogenkonsum während der Schwangerschaft sogar per se als Kindsmisshandlung geahndet und bestraft, obwohl der Nutzen dieser Maßnahmen höchst umstritten ist (Kenneth et al. 1998, Chavkin et al. 1997, Finnegan et al., 1996, MacMahon, 1997). Hinzu kommt die Befürchtung, durch ein Einschreiten des Jugendamtes das Kind nicht behalten zu dürfen. Somit steht eine drogenabhängige Frau, die sich entschließt, ein Kind auf die Welt zu bringen, sehr bald allein vor einem Berg von Problemen, zusätzlich zu denen, die aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit auch vorher schon bestanden. Auch drängt die Zeit: nach Arenz-Greiving/Dilger (1994) enden Schwangerschaften überdurchschnittlich häufig bei drogenabhängigen Frauen in Deutschland ein bis zwei Monate vor dem errechneten Geburtstermin -und besonders

häufig dann, wenn sie unter schlechten sozialen und gesundheitlichen Bedingungen leben. Daher bleibe für einschneidende Veränderungen der häufig chaotischen Lebenssituation meist nicht viel Zeit.

Eine für dieses Kapitel hilfreiche portugiesische Studie (Correia et al., 1995) mit 164 schwangeren Opiatabhängigen ergab, dass 74% der Probandinnen zwischen 20 und 29 Jahren alt waren, lediglich 49% einen Schulabschluss vorweisen konnten und bei 82% das Kind nicht "geplant" war. 80% der Frauen hatten einen drogenabhängigen Partner. 29% begannen zwischen 11 bis 15 Jahren, Drogen zu nehmen. Bei 94% dauerte die Abhängigkeit schon über 5 Jahre. 25% der Klientinnen nahmen zum Zeitpunkt der Entbindung keine Drogen. Von den restlichen 75% war bei 25% Heroin die einzige Droge. Die Quote intravenös Konsumierender fiel von 47% vor der Schwangerschaft auf 25% zum Zeit der Entbindung. Infektionen, die direkt auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind, waren: Hepatitis B (37%) und C (29%), HIV (10%) und verschiedene sexuell übertragbare Infektionen (39%).

### 2.8.1 Status quo/Perspektiven

Nach Meinung vieler Autoren, sowohl im deutschsprachigen als auch im angloamerikanischen Raum, sind die Chancen für diese Frauen, mit der Schwangerschaft und der Geburt eines Kindes einen Wendepunkt in ihrem Leben zu erreichen, in der Regel gering.

"Eine drogenabhängige Frau, die erfährt, dass sie schwanger ist, hat in aller Regel bis zu diesem Zeitpunkt verschiedene Drogen genommen, geraucht, getrunken, sich schlecht ernährt und konnte sich nicht auf die Schwangerschaft einstellen, die häufig erst im vierten oder fünften Monat bemerkt wird. In vielen Fällen hat sie keine Arbeit, kein Geld, keine Unterkunft, keinen sorgenden Ehemann, wobei der Vater des Kindes eventuell ebenfalls abhängig ist. Ihren Drogenkonsum und Lebensunterhalt finanziert sie sich möglicherweise durch Prostitution und steht mit ihren Problemen alleine da, da die einzigen Bekannten, mit denen sie noch zu tun hat, ebenfalls Drogen nehmen", so v. Soer/Strathenwerth (1992). Dies umreißt die Lebensumstände vieler in Deutschland lebender drogenabhängiger Schwangeren.

Auch nach Lief's (1985) Bericht über das PAAM (Pregnant Addicts/Addicted Mothers), einem Projekt in New York City, das sich seit 1975 der Probleme der abhängigen Schwangeren/Mütter annimmt, sind die schwangeren Klientinnen meist in schlechtem gesundheitlichem Zustand, unterernährt, ungenügend bekleidet und wohnen in armen Verhältnissen. Sie "wissen höchstens wenig über die Schwangerschaft, Wehen, Entbindung, Nachsorge und Erziehung." Auch hier seien "viele Schwangerschaften nicht geplant, einige ungewollt ... Oft machen diese Frauen, auch wenn nur noch einige Monate bis zur Entbindung bleiben, keine Anstalten, sich darauf vorzubereiten, es sei denn, es wird von unserem Personal streng überprüft und angeordnet."

Merrick (1985) untersuchte im Besonderen die häusliche und finanzielle Situation der Klientel. Nach einer von ihm präsentierten Studie aus Kopenhagen (Merrick/Pedersen-Bjergaard 1985a: Untersuchung von 49 drogenabhängige Müttern und ihrer 50 Kinder) lebten nur 16% unter angemessenen Bedingungen. 18% hatten eine Wohnung, die aber sehr klein und ungeeignet für Kinder war, 36% lebten unter nicht akzeptablen Bedingungen, und 6% der werdenden Familien hatten zum Zeitpunkt der Geburt keine Unterkunft. Nur 12% der werdenden Familien konnten sich laut Studie selbst versorgen, während 77% auf eine Unterstützung angewiesen waren. Weiterhin sei es nicht ungewöhnlich für die werdende Mutter, mit einer erhöhten Dosis an konsumiertem Heroin im Krankenhaus kurz vor der Entbindung zu erscheinen, was zu einer Atemdepression des Kindes führen könne. Nach der Studie nahmen im letzten Trimester nur 14% der Frauen keine Drogen zu sich, dafür 26% intravenös Opiate, 12 % Methadone, 26 % eine Mischung aus verschiedenen Drogenmitteln und 6% Beruhigungsmittel oder Alkohol.

### 2.8.2 Entzug in der Schwangerschaft

Die Hauptgefahr liegt für das ungeborene Kind jedoch nicht so sehr in der Wirkung des Heroins, sondern im Heroin-Entzug; denn die fetale Körperzelle ist so abhängig wie die mütterliche.

Nach Raben (1994) kann ein schneller Opiatentzug zu Sauerstoffmangel und im Extremfall zum intrauterinen Fruchttod führen: "Also wird ihnen davon im Allgemeinen abgeraten".



So berichtet Ankie Baller vom KDO in Amsterdam (Bureau Kinderen van Drugverslaafde Ouders/Büro Kinder drogenabhängiger Eltern), dass "viele Frauen, die erfahren, dass sie schwanger sind, am liebsten auf der Stelle aufhören würden, Drogen zu nehmen ... Die Frauen haben ausgesprochene Schuldgefühle dem Kind gegenüber, wenn sie während der Schwangerschaft Drogen konsumieren. Jedoch scheinen Opiate keine Missbildungen hervorzurufen. Das überrascht auch die meisten Schwangeren, die beim ersten Arztbesuch ein furchtbar schlechtes Gewissen haben und Horrorvisionen darüber, was sie bereits "an ihrem Kind" mit dem "Gift" angerichtet haben" (zit. n. v. Soer/Strathenwerth, 1991).

In der Untersuchung von Rosenbaum (1979) mit 70 abhängigen Müttern aus den USA waren die Gründe dafür, dass nur zwei Frauen in der Schwangerschaft einen Drogenentzug durchführten, jedoch vor allem die Unwissenheit, empfänglich zu sein und die damit verbundene späte Erkenntnis, schwanger zu sein - oft im vierten oder fünften Monat (siehe auch Kapitel 2.7.1)- womit es zu spät für eine "einfache" Abtreibung wie im ersten Trimester und zu spät für einen Entzug gewesen sei. Auch die Erkenntnisse aus der Medizin, dass ein später Entzug riskanter und gefährlicher für das Kind sei als ein fortschreitender Heroinkonsum bis zur Geburt mit der Konsequenz eines süchtig geborenen Kindes, trugen laut Untersuchung teilweise zur Entscheidung bei. Rosenbaum zufolge spricht das ethische Bewusstsein bei den Frauen eindeutig dafür, jedes Risiko eines süchtig geborenen Kindes auszuschließen.

### 2.8.3 Zusammenfassung

In der Literatur werden trotz aller Hoffnungen der schwangeren Abhängigen vor allem die großen Probleme dieser Frauen offenbar, die sich durch die neue Situation zusätzlich ergeben.

Bei der Recherche fiel auf, dass einige AutorInnen die Situation der abhängigen Schwangeren eingehend untersucht haben, breit angelegte anonyme epidemiologische Studien zum Drogenkonsum schwangerer Frauen in Deutschland jedoch fehlen.

## 2.9 Drogenabhängigkeit und Mutterschaft

Der Übergang zur Elternschaft beinhaltet weit reichende physische, psychologische, soziale und familiäre Veränderungen. Die Entwicklung der Rolle als Elternteil bewegt sich in einzelnen Stufen von einer erwartenden Haltung in der Schwangerschaft zur mütterlichen Rolle während des ersten Jahres nach der Geburt. "Aus der sozialen Perspektive ist die Mutterschaft in dieser Kultur für Frauen eine Möglichkeit, als "erwachsen" zu gelten, und ein Erfolgserlebnis in diesem Bereich führt zu einem Gefühl der Kompetenz auch in anderen Bereichen des Lebens" (Brudenell, 1997).

### 2.9.1 Frühwochenbett und Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung

Die besondere Situation der abhängigen Gebärenden einschließlich der erheblichen Beeinträchtigungen der Beziehung der jungen Mütter zu ihrem Kind und umgekehrt findet in der Literatur in einigen wichtigen Untersuchungen und Beobachtungen Ausdruck. Sie unterscheidet sich demnach grundlegend von jener "normaler" Mütter.

#### *2.9.1.1 Die ersten Tage nach der Geburt*

Merrick's Studie in Kopenhagen (1985) zufolge verläuft eine Geburt bei abhängigen Frauen meist ohne Komplikationen. Es gebe keine hohe Mortalitätsrate in diesem Zusammenhang.

Arenz-Greiving/Dilger (1994) betonen, dass der besonders wichtige erste Kontakt zwischen Mutter und Kind gleich nach der Geburt oft gar nicht stattfindet. Wegen der schwierigen Umstände, meist verbunden mit einer zu kurzen Schwangerschaft, werde das Kind in der Regel sofort auf die Intensivstation gebracht. So würden die Mütter ihr eigenes Kind häufig erst ein paar Tage nach der Entbindung wieder sehen. Die Erfahrung, dass das Kind ihnen zum eigenen Schutz "weggenommen" werde, könne für sie eine Bestätigung des Gefühls sein, dass man ihnen sowieso nicht zutraut, dem Kind eine gute Mutter zu sein. Auch die Situation auf der Neugeborenenstation, wo keinerlei Rückzugsmöglichkeiten für Mutter und Kind vorhanden seien, könne die Angst, das Misstrauen und die Schuldgefühle der Mutter noch verschlimmern. Verstärkt würden

diese Gefühle in vielen Krankenhäusern noch durch offen gezeigte Ablehnung und Abwertung von Seiten des Krankenhauspersonals.

In der Literatur gibt es keine Unterschiede in den Schilderungen der Probleme der Frauen, sei es eine Studie aus dem mitteleuropäischen oder dem angloamerikanischen Raum.

So hebt auch Rosenbaum (1979) in einer kalifornischen Untersuchung die Wichtigkeit der ersten Lebensphase des Kindes in Bezug auf die Mutter-Kind-Beziehung und die starke Beeinträchtigung dieser Periode bei abhängigen Müttern und ihrer Kinder hervor. Häufig sei die Mutter schon wieder zuhause, während das Kind noch im Krankenhaus behandelt werde.

Nach Shapiro (1990), der von einer Londoner Untersuchung berichtet, ist die Erwartungshaltung dem Kind gegenüber sei bei den Frauen sehr hoch. Das Kind könne gestresst oder nervös sein, und es sei sicher schwerer zu beruhigen als andere Säuglinge auf der Station.

Ankie Baller aus Amsterdam (1988) dazu: "Die Kinder, die mit Entzugserscheinungen geboren werden, müssen manchmal monatelang behandelt werden und sind keine schönen, netten Babys".

Nach Merrick/Pedersen-Bjergaard (1985: Studie über 49 drogenabhängige Mütter und ihre 50 Kinder in Kopenhagen) beträgt die Behandlung für Neugeborene mit Entzugserscheinungen im Mittel 15 Tage, bei solchen mit Krämpfen im Mittel 73 Tage, jeweils abhängig vom Drogenkonsum der Mutter. Dabei seien die Kinder mit Krämpfen alle von Müttern gewesen, die es nicht schafften, vor der Geburt zu "entgiften".

"Die jungen Mütter müssen erfahren, dass ihre Babys keine niedlichen Spielzeuge sind, sondern Menschen mit Bedürfnissen, die sich lautstark äußern. Die Mütter fühlen sich dann oft überfordert, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Oft sind es untergewichtige Winzlinge, die im Brutkasten oder in einem durchsichtigen Kunststoffbett liegen, an Schläuche und Kabel angeschlossen, so dass ihre Mütter sie kaum anzurühren wagen" (Arenz-Greiving/Dilger, 1994).

Die Kinderpsychologin Susanne Börner fasst ihre Erfahrungen (zit. n. v. Soer/Strathenwerth, 1991) mit den "Heroinbabys" so zusammen: "Die Babys sind zittrig,

grau und haben zum Teil Krämpfe, sie sind besonders unruhig; hinzu kommen kleine neurologische Auffälligkeiten wie ein besonders hohes, schrilles Schreien".

Eine Studie von Nover et al. (1984) besagt, dass drogenabhängige Mütter, für die der Anblick ihres Neugeborenen eine Enttäuschung der Hoffnungen, die sie in ihr Kind gelegt haben, darstellen, folglich eher dazu tendieren, weniger Kontakt zu dem Kind zu suchen.

### *2.9.1.2 Reaktionen der Mütter*

Häufig führen, wie in der Literatur, sei sie aus dem deutschen oder dem amerikanischen Raum, gleichermaßen beschrieben, die oben dargestellten negativen Eindrücke und Überforderungen zu vertrauten Denkens- und Verhaltensmustern.

Die jungen Mütter haben, wie gewöhnlich Frauen nach der Geburt, Problemen mit dem hormonellen Umstellungsprozess in ihrem Körper - der so genannte "Heultag" ist schon für eine psychisch gesunde Mutter oft ein Problem (siehe Stauber, 1981) - "und wenn sie nach der Geburt nicht weiter substituiert werden oder ihre Droge bekommen, leiden sie in doppelter Hinsicht unter Entzugserscheinungen" (Vogt, 1996).

"Wenn sich die Frauen dann noch körperlich schlecht fühlen, unter Entzugserscheinungen leiden, sich beobachtet fühlen und Misstrauen spüren, dann entfliehen sie leicht dieser Situation und denken vor allem daran, wie sie wieder an Drogen kommen, und nicht daran, dass auf einer ungemütlichen Station ein winziger Säugling liegt, der zu ihnen gehört" (v. Soer/Strathenwerth 1991), wobei nach Vogt (1996) gerade bei diesen Kindern der Bedarf an liebevoller und intensiver Zuneigung und viel Körperkontakt sehr groß sei.

Auch Rosenbaum (1979) zufolge kann die Kombination nach ihrer Untersuchung aus den USA von der unfreundlichen Behandlung im Krankenhaus und dem schwierigen Umgang mit dem Neugeborenen zu einer Reaktion bei der Mutter führen, die sie noch tiefer in die Abhängigkeit versinken lasse. Sie habe ein starkes Schuldgefühl und breche den Kontakt zu nahe stehenden Personen ab. Sie habe das Gefühl des Versagens in der Mutterrolle, bevor sie erst begann. Diese Gefühle kämen zu den sonstigen Problemen, die jede "frischgebackene" Mutter habe, noch hinzu. Dies führe oft zu verstärktem Heroinkonsum.

Lawson/Wilson (1980) zufolge kann "auch nach dem Krankenhausaufenthalt jede Stimulation, etwa Veränderung der Umgebung oder eine eigentlich harmlose Erkrankung, ein Wiederaufkommen der Entzugssymptome des Kindes begünstigen, was die Selbstzweifel und die Verweigerungsneigungen der Mutter verstärken und ihre ... Fähigkeiten, neuen Problemen und Belastungen zu begegnen und sich anzupassen, testen kann."

So ist nach der Einschätzung von Finkelstein (1981) aus den USA die Elternschaft nicht nur eine starke Motivation zum Entzug, sondern auch zu signifikanten Schuld- und Konfliktgefühlen. In diesem Zusammenhang seien Schuldgefühle aufgrund des Drogengebrauchs und der Verfehlungen in der Erziehung als ein Faktor für Drogenrückfälle bei Frauen festgestellt worden.

Nach einer Untersuchung in Deutschland, die Ende der siebziger Jahre (Algeier, 1981) durchgeführt wurde, reagierten alle 20 Frauen der Untersuchungsgruppe ähnlich auf die Geburt. Trotz vorher bestehender Freude auf das Kind empfanden fast alle Frauen unmittelbar nach der Geburt "keine mütterliche Beziehung" zu ihrem Kind.

### *2.9.1.3 Risiken für die Mutter-Kind-Beziehung*

Auch die Ursachen für die mütterlichen Fähigkeiten und Motivationen der Abhängigen bzw. für die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung werden in der Literatur diskutiert.

Rothstein/Gould (1974) stellten eine Liste von Faktoren auf, mit denen das Risiko für das Kind für Vernachlässigungen durch die abhängige Mutter besser eingeschätzt werden soll: 1.: Alter der Mutter (unter 18 und über 30 Jahren bedeuten erhöhtes Risiko), 2.: Länge der Abhängigkeit (je länger, desto höher das Risiko), 3.: Teilnahme an einem Drogenhilfsprogramm, 4.: Grund für diese Teilnahme, 5.: Drogenkonsum während der Behandlung mit Methadon, 6.: Familienstand (kein Ehepartner oder fester Lebenspartner bedeutet erhöhtes Risiko), 7.: Qualität der bisherigen Erziehung und Pflege bei anderen Kinder der Familie.

Neumann/Cohen (1975) übereinstimmten mit ihrer Studie aus den USA in den Punkten, dass die Sicherheit und das Wohlergehen dieser Kinder davon abhängen, wie sehr sich die Mutter an den Drogenhilfsprogrammen beteilige und/oder von der Anwesenheit eines verantwortlichen Verwandten zuhause.

Auch nach der Untersuchung von Lawson/Wilson (1980) mit 64 Kindern drogenabhängiger Mütter in Houston gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen bestimmten Faktoren, wie kein regelmäßiges legales Einkommen, keine legale Unterkunft, keine vorgeburtlichen Behandlungen der Mutter, lange Zeit der Abhängigkeit und hohes Alter der Mutter, psychopathologische Erkrankung der Mutter, keine Kooperation/Beteiligung bei der Pflege des Kindes wie auch bei möglichen Geschwisterkindern zuvor und keine Behandlung der Abhängigkeit selbst und der Wahrscheinlichkeit, dass das Kind innerhalb des ersten Lebensjahres von der Mutter im Stich gelassen wird. 70% der Mütter, die ihr Kind nicht mehr bei sich "zu Hause" hatten, wiesen drei oder mehr dieser Risikofaktoren auf, verglichen mit 5% bei den Müttern, die noch mit ihrem Kind zusammenwohnten. 10% der Mütter verloren das Sorgerecht unfreiwillig durch Gefängnisaufenthalte.

#### *2.9.1.4 Trennung von Mutter und Kind*

Unter Umständen wird der Mutter nicht erlaubt, ihr Kind nach der Geburt überhaupt mit nach Hause zu nehmen.

Nach den Amerikanern Lawson/Wilson (1980) werden 12% bis 20 % der Babys von Eltern, die mit Methadon substituiert werden, nicht "nach Hause" gelassen. Dieser Prozentsatz sei damit höher als der in der übrigen Bevölkerung.

In einer anderen Untersuchung (Rementeria/Morrero, 1977) mit 217 Neugeborenen von abhängigen Müttern in New York wurden etwa 25% von ihnen bei Krankenhausentlassung an Pflegeheime weitervermittelt.

Bei einer dritten Studie aus Boston (Mathieu/Reece, 1976) über 15 süchtige Frauen, denen eine vielseitige und konzentrierte Behandlung ihrer Abhängigkeit zukam und die ein Kind bekamen, zeigte sich, dass nur bei zwölf von den 15 Kindern die Unterbringung bei ihren Müttern gewährt wurde, wovon die Hälfte innerhalb 18 Monaten letztlich in einem Heim für Kinder umziehen musste.

"Eingriffe in das Sorgerecht durch das Vormundschaftsgericht lösen bei den abhängigen Frauen Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Misstrauen und Versagen aus. Ihre Motivation, ohne Drogen zu leben, sinkt meistens erheblich in dem Augenblick, wo ihnen die Kinder weggenommen werden", so Arenz-Greiving/Dilger (1994).

Vogt (1996) dazu: "Für eine Mutter ist es schwierig, mit einem Sorgerechtsentzug umzugehen, denn er dokumentiert unübersehbar, dass sie den gesellschaftlichen Erwartungen nicht nachgekommen ist und als Mutter versagt haben. Dazu kommen der Schmerz der Mütter über die Fremdunterbringung ihrer Kinder und ihre Schuldgefühle. Dabei kommt es so gut wie nie vor, dass die Väter die Sorge für ihre Kinder übernehmen, wenn diese den Müttern im Zusammenhang mit ihrer Drogenabhängigkeit genommen wurden".

In der amerikanischen Literatur wird vor dem Hintergrund dieser Problematik immer wieder betont, wie wichtig es sei, die Mütter während und nach der Geburt zu unterstützen, damit sie eine positive Beziehung zu ihren Kindern herstellen (siehe Finkelstein 1993 a und b, 1994). Lediglich bei schweren Krankheitszuständen des Kindes, die eine Spezialbehandlung erforderlich machen, sei eine Trennung von Mutter und Kind unvermeidlich.

Nach Lawson/Wilson (1980) sei gerade in dieser Phase die Hilfe des geschulten Personals besonders wichtig, so könne z.B. eine Reaktion der Abwehr bei der Mutter auf ein starkes Gefühl der Schuld und Wertlosigkeit bei ihr hinweisen. Dagegen wird in deutschen Veröffentlichungen davon ausgegangen, dass eine Trennung von Mutter und Kind angezeigt ist (z.B. Kattner, 1991).

#### *2.9.1.5 Abschluss*

Nach einer Studie aus den USA von Nardi (1998) mit 17 drogenabhängigen jungen und werdenden Müttern lebten viele der Kinder bei anderen Familienmitgliedern oder Pflegefamilien (siehe auch Kapitel 2.9.2). Die Autorin entwirft ein kontroverses Bild der jungen Mütter, was auch als Reaktion der genannten Probleme, aber auch der beschriebenen Hoffnungen, verstanden werden kann: „Charakteristisch und typisch für die Mütter waren Ambivalenzen bezogen auf das Eingehen von Freundschaften, Entzug, ihre eigenen Wünsche, ob sie das Kind wollen oder nicht ... Dies bezog sich insbesondere auf die Verantwortlichkeit der Erziehung des Kindes. Die Frauen kämpften mit der Rolle als Mutter eines Neugeborenen. Trotz dieser Konflikte drückten sie auch den Wunsch der Verbundenheit mit dem Kind aus ... Die Beziehungen zwischen Mutter und Kind waren charakterisiert durch entweder gegenseitige Ablehnung oder erdrückender elterlicher Zuneigung.“

Zusammenfassend betrachtet wird bei der Literaturrecherche wie auch in Nardi's Ausführungen die vielschichtige Problematik dieser Klientel deutlich, welche sich nach der Geburt des Kindes, die mit vielen Hoffnungen (siehe Kapitel 2.7) verbunden ist, zeigt. Dabei ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Beobachtungen aus dem europäischen Raum und den USA. Dieses wichtige Thema erscheint in der Literatur jedoch noch nicht ausreichend behandelt. Größere und vor allem aktuelle Studien, gerade aus Deutschland, sucht man zu diesem Thema vergebens.

### 2.9.2 Aufenthaltsort der Kinder

Im Zusammenhang mit dieser Studie ist das Wissen um den Verbleib der Kinder, die nicht bei der Mutter leben, zum tieferen Verständnis der komplexen Problematik "Mutterschaft und Drogenabhängigkeit" von großer Wichtigkeit. Es zeigt sich, wie auch schon in Kapitel 2.7.1 angedeutet, dass hierfür sowohl das staatliche als auch das familiäre Hilfesystem herangezogen wird. Besonders wichtig in diesem Kontext ist natürlich auch, wie viele Mütter es tatsächlich schaffen, ihr Kind selbst aufzuziehen.

Nach einer Stichprobe von 22 Frauen in Deutschland, die eine Frauendrogenberatungsstelle in den Jahren 1993/1994 aufgesucht haben (Vogt, 1994), gelang es der Hälfte von ihnen, ihre Kinder bei sich zu behalten. Die Kinder lebten danach: bei der Mutter: 50%, bei der Großmutter: 4%, bei Pflegeeltern: 23%, anderswo (z.B. im Heim): 23%. Andere Studien aus dem europäischen Raum (Hasler, 2001; Klein, 2001; Olofssen, 1993, s.u.; Mark 1983a, 1983b; Sandermann/Madsen, 1976; Gandione, 1986) lieferten vergleichbare Ergebnisse, ältere (Wilson et al., 1973, USA) über deutlich geringere Quoten von Müttern (13%), die ihre Kinder "zu Hause" aufzogen.

Obwohl bei der Unterbringung der Kinder die Großeltern im deutschen Raum eine untergeordnete Rolle spielen, belegen Vogt (1996) zufolge Einzelfallberichte, wie wichtig die Beziehung zu diesen sei, wenn es um die tägliche Betreuung der Kinder gehe. Ohne die aktive Hilfe der eigenen Eltern, in erster Linie der Mütter, wäre es vielen Frauen nicht möglich, die Kinder bei sich zu behalten. Gelegentlich seien auch hier Kinder zur Adoption freigegeben und für die Mutter unerreichbar.



Nach einer amerikanischen Studie (Nardi, 1998) gaben sogar 36% der Abhängigen die Kinder in die Obhut ihrer Eltern. Hier waren es zu 51% die anderen Familienmitglieder oder Nachbarn, die diese Rolle zeitweilig übernahmen.

Rosenbaum's (1979) Studie an 70 drogenabhängigen Müttern in den USA zufolge verlieren die Mütter ihre Kinder entweder, weil sie ihre Unfähigkeit, sie zu versorgen, selbst einsehen und freiwillig das Kind weggeben, was meist dazu führt, dass sie von Familienangehörigen wie Müttern, Großtanten und Schwestern aufgenommen werden -in der Studie ist dies gehäuft bei Afroamerikanerinnen der Fall-, oder unfreiwillig durch einen Sorgerechtsentzug. Da ersteres Arrangement keinen endgültigen Charakter habe, sei es für die Mütter besser zu verkraften als im zweiten, selteneren Falle, wo mehr oder weniger zufällig die Behörden auf Missstände aufmerksam würden. In vielen dieser Fälle komme das Kind in Pflegeheime oder andere Institutionen.

Eine weitere amerikanische Studie von Lawson/Wilson (1980) mit 64 Kindern drogenabhängiger Mütter besagt, dass meist (60%) die alltäglichen Auswirkungen der Abhängigkeit Schuld an den Verlusten der Kinder waren, an zweiter Stelle (30%) folgte die Gefängniseinweisung der Mutter aufgrund von Strafdelikten, die eng mit der Abhängigkeit verbunden waren.

#### *2.9.2.1 Einteilung der Mütter in zwei Gruppen*

Eine weitere Untersuchung aus London (Fraser/Cavanagh, 1991), bei der 94 drogenabhängige Frauen, die zwischen 1968 und 1988 im St. Mary's Hospital ein Kind gebären, in ihrem Werdegang beobachtet wurden, besagt ebenfalls, dass 50% der Kinder bei der Mutter lebten. 21 von 22 Kinder von inzwischen drogenfrei lebenden Frauen blieben bei der Mutter, wobei nur 36% bei der Mutter lebten, wenn diese noch Drogen konsumierte.

Somit zeigt sich hier ein Zusammenhang zwischen dem Umstand des Zusammenlebens des Kindes mit der Mutter und dem Drogenkonsum der Mutter. Damit ist nach dieser und oben genannter Studien bzw. Einschätzungen (z.B. Lawson/Wilson, Kap. 2.9.1.3; Arenz-Greiving/Dilger, 2.9.1.4) davon auszugehen, dass unter dem Aspekt der Drogenkarrieren und all ihrer Konsequenzen die Gruppe der Mütter in zwei grundverschiedene Gruppen

einzuteilen ist, nämlich in jene, die mit dem Kind zusammenleben, und jene, die das Kind nicht mehr bei sich haben.

Degkwitz/Krausz (1995) sehen folgerichtig "bei den Angaben zu Kindern ... eine schwerwiegende Lücke im deutschen Drogenhilfesystem", da "nur ein Drittel der Eltern mit Kindern selbsterziehend ist, also mit den Kindern zusammenlebt".

Eine ältere Untersuchung aus den USA beleuchtet die Gruppe der Mütter mit fremdplatzierten Kindern genauer: Jene Studie (Fanshel, 1975/ Nichtern, 1973), die in einem Kinderheim der Jewish Childcare Association in New York durchgeführt wurde (128 Kinder, davon 95 mit heroinabhängigen Eltern), besagt, dass die abhängigen Frauen, deren Kinder in dem Heim untergebracht waren, seit langem schwer süchtig waren, zeitweise im Gefängnis und als persönlich demoralisiert zu beschreiben und somit nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der abhängigen Frauen zu sehen.

Somit wird hier ein vergleichsweise negatives Bild der Mütter beschrieben, welche ihre Kinder nicht mehr selbst aufziehen.

#### *2.9.2.2 Fluktuation und "Abwanderung" der Kinder*

Bei einer Untersuchung der Klientel einer Drogenentwöhnungseinrichtung in Rheinland-Pfalz (Arnold/Steier, 1997) zeigte sich, dass von den 34 betreuten Kindern 44% für mindestens drei Monate nicht bei den Eltern gelebt hatten. Diese Diskontinuitäten waren durch Krankenhausaufenthalte infolge akuter Drogenintoxikation, aber auch durch Haftaufenthalte verursacht worden. Lediglich 13 Kinder (38,2%) hatten seit ihrer Geburt absolut durchgängig bei ihren Eltern oder einem Elternteil gelebt.

Bei der schon in Kapitel 2.9.2 genannten Studie aus Dänemark (Oloffson et al. 1983a, b) über 79 süchtige Mütter und ihre 89 Kinder in Kopenhagen wurde festgestellt, dass sowohl das "Zuhause" (Heim, bei der Mutter, Pflegefamilie) als auch die fürsorgende Person (Mutter, Pflegeeltern, Großeltern) der Kinder oft wechselten ("Zuhause": 0-30 mal, im Mittel fünfmal; fürsorgende Person: 0-11 mal, im Mittel sechsmal).

Eine weitere dänische Untersuchung (Merrick/Pedersen, 1985a) mit 49 abhängigen Müttern und ihren 50 Kindern dokumentiert ein deutliches "Abwandern" der Kinder von dem Zuhause der Mutter im weiteren Verlauf nach der Geburt. So waren 80% der Kinder nach der Geburt zuhause bei der Mutter im Gegensatz zu nur noch 52% im späteren Verlauf. Der Anteil der Kinder, die bei den Großeltern wohnten, stieg von 6% nach der

Geburt auf 14% im weiteren Werdegang. Bei den Kindern im Kinderheim stieg er ebenfalls, von 14% auf 26%.

Nach Berger et al. (2003) würden in Deutschland 30% der Kinder drogenabhängiger Mütter gleich nach der Geburt und weitere 20 % im Verlauf der ersten Lebensjahre von ihren Müttern getrennt.

Auch in Algeier`s (1981) Untersuchung mit 20 Frauen in Deutschland lebten die Kinder der Klientinnen der Forschungsgruppe mit zunehmendem Alter nicht mehr bei den Müttern oder Eltern, ähnlich wie in amerikanischen Langzeitstudien über das Schicksal der Kinder Drogenabhängiger festgestellt wurde (vgl. Colten, 1980).

### *2.9.2.3 Zusammenfassung*

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass in vielen Studien, sowohl im angloamerikanischen als auch im westeuropäischen Raum, etwa die Hälfte, teilweise aber auch deutlich größere Anteile der Kinder in eine andere Obhut als die der Mutter gegeben werden. Meist sind dies Familienangehörige. Damit teilt sich die Gruppe der Mütter in zwei Lager auf: Jene, die eine erziehende Funktion einnehmen, und jene, die diese Funktion nicht mehr innehaben. Dieser bisher wenig berücksichtigte Umstand wird in der Literatur mitunter als Versäumnis angesehen. Dabei deutet sich in einigen Beobachtungen eine starke Fluktuation zwischen den Lagern und tendenziell ein "Abwandern" aus der Obhut der Mutter an. Es zeigt sich weiterhin ein Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und der Zugehörigkeit zu diesen Lagern an, wobei die erziehenden Mütter besser mit der Drogenproblematik zurechtzukommen scheinen. Die meisten anderen Untersuchungen zu diesem Kapitel waren aus dem englischsprachigen Raum. Angaben aus dem deutschsprachigen Raum sind dünn gesät.

### 2.9.3 Drogenabhängige Mütter

Dem literarischen Wissensstand entsprechend, sollen in diesem Abschnitt ein Gesamtbild der Situation dieser Klientel entworfen sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen thematisiert werden.

### 2.9.3.1 Demographisches

Laut Angaben des Vereins für Drogenpolitik (2002) gibt es in Deutschland etwa 120 000 bis 150 000 HeroinkonsumentInnen mit intravenösem Gebrauch (Stand: 2002), nach Raben (1994) eine vorsichtig berechnete Zahl, die wahrscheinlich viel größer sei.

Nach v. Soer (1993), der sich auf eine frühere Quelle der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren, 1993) mit gleichem Ergebnis beruft, "ist dies keine feste Größe, sondern eine Gruppe, die ständig in Bewegung ist - viele kommen neu hinzu, manche hören auf, Heroin zu nehmen, andere steigen auf legale Drogen um oder sterben. Etwa ein Viertel der Heroinabhängigen haben nach internationalen Schätzungen Kinder - oft mehr als eins. Auch mit diesen "vagen" Schätzungen kommt man zu dem Schluss, dass eine Schätzung von 30 000 Kindern von Heroinabhängigen in Deutschland realistisch sein könnte".

Klein (2001) schätzt in seinem Bericht zu diesem Thema dagegen die Kinder drogenabhängiger Eltern in Deutschland auf ca. 40 000 bis 50 000, "die meisten davon im Vorschul- und Grundschulalter", dabei hätten insgesamt 46% der opiatabhängigen Frauen und 30% der Männer mindestens ein Kind (siehe auch Scheib/Steier, 1998). Diese Angaben beruhen auf den Daten von über 7000 Opiatabhängigen in der ambulanten Suchthilfe (siehe auch Simon/Palazzeti, 1999).

Studien über drogenkonsumierende und drogenabhängige Frauen, die schwanger werden und Kinder haben, sind jedoch spärlich. Unsystematische Beobachtungen und die Ergebnisse der Substitutionsprojekte zeigen jedoch ebenfalls, dass der Anteil der drogenabhängigen Frauen mit Kindern je nach Stichprobe zwischen 30 und 50 Prozent schwankt (Arnold et al., 1995; Zenker/Lang, 1993).

Lind-Krämer/Timper-Nittel (1992) berufen sich auf ähnliche Zahlen: "Es zeigt sich, dass rund ein Drittel der Frauen, die als Konsumentinnen bzw. Abhängige von illegalen Drogen identifiziert und diagnostiziert sind oder die sich auf der offenen Drogenszene aufhalten, mindestens ein Kind hat" (auch Vogt, 1992).

Vogt (1994) kommt in einer Untersuchung mit 22 Teilnehmerinnen auf einen Wert von durchschnittlich 1,7 Kindern bei drogenabhängigen Müttern. Nach ihr handelt es sich in Deutschland in rund drei Viertel der Fälle um Ein-Eltern-Familien (siehe Vogt 1996).

Die für Hamburg geltenden Eck-Schätzdaten sehen nach Helberg (1993) folgendermaßen aus: von den ca. 10 000 Heroinabhängigen sind etwa 25 Prozent Eltern mit ca. 2500 bis 3500 Kindern. 17 % von den Patientinnen geben auf den Entzugsstationen und den Drogenambulanzen an, dass sie Kinder haben, 34% der substituierten Klientinnen sind Eltern (siehe auch Degkwitz/ Krausz, 1994).

Raben's (1994) Einschätzung nach gibt es in Hamburg etwa 3000 bis 4000 heroinabhängige Eltern mit schätzungsweise 5000 Kindern.

Internationalen Studien zufolge liegt die Elternquote unter den Heroinabhängigen bei 15-30% (siehe Helberg, 1993; Degkwitz/Krausz, 1994). Auch v. Soer/Strathenwerth nach (1991) haben nach niederländischen und amerikanischen Untersuchungen 20 bis 25% aller Drogenabhängigen Kinder.

Lawson/Wilson (1980) zufolge, die vergleichbare Angaben (20-50%) bezogen auf amerikanische Städte machen, sind 90% der abhängigen Frauen im gebärfähigen Alter. Weiterhin beschreiben sie ein deutliches Ansteigen des Anteils der süchtig geborenen Kinder in Krankenhäusern in den USA seit den sechziger Jahren (Metropolitan Hospital New York: 1960 1: 164, 1973 1:29; Philadelphia General Hospital: 1969 1:184, 1973 1:16).

Nach Algeier's (1981) Untersuchung mit 20 drogenabhängigen Müttern in Deutschland reichte die Altersspanne der Frauen von 20 bis zu 41 Jahre bei einem Durchschnitt (Median) von 29 Jahren. Die Altersspanne der Kinder umfasste 3 Monate bis 21 Jahre, im Median 7 Jahre.

Bei einer anderen Studie mit 15 Müttern im Methadonprogramm in den USA (Bauman/Dougherty, 1983) betrug der Altersdurchschnitt der Frauen 27,3 Jahre, also in einem vergleichbaren Bereich, wie auch in der Studie von Wellisch/Steinberg (1980, Median: 27,0), die 100 abhängige und nichtabhängige Mütter und Nichtmütter in San Francisco, North Hollywood und Los Angeles, Kalifornien, untersuchten.

Es wird somit hier, wie auch schon in den vorangegangenen Kapiteln, kein augenfälliger Unterschied zwischen Studien aus Ländern der sog. "westlichen Welt" ersichtlich. In letztgenannter Studie (Wellisch/Steinberg, 1980) waren nur 16% der abhängigen Mütter verheiratet, 68% von ihnen lebten entweder geschieden oder in Trennung. In Bezug auf

die Ausbildung gab es keinen Unterschied zwischen abhängigen Müttern und Nichtmüttern, wobei beide im Allgemeinen arbeitslos waren. 24% der abhängigen Mütter bezeichneten ihren Beruf als "Mutter" oder "Hausfrau".

In einer weiteren Studie aus Bremen (Hein, 2001) wurden neun methadonsubstituierte Mütter mit einer Kontrollgruppe von neun drogenfreien Müttern verglichen, wonach sich die Gruppen zu Ungunsten erstgenannter Gruppe deutlich im Bildungsniveau und Berufsqualifikation unterschieden.

Auch nach der Untersuchung von Nardi (1998) an 17 drogenabhängigen Müttern, die sich einer intensiven Entzugsbehandlung über ein Jahr unterzogen, hatten die meisten dieser Frauen lange Zeit keine feste Arbeitsstelle. 90% der Mütter waren während des vorangegangenen Jahres beschäftigungslos. Die meisten der Frauen lebten zeitens der Studie in einer partnerschaftlichen Beziehung, in der Drogen konsumiert wurden.

#### *2.9.3.2 Allgemeine Einschätzungen und Beobachtungen*

Was bisher über drogenabhängige Mütter sowohl in der mitteleuropäischen als auch der angloamerikanischen Literatur zu lesen ist, deckt eine vielschichtige Problematik auf, der diese Frauen ausgesetzt sind, spricht aber auch die Chancen und Möglichkeiten an, die sich aus der besonderen Situation der Mütter ergeben. Dabei werden, wie auch im Folgenden, aus unterschiedlichen Perspektiven Erklärungs- bzw. Deutungsansätze aufgezeigt.

Rosenbaum (1979, Studie über 70 abhängige Mütter in den USA) gelingt in ihren Ausführungen eine genaue Differenzierung zwischen den beiden Polen Mutterschaft und Drogenabhängigkeit und benennt anhand ihrer Studie die sich daraufhin ergebenden Konsequenzen: Der Autorin nach stellt die Drogenabhängigkeit der Mutter - im Gegensatz zum männlichen Drogenabhängigen - einen Interessenkonflikt zwischen dem "Leben für die Droge" und der Mutterrolle dar, verbunden mit der Enttäuschung, beidem, vor allem aber der Mutterrolle, nicht gerecht zu werden. Weiterhin seien die Mütter aber, wie auch "normale" Mütter, in ständiger Sorge um das Wohlergehen des Kindes, welches oft mit Gefühlen der Schuld begleitet sei. Mehr noch, scheinen sie laut Rosenbaum die kulturellen Rollenvorgaben als Mutter vollends akzeptiert zu haben und die Mutterschaft als zentralen Punkt der eigenen Identität zu sehen. So sei diese Akzeptanz von

entscheidender Bedeutung für die Auswirkung der Mutterschaft auf die weitere Drogenkarriere dieser Frauen.

Der Studie nach konnten, obwohl allen Müttern die Sorge für das Kind am wichtigsten war, die Frauen am besten die neue Situation meistern, bei denen die Mutterrolle eine Kontrolle auf ihren Drogenkonsum bewirkte. Die neue Rolle als Mutter wäre gerade bei den Frauen, die das Kind nicht wollten, um ihr Leben besser in den Griff zu bekommen, eine Leistung, nun die Wünsche des Kindes vor die eigenen zu stellen, was bei Gelingen zu einem Gefühl des Stolzes bei ihnen führe, vergleichbar mit dem der Frau, die Mutterrolle und Berufsleben kombinieren könne. Einige wenige Frauen hätten es geschafft, eine Routine bei der Bewältigung dieses "Spagats" zu entwickeln, was auch Routinisierung und damit Kontrolle des Heroinkonsums bedeute und damit dazu, dass sie in der angenehmen Position seien, sich um das Kind kümmern zu können. Oft hätten diese Frauen ein Umfeld, das sie in ihrer Lage unterstütze. Andererseits könnten finanzielle Nöte und damit Mangel an Kleidung, Essen und anderer wichtiger Dinge für das Kind, aber auch Heroin, zu großen Problemen führen.

Ein weiteres Problem sei die Zeit, in der die Mütter ihren oft illegalen Geschäften (z.B. Prostitution, Dealen mit Drogen) nachgingen, bei denen sie meist nicht genug verdiene. In dieser Zeit werde das Kind oft allein zuhause gelassen, da die Mutter häufig zu unorganisiert sei, sich um eine Pflege für das Kind zu kümmern. Dies könne in einer Tragödie enden.

Auch andere amerikanische Autoren (Kearney/Murphy, 1994) betonen den Aspekt, dass bei drogenkonsumierenden Müttern die Aufmerksamkeit und Zuwendung dem Leben als Abhängige auf Kosten der Erziehung des Kindes gehe.

Nach Rosenbaum führen diese Umstände normalerweise zur allgemeinen Unfähigkeit, die Mutterrolle auszufüllen. Durch den daraus häufig resultierenden Verlust des Kindes (siehe Kapitel 2.9.2) fühlten sich die Mütter schuldig, oft verbunden mit Gefühlen des Versagens und der Scham über ihr Verhalten dem Kinde gegenüber. Gerade bei Frauen, die ihr Kind unfreiwillig in andere Hände geben mussten, sei der Schmerz des Verlustes besonders stark. In diesem Zusammenhang ist die Einstellung der abhängigen Mutter nach Rosenbaum bezeichnend für Frauen -weniger für Männer- in unteren Gesellschaftsschichten, die im Zuge der Emanzipation die kulturellen und gesellschaftlichen Vorgaben der Mutterrolle weniger hinterfragen als vielmehr

uneingeschränkt akzeptieren und verinnerlichen. Somit sehen sie sich laut Autorin im Gegensatz zu den Männern als hauptsächlich verantwortlich für das Kind, weiterhin fühlen sie, dass die Mutterrolle ihr einziger Anspruch auf eine Wertigkeit ist und oft ihre größte Verantwortung. Ein Versagen in diesem Zusammenhang sei somit gleichbedeutend mit der Unfähigkeit, nicht nur die Verantwortung zu tragen, sondern ein Versagen als Frau im Allgemeinen. So wirke die Wegnahme des Kindes emotional und sozial verheerend. Im Angesicht eines möglichen Verlustes des Kindes bemerke sie, wie nah die Konsequenzen ihrer Abhängigkeit sie in ihrer Rolle als Mutter und auch als Person, als Identität, einschränken. Dies sei gefährlicher für sie als beispielsweise eine Gefängnisstrafe und verschaffe ihr eine Motivation, ihr Leben zu verändern. Die drohende Gefahr, diese Lebensoption zu verlieren, sei eine optimale Voraussetzung, aus dem Leben mit dem Heroin auszusteigen und diese Karriere zu beenden. Ist das Kind nicht mehr bei der Mutter, habe sie auch den Grund für eine Kontrolle des Heroingebrauchs und des Lebens allgemein verloren, was oft zu einer drastischen Verschlimmerung des Drogenmissbrauchs und der Lebenssituation führe.

Die hier beschriebene Verschlechterung der Lebenssituation bei Verlust des Kindes und somit der Rolle als erziehende Mutter ist auch Thema von Untersuchungen jüngerer Datums:

Nach Hasler (2001), die von einer schweizerischen Studie berichtet, "erleben ... diejenigen Frauen, die nicht in der Lage sind, sich um ihr Kind zu kümmern, durch den Entzug des elterlichen Sorgerechtes einen Beweis ihrer Unfähigkeit. Sie leiden unter der Trennung von ihrem Kind und entwickeln zunehmend Schuldgefühle gegenüber sich selbst und ihrem Kind. Das wiederum kann die Befindlichkeit und den Drogenkonsum negativ beeinflussen."

Kovelesky/Flagler's (1997) Beobachtung aus den USA thematisiert ebenfalls die Gefühle des Kummers, der Wut oder Hoffnungslosigkeit bei diesen Frauen im Falle eines Sorgerechtsverlustes. Diese könnten den Weg zur Abstinenz einerseits erschweren, andererseits auch erzwingen.



Nach Lief (1985), die über das PAAM (Pregnant Addicts/Addicted Mothers)-Projekt in New York City berichtet, welches sich seit 1975 den abhängigen Schwangeren und Müttern annimmt, ist die Familie als Quelle von Sorgen und Not als auch als Zufluchtsort vor allem der Ursprung des Lebenssinnes: "Wenn Drogenabhängige Eltern werden, bekommt die Familie zentrale Bedeutung, sowohl in sozialer als auch in persönlicher Hinsicht." Allerdings sei die "Disziplin eines der größten Probleme für diese Frauen, ist die Disziplin doch der Hauptfaktor für ihre Lebensweise ... Viele haben im Voraus nicht daran gedacht, wie der neue Tagesablauf mit Elementen wie Körperpflege des Kindes, Saubermachen, Kochen ... am besten zu bewältigen sei ... Für viele scheint die Realität nicht mit den Erwartungen bei der Geburt überein zu stimmen." Wird das Kind größer, so könnten die Mütter mehr Freude an dem gemeinsamen Leben finden. "Das Alter von vier bis sechs Monaten ist für die Eltern eine schöne und aufregende Zeit ... Das Baby wird mehr und mehr zu einem bekannten Individuum, und die Beziehung zwischen Mutter und Kind vertieft sich ... Für einige Mütter sind die Erlebnisse in dieser Phase sehr wichtig für den Aufbau eines Selbstwertgefühles und der Empfindung, eine "gute Mutter" zu sein."

So wird von Lief von den - allerdings erst einige Monate nach der Geburt erlebten - positiven Gefühlen und Erlebnissen berichtet, welche sich die Mütter, wie im Kapitel 2.7 thematisiert, von der Mutterschaft erhofft haben, wobei es sich in diesem Falle allerdings um Mütter mit Kontakt zu einem Hilfsprojekt handelt. Hiernach scheint die Geburt und die darauf folgende Zeitspanne (siehe auch Kap. 2.9.1 ff.) eine besonders kritische Phase für die Mutter-Kind-Beziehung zu sein.

Lenzen (1994) entwirft in einem Erfahrungsbericht des Projektes IGLU in Hamburg, einer Einrichtung für Kinder und ihre drogenabhängige Eltern, in einem der wenigen deutschen Beiträge zu diesem Thema ein negativeres Bild zur Situation dieser Familien: "Die Eltern, die mit uns Kontakt aufnehmen, befinden sich mitunter schon in einer Substitutionsbehandlung, oder sie besorgen sich ihre Drogen auf der Szene. Die letztgenannten Eltern sind dem Beschaffungsstress mit all seinen Konsequenzen unterworfen. Diese Eltern leben mit ihren Kindern fast immer in sozialer Isolation und massiver Armut. Es gibt häufig einen chaotischen Tagesablauf, einen gestörten Tag- und

Nachrhythmus. Die Situation dieser Familien ist oft durch Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit gekennzeichnet."

Vogt (1996) dazu: "Viele der Frauen sind Sozialhilfeempfängerinnen. Zu der problematischen Lebenssituation der Mütter und ihrer Kinder kommen eine Vielzahl weiterer Belastungen aller Art (körperlicher und sexueller Missbrauch), Gesundheitsprobleme als Auslöser oder Folge des Konsums, psychiatrische Komplikationen (Komorbidität) - insbesondere Depressionen und Angstzustände-, schlechte Wohnverhältnisse, instabile bzw. fehlende soziale Beziehungen, geringe soziale Unterstützung usw. hinzu. Dies alles verweist auf besondere, zur Bewältigung des Alltags aber unzureichende Fähigkeiten, mit Problemen, Krisen und Konflikten fertig zu werden."

Ein ähnliches Bild entwirft Strausfeld (1994) in ihrem Bericht über Mutter-Kind-Therapie für suchtkranke Frauen in einer deutschen Klinik. Dass der Ausstieg aus dem Drogenmilieu "in dem einen oder anderen Fall" tatsächlich geglückt sei, solle nach Strausfeld "jedoch nicht unerwähnt bleiben".

Strausfeld, wie auch Vogt und Lenzen (s.o.), thematisieren in ihren Ausführungen die sozialen, ökonomischen, körperlichen und psychischen Missstände neben der Drogenproblematik, und streichen damit heraus, dass die Problematik dieser Frauen alle zentralen Lebensbereiche mitbeeinflusst.

Eine Untersuchung von Scafidi et al. (1997) aus den USA, welche 55 drogenabhängige Mütter mit 49 nichtabhängigen Müttern vergleicht, beleuchtet eingehender die psychische Symptomatik der Frauen. Hier waren die süchtigen Mütter im Mittel im Messbereich eines depressiven Zustands im Gegensatz zu den nichtsüchtigen. Auch nach Scafidi et al. hatten die Frauen mehr psychische und körperliche Probleme, mehr Probleme in der Familie und im sozialen Umfeld, lebten in ärmeren Verhältnissen, hatten ein aggressiveres Verhalten, wussten ihre Freizeit weniger sinnvoll zu nutzen und hatten außerdem einen niedrigeren Ausbildungs- und Berufsstand. Dabei war der psychische Status am stärksten mit der Drogenabhängigkeit assoziiert.

Auch in Trost's (2004) Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen mit 18 drogenabhängigen Müttern ergab sich gegenüber den Müttern der Kontrollgruppe im Vergleich der Depressivität ein hochsignifikanter Unterschied zu Lasten der Drogenklientinnen.

Hein's (2001) Arbeit aus Bremen beschreibt ebenfalls signifikante Unterschiede dieser Mütter in der Lebenszufriedenheit, Aggressivität sowie im Bereich der sozialen und körperlichen Belange im Vergleich zu drogenfreien Müttern.

Die letztgenannten Ergebnisse von Studien und Beobachtungen aus Deutschland und dem angloamerikanischen Raum, welche eine überwiegend negative Situation der abhängigen Mütter nachzeichnen, stehen zum großen Teil im Gegensatz zu den positiveren Eindrücken von Lief. Der Grund hierfür ist möglicherweise, dass Lief von Müttern eines Projektes berichtet, welches sich dieser Klientel annimmt. Somit scheint ein entsprechendes Drogenhilfeprogramm bei diesen Frauen einen positiven Effekt erzielen zu können.

Zwei Studien aus Dänemark dienen als Beispiel für die Überforderung in der Mutterrolle und dadurch Vernachlässigung des Kindes bei abhängigen Müttern. So zeigt eine Studie aus Aarhus von Mark (1983a, 1983b) mit 62 abhängigen Müttern und ihren 87 Kindern, dass Impfungen der Kinder bei nur 61% dieser Kinder vollständig durchgeführt wurden im Vergleich zu 83% der übrigen Bevölkerung in Aarhus. Gesundheitsuntersuchungen wurden in den ersten 15 Lebensmonaten bei nur 59% der Kinder Drogenabhängiger im Gegensatz zu 91% der sonstigen Bevölkerung Aarhus' komplett wahrgenommen.

Bei einer Studie aus Kopenhagen (Merrick/Pedersen-Bjergaard, 1985a) mit 49 drogenabhängigen Müttern und ihren 50 Kindern wurden in 12% körperliche Misshandlung und 22% Vernachlässigung festgestellt.

Leenders (1990) nach, der aus dem niederländischen Raum berichtet, ist es "bei einem Drittel der Eltern sonnenklar, dass sie es nicht schaffen werden, ein Kind großzuziehen, und das wird meistens auch sehr schnell sichtbar, weil die Familien sich nach der Entbindung nicht regelmäßig um ihre Kinder kümmern oder weil die Kinder einfach irgendwo "stehengelassen" werden."

Auch Vogt (1996) unterteilt die abhängigen Mütter in Deutschland in verschiedene Gruppen: "Es gibt neben der Gruppe von Frauen, für die die Schwangerschaft und die

Geburt des Kindes eine Neuorientierung ihrer Lebensperspektiven einleitet, zwei weitere Gruppen von Frauen. Für die zweite Gruppe ist die Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes kein ausreichender Anlass, auf psychotrope Substanzen zu verzichten. Viele dieser Frauen, die vornehmlich Heroin konsumieren, finden den Weg in ein Substitutionsprojekt. Dies bedeutet für sie oft einen ersten Schritt in Richtung auf stabilere Lebensverhältnisse. Es gibt aber auch eine dritte Gruppe von Frauen, die sich während der Schwangerschaft und nach der Geburt ihre Drogen auf der illegalen Szene beschaffen. In vielen Fällen führt dies zur Einschaltung des Jugendamtes, oder die Kinder werden von Familienangehörigen aufgezogen. Es ist unbekannt, wie die Mütter und ihre Kinder diese Erfahrungen verarbeiten. Es ist durchaus denkbar, dass sich die Mütter wieder einmal als Versagerinnen erleben. Das wiederum kann ein verstärkender Faktor für weiteren Drogenkonsum sein. ... Über alle diese unterschiedlichen Gruppen von Frauen, über ihre Kinderwünsche, die Schwangerschaft, die Geburt und die Beziehungen, die sie mit ihren Kindern aufbauen, wissen wir sehr wenig."

Es wird hier innerhalb der Gruppe der Mütter eine wichtige Differenzierung angesprochen, welche impliziert, dass es einerseits Mütter gibt, die über das Leben mit dem Kind den Weg aus der Abhängigkeit finden, andererseits Mütter, denen dies nicht gelingt, was häufig mit dem Sorgerechtsverlust einhergeht, eine Problematik, die auch schon von andere AutorInnen thematisiert wurde (z.B. Rosenbaum, 1979, s.o.).

Hasler (2001) vollzieht in einer für die vorliegende Arbeit besonders relevanten Untersuchung, die in Zürich mit 271 opiatabhängigen Frauen, davon 66 Müttern, durchgeführt wurde, die schon in Kap. 2.9.2.1 und auch von Vogt (s.o.) angesprochene Unterteilung der Mütter in jene, die mit dem Kind zusammenleben, und jene, deren Kinder fremdplatziert sind. Des Weiteren erfolgte in der Studie von Hasler der Vergleich mit den anderen, kinderlosen Frauen.

Danach ging es den Probandinnen der erstgenannten Gruppe in allen untersuchten Lebensbereichen -Drogenkonsum, soziale, ökonomische, psychische und körperliche Situation- deutlich besser als den übrigen drogenabhängigen Frauen. Den Müttern, deren Kinder fremdplatziert sind, ging es am schlechtesten, die kinderlosen Frauen lagen dazwischen. Mütter, die mit ihren Kindern lebten, hatten in der Regel ein längeres

Intervall zwischen Einstieg in den Drogenkonsum und Suchtentstehung, seltener erfolglose Entzugsbehandlungen, öfter Kontakte außerhalb der Drogenszene, bessere Wohnverhältnisse, einen besseren Ausbildungsstand, weniger Schulden und weniger psychische und somatische Probleme. Keine der Frauen, deren Kinder nicht bei ihnen lebte, hatte ihre Schwangerschaft geplant, sie konsumierten mehr Drogen und hatten mehr rechtliche Probleme als die Mütter, die ihre Kinder bei sich hatten, alle wiesen eine positive Hepatitis B und C Serologie auf. Es gibt Hinweise auf größere vorbestehende psychosoziale Defizite der Mütter, deren Kinder fremdplatziert sind.

Mit der Differenzierung innerhalb der Gruppe der Mütter gelingt es somit Hasler, die Wirkung der "praktizierenden" Mutterschaft auf die Suchtproblematik dieser Frauen darzustellen. Eine entsprechende Studie aus Deutschland, die wie Hasler diese wichtige Unterteilung vornimmt und in den Kontext der Abhängigkeit stellt, gibt es jedoch bislang noch nicht.

### *2.9.3.3 Alltagskonflikte und Isolation*

Verschiedene AutorInnen aus dem deutschsprachigen Raum beleuchten die Konflikte der erziehenden abhängigen Mütter, welche ihnen durch ihre Situation alltäglich begleiten.

Nach den Beobachtungen von Arenz-Greiving/Dilger, welche in "Elternsüchte-Kindernöte" über abhängige Mütter in Deutschland berichten (1994; vgl. Helbing: 1990 und 1991), "bewegen sich die drogenabhängigen Mütter, die mit ihren Kindern zusammenleben, permanent zwischen zwei völlig entgegengesetzten Welten: die Welt der "normalen bürgerlichen" Gesellschaft und die Welt der Szene. Sie leben in noch größeren Ambivalenzen als andere Drogenabhängige. Schon der tägliche Gang auf die Szene, um sich die Droge zu besorgen, hat für sie eine völlig andere Bedeutung, da sie in der permanenten Angst leben, bei Polizeiüberwachungen aufzufallen ... So ziehen sie es vor, in der illegalen Anonymität zu leben."

Hier wird ein weiterer Lebensbereich thematisiert, welcher für diese Mütter von Belang ist: der rechtliche Status. Auch er spiegelt demnach die Situation der Frauen wider.

V. Soer/Strathenwerth (1991) merken dazu an, dass bei vielen drogenabhängigen Müttern in Deutschland die Angst, ihre Kinder zu verlieren, so massiv sei, dass sie trotz dieses Hintergrundes und ihrer Sucht es schaffen würden, sich der Gesellschaft anzupassen, um "normal" zu wirken. "Manchmal schaffen Frauen es sogar, nicht vollständig in die Sucht und die Illegalität abzurutschen und können auf diese Weise wenigstens teilweise ihrer Verantwortung gegenüber den Kindern nachkommen." So könnten die Kinder die Funktion einer Brücke zur normalen Welt übernehmen.

Auch nach Hasler (2001), die in Zürich mit drogenabhängigen Müttern arbeitete, versuchen diese Frauen gegenüber Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Jugendämtern und Vormundschaftsbehörden, welche zum Schutz der Kinder eingeschaltet werden, mit Ausreden, leeren Versprechungen, Verheimlichung ihrer Sorgen und Verharmlosung der Situation, deren Einfluss und Kontrolle und somit auch einer Unterstützung zu entziehen (siehe auch Nufer, 1996). "Es entsteht der Eindruck, dass sie gerne "perfekte Mütter" ohne Probleme wären und aus Angst vor dem Verlust ihrer Kinder Schwierigkeiten bagatellisieren oder verleugnen und demzufolge kaum Hilfe in Anspruch nehmen können."

In diesem Zusammenhang erwähnt Lenzen (1994) in seinem Bericht über das Projekt IGLU in Hamburg, welches sich Familien mit Drogenproblemen annimmt, dass die Kriminalisierung des Drogenkonsums und das weit verbreitete Vorurteil, dass drogenabhängige Eltern nicht in der Lage seien, ihre Kinder zu erziehen, dazu geführt hätten, dass die überwiegende Mehrheit der betroffenen Familien jenseits adäquater Hilfestellungen stehe. "Diese Eltern vermeiden die Offenlegung ihrer Probleme vor entsprechenden Stellen, da sie repressive Maßnahmen befürchten."

So bleibt Strathenwerth (1992) zufolge "der Zugang zu den vorhandenen gesellschaftlichen Angeboten wie Kindergarten und Kindertagesstätten diesen Müttern und ihren Kindern meist versperrt. Es konnte schon öfter beobachtet werden, dass "normale" Eltern sich dagegen zur Wehr setzen, wenn Kinder von Drogenabhängigen in Kindergärten oder Krabbelstuben aufgenommen werden. Oft verschweigen Eltern und auch Erzieher die Drogenabhängigkeit vor anderen Eltern, wodurch die drogenabhängige Mutter noch tiefer in die Isolation hineingerät."

#### 2.9.3.4 Erziehung und Pflege des Kindes

In der Literatur finden sich zum großen Teil bedrückende Beschreibungen der Versuche dieser Frauen, der Rolle als erziehender und sorgender Mutter gerecht zu werden und dem Leben den erhofften positiven Umschwung zu geben.

Nach Arenz-Greiving/Dilger (1994) können diese Frauen aufgrund ihrer eigenen Umstände nur wenig positive Stimuli aussenden. Sie seien auch nur beschränkt in der Lage, auf die wachsenden Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Instinktiv spürten sie zwar, dass sie ihrem Kind mehr geben müssten, als sie es tun, aber sie wüssten häufig nicht, wie.

Auch Lief ((1985, berichtet über das PAAM (Pregnant Addicts/Addicted Mothers)-Projekt in New York City, wo man sich seit 1975 den abhängigen Schwangeren und Mütter annimmt) betont, dass bei diesen Müttern die Freude am Kind sehr viel niedriger ist als gewöhnlich ist: "Bezüglich Pflege des Kindes und Kindesentwicklung verhält sich die Mutter häufig ignorant ... wie man die tägliche Pflege eines Kindes vornimmt, ist ihnen nicht bekannt ... Ein neues Kind zuhause zu haben ist allgemein ein anstrengendes Unterfangen. Wenn das Kind ein "schwieriges" ist und die Familie schon personell und finanziell in einer Notlage, verbunden mit einer Abhängigkeit, so kann die Situation leicht überwältigend sein."

In einer anderen Studie aus den USA von Colten (1980) hielten sich die 170 drogenabhängigen Mütter hinsichtlich der Erziehung für ungeeigneter und machten sich mehr Sorgen um ihre Kinder als die Mütter der Kontrollgruppe.

Pauls (1992) zufolge ist der Griff zur Droge das vertraute Reaktionsmuster, sich Erleichterung zu verschaffen unter dem Druck, dem Kind eine angemessene Erziehung bieten zu müssen, verbunden mit einem Gefühl der Überforderung. Hier schließe sich wieder der Kreis der Abhängigkeit, denn darunter leide die Versorgung des Kindes, und das Kind leide noch mehr.

Kandel's Untersuchung (1990) mit 1222 drogenabhängigen Eltern unterstreicht Pauls' Aussage mit der Erkenntnis, dass bei den Müttern ein steigender Drogenkonsum ein schlechteres Elternverhalten bewirkt.

Strausfeld (1994) fasst die Situation vieler dieser Mütter in Deutschland treffend zusammen: "Die Frauen ... sind meist allein für die Pflege und Erziehung ihrer Kinder

verantwortlich. Aus der Hoffnung, durch das Kind aus der Drogenabhängigkeit zu kommen, wird häufig die Realität, dass zur Drogenabhängigkeit das Problem der Kinderversorgung hinzukommt."

#### *2.9.3.4.1 Erziehungsmuster*

Hinsichtlich der Erziehungsmuster dieser Mütter ergibt sich durch die unterschiedlichen Beobachtungen in der Literatur ein sehr differenziertes, teilweise kontroverses Bild.

V. Soer/Strathenwerth (1991) beschreiben diese Eltern als friedfertig und liebenswürdig. Vordergründig und sehr "solidarisch" mit ihren Kindern und mit hohen Ansprüchen an die Erziehung, zwischen Vernachlässigung und Überbehütung hin und her pendelnd- das sei die Beschreibung eines "Erziehungsstils", der ihnen immer wieder begegnete.

Strausfeld (1994) berichtet dazu folgendes: "Die ... Schuldgefühle ... können zum einen zu einer verwöhnenden Haltung, andererseits auch zu versteckten Aggressionen dem Kind gegenüber führen ... Vielen Müttern gelingt das Sowohl-als-auch in der Distanzregulierung nicht ... Beispielsweise kann der Drogenkonsum zu einer sehr nachgiebigen Erziehungshaltung, der Drogenentzug zu einem sehr aggressiven Erziehungsverhalten führen ..."

Arnold/Steier (1997) und Trost (2004) berichten in ihren Studien, ebenfalls aus dem deutschen Raum, auch vom bei dieser Klientel häufig auftretenden Problem des Setzen und Ziehen von Grenzen in der Erziehung. Auch spricht Trost von geringem mütterlichem Selbstvertrauen sowie teils überwertigen Erwartungen wie Trost, Fürsorge und Zuwendung und somit die Kompensation der eigenen Einsamkeit und emotionalen Bedürftigkeit, die an das Kind geknüpft werden.

Wellisch/Steinberg (1980), die 100 abhängige und nichtabhängige Mütter und Nichtmütter in San Francisco, North Hollywood und Los Angeles, Kalifornien, untersuchten, berichten dagegen von einer überwiegend überhöhten autoritären Vereinnahmung als Erziehungsmuster bei diesen Müttern.

Auch andere Untersuchungen aus Deutschland (zusammenfassend: Hogan, 1998) zeigten wiederholt, dass die drogenabhängigen Mütter insgesamt härtere verbale Verhaltensweisen gegenüber ihren Kindern ausführten.

Kindesmissbrauch und -vernachlässigung kommt nach Klein (2001) in Deutschland bei Kindern heroinabhängiger Eltern häufiger vor als bei den "anderen" Eltern (siehe auch



Kap. 2.9.3.2). Jedoch besagen Studien aus den USA (Egami et al., 1996; Sowder/Burt, 1980), dass nicht die Opiatabhängigkeit, sondern die Armut an sich als verursachender Faktor angesehen werden muss.

Arenz-Greiving/Dilger (1994) stellen zusammenfassend fest: "Durch all diese Faktoren wird das Zustandekommen eines gegenseitigen befriedigenden Mutter-Kind-Dialogs äußerst erschwert. Die Kinder wachsen in einem Wechselbad von Verwahrlosung/Vernachlässigung und von Überbemutterung/Verwöhnung auf und sind meist nicht in der Lage zu begreifen, was die Stimmungsumschwünge bei der Mutter oder den Eltern verursacht."

#### *2.9.3.4.2 Untersuchungen/Beurteilungen der Erziehungskompetenz*

Verschiedene Studien untersuchten die Fähigkeiten der abhängigen Frauen, die Mutterrolle auszufüllen.

Eine Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen (Troost, 2004) mit 18 drogenabhängigen Müttern zeigt bei diesen, dass ihre intuitiven elterlichen Kompetenzen schwächer zugänglich als in der Kontrollgruppe waren.

Auch nach den amerikanischen Studien von Howard et al. und Westin et al. (1989) sowie Lief (1976) sind die Fähigkeiten drogenabhängiger Frauen als Mütter meist eingeschränkter als jene der nichtabhängigen Frauen.

Dagegen ergab eine Studie in Kalifornien (Baumann/Dougherty, 1983) mit 15 Müttern im Methadonprogramm und 15 Müttern ohne Drogenproblemen, dass die erstgenannte Gruppe im Vergleich zur zweiten keine Unterschiede in Bezug auf elterliche Einstellungen und Vorstellungen aufwies - dies entspricht auch dem Ergebnis einer weiteren kalifornischen Untersuchung von Bauman (1978) -, allerdings zeigten sich diese Mütter weniger anpassungsfähig hinsichtlich mütterlichen und sozialen Verhaltens und der Persönlichkeit. Ihre Kinder wiesen im Vergleich zu den Kindern der Mütter ohne Drogenprobleme bezüglich Intelligenz, allgemeiner Entwicklung und sozialem Verhalten niedrigere Werte auf. Die Ursachen für diese Defizite lägen allerdings nicht in einer verminderten intellektuellen Kapazität dieser Kinder, sondern würden mit dem Umfeld dieser Kinder zusammenhängen und mit der emotionalen Verarbeitung ihrer schwierigen Situation.

Andere Untersuchungen aus den USA bzw. Dänemark (Fanchel, 1975; Lodge, 1976; Nichtern, 1973; Wilson et al., 1979; Sandemann et al., 1976; Olofsson et al., 1983a, 1983b) stellten ebenfalls bei den Kindern drogenabhängiger Mütter niedrigere kognitive Fähigkeiten bzw. Entwicklungsverzögerungen fest.

Wie schon von Bauman et al. angedeutet, sind in der Literatur auch Hinweise zu finden, die optimistischer stimmen. Oft wird der Drogenkonsum als Maß für die Erziehungsfähigkeit angesehen, obwohl dies nicht das wichtigste Kriterium für die Fähigkeit ist, für ein Kind zu sorgen, zu sein scheint:

Nach v. Soer/Strathenwerth (1991) spielt in den Niederlanden die Frage nach dem Drogenkonsum der Eltern nicht die entscheidende Rolle, wenn es darum geht, die Lebenssituation eines Kindes und die Erziehungskompetenz der Eltern zu beurteilen.

Leenders (1990) dazu: "In unseren wissenschaftlichen Untersuchungen haben wir keine signifikanten Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum der Eltern und ihrer Fähigkeit, Kinder großzuziehen, feststellen können".

Eine amerikanische Studie (Jeruchimowicz/Bernstein, 1984) mit drogenabstinenten und drogenkonsumierenden Müttern hinsichtlich des Umgangs mit ihren Kindern zeigte, dass letztere weniger gute Beziehungen zu ihren Kindern hatten; dies war jedoch nicht bedingt durch den Drogenkonsum, sondern durch geringere soziale und emotionale Ressourcen. Anfang 1985 wurde von der Universität Utrecht zusammen mit Humanitas (Verein für Jugendhilfe und Vormundschaft in Rotterdam) ein Forschungsprogramm entwickelt, das ein Erkennungs- und Beratungsprogramm beinhaltet. Hier konnte beobachtet werden, dass drogenabhängige Eltern zu relativ großen Erziehungsanstrengungen imstande waren (siehe Arenz-Greiving/Dilger, 1994; vgl. Leenders, 1990).

Auch in einer anderen Studie aus den USA zum Elternverhalten (Colten, 1980) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den 170 drogenabhängigen Müttern und der Kontrollgruppe in Bezug auf erzieherische Einstellungen und Erwartungen an das Kind.

Eine weitere Untersuchung aus Los Angeles (Tyler, 1997) zeigte ebenfalls, dass sich das Sorgeverhalten der drogenabhängigen Mütter, die mit ihren Kinder zusammenlebten, nicht von jenen Verwandten von drogenabhängigen Müttern unterschied, denen das Sorgerecht übergeben wurde.

Nach Lief (1985) scheint "nach öffentlicher Meinung die Rolle der "guten Mutter" bei dieser Klientel unvorstellbar. Abhängigkeit wird oft mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in Zusammenhang gebracht ... Das Vorurteil der unfähigen abhängigen Eltern ist jedoch nicht unbedingt die Realität. Alle Mütter, die an unserem Projekt teilnehmen, haben das Sorgerecht für ihre Kinder behalten. Viele entwickeln ein Gespür für die körperlichen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse der Kinder und richten unter großen Anstrengungen ihre Lebensweise danach aus."

Algeier's Studie (1981) mit 20 drogenabhängigen Müttern in Deutschland zufolge berichteten fast alle Frauen, dass sie sich intensiv mit Fragen der Kindererziehung auseinandergesetzt und sich auch Literatur besorgt hätten. Bei allen Frauen entwickelte sich im Lauf des Zusammenlebens mit dem Kind ein Gefühl der Liebe und Verantwortung.

Laut Conte et al. (1994), deren italienische Studie mit 26 Probandinnen gerade im Zusammenhang mit dieser Arbeit wichtig ist, haben abhängige Frauen, die mit dem Kind zusammen leben, ein gleiches psychologisches Profil bezogen auf ihre Rolle als Mutter wie Mütter ohne Drogensucht. Bei den abhängigen Müttern, die nicht mit dem Kind zusammenlebten, wurden in der Untersuchung die mütterlichen Charakteristika als schlechter bewertet.

Nach den Erfahrungen des KDO Amsterdam (Bureau Kinderen van Drugverslaafde Ouders/Büro Kinder drogenabhängiger Eltern) zu urteilen, ist - unter den Voraussetzungen niederländischer Drogenpolitik - etwa ein Drittel der heroinabhängigen Eltern gut in der Lage, ein Kind großzuziehen; ein Drittel bewegt sich mit seine Erziehungsleistungen immerhin in "akzeptablem" Rahmen; ein letztes Drittel ist nicht oder nur schlecht in der Lage, für das emotionale und körperliche Existenzminimum eines Kindes zu sorgen (siehe v. Soer/Stratenwerth, 1991).

Letztere Einschätzung fasst damit die unterschiedlichen Literaturangaben zu diesem Thema zusammen. Neben vielen negativen Beschreibungen zeigen andere, dass es einem Teil der Frauen gelingt, sich über die neue Rolle als Mutter den Wunsch nach einem "anderen" Leben zu erfüllen. Die Conte- Studie untersucht dabei ein zentrales

Thema: den Unterschied zwischen den erziehenden und den nicht erziehenden Müttern, wie schon von Hasler (Kap. 2.9.3.2) thematisiert. Dadurch wird in der Studie die Auswirkung, den die Mutterschaft - damit ist der tägliche Umgang und Kontakt mit dem Kind gemeint - auf diese Frauen hat, deutlicher als bei anderen Untersuchungen.

#### *2.9.3.5 Beispiele und Erklärungen für gelungene Ausstiege*

Eine Studie über Frauen, die es geschafft haben, über die Mutterschaft zu einem Leben, das nicht durch Drogen kontrolliert wird, zu finden, ist das Forschungsprojekt "Selbstheiler" im Rhein-Main-Gebiet (vgl. Happel, 1988 a,b; Schneider/Happel, 1989 und Zwischenberichte 1986, 1987, 1988 und 1990; Endbericht Happel/Fischer/Wittfeld, 1993), bei der 102 Aussteiger aus dem Szene- und Drogenleben, die nicht über den institutionalisierten Weg der damals als einzig erfolgreich angebotenen Therapiekette "Entzug-Langzeittherapie-Nachsorge" den Ausweg in ein drogenfreies Leben zurückgefunden hatten, befragt wurden. Es zeigte sich nach Fischer (1994) eine "außergewöhnlich hohe Rate von 25% ... , für die Schwangerschaft, Geburt oder Erziehung eines Kindes eine entweder ausstiegsmotivierende, Rekonvaleszenz fördernde oder endgültig den Ausstieg stabilisierende Triebkraft gewesen war", bei der "nicht nur der Lebenssinn, auch struktur- und normgebende Gründe den Ausstiegsprozess gefördert und die Reintegration in gesellschaftliche Zusammenhänge gefördert und ermöglicht ... haben". So sei die Verantwortungsübernahme durch das heranreifende Leben als "Chance" zu begreifen, nach Sozialisation, Identität und nicht zuletzt Lebenssinn zu suchen. Dies sei eng mit der Motivation zum Ausstieg verknüpft. Nach der Studie bewirkten bei 13% Schwangerschaften oder Geburten rekonvaleszente Zustände, bei weiteren 8% waren es die Kinder, die die Situation stabilisierten. Fischer zufolge werde mit dem Kind - oder der Schwangerschaft - ein "funktionales Äquivalent zu Drogenkonsum und Drogenbeschaffung hergestellt", das die Basis für positive Erlebnisse sei als auch eine gleichzeitige positive emotionale Bindung an die Kindsmutter oder den Kindsvater bewirke. Das Kind, das elementar als Sinnggebung des Lebens empfunden werde, führe zur begrüßten Normierung des Alltags. Bei Rückfällen oder anderen Gründen des Heroinkonsums gehe eine starke Reglementierung hinsichtlich des Konsums und der Beschaffung der Droge vom Kinde aus. Häufig gelänge zudem eine Revitalisierung verschütteter sozialer Beziehungen.

Auch Kearney (1996) schreibt in ihrem Bericht über 14 drogenabhängige Schwangere oder Mütter in den USA, dass in kritischen Phasen des Entzugsprozesses für einige dieser Frauen die Schwangerschaft und die Mutterschaft die stärkste Motivation darstellte, diese Zeit durchzustehen, um letztendlich wieder Freude in der Familie zu finden, auch um Respekt und Autorität in der Familie wiederzuerlangen. Allerdings waren andere Frauen in dieser Gruppe nicht imstande zu entziehen.

Nach der Studie von Nardi (1998) mit 17 Schwangeren und jungen Müttern aus den USA sei die Abkehr von den Drogen bei diesen Frauen eine Entwicklung zum Erwachsenenendasein. Es sei eine Reise von "verloren" nach "gefunden", mit einigen Hindernissen bis zum Ziel.

Gerade hinsichtlich der vorliegenden Arbeit ist die Erkenntnis von Jackson/Berry (1994) in diesem Zusammenhang wichtig: "Es scheint, dass die Möglichkeit, die Rolle der Mutter anzunehmen, steigt, je mehr die Mutter bei ihrem Kind ist. Für die Mutter mit häufigem Kontakt scheint das Umsorgen des Kindes das Schuldgefühl gegenüber der/dem Kleinen, in der Schwangerschaft Drogen genommen zu haben und damit ihr/ihm Schaden zugefügt zu haben, zu kompensieren. Diese Möglichkeiten eröffnet sich den Müttern mit wenig bis keinem Kontakt zu ihrem Kinde nicht."

Schon Seashore et al. (1977), sprachen in ihrer Untersuchung in den USA von einer essentiellen Wichtigkeit des engen Kontaktes der abhängigen Mutter zu ihrem Kind, damit sie in die Rolle der Mutter "hineinwachsen" könne.

Damit wird im Zusammenhang eines gelungenen Ausstieges aus der Drogenkarriere ein weiteres Mal die Wichtigkeit der erziehenden Funktion der Mutter hervorgehoben. Untersuchungen, die dieses wichtige Thema noch genauer beleuchten und herausstreichen, erscheinen vor diesem Hintergrund umso notwendiger.

#### *2.9.3.6 Notwendigkeit von Hilfsprogrammen*

Ein zentrales, wegweisendes Thema ist in der Literatur die Notwendigkeit von innovativen Hilfsprogrammen.

In Trost's (2004) Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen nannten nahezu alle 18 drogenabhängigen Mütter gegenüber wenigen Müttern der Kontrollgruppe auf die Frage, wie sich für sie die Lebensperspektive durch die Geburt des Kindes geändert habe,

folgende Aspekte: eine Änderung der Perspektive in Richtung Neuanfang, die Übernahme von Verantwortung, ein neuer Lebenssinn und -ziel, jedoch auch ein großes Risiko zu scheitern. Jedoch gibt es nach Trost trotz diesem sich anbietenden Ansatz für Hilfsprojekte bislang für diese Klientel zu wenige spezifische Angebote, vor allem, da es kaum wissenschaftliche Erkenntnisse gebe, welche die Grundlage für entsprechende Interventionskonzepte liefern müsste.

Ein weiteres Beispiel bietet eine Studie aus Nordrhein-Westfalen mit 833 substituierten Abhängigen (Klemm-Vetterlein, 2000): Hier meldeten 28% der Frauen Hilfebedarf bei der Kindererziehung an. Angesichts der Tatsache, dass schätzungsweise nicht mehr als 40% dieser Klientel mit einem Kind zusammenleben (siehe 2.9.3.1), ist dies ein Indikator für ein außerordentlich hohes Bedürfnis an Betreuung.

Auch nach einer Expertise des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt (Scheib/Steier, 1998) besteht demnach "sowohl für die Kinder als auch für die Drogenabhängigen in ihrer Funktion als Eltern ein massiver Betreuungs- und Beratungsbedarf".

Die überwältigende Mehrheit der AutorInnen ist der gleichen Meinung, zumal der Erfolg solcher Einrichtungen in mehreren Untersuchungen bestätigt wurde.

In einer Studie von Grant et al. (1996) bekamen 51 drogenabhängige Mütter in Seattle, die vormals keinen Kontakt zu Hilfsorganisationen hatten, für drei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes intensive Unterstützung bezüglich ihrer neuen Lebenssituation. Es stellte sich heraus, dass sich bereits nach einem Jahr signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Kontakte zu Drogenhilfsprojekten und anderen Hilfsorganisationen wie etwa Elterngruppen abzeichneten. Auch der Drogenkonsum verringerte sich bei diesen Frauen signifikant.

Camp/Finkelstein (1997) berichten von zwei Behandlungsprojekten für drogenabhängige Schwangere und Mütter bzw. ihre Kinder in Massachusetts. Bei beiden Projekten, die stationären Charakter hatten und eine Nachsorge beinhalteten, machten die Frauen jeweils dramatische Fortschritte in Bezug auf Selbstwertgefühl und als erziehende Person. Auch waren die Probandinnen überwältigt über die positiven Auswirkungen der Erziehungsanleitungen auf ihr Leben.

In einer Untersuchung über die Lebensumstände von 86 drogenabhängigen Müttern, die in der Zeit von 1968 bis 1988 in einem Londoner Krankenhaus Eltern wurden (Fraser/Cavanagh, 1991), waren 23% ein Jahr nach der Entbindung "clean", also drogenfrei. Von den 76%, die weiterhin abhängig waren, starben 11% bis zum Abschluss der Studie. Bei der Analyse der Gründe für einen gelungenen Ausstieg nach der Geburt zeigte sich, dass eine qualifizierte Geburtsvorsorge und regelmäßige Kontrolle auch nach der Geburt die größte Assoziation mit einem erfolgreichen Ausstieg aus dem Drogenkonsum hatte.

Insbesondere wird kritisiert, dass im Falle einer reinen Schwangerenbetreuung die notwendige Langzeitbegleitung von Müttern mit Neugeborenen unterbleibt und die Weitervermittlung an andere Institutionen zu oft unterbleibt oder scheitert (siehe Uziel-Miller/Lyons, 2000).

Auch Lawson/Wilson (1979) zufolge sollte nach den Erfahrungen, die in zwei Hospitalen in Houston, Texas, gemacht wurden, schon die medizinische Behandlung zur Geburt bei drogenabhängigen Frauen mit psychologischer und Drogenbehandlung koordiniert werden, da so neben der Minimierung von Geburtskomplikationen auch die Abhängige in ihrer neuen Rolle als Mutter unterstützt werden könne.

Nach Lief's (1985) Bericht über das PAAM (Pregnant Addicts/Addicted Mothers) sind die Eltern, unabhängig ihres intellektuellen und sozioökonomischen Status, begeistert über die Bestätigung, die sie als Folge der Erziehungshilfe beim Heranwachsen ihres Kindes empfinden. Dadurch würden sie sich sicherer in der Rolle als Eltern fühlen.

Auch nach den Studien von Cohen (1966), Nuckolls et al. (1972), Fraiberg et al. (1980), Tilden (1983), Bauman/Dougherty (1983), Cronenwet (1985) und Nardi (1998) aus den USA korreliert die Hilfe eines entsprechenden sozialen Projektes positiv mit mütterlichem Verhalten und Adaptation.

Klein (2001) bezieht dies auf deutsche Verhältnisse und betont in diesem Zusammenhang, dass die Förderung der Elternfähigkeit, deren Notwendigkeit allzu oft verdrängt worden wäre, eine "direkte Anforderung an die Professionalität der deutschen Sucht- und Drogenhilfe ist".

### 2.9.3.7 Vernachlässigung eines wichtigen Themas

Die Tatsache, dass dem Themengebiet "Drogenabhängigkeit und Mutterschaft" bisher so wenig Beachtung geschenkt wurde, wird von verschiedenen Autoren, sowohl in den USA als auch in Deutschland, thematisiert.

Arenz-Greiving/Dilger (1994) zufolge "unterscheidet sich die Situation der drogenabhängigen Mütter in wesentlichen Punkten von jener der kinderlosen, drogenabhängigen Frauen. In Deutschland wurde die Problematik von Heroinabhängigkeit und Mutterschaft bisher einfach übersehen, was auch damit zusammenhängt, wie generell mit dem Thema "Frauen und Drogen" in der deutschen Drogenpolitik umgegangen wird: ein Thema, das leider absolut vernachlässigt wird".

Die Amerikanerin Brudenell (1997) fasst dies folgendermaßen zusammen: "Für eine steigende Anzahl von Frauen fällt die Phase der Abkehr vom Alkohol- oder anderen Drogenmissbrauches in die Zeit des Kinderkriegens (auch Weiner/Morse/Garrido, 1989) und des Kindererziehens. Ob Schwangerschaft oder Elternschaft hierfür der Stimulus ist, ist unbekannt. Über die Dynamik der beiden Prozesse Drogenentzug und Kinderkriegens, treten sie gemeinsam auf, ist bisher wenig geschrieben worden. Das Verständnis, wie diese beiden Prozesse miteinander interagieren und koexistieren, könnte für diejenigen, die mit den Betroffenen zusammenarbeiten, zu mehr Einfühlungsvermögen verhelfen."

Nach Nardi (1998) umfasst der Weg aus der Abhängigkeit eine Veränderung der Selbstidentität und der Perspektive (auch Brown, 1985). In diesem Zusammenhang sei es hilfreich zu verstehen, wie und unter welchen Umständen der Weg aus der Abhängigkeit und die elterliche Rolle sich gegenseitig beeinflussen würden. Der Charakter der Abhängigkeit und die Umstände, inmitten welcher sie häufig entstehe (Misstrauen, Armut, unsichere Wohnsituation, Gewalt in Familie und Nachbarschaft), würden die Identifizierung, den Kontakt und die kontinuierliche Hilfe für Drogenprogramme für junge Mütter schwierig machen. Deshalb sei wenig über die Bedingungen für die Frauen in der Rolle als Eltern bekannt, die einen drogenfreien Lebensstil ermöglichen. Auch sei nicht klar, was für diese Mütter Hilfe ist und was als Stressor wirkt. Der Grund, warum bisher wenig darüber veröffentlicht wurde, wie diese Frauen als Eltern den Weg aus der Abhängigkeit suchen, liege möglicherweise darin begründet, dass dieses Klientel schwer zu finden, zu rekrutieren und in einer Studie zu



halten sei. Weitere Untersuchungen der sozialen und interpersonalen Dynamik würden einen Einblick ermöglichen, außerdem müsse die Rolle von Drogenprogrammen für abhängige Schwangere und Mütter untersucht werden.

#### *2.9.3.8 Abschluss*

Als Quintessenz wird bei der Literaturrecherche eines zu wenig beachteten Themas deutlich, wie schwierig es für abhängige Mütter ist, sich in der neuen Rolle sowohl hinsichtlich des eigenen Alltags als auch der Stellung in der Gesellschaft zurechtzufinden. Die Probleme zeigen sich dabei in allen wichtigen Lebensbereichen.

Der Kontakt zu einer adäquaten Drogenhilfe wird als allgemein sehr nützlich bewertet. Weiterhin wird von einigen AutorInnen hervorgehoben, dass die Mutterrolle und der alltägliche Kontakt zum Kind entscheidende Impulse bei dem Versuch dieser Frauen bedeuten, einen Weg aus der Drogenabhängigkeit zu finden. Eine Studie wie von Hasler (siehe 2.9.3.2), welche diesen wichtigen Punkt weitergehend auch im Vergleich mit der kinderlosen weiblichen Klientel untersucht, war in der deutschen Literatur nicht zu finden. Dies soll Inhalt der vorliegenden Arbeit sein.

### **3. Methoden und Material**

Den Erklärungen zum Hintergrund, Durchführung und methodischen Vorgehen der Studie folgt in diesem Abschnitt eine Vorstellung der Stichprobe sowie Beschreibung und Vergleich der einzelnen Gruppen.

#### 3.1 Design der Studie

Unter der Leitung der Forschungsgruppe "Komorbidität - Psychose und Sucht" (Krausz M., Degkwitz P., Verthein U., Kühne A.) der psychiatrischen und Nervenheil klinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg wurden ab der zweiten Jahreshälfte 1995 in einem Abstand von jeweils einem Jahr fünf Erhebungen mit anfangs 350 Opiatabhängigen, zu denen der Kontakt über Hamburger Drogentherapieeinrichtungen hergestellt wurde, durchgeführt. Ziel dieser Studie war die Untersuchung des

Langzeitverlaufes von Heroinabhängigkeit, in der insbesondere die Auswirkungen psychiatrischer Komorbidität auf den Verlauf der Sucht untersucht werden sollten. Zum besseren Verständnis von individuellen Suchtverläufen wurden auch demographische Faktoren wie das persönliche soziale Umfeld und die Reichweite therapeutischer Hilfesysteme in die Untersuchung einbezogen, von besonderem Interesse waren auch diejenigen Faktoren, die zur Verfestigung und zur Überwindung der Drogenabhängigkeit beitragen. Die Institutionen, aus denen die Abhängigen rekrutiert wurden, waren Drogenambulanzen, Stationen des niedrigschwelligen Entzuges in einem städtischen allgemeinen Krankenhaus, ambulante Beratungseinrichtungen, Praxen substituierender ÄrztInnen und Therapeutische Wohngemeinschaften. Alle ProbandInnen der Studie erfüllten zum Zeitpunkt der Ersterhebung die DSM-III-R- und die ICD-10-Kriterien für eine Opiatabhängigkeit mit zum Teil langjähriger Drogenkarriere. In der Stichprobe befanden sich sowohl aktuell abstinente Opiatabhängige als auch aktuell Konsumierende und Substituierte. Die Auswahl der Befragungsteilnehmer erfolgte zufällig und freiwillig, in der Regel danach, wer zum Zeitpunkt des Einrichtungsbesuchs durch die Interviewer gerade Zeit hatte, teilzunehmen bzw. sich bereit fand, einen Interviewtermin zu vereinbaren. Von den 350 Abhängigen der Anfangserhebung nahmen bei der Abschlusserhebung 1999 noch 196 Personen teil. Dies entspricht 56% der Erstbefragung. Mit 152 Personen sind 43% der Anfangserhebung bei allen Befragungen beteiligt gewesen. Die Befragungen, die aus Interviews, Selbst- und Fremdratings bestanden, wurden von den Mitarbeitern des Forschungsprojektes sowie beteiligten Doktoranden der Medizin/Psychologie durchgeführt. Die Handhabung der Instrumente wurde zuvor in Seminaren geschult.

### 3.2 Durchführung der Studie

Die Erhebung der Daten wurde nach telefonischer oder mündlicher Terminabsprache entweder durch Mitarbeiter der Studie oder vom Untersucher selbst über die betreuende Einrichtung häufig in den Räumen der Institutionen, teilweise aber auch in öffentlichen Cafés, in Privatwohnungen der Teilnehmer oder in öffentlichen Parks durchgeführt.

Die Befragungen bei der Ausgangserhebung dauerten häufig vier Stunden und länger. Bestand bei der Terminabsprache persönlicher Kontakt, wurden dem Teilnehmer bereits die Selbstratings ausgehändigt. Da bei den folgenden Befragungen weniger Instrumente

zum Einsatz kamen, wurden hier oft Interview und Selbstratings in einer einzigen Sitzung durchgeführt. Der Gesamtaufwand betrug dann etwa 1 1/2 bis 2 Stunden. Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer erhielt nach Abschluss des Interviews eine Aufwandsentschädigung von 30 DM. Die Fremdratings wurden im Anschluss an die Befragung vom Interviewer allein ausgefüllt. Er war angehalten, die Schwere der Problematik in verschiedenen Lebensbereichen einzuschätzen und füllte auch die als Interviewerrating konzipierten Tests aus, in denen der subjektive Eindruck über psychische und soziale Leistungsfähigkeit der ProbandIn und psychische Auffälligkeiten registriert werden sollen. Bezüglich der weiteren Verwendung der Daten, in Hinblick auf z.B. Eingabe, Programm und Datenschutz verweise ich auf die Publikationen der Arbeitsgruppe "Komorbidität- Psychose und Sucht" (Krausz/Degkwitz/Verthein/Kühne). Bei etwa 80% der Teilnehmer, die nicht mehr an der Abschlusserhebung teilnahmen, lagen entweder keine Informationen für ihr weiteres Verbleiben vor, oder es gab terminliche Probleme. Die Gründe bei den restlichen 20% waren Auslandsaufenthalte, kein weiteres Interesse an einem Interview oder Tod, wobei 26 ProbandInnen (16%) seit dem Untersuchungsbeginn gestorben waren.

Werden die TeilnehmerInnen der letzten Befragung (n=196) mit der Ausgangsstichprobe (n=350) verglichen, fällt nach dem Schlussbericht des Forschungsprojektes auf, dass diese sich hinsichtlich wichtiger zu Untersuchungsbeginn erhobener Merkmale kaum voneinander unterscheiden. Dies bedeutet, dass die Follow-up-Stichprobe, welche das Klientel dieser Arbeit darstellt, als weitgehend repräsentative Auswahl der Ausgangsstichprobe betrachtet werden kann und Aussagen zeitabhängiger (Verlaufs-) Analysen durchaus auf die gesamte Ausgangsgruppe bezogen werden können (Krausz et al., 2000).

### 3.3 Kritische Anmerkungen zu Design und Durchführung der "Komorbiditäts"-Studie

Unter dem Gesichtspunkt der Wiedererreichbarkeit und im Hinblick auf die geplante Verlaufuntersuchung wurden ProbandInnen mit Anbindung an das Drogenhilfesystem rekrutiert. Somit handelte es sich hier um Personen, die sich bereits eingestanden haben, dass sie Hilfe benötigen. Dabei ist anzunehmen, dass diese Erkenntnis im Rahmen persönlicher und sozialer Krisen geschehen ist. Somit ist wahrscheinlich, dass

die Mehrheit dieser Stichprobe bereits in ihrer Drogenkarriere einen Tiefpunkt erlebt hat, der zu dem Entschluss führte, sich in Hilfe zu begeben. Nicht zufällig erscheint in diesem Zusammenhang, dass zum Zeitpunkt der Ersterhebung das Durchschnittsalter der Teilnehmer 29 Jahre und der Anteil der Teilnehmer im Alter bis 25 Jahre weniger als 30% beträgt. Die Annahme, dass jugendliche Abhängige, die einen wie oben erwähnten Tiefpunkt noch nicht erreicht haben, den Kontakt zu Drogenhilfeeinrichtungen eher meiden, findet hierdurch Unterstützung. Somit sind die Erhebungen mit ihren möglichen Implikationen für die Behandlung Drogenabhängiger vor allem im Hinblick auf diejenigen interessant, die den Kontakt zum Hilfesystem suchen.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft den möglichen Selektionseffekt während der Studie. Dieser kann selbstverständlich im Hinblick auf Patienten, denen es im Verlauf der Studie besser geht und jene, die ihren Drogenkonsum kontrolliert oder beendet haben und dadurch leichter erreichbar und für die Nachbefragungen zu gewinnen sind, nicht ausgeschlossen werden.

Weiterhin ist anzumerken, dass die genaue Anzahl an "Verweigerern", also jene Abhängige, die es von vornherein ablehnten, an der Befragung teilzunehmen, nicht weiter dokumentiert wurde.

### 3.4 Instrumente

Insgesamt wurde darauf geachtet, nur standardisierte und international gebräuchliche Instrumente zu verwenden, um eine möglichst große Vergleichbarkeit mit Ergebnissen anderer Studien zu gewährleisten und weitgehend zuverlässige Ergebnisse zu erzielen. Eine Auflistung aller in der "Komorbiditäts"-Studie eingesetzten Instrumente findet sich unter anderem im Abschlußbericht für das Projekt "Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen - Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung" (Krausz et al., 2000).

Es folgt die Aufzählung der für die vorliegende Arbeit gebrauchten Instrumente:

### 3.4.1 Addiction Severity Index EuropASI

Mit dem Addiction Severity Index EuropASI als verbindliche europäische Version der amerikanischen Vorgabe (McLellan, 1980b) kann, gegliedert in einzelne Abschnitte, die psychosoziale Lebenssituation, der gesundheitliche Zustand, der lebensbiographische Hintergrund sowie Drogenkarriere und Konsummuster der ProbandIn erhoben werden. Dieser halbstrukturierte, etwa einstündige Interviewleitfaden ist in den USA seit Anfang der 80er Jahre in vielen Studien zur Opiatabhängigkeit zum Einsatz gekommen. Seit 1993 liegt eine deutsche Fassung vor (Gsellhofer et al.). Am Ende eines jeweiligen Abschnittes werden zusammenfassend der Behandlungsbedarf und der Schweregrad der Problematik der ProbandIn sowohl von der InterviewerIn als auch von der Befragten eingeschätzt. Hierbei wird die Symptomatik innerhalb der letzten 30 Tage und über den gesamten Lebenszeitraum thematisiert. Neben der Vielzahl an Einzelinformationen ist es mit Berechnung so genannter Composite- Scores (Koeter/Hartgers, 1997; Original: McGahan et al., 1986) möglich, das Ausmaß der einzelnen Lebens- und Problembereiche als Indexwerte darzustellen.

Von der amerikanischen Version des ASI ist bekannt, dass er über eine befriedigende bis gute Reliabilität und Validität verfügt.

Die folgenden beiden Instrumente wurden lediglich für den Teilabschnitt "Detailfragen: Verlauf psychischer Störungen" (siehe 4.4.3) verwendet:

### 3.4.2 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Das CIDI (WHO 1990) stellt ein Instrument zur kategorialen Diagnostik psychischer Störungen nach ICD-10 (Dilling et al., 1993) oder DSM-III-R (Wittchen et al., 1989) bzw. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1998) dar. Nach Wittchen (1994) und McLellan et al. (1985) verfügt es über eine befriedigende bis gute Reliabilität und Validität.

### 3.4.3 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Mit der SCL-90-R (Franke, 1995) werden psychische Symptome wie z.B. Zwanghaftigkeit, phobische Angst, paranoides Denken oder Psychotizismus hinsichtlich ihrer Ausprägung dimensional erfasst. Es handelt sich auch hier um eine standardisierte Erhebungsmethode, die bereits in vielen anderen Studien zum Einsatz kam.

### 3.5 Methodisches Vorgehen der vorliegenden Arbeit

Die statistischen Analysen der vorliegenden Arbeit werden mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS für Apple Macintosh durchgeführt.

Im Abschnitt "Vorstellung der Stichprobe" (3.7 ff.) erfolgt zunächst eine einführende Darstellung der Gesamtklientel ohne Signifikanzprüfungen, unterteilt in zwei Gruppen nach Geschlecht, anhand zentraler Fragestellungen. Bei den zweidimensionalen Kreuztabellen (z.B. 3.7.4) wird hier, wie auch im weiteren Verlauf, die CROSSTABS-Prozedur, bei Mittelwertvergleichen (z.B. 3.7.1) das ONEWAY-Verfahren (in diesem Abschnitt noch mit dem t-Test für zwei unabhängige Stichproben) herangezogen. Intervallskalierte Variablen werden in dieser Arbeit zunächst per Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung (Mittelwertuntersuchung) überprüft.

Im folgenden Abschnitt "Beschreibung und Vergleich der Gruppen" (3.8 ff.) wird die Klientel zur Untersuchung der Hypothesen in sechs einzelne Gruppen unterteilt (Stichprobe G) sowie eine Teilstichprobe mit vier Gruppen (Stichprobe E-m-K) erstellt. Näheres zu den Unterteilungen bzw. Stichproben findet sich in 3.6 ff.. Sie werden im weiteren Verlauf der Studie beibehalten.

Mögliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen, die die Ergebnisse bei den in Abschnitt 4.1 ff. folgenden hypothesenbezogenen Fragen beeinflussen könnten, werden in "Beschreibung und Vergleich der Gruppen" auf Signifikanz hin untersucht. Entsprechende Mehrfelder-Signifikanztests (z.B. 3.8.4) zwischen den Gruppen (unabhängige Stichproben) werden dabei mit dem Chi-Square-Test nach Pearson berechnet. Um Prüfungen auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bei

Berechnungen mit abhängigen, intervallskalierten Variablen mit Mittelwertvergleichen (z.B. Alter, 3.8.3) durchzuführen, wird der modifizierte LSD-Tests nach Bonferroni (multipler t- Test mit Alpha-Korrektur) angewandt.

Dabei beträgt das Signifikanzniveau bei dieser Arbeit stets 0,05, was bedeutet, dass eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 20 bei 1000 Messungen besteht.

Im Abschnitt "Darstellung der Untersuchungsergebnisse" (4. ff) schließlich werden nur die ASI-Scores der einzelnen Gruppen einer Signifikanzprüfung unterzogen, da die jeweils in den einzelnen Kapiteln auf den ASI-Score-Teil folgenden Differenzierungs- und Detailfragen in erster Linie der Erklärung bzw. der Verdeutlichung der ASI-Score-Ergebnisse dienen, welche letztlich entscheidend sind für die Beantwortung der Frage, ob die Hypothesen zutreffen oder nicht. Auch hier wird bei den Querschnittsvergleichen zu den beiden Erhebungszeitpunkten (E1 und E5) der Bonferroni- Test angewandt.

Bei den o.g. Berechnungen, die allesamt Querschnittsvergleiche darstellen, wird stets jeweils die gesamte Stichprobe mit weiblicher *und* männlicher Klientel, miteinbezogen, um den Bezug auf die Frage zu erhalten, ob die Ergebnisse für die Gesamtheit der Stichprobe oder nur für ein Geschlecht gelten, was letztlich auch für die Hypothesen relevant ist.

Was die Längsschnittsvergleiche, also die Verläufe der ASI-Scores betrifft, wird, um die Ergebnisse anschaulicher zu gestalten und mögliche signifikante Unterschiede besser zuordnen zu können und auch, um hier ein geschlechtsspezifisches Ergebnis zu erzielen, bei den Berechnungen zunächst eine Trennung der Geschlechter vorgenommen. Bei diesen Varianzanalysen mit Messwiederholungen (z.B. Kap. 4.1.1), bei der die Stichproben nun die abhängige Variable darstellen, wird mit der MANOVA-Methode vorgegangen. Sie ermöglicht, den Zeiteinfluss einerseits auf die gesamte zu berechnende Klientel darzustellen und andererseits entsprechende Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen auf Signifikanz zu prüfen.

Um bei den Verläufen der ASI-Scores den schon oben erwähnten Bezug auf die Gesamtheit, in diesem Falle auf die beiden Stichproben G und E-m-K, wiederherzustellen, wird die Geschlechtsspezifität noch separat berechnet und in einem eigenen Abschnitt (Kap. 4.8: Prüfung auf geschlechtsspezifische Interaktionen bei den

ASI-Score-Verläufen) dargestellt. Diese Messungen werden ebenfalls mit der MANOVA-Prozedur durchgeführt, indem jeweils in weibliche und männliche TeilnehmerInnen sowie geschlechtsunspezifisch nach den in 3.6 erläuterten entscheidenden Merkmalen zusammengefasst wird, und die Verläufe dieser Gruppen verglichen werden.

### 3.6 Aufbau der vorliegenden Arbeit

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Gruppe der abhängigen Mütter, die mit ihrem Kind (zur Vereinfachung wird die Nachkommenschaft auch bei mehr als einem Kind in der Singularform beschrieben) zusammenleben, sprich: der erziehenden Mütter. Diese soll mit den anderen Frauen der Stichprobe verglichen werden. Als Untersuchungszeitpunkte wurden für diese Studie die erste (E1) und die letzte Erhebung (E5) der oben genannten Komorbiditätsstudie gewählt. Für den möglichst langen Zeitraum zwischen den Befragungen spricht die Möglichkeit von entscheidenden Veränderungen und Entwicklungen im Werdegang der ProbandInnen besonders im Hinblick auf die Drogenkarriere oder einer möglichen Familiengründung, die so eher gegeben ist als bei kürzeren Beobachtungsperioden. Durch die beiden Untersuchungszeitpunkte sind zwei Querschnittsbeobachtung und eine Verlaufsbeobachtung über vier Jahre möglich, in der verschiedene Gruppen untersucht und verglichen werden können.

Im Laufe der Literaturrecherche (z.B. Krausz/Degkwitz (1995), Fraser/Cavanagh (1991) beide 2.9.2.1; Rosenbaum (1979), Hasler (2001), beide Kap. 2.9.3.2; Conte et al. (1994), 2.9.3.4.2; Jackson/Berry (1994), 2.9.3.5) wurde deutlich, dass die Gruppe der abhängigen Mütter in Bezug auf die Rolle als Mutter nicht einheitlich behandelt werden kann. Ein gewichtiges Merkmal teilt die Mütter in zwei Gruppen. Dies ist der Umstand, ob sie mit dem Kind zusammenleben und damit die Erziehungsaufgaben teilweise oder ganz wahrnehmen, oder ob das Kind woanders lebt und sie somit die Rolle der Mutter nicht unmittelbar und alltäglich, zum großen Teil auch überhaupt nicht ausüben können bzw. dürfen. Da aber gerade der Alltag als Erziehungsberechtigte sich deutlich hinsichtlich der besonderen Rolle als Mutter von dem der Frauen, die ohne ihr Kind leben, unterscheidet, wurden für die vorliegende Studie diese beiden Gruppen voneinander getrennt. Des Weiteren erfolgt eine entsprechende Einteilung bei der männlichen Klientel. Somit werden in dieser Arbeit folgende Gruppen unterschieden,



wobei diese Einteilungen den Zustand zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung E5 betreffen:

### 3.6.1 Gesamtstichprobe (= Stichprobe **G**)

- Mütter mit Kind (= **M-m-K**): die Gruppe der Mütter, deren Kind mit ihnen zusammen lebt;
- Mütter ohne Kind (= **M-o-K**): die Gruppe der Mütter, deren Kind nicht mit ihnen zusammen lebt;
- weiblich, kein Kind (= **w-k-K**): die Gruppe der Frauen, welche kein Kind haben;
- Väter mit Kind (= **V-m-K**): die Gruppe der Väter, deren Kind mit ihnen zusammen lebt;
- Väter ohne Kind (= **V-o-K**): die Gruppe der Väter, deren Kind nicht mit ihnen zusammen lebt;
- männlich, kein Kind (= **m-k-K**): die Gruppe der Männer, welche kein Kind haben.

### 3.6.2 Eltern mit Kind (= Stichprobe **E-m-K**)

Eine zweite Einteilung untersucht in einer Unterstichprobe noch gezielter den Einfluss der Elternschaft bei **M-m-K** und **V-m-K**:

- junge Mütter mit Kind (= **jM-m-K**): die Gruppe der Mütter, die mit dem Kind zusammen leben und während der Studie ihr erstes Kind bekommen haben;
- ältere Mütter mit Kind (= **äM-m-K**): die Gruppe der Mütter, die mit dem Kind zusammen leben und ihr erstes Kind schon vor Beginn der Studie bekommen haben;
- junge Väter mit Kind (= **jV-m-K**): die Gruppe der Väter, deren Kind mit ihnen zusammenlebt und die während der Studie zum ersten Mal Vater geworden sind;
- ältere Väter mit Kind (= **äV-m-K**): die Gruppe der Väter, deren Kind mit ihnen zusammenlebt und die schon vor Beginn der Studie Vater geworden sind.

### 3.7 Vorstellung der Stichprobe

In diesem Kapitel soll die Stichprobe vorgestellt und vor dem Hintergrund zentraler Fragen beschrieben werden.

Diese Arbeit konzentriert sich ausschließlich auf jene 196 Teilnehmer der Stichprobe, die sowohl an der Anfangserhebung (E1) als auch an der Abschlusserhebung (E5) teilnahmen. Wie in den folgenden Tabellen dargestellt, lässt sich beim Vergleich der Befragungen in wichtigen Punkten eine deutliche allgemeine Besserung der Lebenssituation sowohl der weiblichen als auch der männlichen TeilnehmerInnen erkennen.

#### 3.7.1 Alter

**Tabelle 3.1: Anzahl der TeilnehmerInnen der Stichprobe, Alter zu E5, Aufteilung nach Geschlecht**

	Frauen E1	Männer E1	Gesamt E1	Frauen E5	Männer E5	Gesamt E5
Anzahl	n=61	n=135	n=196	n=61	n=135	n=196
	31%	59%	100%	31%	59%	100%
Alter						
bis 18 Jahre	7%	7%	7%		1%	1%
19-25 Jahre	26%	18%	20%	13%	12%	12%
26-30 Jahre	34%	32%	33%	25%	16%	19%
31-35 Jahre	21%	25%	24%	38%	32%	34%
36-40 Jahre	9%	12%	11%	16%	27%	23%
über 40 Jahre	3%	6%	5%	8%	12%	11%
Durchschnittsalter	28,3 Jahre	29,6 Jahre	29,2 Jahre	32,3 Jahre	33,6 Jahre	33,2 Jahre

Gut zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer sind männlich, das Durchschnittsalter beträgt bei der Abschlusserhebung (E5) 33,2 (+/- 6,6) Jahre. Wie schon in Kapitel 3.3 erwähnt, handelt es sich hiermit um eine relativ alte Stichprobe mit einem Altersschwerpunkt bei den 31-35jährigen. Dabei ist der Anteil der Frauen durchschnittlich 1,3 Jahre jünger.

### 3.7.2 Heroinkonsum/Behandlung der Abhängigkeit

**Tabelle 3.2: durchschnittl. Heroineinstiegsalter, durchschnittl. Anzahl der Jahre des Heroingebruchs der Stichprobe zu E1 und aktuelle Behandlung zu E1 und E5 (LZT=Langzeittherapie)**

	Frauen E1	Männer E1	Gesamt E1	Frauen E5	Männer E5	Gesamt E5
<u>Heroinkonsum</u>						
Heroineinstiegsalter	19,9	20,1	20			
Jahre d.Heroingebr.	5,8	6,8	6,5			
<u>aktuelle Behandlung</u>						
Substitution	46%	44%	45%	43%	51%	48%
stationäre LZT	15%	21%	19%	3%	2%	2%
Entgiftung	16%	20%	19%		1%	1%
ambulante Therapie	3%	2%	2%	5%	4%	5%
andere Behandlung	15%	7%	10%	13%	6%	8%
keine Behandlung	5%	5%	5%	36%	36%	36%

Die jeweiligen Durchschnittswerte des Heroineinstiegsalters zeigen bei den Frauen und Männern eine starke Übereinstimmung, wobei die Männer mit 6,8 Jahren im Durchschnitt ein Jahr länger als der Anteil der weiblichen Probandinnen Heroin konsumieren. Der größte Teil der Klientel befand sich zu beiden Erhebungen in einer Substitutionsbehandlung. Waren es zu E1 noch 5%, die keine Behandlung angaben, so ist es zu E5 mit 36% schon die zweitgrößte Gruppe der TeilnehmerInnen. Dies weist auf eine deutliche Verbesserung des Konsumstatus der Stichprobe hin. Auch der starke Rückgang der ProbandInnen in stationärer Langzeittherapie und in Entgiftungsbehandlung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten von 19 % auf 2% bzw. 1% ist ein Indiz dafür.

### 3.7.3 HIV/AIDS-Status und Hepatitiserkrankungen

**Tabelle 3.3: HIV/AIDS-Status zu E1 und E5 und Hepatitis (A-, B-, oder C-) Erkrankungen der Stichprobe jeweils zur Anfangserhebung E1 und innerhalb der letzten 12 Monate vor der Abschlusserhebung E5**

	Frauen E1	Männer E1	Gesamt E1	Frauen E5	Männer E5	Gesamt E5
<u>HIV/AIDS-Status</u>						
negativ	97%	93%	94%	97%	93%	94%
positiv	3%	5%	4%	3%	5%	4%
positiv&AIDS		2%	2%		2%	2%
<u>Hepatitiserkrank.</u>						
ja	56%	73%	67%	38%	37%	37%
nein	43%	25%	31%	62%	61%	61%
unbekannt	2%	2%	2%		2%	2%

Bezüglich des Infektionsstatus für HIV gibt es nur minimale Veränderungen zwischen E1 und E5. Allgemein sind die Prozentwerte der HIV-negativ getesteten TeilnehmerInnen von 94% für eine Stichprobe von Heroinabhängigen erfreulich hoch. Bei den Hepatitisinfektionen ist ein starker Rückgang erkennbar, der allerdings größtenteils durch die Ausheilung der meist harmloseren Infektionen mit Hepatitis A und Hepatitis B zu erklären ist, da nach Stand der Wissenschaft 80-90% der Erkrankungen mit Hepatitis C chronisch verlaufen. Hierzu sei der Hinweis erlaubt, dass diese Krankheit gemeinhin eine große Dunkelziffer aufweist.

### 3.7.4 Wohnsituation/Erwerbstätigkeit

**Table 3.4: Wohnsituation und Erwerbstätigkeit der Stichprobe zu E1 und E5**

	Frauen E1	Männer E1	Gesamt E1	Frauen E5	Männer E5	Gesamt E5
<u>Wohnsituation</u>						
eig.Wohnung/b.Partner	51%	37%	41%	85%	73%	76%
WG/Eltern/Verwandte	18%	23%	21%	10%	20%	17%
b.Freunden/Hotel/Institution	29%	37%	35%	5%	7%	7%
obdachlos	2%	3%	3%			
<u>Erwerbstätigkeit z.Zt.</u>						
ja	21%	21%	21%	46%	46%	46%

Auch die Wohnsituation der TeilnehmerInnen der Stichprobe hat sich im Laufe der Studie deutlich verbessert, wobei die Situation der Frauen zum Zeitpunkt beider Erhebungen als positiver zu bewerten ist. Auffällig sind die Zunahme der eigenen Wohnungen oder gemeinsamen Wohnungen mit einem Partner um 35% und der Rückgang der Unterkünfte bei Freunden, Hotels oder Institutionen um 32% bei den KlientInnen während der Studie.

Die Angaben zur Erwerbstätigkeit, welche beim weiblichen und männlichen Anteil zu beiden Erhebungszeitpunkten gleich sind, stiegen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten um mehr als das Doppelte auf 46% an. Dies deutet ebenfalls auf eine Verbesserung der Lebenssituation bei den Opiatabhängigen hin.

### 3.8 Beschreibung und Vergleich der Gruppen

Im Folgenden werden die Gruppen nach einer Darstellung der Gruppengrößen auf mögliche Beeinflussungsfaktoren hin untersucht. Somit folgt hier eine Prüfung auf Unterschiede bezogen auf mögliche Einflüsse außerhalb derer in den Hypothesen definierten. Sollten sich die Gruppen in Hinblick auf diese Faktoren signifikant unterscheiden, ist damit zu rechnen, dass die Untersuchungsergebnisse (Kapitel 4. ff.) nicht nur auf den in den Hypothesen definierten und mit dieser Arbeit zu belegenden Einfluss zurückzuführen sind. Damit soll der Gefahr einer möglichen "Verfälschung" der Ergebnisse durch andere Einflüsse im Voraus begegnet werden.

#### 3.8.1 Gruppengröße

##### Stichprobe G

**Tabelle 3.5: Größe der Gruppen der Stichprobe G**

	Anzahl d. Klienten	Anteil an Stichpr.
M-m-K	21	11%
M-o-K	12	7%
w-k-K	27	14%
V-m-K	12	7%
V-o-K	23	12%
m-k-K	92	49%

Die Tabelle 3.5 zeigt, dass die Gruppe m-k-K, also männliche Probanden ohne Kind, die mit Abstand größte Gruppe darstellt, was mit 49,2% fast die Hälfte der Stichprobe bedeutet. Die Gruppen w-k-K (Frauen ohne Kind), V-o-K (Väter, die ohne ihr Kind leben) und M-m-K (Mütter, die mit dem Kind leben) haben ähnliche Gruppengrößen, folgen jedoch mit großem Abstand. Die zahlenmäßig kleinsten Gruppen der Stichprobe sind M-o-K (Mütter, die ohne ihr Kind leben) und V-m-K (Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben).

## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 3.6: Größe der Gruppen der Stichprobe E-m-K**

	Anzahl d.Klienten	Anteil an Stichpr.
jM-m-K	11	33%
äM-m-K	10	31%
jV-m-K	8	24%
äv-m-K	4	12%

Die Stichprobe E-m-K beinhaltet 33 TeilnehmerInnen, was 18% der Stichprobe G ausmacht. Die größte Gruppe ist die Gruppe jM-m-K (Mütter, welche im Laufe der Studie zum ersten Mal ein Kind bekamen). Es folgt die Gruppe äM-m-K (Mütter, die schon vor E1 ein Kind hatten). Die Männer sind in dieser Stichprobe mit einem Anteil von 36% deutlich weniger vertreten. Sie teilen sich auf in Gruppe jV-m-K mit acht Probanden und Gruppe äV-m-K als kleinste Gruppe mit vier Probanden.

Von den 196 TeilnehmerInnen der Follow-up-Stichprobe sind 187 in die Gruppen der Stichprobe G bzw. z.T. in die Gruppen der Stichprobe E-m-K aufgeteilt. Die restlichen neun (4% der 196 Befragten) Teilnehmer müssen als missing values angesehen werden, da sie sich entweder nicht zu der Frage geäußert haben, ob sie mit ihrem Kind zusammen leben oder nicht - alle neun ProbandInnen sind Eltern -, oder Bearbeitungsfehler die Überlieferung der Antworten auf diese Frage verhinderte. Somit lassen sie sich nicht in die oben genannten Gruppen einteilen. In Bezug auf die Untersuchung der Hypothesen dieser Arbeit ist dies deshalb von geringer Bedeutung, da es sich bei diesen neun KlientInnen nur um eine weibliche Person handelt. Die restlichen acht sind somit männlich und nehmen damit nicht unmittelbar an der Untersuchung der Hypothesen teil. Da der männliche Anteil der Stichprobe zwei Dritteln entspricht, hat dieser Verlust für die Studie keine bedeutende statistische Relevanz.

### 3.8.2 Alter der TeilnehmerInnen

Wie schon in Kapitel 3.4 erwähnt, handelt es sich bei der Klientel um einen, bezogen auf die Mitglieder der Drogenszene im Allgemeinen, relativ hohen Altersdurchschnitt. Dies zeigt sich auch in den einzelnen Gruppen.

Das Alter könnte ein möglicher Beeinflussungsfaktor sein, da das "Herauswachsen" aus der Sucht mit dem Älterwerden eine oft beschriebene und beobachtete Entwicklung in Drogenkarrieren ist. Auch in Bezug auf eine Vernachlässigung des Kindes ist das Alter der Mutter als wichtiger Faktor beschrieben worden (siehe Lawson/Wilson, 1980; Rothstein/Gold, 1974, beide Kapitel 2.9.1.3). Das Alter der KlientInnen könnte somit den Einfluss, der in den Hypothesen definiert ist, überlagern und das Ergebnis - ohne eine entsprechende Prüfung, die hiermit erfolgt - verfälschen.

### Stichprobe G

Es ergeben sich hier keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Altersdurchschnitte zwischen weiblichen Gruppen einerseits und männlichen Gruppen andererseits (jeweils Sig.>0,05). Lediglich die durchschnittlich älteste Gruppe, V-o-K, unterscheidet sich hier signifikant von der Gruppe M-m-K und der Gruppe m-k-K (Sig.<0,05).

**Tabelle 3.7: Altersdurchschnitt, Altersspektrum und Altersverteilung der Stichprobe G zum Zeitpunkt E5 (St.abweichng.=Standartabweichung)**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<b>Alter</b>							
<b>E5</b>							
Durchschnitt	31,1 J.	34,0 J.	32,4 J.	31,7 J.	36,9 J.	32,4 J.	32,9 J.
St.abweichng.	6,6 J.	5,2 J.	6,3 J.	4,5 J.	7,4 J.	6,3 J.	6,5 J.
Spektrum	20-49 J.	27-41 J.	22-46 J.	23-38 J.	21-48 J.	18-49 J.	18-49 J.
Verteilung							
bis 18 J.						1%	1%
19-25 J.	14%		19%	9%	13%	13%	13%
26-30 J.	29%	33%	18%	33%	4%	18%	19%
31-35 J.	43%	25%	37%	25%	22%	37%	34%
36-40 J.	9%	25%	19%	33%	26%	23%	23%
über 40 J.	5%	17%	7%		35%	8%	10%

Die Tabelle 3.7 zeigt, dass M-m-K die durchschnittlich jüngste Gruppe der Stichprobe G ist, gefolgt von V-m-K und damit dem männlichen Pendant zur erstgenannten Gruppe. m-k-K und w-k-K, beides Gruppen mit TeilnehmerInnen ohne Nachkommenschaft, haben einen gleichen Altersdurchschnitt. m-k-K stellt dabei die jüngste und die älteste aller KlientInnen. Die durchschnittlich ältesten ProbandInnen sind die Eltern, die nicht mehr mit dem Kind zusammenleben, also M-o-K und V-o-K. Somit wird hier eine "Paarbildung"

gemäß der Gruppeneinteilung sichtbar. Dabei liegen nur die Gruppen M-o-K und V-o-K über dem Altersgesamtdurchschnitt.

Bei einem Gesamtdurchschnitt von etwa 33 Jahren liegt der Altersschwerpunkt von Stichprobe G zu E5 mit über einem Drittel TeilnehmerInnen zwischen 31 und 35 Jahren, ein weiteres Drittel ist über 35 Jahre alt.

Bei M-m-K zeigt sich, dass bei einem Schwerpunkt bei den 31 bis 35-Jährigen mit 72% der größte Teil der Klientinnen zwischen 26 und 35 Jahre alt ist. In keiner Gruppe bis auf m-k-K gibt es zu diesem Zeitpunkt eine KlientIn unter 19 Jahren. In Gruppe M-o-K sind schon ein Drittel der Probandinnen über 35 Jahre, die Jüngste in dieser Gruppe ist 27. Bei w-k-K liegt zu E5 der Altersschwerpunkt wie bei M-m-K bei den 31 bis 35-jährigen. Im Gegensatz zu M-o-K sind hier noch 19% der Frauen zwischen 19 und 25 Jahren alt.

Bei den männlichen Gruppen sind bei V-m-K über 90% zwischen 26 und 40 Jahre alt, in dieser Gruppe gibt es ein zweigipfliges Verteilungsmuster mit einem Tief bei den 31-35jährigen. In Gruppe V-o-K, der durchschnittlich ältesten Gruppe, sind über 60% über 35 Jahre alt, wobei der Schwerpunkt in dieser Gruppe bei den Klienten über 40 Jahre liegt. Damit weicht die Verteilung in dieser Gruppe am deutlichsten von der Gesamtverteilung der Stichprobe ab. m-k-K hat bei breiterer Streuung entsprechend der höheren Teilnehmerzahl eine ähnliche Altersverteilung wie sein weibliches Pendant, der Gruppe w-k-K. Die Altersverteilung dieser beiden Gruppen ähnelt am ehesten jener der Gesamtverteilung von Stichprobe G.

Stichprobe E-m-K

Zwischen den Gruppen der Stichprobe E-m-K gibt es in Hinblick auf den Altersdurchschnitt keinen signifikanten Unterschied (jeweils Sig.>0,05).



**Tabelle 3.8: Altersdurchschnitt, Altersspektrum und Altersverteilung der Stichprobe E-m-K zum Zeitpunkt E5 (St.abweichng.=Standartabweichung)**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
Alter					
<b>E5</b>					
Durchschnitt	28,4 J.	34,1 J.	32,7 J.	29,5 J.	31,3 J.
St.abweichng.	5,8 J.	6,3 J.	3,9 J.	5,3 J.	5,8 J.
Spektrum	20-38 J.	27-49 J.	27-38 J.	23-36 J.	20-49 J.
Verteilung					
bis 18 J.					
19-25 J.	27%			25%	12%
26-30 J.	37%	20%	25%	50%	30%
31-35 J.	27%	60%	37%		37%
36-40 J.	9%	10%	38%	25%	18%
über 40 J.		10%			3%

jM-m-K stellt die durchschnittlich jüngste Gruppe der Stichprobe E-m-K dar. Sie liegt damit am weitesten unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Die andere weibliche Gruppe, äM-m-K, hat dagegen den höchsten Altersdurchschnitt und stellt auch die älteste Teilnehmerin von E-m-K. Bei den männlichen Gruppen ist jV-m-K die durchschnittlich ältere gegenüber äV-m-K, womit letztgenannte deutlicher unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G liegt.

Der Schwerpunkt dieser Stichprobe liegt zu E5 bei den 31 bis 35- Jährigen. Dabei sind 42% jünger als 31, nur 21% älter als 35 Jahre.

Bei jM-m-K liegt dagegen der Schwerpunkt bei den 26-30jährigen im Gegensatz zu äM-m-K, wo ein deutliches Übergewicht an Klientinnen, welche zwischen 31 und 35 Jahren alt sind, auffällt.

Hervorzuheben ist bei jV-m-K der hohe Prozentsatz an 36-40jährigen Teilnehmern, während sich der niedrige Altersdurchschnitt von äV-m-K auch an der Quote von 75% zeigt, die unter 31 Jahre alt sind.

### 3.8.3 Länge der Abhängigkeit/Einstiegsalter

Die Länge der Abhängigkeit bezogen auf den Opiat- und Kokainkonsum ist ein weiterer möglicher Beeinflussungsfaktor bei der Untersuchung des Einflusses der Mutterschaft auf die Drogenabhängigkeit. Eine längere Abhängigkeit wird im Allgemeinen mit größeren Schwierigkeiten bei ihrer Überwindung verbunden. Rothstein/Gold (1974) und

Lawson/Wilson (1980) sprechen die Länge der Abhängigkeit als mit entscheidenden Grund für die positive oder negative Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung an (siehe 2.9.1.3). In diesem Zusammenhang stellt auch das Einstiegsalter einen wichtigen Faktor dar: Je früher der erste Gebrauch, desto eher ist eine starke Involvierung in den Drogenkontext und eine längere Abhängigkeit zu erwarten.

Die Einbeziehung des Kokainabusus´ zur Untersuchung der Hypothesen dieser Arbeit auch im weiteren Verlauf der Arbeit liegt darin begründet, dass Heroin -und Kokainabhängigkeit in der Drogenszene mittlerweile sehr häufig kombiniert auftreten. Dabei ist Heroin bei den "harten" Substanzen im Normalfall weiterhin die Einstiegsdroge. Eine Lösung aus dem Drogenkontext, gleichbedeutend mit der Abkehr vom Leben in der Drogenszene und dem Konsumieren "harter" Drogen, ist somit auch mit Frage nach der Kokainabhängigkeit verknüpft.

#### Stichprobe G

Zwischen den Gruppen der Stichprobe G besteht kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Länge der Abhängigkeit zu den Substanzen Heroin, Methadon und Kokain sowie der jeweiligen Einstiegsalter (jeweils Sig.>0,05).

**Tabelle 3.9: Stichprobe G: Jahre des regelmäßigen Gebrauches (mindestens 3x pro Woche und über 6 Monate pro Jahr) zum Zeitpunkt E1 und Einstiegsalter von Heroin, Methadon und Kokain sowie i.v.-Konsum im Durchschnitt mit Standardabweichung (jegl.i.v.-Gebr.=jeglicher intravenöser Gebrauch)**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<u>Heroin</u>							
Jahre d.Gebr.	4,9 +/-2,6	6,7 +/-4,5	6,1 +/-3,9	6,1 +/-1,9	8,4 +/-5,7	6,3 +/-4	6,4 +/-4,1
Einstiegsalter	19,2 +/-4,8	19,3 +/-6,5	20,7 +/-6	18,1 +/-3,6	21,5 +/-6,4	19,8 +/-4,4	19,9 +/-5,1
<u>Methadon</u>							
Jahre d.Gebr.	0,7 +/-1	1 +/-0,8	0,5 +/-0,8	0,5 +/-0,8	1,5 +/-3,4	0,8 +/-1,7	0,8 +/-1,8
Einstiegsalter	26,1 +/-6,1	28,5 +/-6,2	26,5 +/-6,6	26,3 +/-2,2	28,9 +/-8,2	27,6 +/-5,7	27,4 +/-6,1
<u>Kokain</u>							
Jahre d.Gebr.	2,6 +/-3,6	4 +/-4,3	3 +/-4,3	3,3 +/-2,9	2,3 +/-2,8	2,7 +/-4,7	2,8 +/-4,2
Einstiegsalter	19 +/-4,9	19,7 +/-6,3	20,6 +/-5,2	19,8 +/-4,6	22 +/-6,6	19,7 +/-4,1	20,1 +/-4,9
<u>jegl.i.v.-Gebr.</u>							
Jahre d.Gebr.	4,2 +/-2,4	7,3 +/-5,5	5,1 +/-4,4	4,8 +/-3,2	8 +/-6	6 +/-5	5,9 +/-4,8
Einstiegsalter	20,5 +/-5	21,3 +/-6,8	21 +/-6,4	20,4 +/-5,7	21,2 +/-5,6	21,3 +/-4,9	21,1 +/-5,3

Man erkennt in Tabelle 3.9, dass die Angaben bezüglich des Einstiegsalters bei Heroin und Kokain im Gesamtdurchschnitt nahe beieinander liegen. Erwartungsgemäß ist das

durchschnittliche Einstiegsalter von Methadon höher als von Heroin und Kokain. Das durchschnittliche Alter des Einstiegs in den intravenösen Drogengebrauch jeglicher Art liegt im Durchschnitt knapp über einem Jahr über dem vom Heroin und Kokain. Diese Differenz beschreibt die durchschnittliche Zeitspanne vom "Kennenlernen" des Heroin- und Kokainkonsums mit Rauchen, Schniefen etc. bis zum Beginn der i.v.- Einnahme als intensivste und gefährlichste Form des Gebrauchs. Bei den Jahren des regelmäßigen, starken Gebrauchs (hier als ab dreimal pro Woche und länger als sechs Monate pro Jahr definiert) ist Heroin im Durchschnitt die mit Abstand am längsten gebrauchte Substanz. Danach folgen der Kokainabusus und der Methadongebrauch.

Hervorzuheben ist, dass die Mitglieder von M-o-K verglichen mit den anderen beiden weiblichen Gruppen mit 6,7 Jahren durchschnittlich am längsten heroin-, methadon- und kokainabhängig (6,7 J., 1 J. bzw. 4 J.), auch der i.v.-Konsum ist in dieser Gruppe am längsten (7,3 J.).

#### Stichprobe E-m-K

Bezüglich der in Tabelle 3.10 gezeigten Ergebnisse gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (jeweils Sig.>0,05).

**Tabelle 3.10: Stichprobe E-m-K: Jahre des regelmäßigen Gebrauches (mindestens 3x pro Woche und über 6 Monate pro Jahr) zum Zeitpunkt E1 und Einstiegsalter von Heroin, Methadon und Kokain sowie i.v.-Konsum im Durchschnitt mit Standardabweichung (je gl.i.v.-Gebr.=jeglicher intravenöser Gebrauch)**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
<u>Heroin</u>					
Jahre d.Gebr.	4,8 +/-1,8	5,1 +/-3,3	7,1 +/-1,4	4 +/-0	5,4 +/-2,4
Einstiegsalter	17,2 +/-4,3	21,5 +/-4,4	17,5 +/-1,5	19,2 +/-6,3	18,8 +/-4,4
<u>Methadon</u>					
Jahre d.Gebr.	0,6 +/-0,9	0,9 +/-1,2	0,7 +/-0,9		0,7 +/-1
Einstiegsalter	23,8 +/-5	28,7 +/-6,4	26,6 +/-2,6		26,2 +/-5,2
<u>Kokain</u>					
Jahre d.Gebr.	1,8 +/-2,3	3,4 +/-4,7	3,4 +/-3,1	3,2 +/-2,9	2,8 +/-3,3
Einstiegsalter	18,8 +/-5,1	19,3 +/-4,9	20,1 +/-4,1	19,2 +/-6,1	19,3 +/-4,7
<u>je gl. i.v.-Gebr.</u>					
Jahre d.Gebr.	4,1 +/-2,3	4,2 +/-2,7	5,2 +/-3,4	3,7 +/-2,5	4,4 +/-2,7
Einstiegsalter	18,6 +/-5,5	22,6 +/-3,7	20,7 +/-5,6	19,7 +/-7,2	20,5 +/-5,2

Auffallend ist im Vergleich der weiblichen Gruppen jM-m-K und äM-m-K das jeweils höhere durchschnittliche Einstiegsalter von äM-m-K, vor allem hinsichtlich des Heroin-

und Methadongebrauchs. Vom Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G weicht dabei vor allem jM-m-K ab.

Bei den männlichen Gruppen hat die Klientel von jV-m-K im Vergleich zu äV-m-K jeweils im Durchschnitt länger harte Drogen konsumiert - vor allem Heroin - und davon früher Gebrauch gemacht.

### 3.8.4 Chronische Erkrankungen

Das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung etwa wie Diabetes, rheumatische Erkrankungen, Epilepsie oder eine andere körperliche Behinderung kann in vielerlei Hinsicht in die Belange des alltäglichen Lebens wie etwa Erwerbstätigkeit oder psychischer und körperlicher Status eingreifen. Somit bieten diese Erkrankungen mögliche Faktoren, die das Ergebnis der Berechnungen dieser Arbeit beeinflussen.

#### Stichprobe G

Es wurde zum Zeitpunkt E1 nach einer chronischen Erkrankung gefragt, die das Leben der/des Befragten "immer wieder störend beeinflusst".

Dabei gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der Stichprobe G hinsichtlich des Vorhandenseins einer störenden chronischen Erkrankung zum Zeitpunkt der Anfangserhebung (Sig.= 0,66).

Mit "ja" antworteten mit 55% die Klientinnen von M-m-K am meisten. M-o-K und w-k-K liegen mit 42% bzw. 37% dahinter. Bei V-m-K ist es genau die Hälfte, bei Gruppe V-o-K und m-k-K um 35%, die eine störende Krankheit angeben. Insgesamt ist es bei dieser Stichprobe mit 39% eine relativ hohe Quote, die diese Frage positiv beantwortet.

#### Stichprobe E-m-K

Die Frage nach einer chronischen Krankheit, die das eigene Leben immer wieder störend beeinflusse, wurde bei jM-m-K von 45%, bei äM-m-K 67% mit "ja" beantwortet.

Beim männlichen Klientel dieser Stichprobe ist der Unterschied zwischen den Gruppen noch größer: 62% von jV-m-K bestätigten mit ihrer Antwort das Vorhandensein einer

solchen Krankheit, bei äV-m-K dagegen "nur" 25%. Ein signifikanter Unterschied besteht dabei nicht zwischen den Gruppen (Sig.= 0,865).

### 3.8.5 Therapieerfahrungen

Eine Therapie kann im Leben einer/eines Abhängigen Entscheidendes bewirken: Sie kann ihr/ihm neue Wege zur Abstinenz aufzeigen, sie zwingt sie/ihn zur Selbstreflexion, kurz: Sie kann eine wichtige Hilfe und Stütze auf dem Weg aus dem Drogenkontext sein. Je mehr demnach Erfahrungen in Therapieprojekten gesammelt wurden, desto weiter sollte die/der Süchtige auf diesem Weg sein. Somit stellt dies einen bedeutenden Beeinflussungsfaktor in Hinblick auf die Untersuchung der Hypothesen dar. Auch Rothstein/Gold (1974) und Lawson/Wilson (1980) streichen die Teilnahme der Mutter an einem Drogenhilfsprogramm als wichtigen Faktor für die positive Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung heraus (siehe 2.9.1.3).

Es wurde zur Anfangserhebung E1 nach Anzahl von Therapien, die die ProbandInnen bisher schon erhalten haben, außerdem die Anzahl abgeschlossener Langzeittherapien, der Anzahl der Monate in Langzeittherapieeinrichtungen und in Substitutionsbehandlung gefragt.

### Stichprobe G

Die Tabelle 3.11 zeigt hinsichtlich der Therapieformen im Durchschnitt die stationäre Entgiftung als die mit Abstand häufigste Behandlung vor der Substitution und der stationären Suchteinrichtung. Einen signifikanten Unterschied gibt es lediglich zwischen M-m-K einerseits und w-k-K, V-o-K und m-k-K andererseits hinsichtlich der Anzahl an Teilnahmen an einer Tagespflege (Sig.<0,05). Bei den übrigen Behandlungsformen und im Gesamtdurchschnitt gibt es keine signifikanten Unterschiede. Dies gilt auch in Bezug auf die Anzahl der abgeschlossenen Langzeittherapien (LZT) und die Monate in LZT und in Substitution bis zum Zeitpunkt E1 (jeweils Sig.>0,05).

**Tabelle 3.11: Stichprobe G: Durchschnittliche Anzahl der einzelnen Therapieformen, Anzahl abgeschlossener Langzeittherapien, Monate in Langzeittherapie und Substitutionsbehandlung im Durchschnitt bis zum Zeitpunkt der Anfangserhebung E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<b>bis E1</b>							
<u>Anzahl der Behandl.</u>							
ambul.Entgiftung	0,8	0,2	0,5	0,3	1	0,3	0,5
station.Entgiftung	1,8	4,7	2,2	1,8	2,9	2,5	2,5
Substitution	1,1	1,6	1	0,9	1,2	0,8	1
ambul.Suchteinr.	0,5	0,8	0,8	0,9	0,6	0,5	0,6
station.Suchteinr.	0,8	0,7	0,8	0,9	1,1	1	1
Tagesbetreuung	0,1	0	0	0	0	0	0,1
Psychiatr.Klinik	0,1	0,5	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3
andere Klinik	0,1	0,3	0	0	0,1	0,2	0,1
andere Behandl.	0,1	0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Summe	5,4	8,8	5,7	5,2	7,1	5,7	6
<u>Langzeittherapie</u>							
abgeschl. LZT	0,1	0,5	0,6	0,5	0	0,3	0,3
bisher in LZT (Monate)	5,0	13,7	13,7	16,5	5,2	8,7	16,5
<u>Substitution</u>							
bisher in Substit.(Mo.)	14,9	15,7	12,2	11,2	19,3	18,6	16,6

In der Summe der Behandlungsformen bis E1 fällt bei den Frauen die vergleichsweise hohe Anzahl in der Gruppe M-k-K auf. Dies trifft bei den Männern auf die Gruppe V-k-K zu.

Weiterhin zeigt die Tabelle, dass die Klientel der Studie bis zum Zeitpunkt der Anfangserhebung schon durchschnittlich mehr als ein Jahr in der Substitution war, wobei hier zwischen den weiblichen Gruppen keine größeren Unterschiede auffallen.

Dagegen haben erst etwa ein Drittel der ProbandInnen eine Langzeittherapie abgeschlossen. Hervorzuheben ist, dass bei den weiblichen Gruppen M-m-K mit den durchschnittlich wenigsten abgeschlossenen LZT vertreten ist, was sich auch in der durchschnittlichen Anzahl an Monaten in LZT niederschlägt.

Bei den männlichen Teilnehmern ist hingegen auf die höhere durchschnittliche Anzahl an abgeschlossenen LZT/Monaten in LZT von V-m-K, vor allem im Gegensatz zu V-k-K, hinzuweisen.

Stichprobe E-m-K

Zwischen den Gruppen dieser Stichprobe bestehen hinsichtlich der Ergebnisse aus Tabelle 3.12 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (jeweils Sig.>0,05).

**Tabelle 3.12: Stichprobe E-m-K: Durchschnittliche Anzahl der einzelnen Therapieformen, Anzahl abgeschlossener Langzeittherapien, Monate in Langzeittherapie und Substitutionsbehandlung im Durchschnitt zum bis Zeitpunkt der Anfangserhebung E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
<b>Bis E1</b>					
<u>Anzahl der Behandl.</u>					
ambul.Entgiftung	0,9	0,7	0	1	0,6
station.Entgiftung	2,8	0,7	2,1	1,2	1,8
Substitution	1,2	1	1	0,7	1
ambul.Suchteinr.	0,5	0,4	1,2	0,2	0,6
station.Suchteinr.	0,9	0,8	0,9	1	0,9
Tagesbetreuung	0,3	0	0	0	0,1
Psychiatr.Klinik	0,2	0,1	0,2	0	0,2
andere Klinik	0,1	0	0	0	0,1
andere Behandl.	0	0,1	0,2	0	0,1
Summe	6,9	3,8	5,6	4,1	5,4
<u>Langzeittherapie</u>					
abgeschl. LZT	0	0,2	0,8	0	0,3
bisher in LZT (Monate)	5,2	4,7	20,6	9,7	10,7
<u>Substitution</u>					
bisher in Substit.(Mo.)	14,4	15,2	17,2	1,3	13,6

Es fällt im Vergleich der weiblichen Gruppen auf, dass bis E1 die Klientinnen von jM-m-K an mehr Therapien (v. a. stationäre Entgiftungen) teilnahmen.

Bei den männlichen Gruppen zeigt sich, dass die Teilnehmer von jV-m-K bis E1 an mehr Therapien teilgenommen haben, so liegen auch die Durchschnittsangaben bezüglich der Monate in Langzeittherapie und in Substitutionstherapie über jenen der Probanden von äV-m-K.

### 3.8.6 Belastende Ereignisse

Erwartete oder unerwartete Erlebnisse und Ereignisse können, seien sie positiv, wie ein neuer Arbeitsplatz oder die Genesung von einer Krankheit, oder negativ, wie das Ende einer persönlichen Beziehung oder ein Unfall, als Belastung wirken und das Leben verändern.

Somit sind diese ein möglicher Beeinflussungsfaktor bei der Untersuchung der Hypothesen und in dieser Studie auf mögliche Unterschiede innerhalb der Gruppen zu prüfen.

Es wurde somit nach belastenden Ereignissen, die sich in den letzten sechs (Befragung zu E1) bzw. zwölf (Befragung zu E5) Monaten zugetragen haben, gefragt. Aufgeführt

waren 14 verschiedene Antwortmöglichkeiten, die die eigene Wohnung, den Arbeitsplatz, einen Rückfall, zwischenmenschliche Beziehungen, gesundheitliche und rechtliche Belange, Prüfung und "sonstiges" thematisierten.

#### Stichprobe G

Es gibt im Hinblick auf belastende Ereignisse in den letzten sechs bzw. zwölf Monaten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen der Stichprobe G (jeweils  $\text{Sig.} > 0,05$ ).

Die durchschnittliche Anzahl der belastenden Ereignisse der Stichprobe G in den letzten sechs Monaten beträgt zum Zeitpunkt E1 3,1 mit einem Minimum von keinem und einem Maximum von acht Ereignissen.

Die durchschnittlichen Werte der Gruppen bewegen sich dabei zwischen 3,8 (V-o-K) und 2,5 (V-m-K) belastenden Ereignissen.

Zum Zeitpunkt E5 ist der Durchschnitt der Stichprobe G in Hinblick auf belastende Ereignisse in den letzten zwölf Monaten deutlich gesunken: Er beträgt hier nur noch 2,4 Ereignisse bei minimal keinem und maximal acht Ereignissen.

Dabei liegen die Werte der Gruppen allesamt zwischen 2,5 und 2,0 belastenden Ereignissen.

#### Stichprobe E-m-K

Hinsichtlich der Angaben zu belastenden Ereignissen gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Ergebnissen der Gruppen von Stichprobe E-m-K (jeweils  $\text{Sig.} > 0,05$ ).

Hier liegen die Angaben zu E1 zwischen 3,2 (jM-m-K und äM-m-K) und 2,3 (äv-m-K).

Zum Zeitpunkt von E5 verzeichnen die Gruppen dieser Stichprobe Werte zwischen 2,4 und 2,2.



## 4. Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse der Studie, unterteilt nach einzelnen Lebensbereichen, dargestellt. Sie beziehen sich auf die beiden Untersuchungszeitpunkte E1 und E5. Die Stichproben G und E-m-K stellen die zu untersuchende Klientel dar.

Die jeweiligen Kapitel sind in einzelne Abschnitte gegliedert, beginnend mit einer Darstellung der ASI-Scores, deren Berechnung hauptsächlich auf den Informationen von 30-Tages-Prävalenzen, der subjektiven Belastung sowie der Einschätzung des Klienten nach Behandlungsbedürftigkeit beruht, wobei die Werte definitionsgemäß zwischen 0 und 1 liegen. Ein höherer Wert bedeutet dabei eine stärkere negative Belastung in dem jeweiligen Bereich. Die unterschiedlichen ASI-Scores der Gruppen werden auf Signifikanz geprüft. Der folgende Abschnitt stellt die Gruppen mittels der Einteilung in zwei Kategorien noch differenzierter dar. Im abschließenden Teil des jeweiligen Kapitels werden die Tendenzen, die die ASI-Scores bzw. der folgende Differenzierungsstil zeigen, mit Ergebnissen zu Detailfragen untersucht und verglichen.

### 4.1 Drogengebrauch

Es folgt die Prüfung der Haupthypothese.

#### 4.1.1 ASI-Scores

##### Stichprobe G

Zwischen den in Tabelle 4.1 aufgeführten ASI-Scores gibt es zu E1 und E5 keine signifikanten Unterschiede (jeweils  $r > 0,05$ ).

Insgesamt ist in der Stichprobe G eine eindeutige Verbesserung des allgemeinen Drogenstatus erkennbar. Dies trifft auf jede einzelne Gruppe zu (siehe die jeweils negativen Abweichungen E5-E1). Dabei ist der Zeiteffekt sowohl bei dem weiblichen als auch beim männlichen Klientel signifikant (beide Sig.= 0,0), was bedeutet, dass die

Verbesserung im Verlauf der Studie von E1 nach E5 bei beiden Geschlechtern signifikant ist.

Die Gruppe der weiblichen Teilnehmerinnen verzeichnet hier insgesamt einen positiven Verlauf mit einer Abweichung von -0,3 gegenüber von -0,25 bei den männlichen Teilnehmern. Der Querschnittsvergleich zum Zeitpunkt E5 ergibt bei den Frauen einen durchschnittlichen ASI-Score von 0,19 gegenüber 0,22 bei den Männern.

Unterteilt in die beiden Geschlechtergruppen, gibt es zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderung im Verlauf, also des Zeiteffektes, keine signifikanten Unterschiede (weibl.: Sig.= 0,286; männl.: Sig.= 0,084).

**Tabelle 4.1: Drogenkonsum: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<u>Drogenkonsum</u>							
<b>E5</b>	0,14	0,31	0,18	0,1	0,18	0,25	0,21
<b>E1</b>	0,47	0,52	0,49	0,46	0,49	0,47	0,48
Abweichung E5-E1	-0,33	-0,21	-0,31	-0,36	-0,31	-0,22	-0,27

Bei den Frauen fällt auf, dass die Gruppe M-o-K sowohl im Längs- (siehe Abweichung E5-E1) als auch im Querschnittsvergleich zu E5 das negativste Ergebnis aufweist und damit jeweils im Gegensatz zu den anderen beiden weiblichen Gruppen schlechtere Werte als der Gesamtdurchschnitt verzeichnet. Hervorzuheben ist, dass die Mütter von M-m-K hier den niedrigsten Drogenkonsum zu E5 haben.

Bei den Männern trifft dies, hier auch im Verlauf, auf V-m-K zu und damit ebenfalls auf die Eltern, die den durch das Zusammenleben täglichen Kontakt mit ihren Kindern haben, im Vergleich zu V-o-K und letztlich m-k-K, während die Werte letztgenannter Gruppe als einzige männliche Gruppe jeweils schlechter als der Gesamtdurchschnitt sind.

#### Stichprobe E-m-K

Signifikante Unterschiede sind zwischen den ASI-Scores der Gruppen der Stichprobe E-m-K zu E1 und E5 nicht vorhanden (jeweils Sig.>0,05). Dies trifft auch auf den Verlauf zu, vergleicht man die weiblichen und männlichen Gruppen untereinander (weibl.: Sig.=

0,224; männl.: Sig.= 0,953). Allerdings ist der Zeiteinfluss sowohl bei der weiblichen (Sig.= 0,0) als auch der männlichen (Sig.= 0,009) Klientel signifikant.

**Tabelle 4.2: Drogenkonsum: ASI-Scores der Gruppen der Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
Drogenkonsum					
<b>E5</b>	0,09	0,2	0,1	0,12	0,13
<b>E1</b>	0,46	0,48	0,46	0,46	0,46
Abweichung E5-E1	-0,37	-0,28	-0,36	-0,34	-0,33

Es stechen die sowohl in Bezug auf den Zustand zu E5 und als auch auf den Verlauf E1-E5 besseren Werte bei jM-m-K gegenüber äM-m-K heraus. Damit verzeichnet diese Gruppe im Gegensatz zur zweitgenannten jeweils bessere ASI-Scores als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Zwischen den männlichen Gruppen von Stichprobe E-m-K sind keine relevanten Unterschiede auszumachen.

#### 4.1.2 Differenzierung

Die abschließenden Fragen des jeweiligen Kapitels im EuropASI- Interviewleitfaden fassen noch einmal die Situation in gezielten, lebensbereichbezogenen Nachfragen, Selbst- und Fremdratings, die sich auf die vergangenen 30 Tage konzentrieren, zusammen.

Das Kapitel "Drogen- und Alkoholgebrauch" des EuropASI wird mit folgenden Fragen abgeschlossen:

1. "An wie vielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen Drogenprobleme (z.B. Verlangen, Entzugserscheinungen, andere beunruhigende Folgen)?"

Selbstrating der/des ProbandIn:

2. "Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?"

3. "Wie wichtig ist jetzt für Sie eine Therapie Ihrer Drogenprobleme?"

Fremdrating des Interviewers:

4. "Wie ist der Bedarf der/des KlientIn an einer Therapie des Drogenmissbrauchs?"

Wer der Einteilung "keine bis wenig Probleme" (siehe Tabelle 4.3 und 4.4) zugerechnet wurde, gab bei der Frage 1 weniger als sechs Tage an, bei der Frage 2 und 3 die Antwort "gar nicht" oder "wenig", und die Frage 4 wurde mit "kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich" oder "leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht erforderlich" beantwortet.

TeilnehmerInnen der Kategorie "starke Probleme" gaben 15 oder mehr Tage bei der Frage 1 an oder bei Frage 2 oder 3 die Antworten "erheblich" oder "extrem", oder bei Frage 4 wurde mit "beträchtliches Problem, Behandlung notwendig" oder "extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich" geantwortet. Weitergehende Erklärungen zu dieser Einteilung finden sich in Kapitel 5.4.

#### Stichprobe G

In Tabelle 4.3 wird ersichtlich, dass jede einzelne Gruppe der Stichprobe G deutlich ihre Drogenprobleme im Verlauf E1-E5 verringern konnte, was anhand beider der aufgeführten Kategorien nachzuzeichnen ist.

Die Frauen der Stichprobe G konnten den Anteil derer, die keine oder wenig Drogenprobleme haben, von 2% zu E1 auf 50% zu E5 erhöhen. Zu E5 waren es bei den Männern 41%, zu E1 3%.

In der Kategorie "starke Probleme" verringerten die weiblichen Teilnehmerinnen ihren Anteil von 98% auf 43%. Bei den Männern gab es hier ebenfalls eine deutliche Besserung von 95% auf 46%.

**Tabelle 4.3: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der Drogenprobleme von den Gruppen der Stichprobe G anhand der Kategorien "keine bis wenig Probleme" und "starke Probleme" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Drogenkonsum							
"keine-wenig Probleme"							
<b>E5</b>	62%	42%	44%	75%	65%	31%	44%
<b>E1</b>	5%			17%	4%	1%	3%
Abweichung E5-E1	58%	42%	44%	58%	61%	30%	41%
"starke Probleme"							
<b>E5</b>	33%	50%	48%	25%	26%	54%	45%
<b>E1</b>	95%	100%	100%	75%	96%	98%	96%
Abweichung E5-E1	-62%	-50%	-52%	-50%	-70%	-44%	-51%

Bei den Frauen ist die Gruppe M-m-K hervorzuheben, welche sich in beiden Kategorien sowohl hinsichtlich des Verlaufes als auch des Zustandes zu E5 im positiven Sinne vom Gesamtdurchschnitt abhebt, während die Ergebnisse der beiden anderen weiblichen Gruppen jeweils im Bereich des Gesamtdurchschnittes liegen.

Bei den männlichen Teilnehmern fällt das positive Ergebnis von V-m-K auf, vor allem die vergleichsweise hohe Quote von 75%, die in der Kategorie "keine bis wenig Drogenprobleme" vertreten sind.

Bei V-o-K sticht die deutliche Verbesserung im Verlauf in beiden Kategorien heraus. Das Ergebnis von m-k-K hingegen fällt deutlich ab: Als einzige Gruppe der Stichprobe G liegt diese in beiden Kategorien sowohl im Längs- als auch im Querschnittsvergleich zu E5 schlechter als der Gesamtdurchschnitt.

Somit finden sich hier zum größten Teil Übereinstimmungen mit den ASI-Scores dieses Kapitels.

#### Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.4: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der Drogenprobleme von den Gruppen der Stichprobe E-m-K anhand der Kategorien "keine bis wenig Probleme" und "starke Probleme" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
Drogenkonsum					
"keine-wenig Probleme"					
<b>E5</b>	73%	50%	75%	75%	67%
<b>E1</b>	9%		25%		9%
Abweichung E5-E1	64%	50%	50%	75%	58%
"starke Probleme"					
<b>E5</b>	18%	50%	25%	25%	30%
<b>E1</b>	91%	100%	75%	75%	88%
Abweichung E5-E1	-73%	-50%	-50%	-50%	-58%

Hervorzuheben ist bei den weiblichen Teilnehmerinnen das bessere Ergebnis der Gruppe jM-m-K gegenüber äM-m-K. Dies zeigt sich vor allem in der Kategorie "starke Drogenprobleme". Damit verzeichnet diese Gruppe auch gegenüber dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G ein deutlich positiveres Ergebnis.

Zwischen den Quoten der männlichen Gruppen gibt es dagegen größtenteils Übereinstimmungen.

Diese Tendenzen zeichneten sich schon bei den ASI-Scores dieses Kapitels ab.

#### 4.1.3 Detailfragen: Heroin/Kokaingebrauch

Im EuropASI wird nach der Häufigkeit des Heroin- und Kokaingebrauchs während der letzten 30 Tage bzw. der letzten 30 Tage vor Eintritt in die derzeit besuchte Institution gefragt. Als abstinent gilt in den folgenden beiden Tabellen, wer keine dieser beiden Substanzen in den besagten 30 Tagen zu sich genommen hat. Als gelegentlich Konsumierender wird jener eingeteilt, der, summiert man den Gebrauch von Heroin und Kokain, zwischen einmal und zwölf Mal in den letzten 30 Tagen diese eingenommen hat. Wer nach dieser Rechnung mehr als zwölf Mal Gebrauch von diesen Substanzen machte, wird als regelmäßig Konsumierender eingestuft.

#### Stichprobe G

Insgesamt ist eine deutliche Besserung des Konsumstatus bezogen auf Heroin und Kokain erkennbar: Der Anteil derer, die als abstinent eingestuft werden, ist um die Hälfte gestiegen, der Anteil der regelmäßig Konsumierenden um mehr als die Hälfte zurückgegangen.

**Tabelle 4.5: Darstellung der Gruppen von Stichprobe G über den Konsum von Heroin und Kokain in den Kategorien "abstinent", "gelegentlich" und "regelmäßig" während der letzten 30 Tagen vor den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Konsum Heroin/Kokain							
<b>E5</b>							
abstinent	72%	42%	74%	83%	69%	46%	57%
gelegentlich	24%	25%	19%	17%	22%	38%	30%
regelmäßig	4%	33%	7%		9%	16%	13%
<b>E1</b>							
abstinent	14%	25%	7%	50%	17%	16%	17%
gelegentlich	10%	8%	19%	8%		15%	13%
regelmäßig	76%	67%	74%	42%	83%	69%	70%

Die Erkenntnisse aus 4.1.1 und 4.1.2 werden hier beim Vergleich der weiblichen Gruppen zum großen Teil bestätigt: Auch hier fällt auf, dass M-m-K gegenüber M-o-K sehr viel besser abschneidet. Dies gilt sowohl für den Zustand zu E5, man beachte hier die hohe Quote an Abstinenzlerinnen und die niedrige Quote an regelmäßig Konsumierenden bei M-m-K im Gegensatz zu M-o-K, als auch für die Entwicklung im Verlauf E1-E5. Dies wird vor allem deutlich, vergleicht man den abnehmenden Anteil an regelmäßig Konsumierenden zu E1 und zu E5 in beiden Gruppen. Allerdings zeichnet sich hier zwischen M-m-K und w-k-K jeweils kein so klarer Unterschied ab.

Bei den Männern zeigt sich auch hier wie in den ersten beiden Teilen dieses Kapitels das vergleichsweise positive Ergebnis von V-m-K zu E5, was an der hohen Quote an Abstinenzlern und den nicht mehr vorhandenen regelmäßig Konsumierenden in dieser Gruppe deutlich sichtbar wird. Abermals sticht hier die positive Entwicklung bei V-o-K im Verlauf heraus, vergleicht man vor allem den Anteil der regelmäßig Konsumierenden zu den beiden Zeitpunkten.

Auch in dieser Tabelle zeigt sich ein vergleichsweise negatives Abschneiden von m-k-K sowohl im Längs- als auch im Querschnittsvergleich zu E5.

#### Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.6: Darstellung der Gruppen von Stichprobe E-m-K über den Konsum von Heroin und Kokain in den Kategorien "abstinent", "gelegentlich" und "regelmäßig" während der letzten 30 Tagen vor den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
Konsum Heroin/Kokain					
<b>E5</b>					
abstinent	91%	50%	87%	75%	76%
gelegentlich	9%	40%	13%	25%	21%
regelmäßig		10%			3%
<b>E1</b>					
abstinent	18%	10%	50%	50%	27%
gelegentlich		20%	13%		9%
regelmäßig	82%	70%	37%	50%	64%

Deutlich sind in Tabelle 4.6 die Unterschiede zwischen jM-m-K und äM-m-K zu erkennen: Wie schon in Abschnitt 4.1.1 und 4.1.2 zeigt die erstgenannte Gruppe ein auffallend besseres Ergebnis hinsichtlich des Status zu E5 und des Verlaufes: So sind in dieser

Gruppe zu E5 über 90% abstinent, während zu E1 noch über 80% regelmäßig Heroin/Kokain konsumierten.

Die Unterschiede zwischen den männlichen Gruppen sind dabei vergleichsweise geringer.

## 4.2 Rechtlicher Status

In diesem Kapitel wird eine Untersuchung der Unterhypothese a vorgenommen.

### 4.2.1 ASI-Scores

#### Stichprobe G

Die ASI-Scores der einzelnen Gruppen zeigen bezüglich des rechtlichen Status´ zu E1 und E5 keinen signifikanten Unterschied (jeweils Sig.>0,05).

Fasst man die Teilnehmer der Stichprobe nach geschlechtlicher Zugehörigkeit zusammen, so stellt sich die Situation der Frauen zum Zeitpunkt E5 mit einem Wert von 0,13 positiver als die der Männer (0,23) dar, wohingegen im Vergleich des Verlaufes E1-E5 kein entsprechender Unterschied zwischen der weiblichen (Abweichung: -0,18) und der männlichen Klientel (-0,16) festzustellen ist. Es ist im Allgemeinen eine positive Tendenz im Verlauf E1-E5 zu erkennen. Dabei ist der Zeiteffekt bei beiden Geschlechtergruppen signifikant (weibl.: Sig.= 0,0; männl.: Sig.= 0,03). Zwischen den jeweiligen drei Gruppen gibt es dabei hinsichtlich des Verlaufes keine signifikanten Unterschiede (weibl.:  $r = 0,229$ ; männl.:  $0,838$ ).

**Tabelle 4.9: Rechtlicher Status: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung (=Abw.) der Scores von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
rechtl.Status							
<b>E5</b>	0,12	0,19	0,11	0,19	0,26	0,23	0,2
<b>E1</b>	0,31	0,25	0,35	0,3	0,4	0,39	0,36
Abw. E1-E5	-0,19	-0,06	-0,24	-0,11	-0,14	-0,16	-0,16

Zu beachten ist in Tabelle 4.9, dass bei den weiblichen Teilnehmerinnen zu E5 sämtliche Scores besser als der Gesamtdurchschnitt sind, wobei wiederum M-o-K das schlechteste



Ergebnis aufweist. Bei den Männern dagegen zeichnet zu E5 nur V-m-K einen positiveren Wert als der Gesamtdurchschnitt. Auch hier hat mit V-o-K wie bei den Frauen die Gruppe mit Eltern, die nicht mehr mit ihrem Kind zusammenleben, das schlechteste Ergebnis.

Dabei hat sich für M-o-K, dem weiblichen Pendant, der rechtliche Status im Verlauf weniger verbessert als bei den anderen beiden weibliche Gruppen. Ihr Wert ist somit als einziger der weiblichen Gruppen schlechter als jener der Gesamtstichprobe.

#### Stichprobe E-m-K

Einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der Stichprobe E-m-K hinsichtlich der ASI-Scores zu E1 und E5 gibt es nicht (jeweils Sig.>0,05).

Der Zeiteinfluss, also die Veränderung im Verlauf, ist bei den weiblichen (Sig.= 0,0) im Gegensatz zu den männlichen (Sig.= 0,275) TeilnehmerInnen signifikant, im jeweiligen Vergleich der Gruppen untereinander zeigen sich dabei keine signifikanten Unterschiede (weibl.: Sig.= 0,644; männl.: Sig.= 0,534).

**Tabelle 4.10: Rechtlicher Status: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung (=Abweich.) der Scores von E5 zu E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
rechtl. Status					
<b>E5</b>	0,08	0,15	0,16	0,26	0,14
<b>E1</b>	0,25	0,37	0,22	0,46	0,31
Abweich. E1-E5	-0,17	-0,22	-0,06	-0,2	-0,17

Es fällt hier auf, dass zu E5 jM-m-K bei den weiblichen Gruppen und jV-m-K bei den männlichen Gruppen den jeweils besseren Durchschnittswert verzeichnen als die Eltern der Gruppen, die vor E1 ihr erstes Kind bekamen. Hervorzuheben ist der positive Wert von jM-m-K zu E5 und der Abweichungswert von jV-m-K, der schlechter als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G ist.

#### 4.2.2 Differenzierung

Die abschließenden Fragen des jeweiligen Kapitels "Rechtlicher Status" im EuropASI-Interviewleitfaden lauten:

1. "Wie viele Tage waren sie während der letzten 30 Tage (evtl. vor Eintritt in die Institution) in Untersuchungs- oder Strafhaft?"
2. "Wie viele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage (evtl. vor Eintritt in die Institution) in illegale Geschäfte verwickelt?"

Selbstrating der/des ProbandIn:

3. "Wie ernst sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme?"
4. "Wie ernst ist für Sie jetzt eine Rechtsberatung?"

Fremdrating des Interviewers:

5. "Wie ist der Bedarf der/des KlientIn an einer Rechtsberatung?"

Um die Antworten dieser Fragen zusammenzufassen, wurden zwei verschiedene Gruppen gebildet: die Gruppe derjenigen, die keine bis wenig Probleme im rechtlichen Bereich haben, und die Gruppe derjenigen, die starke Rechtsprobleme haben (siehe Tabellen 4.11 und 4.12).

Diese beiden Gruppen definieren sich folgenderweise (nähere Erklärungen zu dieser Einteilung siehe auch Kapitel 5.4):

KlientInnen der Gruppe mit keinen bis wenig rechtlichen Problemen haben Frage 1 und 2 mit "keinem Tag" beantwortet, die Fragen 3 und 4 mit "gar nicht" oder "wenig", und das Fremdrating der Frage 5 wurde von ihnen mit "kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich" oder "leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig" beantwortet.

KlientInnen der Gruppe mit starken rechtlichen Problemen haben bei Frage 1 die Antwort "ein oder mehr Tage" angegeben, oder bei Frage 3 oder 4 die Antworten "erheblich" oder "extrem", oder die Frage 5 wurde von ihnen mit "beträchtliches Problem, Behandlung notwendig" oder "extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich" beantwortet.

Stichprobe G

Auch die Ergebnisse von Tabelle 4.11 lassen bei allen Gruppen eine Verbesserung im Verlauf erkennen.

Die Einteilung "keine bis wenig Probleme im rechtlichen Bereich" ergibt folgendes Bild: Beide Geschlechtergruppen machen positive Fortschritte im Verlauf, der Anteil der Frauen in dieser Kategorie steigt um 29% auf 60%, der Männeranteil steigt um 20% auf 39%.

Die weiblichen Gruppen der Stichprobe G verbessern sich in der Kategorie "starke Probleme" im Verlauf um 10% auf 17%. Bei den Männern gibt es auch eine Verbesserung, allerdings auf anderem Niveau: Waren es zu E1 noch 43%, so sind es zu E5 "nur" noch 38%, die gemäß dieser Einteilung starke rechtliche Probleme haben.

**Tabelle 4.11: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der rechtlichen Probleme der Gruppen der Stichprobe G anhand der Kategorien "keine bis wenig Probleme" und "starke Probleme" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Rechtlicher Status							
"keine-wenig Probl."							
<b>E5</b>	62%	33%	70%	58%	39%	35%	44%
<b>E1</b>	43%	27%	23%	42%	17%	17%	23%
Abweichung E5-E1	19%	6%	47%	16%	22%	18%	21%
"starke Probleme"							
<b>E5</b>	9%	25%	18%	17%	39%	39%	30%
<b>E1</b>	24%	36%	27%	33%	52%	42%	38%
Abweichung E5-E1	-15%	-11%	-9%	-16%	-13%	-3%	-8%

Bei den weiblichen Gruppen ist in der Kategorie "keine bis wenig rechtliche Probleme" das auffallend positivere Ergebnis von M-m-K und, noch deutlicher, von w-k-K - hier vor allem im Verlauf- im Vergleich zu M-o-K herauszustreichen. Letztgenannte Gruppe verzeichnet dabei insbesondere im Verlauf weitaus schlechtere Werte als der Gesamtdurchschnitt.

Bei den Männern stechen die Angaben von V-m-K hervor, welche in beiden Kategorien zu E5 ein weitaus besseres Ergebnis als die anderen beiden Gruppen männlichen Geschlechts und auch des Gesamtdurchschnittes aufweist.

Somit spiegeln diese Angaben im Allgemeinen die Ergebnisse der ASI-Scores dieses Abschnittes wider.

## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.12: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der rechtlichen Probleme der Gruppen der Stichprobe E-m-K anhand der Kategorien "keine bis wenig Probleme" und "starke Probleme" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
<u>Rechtlicher Status</u>					
"keine-wenig Probl."					
<b>E5</b>	72%	50%	62%	50%	61%
<b>E1</b>	54%	30%	50%	25%	42%
Abweichung E5-E1	18%	20%	12%	25%	19%
"starke Probleme"					
<b>E5</b>		20%	12%	25%	12%
<b>E1</b>	9%	40%	25%	50%	27%
Abweichung E5-E1	-9%	-20%	-13%	-25%	-15%

Das im Vergleich zu äM-m-K deutlich positivere Ergebnis von jM-m-K zum Zeitpunkt E5 in beiden Kategorien, wie in Tabelle 4.12 ersichtlich, deckt sich mit den ASI-Scores dieses Abschnittes.

Die Unterschiede zwischen den männlichen Gruppen sind dabei weniger deutlich.

### 4.2.3 Detailfragen: Bewährung/Anklage, Verhandlung oder Urteil

Zwei Fragen aus dem EuropASI bieten einen weiteren Einblick in die rechtliche Situation der ProbandInnen: Die Frage, ob derzeit eine Bewährungsstrafe vorliegt und ob eine Anklage, eine Verhandlung oder ein Urteil erwartet wird.

## Stichprobe G

**Tabelle 4.13: Darstellung der Gruppen der Stichprobe G über aktuelle Bewährungsstrafen oder ob eine Anklage, eine Verhandlung oder ein Urteil erwartet werde zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<u>Bewährung</u>							
<b>E5</b>	14%	17%	15%	17%	40%	23%	21%
<b>E1</b>		17%	11%	50%	39%	38%	29%
Abweichung E1-E5	14%	0%	4%	-33%	1%	-15%	-8%
<u>Ankl.,Verhandl.,Urteil</u>							
<b>E5</b>	5%	17%	7%	8%	40%	16%	16%
<b>E1</b>	24%	17%	26%	25%	26%	37%	30%
Abweichung E1-E5	-19%	0%	-19%	-17%	14%	-21%	-14%

Bei den weiblichen Teilnehmerinnen fällt auf, dass M-o-K hinsichtlich beider Fragen das durchschnittliche Ergebnis im Verlauf nicht verbessern konnte. So zeigt sich auch bei der Frage nach einer Anklage, Verhandlung oder Urteil bei dieser Gruppe, verglichen mit den anderen beiden weiblichen Gruppen, ein eindeutig schlechteres Ergebnis zu E5.

Dies deutet eine Erklärung der Ergebnisse von 4.2.1 und 4.2.2 an.

Davon abweichend sind die Ergebnisse von M-m-K und w-k-K zur Frage nach einer Bewährungsstrafe: Vor allem bei M-m-K erhöhte sich hier die Anzahl im Verlauf der Studie.

Bei den Gruppen mit männlichem Klientel ist das negative Ergebnis von V-o-K hervorzuheben, das mit den Angaben zu beiden Fragen zum Zeitpunkt E5 und im Verlauf jeweils deutlich schlechter als die beiden anderen männlichen Gruppen und als der Gesamtdurchschnitt liegt.

Im Gegensatz dazu steht das Ergebnis von V-m-K, das zu beiden Fragen ein auffallend positives Ergebnis aufweist. Damit werden die Tendenzen, die sich in den ersten beiden Abschnitten dieses Kapitels zeigten, hier noch einmal bestätigt. Damit dienen diese Fragen auch als Erklärungsansätze.

Des Weiteren zeigt sich hier eine geschlechtsbezogene Parallelität, da M-m-K und V-m-K, also Eltern, die mit ihrem Kind zusammenleben, im allgemeinen das bessere Ergebnis erzielen im Gegensatz zu M-o-K bzw. V-o-K, somit Eltern, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben, die jeweils das schlechteste Ergebnis aufweisen.

Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.14: Darstellung der Gruppen der Stichprobe E-m-K über aktuelle Bewährungsstrafen oder ob eine Anklage, eine Verhandlung oder ein Urteil erwartet werde zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
<u>Bewährung</u>					
<b>E5</b>		30%	12%	25%	15%
<b>E1</b>			75%		18%
Abweichung E1-E5		30%	-63%	25%	-3%
<u>Ankl.,Verhandl.,Urteil</u>					
<b>E5</b>	9%			25%	6%
<b>E1</b>	9%	40%	12%	50%	24%
Abweichung E1-E5	0%	-40%	-12%	-25%	-19%

Die Ergebnisse der "jungen" Eltern beider Geschlechter decken sich hier zum großen Teil mit jenen der Teilabschnitte 4.2.1 und 4.2.2.

Man kann also auch hier von einer geschlechtsbezogenen Parallelität ausgehen, bei denen die positiven Ergebnisse der Eltern überwiegen, die im Verlauf E1-E5 ihr erstes Kind bekommen haben.

### 4.3 Körperlicher Status

Das folgende Kapitel behandelt die Unterhypothese b.

#### 4.3.1 ASI-Scores

##### Stichprobe G

Zwischen den Gruppen ist zu E1 und E5 kein signifikanter Unterschied vorhanden (jeweils Sig.>0,05). Auch beim körperlichen Status der Stichprobe G ist wie beim rechtlichen Status eine allgemeine Verbesserung im Verlauf E1-E5 zu erkennen, allerdings ist diese nur minimal, und nicht jede Gruppe verbessert ihren ASI-Score im Verlauf der Studie. Die durchschnittlichen Werte der Frauen (0,36) und Männer (0,35) liegen zu E5 nahezu gleichauf. Im Verlauf verzeichnen die weiblichen Teilnehmerinnen (Abweichung E5-E1: -0,07) eine leicht positive Entwicklung gegenüber den männlichen (Abweichung: +0,03), deren Score sich im Verlauf noch verschlechterte. Der Zeiteffekt ist bei beiden Geschlechtergruppen nicht signifikant (weibl.: Sig.= 0,235; männl.: Sig.= 0,847). Auch gibt es zwischen den drei jeweiligen Gruppen hinsichtlich des Zeiteffektes keine signifikanten Unterschiede (weibl.: Sig.= 0,757; männl.: Sig.= 0,65).

**Tabelle 4.15: Gesundheitlicher Status: ASI-Scores der Gruppen der Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<u>körperl.Status</u>							
<b>E5</b>	0,3	0,55	0,32	0,28	0,31	0,36	0,35
<b>E1</b>	0,42	0,6	0,35	0,23	0,43	0,3	0,36
Abweichung E5-E1	-0,12	-0,05	-0,03	0,05	-0,12	0,06	-0,01

Beim Vergleich der weiblichen Gruppen ist der vergleichsweise positive Verlauf von M-m-K zu beachten. Festzuhalten ist weiterhin bei M-o-K der schlechteste Wert zu E5 wie auch zu E1 im Vergleich zu den anderen Gruppen.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der vorherigen Kapitel zeigt sich hier unter den männlichen Gruppen nur bei V-o-K eine Verbesserung des ASI-Scores im Verlauf, wobei dieser besser als der Gesamtdurchschnitt ist. m-k-K zeigt wiederum die schlechtesten Werte im Verlaufsvergleich sowie im Querschnittsvergleich zu E5.

#### Stichprobe E-m-K

Es finden sich zwischen den ASI-Scores in Tabelle 4.16 zum Zeitpunkt E1 und E5 keine signifikanten Unterschiede (jeweils Sig.>0,05).

Auch hier ist der Zeiteinfluss sowohl bei den weiblichen (Sig.= 0,066) als auch den männlichen (Sig.= 0,474) TeilnehmerInnen nicht signifikant, im entsprechenden Vergleich der Gruppen untereinander zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede (weibl.: Sig.= 0,082; männl.: Sig.= 0,859).

**Tabelle 4.16: Gesundheitlicher Status: ASI-Scores der Gruppen der Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1.**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
körperl. Status					
<b>E5</b>	0,25	0,35	0,32	0,2	0,29
<b>E1</b>	0,28	0,56	0,35	0,08	0,36
Abweichung E5-E1	-0,03	-0,21	-0,03	0,12	-0,07

Vergleicht man die beiden Gruppen mit weiblichem Klientel, so ist festzuhalten, dass die Frauen der Gruppe jM-m-K zu E5 einen positiveren Wert verzeichnen. Demgegenüber weist äM-m-K einen positiveren Durchschnittswert hinsichtlich des Verlaufes auf. In beiden Fällen ist der Gesamtdurchschnittswert der Stichprobe G schlechter.

Demgegenüber ist bei den männlichen Gruppen der ASI-Score zu E5 bei äV-m-K besser, wobei sich dieser im Verlauf nur bei jV-m-K nicht verschlechterte.

#### 4.3.2 Differenzierung

Im Kapitel "Körperlicher Status" im EuropASI- Interviewleitfaden fassen folgende Fragen den Lebensbereich mit Blick auf die letzten 30 Tage zusammen:

1. "An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage körperliche/gesundheitliche Probleme?"

Selbstrating der/des ProbandIn:

2. "Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt?"

3. "Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung dieser gesundheitlichen Probleme?"

Fremdrating des Interviewers:

4. "Wie ist der Bedarf der/des KlientIn an medizinischer Behandlung?"

Es wurden zwei Gruppen gebildet: die Gruppe derjenigen, die keine bis wenig Probleme im gesundheitlichen Bereich haben, und die Gruppe derjenigen, die starke Gesundheitsprobleme haben.

Dabei wurden die Gruppen folgendermaßen aufgeteilt (weitergehende Erläuterungen zu dieser Einteilung siehe auch Kapitel 5.4):

Wer in die Kategorie "keine bis wenig Probleme" im gesundheitlichen Bereich eingeordnet wurde, hat bei Frage 1 höchstens fünf Tage, bei Frage 2 und 3 "gar nicht" oder "wenig" angegeben und wurde bei Frage 4 vom Interviewer bei "kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich" oder "leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig" eingestuft.

In der Kategorie "starke Probleme" sind solche, die bei Frage 1 mehr als 14 Tage, bei Frage 2 oder 3 "erheblich" oder "extrem" als Antwort angegeben haben oder vom Interviewer bei Frage 4 den Antwortmöglichkeiten "beträchtliches Problem, Behandlung notwendig" oder "extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich" zugeteilt wurden.



## Stichprobe G

Tabelle 4.17 zeigt, dass sich in der Stichprobe G im Verlauf der Studie der Anteil aller ProbandInnen sowohl mit "keinen bis wenig" als auch mit "starken" Problemen im gesundheitlichen Bereich nicht bzw. kaum verändert. Dabei vermehrt sich hier der Anteil der Frauen mit "keinen bis wenig" Problemen um 5% auf 32%, der Anteil der Männer verringert sich um 6% auf 32%. In der Kategorie "starke Probleme" im gesundheitlichen Bereich sinkt die Quote der Frauen um 13% auf 48%, die der Männer steigt um 7% auf 54%. Dies weist auf eine deutliche Diskrepanz zwischen den beiden Geschlechtern hin.

**Tabelle 4.17: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der körperlichen Probleme der Gruppen der Stichprobe G anhand der Kategorien "keine bis wenig Probleme" und "starke Probleme" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Körperlicher Status							
"keine-wenig Probl."							
<b>E5</b>	33%	17%	37%	50%	43%	27%	32%
<b>E1</b>	29%	8%	35%	36%	24%	42%	34%
Abweichung E5-E1	4%	9%	2%	14%	19%	-15%	-2%
"starke Probleme"							
<b>E5</b>	33%	83%	44%	42%	56%	55%	52%
<b>E1</b>	60%	83%	54%	40%	62%	45%	52%
Abweichung E5-E1	-27%	0%	-10%	2%	-6%	10%	0%

Unter den weiblichen Gruppen ist einmal mehr die schlechte Situation von M-o-K zu E5 hervorzuheben, wie in beiden Kategorien deutlich zu sehen ist. Weiterhin fällt bei M-m-K die im Verlauf vergleichsweise starke Verringerung der Klientinnen mit "starken gesundheitlichen Problemen" auf, womit sie zu E5 und im Verlauf jeweils am weitesten vom Gesamtdurchschnitt abweicht.

Bei den männlichen Gruppen verzeichnet V-m-K zu E5 in beiden Kategorien die besten Quoten. Weiterhin sticht heraus, dass im Verlauf bei V-m-K und vor allem bei V-o-K die Quote der Probanden, die der Kategorie "keine bis wenig gesundheitliche Probleme" zuzuordnen sind, im positiven Sinne stark vom Gesamtdurchschnitt abweicht.

Zudem fällt bei m-k-K im Verlauf eine recht deutliche Verschlechterung in beiden Kategorien auf.

Im Allgemeinen werden damit die Ergebnisse der ASI-Scores in diesem Kapitel bestätigt.

## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.18: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der körperlichen Probleme der Gruppen der Stichprobe E-m-K anhand der Kategorien "keine bis wenig Probleme" und "starke Probleme" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äm-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
Körperlicher Status					
"keine-wenig Probl."					
<b>E5</b>	36%	30%	50%	50%	39%
<b>E1</b>	36%	20%	14%	75%	31%
Abweichung E5-E1	0%	10%	36%	-25%	8%
"starke Probleme"					
<b>E5</b>	27%	40%	50%	25%	36%
<b>E1</b>	50%	70%	50%	25%	53%
Abweichung E5-E1	-23%	-30%	0%	0%	-17%

Während jM-m-K im Vergleich mit äM-m-K und dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G zu E5 vor allem in der Kategorie "starke gesundheitliche Probleme" eindeutig bessere Zahlen aufweist, trifft dies bei Gruppe äM-m-K in der gleichen Kategorie für den Verlauf E1-E5 zu.

Zwischen den männlichen Gruppen der Stichprobe E-m-K fallen in der Kategorie "keine bis wenig gesundheitliche Probleme" die völlig unterschiedlichen Verläufe auf, da jV-m-K sich hier im Schnitt klar verbessern konnte, während für äV-m-K das Gegenteil zutrifft.

Demgegenüber ist die hohe Quote an Klienten in jV-m-K mit "starken gesundheitlichen Problemen" zu E5 zu beachten.

Tendenziell gibt es dabei deutliche Übereinstimmungen zu den ASI-Scores dieses Kapitels.

### 4.3.3 Detailfragen: Medikamenteneinnahme/Hepatitisserkrankungen/HIV-Infektionen

Ein weiterer Einblick die gesundheitliche Verfassung der Klientel soll hier mittels dreier Fragen gewonnen werden: Ob wegen einer körperlichen Erkrankung regelmäßig Medikamente eingenommen werden, ob eine Hepatitisserkrankung der häufigsten Hepatitisserreger A, B und/oder C jemals bzw. in den letzten zwölf Monaten vorlag, und ob eine HIV-Infektion mit eventueller AIDS-Symptomatik vorhanden ist.

## Stichprobe G

**Tabelle 4.19: Darstellung der der Gruppen der Stichprobe G über regelmäßige Medikamenteneinnahmen aufgrund einer körperlichen Erkrankung, eine HIV-Infektion (in Klammern: Auftreten von AIDS-Symptomen) zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf und Hepatitis- (A-, B-, und C-) Erkrankungen jemals bis zum Zeitpunkt der Anfangserhebung E1 und innerhalb der letzten 12 Monate vor der Abschlusserhebung E5**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Medikamenteneinnahme							
<b>E5</b>	24%	50%	26%	17%	26%	24%	25%
<b>E1</b>	24%	50%	18%	8%	17%	13%	17%
Abweichung E5-E1	0%	0%	8%	9%	9%	11%	8%
Hepatitis-erkrankung							
<b>E5</b>	43%	42%	33%	33%	39%	36%	37%
<b>bis E1</b>	62%	58%	52%	75%	83%	68%	66%
Abweichung E5-E1	-19%	-16%	-19%	-42%	-44%	-32%	-29%
HIV-Infekt. (AIDS-Sympt.)							
<b>E5</b>		17%			9%	7%(2%)	6%(1%)
<b>E1</b>		17%			9%	7%(2%)	6%(1%)
Abweichung E5-E1		0%			0%	0%	0%

Tabelle 4.19 zeigt, dass im Allgemeinen die ProbandInnen der Stichprobe G zu E5 wegen körperlicher Beschwerden häufiger medikamentös behandelt werden als noch vier Jahre zuvor. Vergleicht man jedoch die Häufigkeit derjenigen, die bis E1 eine Hepatitis-erkrankung hatten, mit der Anzahl derer, die die letzten zwölf Monate vor E5 an Hepatitis erkrankt waren, so ist die Quote im Gesamtdurchschnitt deutlich zurückgegangen. An den Angaben zum HIV- bzw. AIDS-Status hat sich im Verlauf nichts geändert.

Das Ergebnis überrascht nicht im Hinblick auf das Ergebnis der ersten beiden Teile dieses Kapitels bezüglich der Frage nach der Medikamenteneinnahme, wie es Tabelle 4.19 zeigt, da von der Gruppe M-o-K weit mehr Klientinnen medikamentöse Behandlung in Anspruch nehmen als in den anderen beiden weiblichen Gruppen. Auch gab es bei allen drei weiblichen Gruppen hier keine bedeutenden Veränderungen im Verlauf.

Auch das Ergebnis der männlichen Gruppen deckt sich in etwa mit den Erkenntnissen von 4.3.1 und 4.3.2.

Im Gegensatz dazu gibt es überraschenderweise zu E5 bei M-m-K und M-o-K nahezu gleich hohe Quoten an Hepatitiserkrankten in den letzten 12 Monaten, bei w-k-K demgegenüber "nur" ein Drittel.

Weiterhin fällt der erfreulich hohe Rückgang an Hepatitiserkrankungen bei den männlichen Teilnehmern auf im Vergleich zu den weiblichen, allen voran V-o-K und V-m-K.

Die Ergebnisse zur Frage nach Klienten mit einer HIV/AIDS-Erkrankung bringen die erfreuliche Erkenntnis, dass in keiner Gruppe im Verlauf der Studie die Quote an Erkrankten zugenommen hat, wobei auch hier auf die schlechtere Situation von M-o-K hinzuweisen ist.

Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.20: Darstellung der Gruppen der Stichprobe E-m-K über regelmäßige Medikamenteneinnahmen aufgrund einer körperlichen Erkrankung zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf und Hepatitis- (A-, B-, und C-) Infektionen bis zum Zeitpunkt der Anfangserhebung E1 und innerhalb der letzten 12 Monate vor der Abschlusserhebung E5**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
<u>Medikamenteneinnahme</u>					
<b>E5</b>	18%	30%	25%		21%
<b>E1</b>	18%	30%		25%	18%
Abweichung E5-E1	0%	0%	25%	-25%	3%
<u>Hepatitiserkrankung</u>					
<b>E5</b>	18%	70%	37%	25%	39%
<b>bis E1</b>	64%	60%	75%	75%	67%
Abweichung E5-E1	-46%	10%	-38%	-50%	-28%

Hinsichtlich der Ergebnisse zu den Fragen, ob eine Klientin medikamentös behandelt werde und ob eine Hepatitiserkrankung vorliege, zeigt sich, dass jM-m-K gegenüber äM-m-K vor allem in Bezug auf zweite Frage zu E5 deutlich bessere Werte aufweist, was auch auf den Verlauf E1-E5 zutrifft. Dies deckt sich nicht mit den Erkenntnissen aus den ersten beiden Teilen dieses Kapitels.

Auch bei den männlichen Gruppen ergeben sich hier keine Übereinstimmungen mit den Ergebnissen aus den ersten Teilen dieses Kapitels.

Eine Infektion mit dem HI-Virus wurde in der Stichprobe E-m-K zu keiner der beiden Erhebungen angegeben.

## 4.4 Psychischer Status

Im Folgenden wird die Unterhypothese c geprüft.

### 4.4.1 ASI-Scores

#### Stichprobe G

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der Stichprobe G hinsichtlich der in Tabelle 4.21 zu E5 und E1 gezeigten ASI-Scores (jeweils Sig.>0,05).

Die Gruppen weisen insgesamt eine Besserung des psychischen Status im Verlauf E1-E5 auf. Hierbei ist der Durchschnittswert bei den Frauen zu E5 mit 0,23 (E1: 0,31) dem der Männer mit 0,22 (E1: 0,24) fast identisch, im Verlauf verzeichnen die ASI-Scores der Frauen mit einer Abweichung von -0,08 (Männer: -0,02) eine etwas positivere Entwicklung, wobei bei beiden Geschlechtern der Zeiteffekt signifikant ist (weibl.: Sig.= 0,042; männl.: Sig.= 0,046).

Zwischen den weiblichen Gruppen hebt sich der Abweichungs-Wert von M-m-K signifikant von jenen der beiden anderen weiblichen Gruppen ab (Sig.= 0,042), zwischen den männlichen Gruppen gibt es keinen entsprechenden signifikanten Unterschied (Sig.= 0,261).

**Tabelle 4.21: Psychischer Status: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Psych.Status							
<b>E5</b>	0,17	0,29	0,25	0,08	0,23	0,23	0,22
<b>E1</b>	0,38	0,36	0,23	0,2	0,26	0,24	0,26
Abweichung E5-E1	-0,21	-0,07	0,02	-0,12	-0,03	-0,01	-0,04

Beim Vergleich der weiblichen Gruppen ist M-m-K hervorzuheben, da diese Klientel neben dem signifikant besten Abweichungswert auch den positivsten ASI-Score zu E5 verzeichnet. Dabei sind, im Gegensatz zu den anderen weiblichen Gruppen, die Werte von M-m-K jeweils besser als der Gesamtdurchschnitt. w-k-K hingegen konnte seinen Score nicht verbessern.

Bei den Männern ist es V-m-K, dessen ASI-Scores hinsichtlich des Verlaufes und des Zustandes zu E5 als einziger besser als der Gesamtdurchschnitt sind.

#### Stichprobe E-m-K

Hinsichtlich der ASI-Scores zu E1 und E5 gibt es zwischen den durchschnittlichen Werten der einzelnen Gruppen der Stichprobe E-m-K keinen signifikanten Unterschied (jeweils Sig.>0,05). Es zeigt sich sowohl bei der weiblichen (Sig.= 0,001) als auch der männlichen (Sig.= 0,018) Klientel ein signifikanter Zeiteinfluss. Hinsichtlich der Abweichung E5-E1, also dem Verlauf, hebt sich jV-m-K signifikant von äV-m-K ab (Sig.= 0,04). Zwischen den weiblichen Gruppen gibt es hier bezüglich der Abweichung keinen signifikanten Unterschied (Sig.= 0,324).

**Tabelle 4.22: Psychischer Status: ASI-Scores der Gruppen der Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
<u>Psych.Status</u>					
<b>E5</b>	0,2	0,14	0,1	0,02	0,14
<b>E1</b>	0,34	0,41	0,26	0,05	0,32
Abweichung E5-E1	-0,14	-0,27	-0,16	-0,03	-0,18

Die Werte beider weiblichen Gruppen von Stichprobe E-m-K sind bezüglich des Zustands zu E5 und des Verlaufes besser als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Dabei fällt jeweils auf, dass äM-m-K die besseren Scores verzeichnet, vor allem, was die Verbesserung im Verlauf betrifft.

Bei den männlichen Gruppen ist bezüglich o.g. signifikanten Unterschied der äußerst positive ASI-Score von äV-m-K zum Zeitpunkt der Ausgangserhebung zu beachten, welcher naturgemäß eine weitere Verbesserung im Verlauf der Studie erschwert. Auch die ASI-Scores dieser beiden Gruppen (äM-m-K und äV-m-K) sind jeweils besser als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G.

#### 4.4.2 Differenzierung

Im Kapitel "Psychischer Status" des EuropASI werden diese psychischen Probleme thematisiert:

- schwere Depressionen
- schwere Angst- und Spannungszustände
- Halluzinationen
- Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration
- Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren
- Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem
- ernsthafte Selbstmordgedanken
- Selbstmordversuche.

Dabei beschließen folgende Fragen das Kapitel, Bezug nehmend auf oben genannte Probleme:

1. "An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage unter diesen psychischen/emotionalen Problemen gelitten?"

Selbstrating der/des ProbandIn:

2. "Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Probleme in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet?"

3. "Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung dieser psychischen/emotionalen Probleme?"

Fremdrating des Interviewers:

4. "Wie ist der Bedarf der/des KlientIn an psychischer/psychologischer Behandlung?"

Es wurden erneut zwei Kategorien gebildet (nähere Erklärungen zu dieser Einteilung siehe auch Kapitel 5.4):

KlientInnen der Kategorie "keine bis wenig Probleme" gaben bei Frage 1 höchstens fünf Tage als Antwort, bei Frage 2 und 3 standen die Antworten "gar nicht" oder "wenig", und bei Frage 4 wurde mit "kein echtes Problem, kein Behandlung erforderlich" oder "leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig" geantwortet.

ProbandInnen der Kategorie "starke Probleme" gaben bei Frage 1 über 14 Tage als Antwort an, bei Frage 2 oder 3 die Antworten "erheblich" oder "extrem", oder bei Frage 4 wurde "beträchtliches Problem, Behandlung notwendig" oder "extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich" als Antwort gewählt.

## Stichprobe G

Auch bei den beiden Kategorien "keine bis wenig Probleme" bzw. "starke Probleme" zeigt sich hier im Gesamtdurchschnitt eine positive Entwicklung. Dies trifft auf alle Gruppen zu.

Vergleicht man die Frauen und die Männer der Stichprobe miteinander, so gehörten zu E5 bei den weiblichen Teilnehmerinnen der Kategorie "keine bis wenig Probleme" weniger an (35%) als in der männlichen Klientel (43%). Dabei hat sich diese Quote bei den Frauen im Verlauf um 23% erhöht, bei den Männern um 19%.

In der Einteilung "starke Probleme" sind es dagegen die Frauen, die zu E5 einen höheren Anteil im Schnitt (47%) als die Männer (43%) haben. Die Frauen konnten hier ihren Anteil im Verlauf um 29%, die Männer um 19% verringern.

**Tabelle 4.23: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der psychischen Probleme der Gruppen der Stichprobe G anhand der Kategorien "keine bis mittlere Belastung" und "starke Belastung" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Psych.Status							
"keine-wenig Probl."							
<b>E5</b>	52%	33%	22%	83%	43%	37%	40%
<b>E1</b>	19%		11%	18%	30%	23%	20%
Abweichung E5-E1	33%	33%	11%	65%	13%	14%	20%
"starke Probleme"							
<b>E5</b>	29%	50%	60%	17%	43%	47%	44%
<b>E1</b>	76%	75%	77%	54%	61%	63%	66%
Abweichung E5-E1	-47%	-25%	-17%	-37%	-18%	-16%	-22%

M-m-K verzeichnet in der Kategorie "keine bis wenig psychische Probleme" eine im Vergleich zu M-o-K und w-k-K deutlich höhere Quote. Dazu hat in dieser Gruppe die Anzahl derer mit "starken Problemen" um fast die Hälfte abgenommen, weit mehr als in den anderen beiden weiblichen Gruppen, und liegt zu E5 auf dem eindeutig niedrigsten Niveau dieser drei Gruppen.

Während sich zwischen den männlichen Gruppen V-o-K und m-k-K mit Quoten, die überwiegend schlechter als der Gesamtdurchschnitt sind, wenig Unterschiede in beiden



Kategorien zeigen, hebt sich das Ergebnis von V-m-K sehr deutlich ab, vor allem in der Kategorie "keine bis wenig psychische Probleme".

Im Allgemeinen deckt sich dies mit den Ergebnissen der ASI-Scores dieses Kapitels.

Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.24: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der psychischen Probleme der Gruppen der Stichprobe E-m-K anhand der Kategorien "keine bis mittlere Belastung" und "starke Belastung" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
Psych.Status					
"keine-wenig Probl."					
<b>E5</b>	54%	50%	75%	100%	64%
<b>E1</b>	18%	20%	12%	33%	19%
Abweichung E5-E1	36%	30%	53%	67%	45%
"starke Probleme"					
<b>E5</b>	27%	30%	25%		24%
<b>E1</b>	73%	80%	50%	67%	69%
Abweichung E5-E1	-46%	-50%	-25%	-67%	-45%

Es sind zwischen den weiblichen Gruppen dieser Stichprobe in beiden Kategorien keine bedeutenden Unterschiede auszumachen, wobei beide jeweils bessere Quoten als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G verzeichnen.

Bei den männlichen Gruppen sind die positiven Ergebnisse von äV-m-K in beiden Kategorien hervorzuheben.

Eine tendenzielle Übereinstimmung zu den ASI-Scores findet sich hier vor allem bei den männlichen Gruppen.

#### 4.4.3 Detailfragen: Verlauf psychischer Störungen

Im Folgenden wird der Verlauf psychischer Störungen im Zeitraum von E1 bis E5 untersucht. Hierfür wurden die Instrumente CIDI und SCL-90-R (siehe 3.4.2 und 3.4.3) angewandt.

## Stichprobe G

**Tabelle 4.25: Darstellung des Verlaufes der psychischen Störungen der Gruppen der Stichprobe G zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
psych.Stör.:Verlauf							
positiv	47%	8%	19%	83%	44%	34%	36%
mittel	29%	25%	58%	17%	17%	39%	36%
negativ	24%	67%	23%		39%	27%	28%

Insgesamt haben mit über einem Drittel mehr TeilnehmerInnen der Stichprobe G einen positiven als einen negativen Verlauf. Dabei macht allerdings die Klientel mit einem negativen Verlauf über ein Viertel der Gesamtklientel aus.

Es zeigt sich hier wie schon in den vorangegangenen Teilen dieses Kapitels bei M-m-K und, noch deutlicher, bei V-m-K das mit Abstand beste Ergebnis im Vergleich zu den jeweils gleichgeschlechtlichen Gruppen.

Im Gegensatz dazu ist das besorgniserregende Ergebnis von M-o-K festzuhalten, bei der weniger als 10% eine positive und zwei Drittel eine negative Entwicklung verzeichnen.

## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.26: Darstellung des Verlaufes der psychischen Störungen der Gruppen der Stichprobe E-m-K zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
psych.Stör.:Verlauf					
positiv	55%	40%	75%	100%	61%
mittel	18%	40%	25%		24%
negativ	27%	20%			15%

Bei jM-m-K ist die Quote an Klientinnen, deren psychische Probleme einen positiven Verlauf nahmen, höher als bei äM-m-K, allerdings ist auch der Anteil der Probandinnen mit einem negativen Verlauf höher.

äv-m-K weist hier einmal mehr das beste Ergebnis auf.

## 4.5 Familien- und Sozialbeziehungen

Die Untersuchung der Unterhypothese d wird in diesem Kapitel vorgenommen.

#### 4.5.1 ASI-Scores

##### Stichprobe G

Zu E1 und E5 gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der Stichprobe G (jeweils Sig.>0,05).

Die Ergebnisse in Tabelle 4.27 dokumentieren in der Stichprobe G im Verlauf E1-E5 eine allgemeine Verbesserung des sozialen Status´ der ProbandInnen, welches hier unter Familienbeziehungen und anderen sozialen Bindungen zusammengefasst wird.

Dabei haben zu E5 die Frauen mit einem Durchschnitt von 0,26 einen vergleichbaren Durchschnittswert als die Männer (0,23). Im Verlauf verzeichnen sie mit einer Abweichung von -0,1 eine ähnliche Entwicklung wie die männlichen Teilnehmer (-0,08). Der Zeiteffekt ist bei den Frauen nicht signifikant (Sig.=0,084), bei den Männern ist er es (Sig.=0,025). Zwischen den drei jeweiligen Gruppen gibt es hinsichtlich der Verläufe keine signifikanten Unterschiede (weibl.: Sig.= 0,374; männl.: Sig.= 0,061).

**Tabelle 4.27: Familienbeziehungen/ soziale Beziehungen: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Fam./Soz.-Beziehng.							
<b>E5</b>	0,13	0,21	0,17	0,07	0,17	0,15	0,15
<b>E1</b>	0,28	0,29	0,23	0,29	0,19	0,23	0,24
Abweichung E5-E1	-0,15	-0,08	-0,06	-0,22	-0,08	-0,08	-0,09

M-o-K verzeichnet hier zu E5 erneut den schlechtesten Wert, M-m-K weist als einzige der drei weiblichen Gruppen bezüglich des Status´ zu E5 und des Verlaufes bessere Werte als der Gesamtdurchschnitt auf.

Bei den Männern trifft dies, wie schon in anderen Kapiteln beschrieben, auf V-m-K zu, während hier zwischen den beiden anderen männlichen Gruppen nur geringe bzw. keine Unterschiede vorliegen.

## Stichprobe E-m-K

Auch hier gibt es zu E1 und E5 keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (jeweils Sig.>0,05). Der Zeiteinfluss ist beim weiblichen (Sig.= 0,021) wie auch dem männlichen Klientel signifikant (Sig.= 0,016). Dabei gibt es hinsichtlich der Verläufe keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen beiden Gruppen (weibl.: Sig.= 0,36; männl.: Sig.= 0,773).

**Tabelle 4.28: Familienbeziehungen/ soziale Beziehungen: ASI-Scores der Gruppen der Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
Fam./Soz.-Beziehng.					
E5	0,18	0,07	0,07	0,09	0,11
E1	0,31	0,26	0,3	0,28	0,28
Abweichung E5-E1	-0,13	-0,19	-0,23	-0,19	-0,17

Es zeigt sich im Vergleich der Gruppen mit weiblicher Klientel ein besserer Wert von äM-m-K zu E5 sowie eine etwas stärkere Verbesserung des ASI-Scores dieser Gruppe im Verlauf.

Beim Vergleich der männlichen Gruppen gibt es kaum Unterschiede. Mit Ausnahme von jM-m-K hinsichtlich des Status´ zu E5 verzeichnen die Gruppen von E-m-K jeweils bessere Werte als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G.

### 4.5.2 Differenzierung

Folgende Fragen fassen im Kapitel "Familie/Sozialbeziehungen" des EuropASI die letzten 30 Tage zusammen:

1. "Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte (beziehungsgefährdende Auseinandersetzungen, Beschimpfungen) mit
  - a. ihrer Familie
  - b. anderen Personen (außerhalb der Familie) ?"

Selbstrating der/des ProbandIn:

2. "Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:
  - a. Familienprobleme

- b. Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung ?"
- 3. "Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Beratung wegen
  - a. Familienproblemen
  - b. Problemen mit Ihrer sozialen Umgebung ?"

Fremdrating des Interviewers:

- 4. "Wie ist der Bedarf der/des KlientIn an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung ?"

Wiederum wurden die Ergebnisse zwei verschiedenen Kategorien zugeordnet (weitere Erläuterungen zu dieser Einteilung siehe auch Kapitel 5.4):

ProbandInnen der Einteilung "keine bis mittlere Belastung" gaben bei Frage 1a und 1b jeweils weniger als sechs Ereignisse als Antwort an, dazu bei Frage 2a und 2b jeweils "gar nicht", "wenig" oder "mittel". Zusätzlich hatten bei den KlientInnen die Fragen 3a und 3b "gar nicht" oder "wenig" zur Antwort. Weiterhin wurde Frage 4 mit "kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich" oder mit "leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht erforderlich" beantwortet.

Die Einteilung "starke Belastungen" im familiären und/oder sozialen Bereich außerhalb der Familie ergab sich wie folgt:

Um dieser Gruppe zuzählig zu werden, musste man bei Frage 1a oder 1b mindestens 15 Vorkommnisse angeben, oder bei Frage 2a, 2b, 3a oder 3b die Antworten "erheblich" oder "extrem", oder die Angabe des Fremdrating von Frage 4 musste entweder "beträchtliches Problem, Behandlung notwendig" oder "extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich" sein.

#### Stichprobe G

Generell ist allen Gruppen der Stichprobe G in Tabelle 4.29 gleich, dass sich im Verlauf ihre Situation im familiären und sozialen Bereich außerhalb der Familie gebessert hat.

Trennt man Frauen und Männer in zwei Gruppen, so zeigt sich, dass bei den Frauen in der Kategorie "keine bis mittlere Belastung" die Quote von 12% zu E1 auf 55% zu E5 gestiegen ist, die der Männer von 22% auf 53%.

In der Kategorie "starke Probleme" ist der Anteil bei den Frauen von 76% auf 36% im Verlauf E1-E5 zurückgegangen, bei den Männern von 66% auf 34%.

**Tabelle 4.29: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der familiären Probleme/ Probleme mit der sozialen Umgebung der Gruppen der Stichprobe G anhand der Kategorien "keine bis mittlere Belastung" und "starke Belastung" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Fam./Soz.beziehungen							
"keine-mittl.Belastung"							
<b>E5</b>	57%	50%	56%	75%	43%	53%	54%
<b>E1</b>	14%	8%	11%	8%	26%	22%	18%
Abweichung E5-E1	43%	42%	45%	67%	17%	31%	36%
"starke Belastung"							
<b>E5</b>	38%	42%	33%	8%	48%	34%	34%
<b>E1</b>	81%	82%	69%	83%	65%	64%	69%
Abweichung E5-E1	-43%	-40%	-36%	-75%	-17%	-30%	-35%

Deutliche Unterschiede zwischen den weiblichen Gruppen sind in der Kategorie "keine bis mittlere Belastungen" nicht auszumachen. Dies trifft auch zum großen Teil auf die Kategorie "starke Belastungen" zu, wobei hier allerdings das positive Ergebnis von w-k-K zu beachten ist. Das schlechteste Ergebnis in letzterer Kategorie hat hier wiederum M-o-K. Insgesamt unterscheiden sich die Quoten aller weiblichen Gruppen jeweils nicht entscheidend vom Gesamtdurchschnitt.

Anders sieht das Ergebnis der Männer aus: V-m-K verzeichnet in beiden Kategorien im Quer- und Längsschnittsvergleich das weitaus beste Ergebnis, gefolgt von m-k-K und letztlich V-o-K, wobei letztere jeweils deutlich schlechter als der Gesamtdurchschnitt liegt.

Nur das Ergebnis von V-m-K im Vergleich zu den anderen männlichen Gruppen bestätigt damit die ASI-Scores.

## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.30: Darstellung des Ausmaßes und des Verlaufes der familiären Probleme/ Probleme mit der sozialen Umgebung der Gruppen der Stichprobe E-m-K anhand der Kategorien "keine bis mittlere Belastung" und "starke Belastung" zu bzw. zwischen den Zeitpunkten E5 und E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
Fam./Soz.beziehungen					
"keine-mittl.Belastung"					
<b>E5</b>	36%	80%	87%	50%	64%
<b>E1</b>	18%	10%	12%		12%
Abweichung E5-E1	18%	70%	75%	50%	52%
"starke Belastung"					
<b>E5</b>	64%	10%	12%		27%
<b>E1</b>	73%	90%	75%	100%	82%
Abweichung E5-E1	-9%	-80%	-63%	-100%	-55%

In Tabelle 4.30 fällt in beiden Kategorien das im Vergleich zu jM-m-K deutlich bessere Ergebnis von äM-m-K sowohl zu E5 als auch im Verlauf auf. jM-m-K verzeichnet dabei jeweils deutlich schlechtere Werte als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G.

Die männlichen Gruppen dieser Stichproben zeigen demgegenüber beide meist deutlich bessere Ergebnisse als der Gesamtdurchschnitt. Eine Ausnahme bietet hier die überraschend geringe Prozentzahl an Klienten in äV-m-K mit "keiner bis mittlerer Belastung" im familiären/sozialen Bereich.

Somit zeigt sich hier ein ähnliches Ergebnis wie in die ASI-Scores dieses Kapitels.

### 4.5.3 Detailfragen

Da der EuropASI im Kapitel "Familie/Sozialbeziehungen" unterschiedliche Teilbereiche aus dem familiären und sozialen Umfeld thematisiert, wurden diese hier in zwei Abschnitte gegliedert: aktuelle Partnerschaft und Wohnsituation.

#### 4.5.3.1 aktuelle Partnerschaft

Zwei Fragen beinhalten diesen Teilabschnitt: Ob die ProbandInnen zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft lebten und ob die/der Befragten zufrieden mit der derzeitigen Beziehungssituation seien.

## Stichprobe G

**Tabelle 4.31: Darstellung der Gruppen von Stichprobe G bezüglich der Frage, ob eine feste Beziehung besteht, und ob Zufriedenheit in Hinsicht auf die Beziehungssituation herrsche zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
aktuelle Partnerschaft							
feste Beziehung							
<b>E5</b>	57%	67%	67%	92%	48%	36%	49%
<b>E1</b>	67%	25%	48%	45%	43%	27%	37%
Abweichung E5-E1	-10%	42%	19%	47%	5%	9%	12%
Zufr.heit.m.Bez.situat.							
<b>E5</b>	70%	58%	77%	82%	45%	53%	59%
<b>E1</b>	75%	67%	59%	67%	39%	37%	48%
Abweichung E5-E1	-5%	-9%	18%	15%	6%	16%	11%

Die durchschnittliche Anzahl der Klientinnen mit fester Partnerschaft liegt bei allen weiblichen Gruppen über dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe.

Bei M-m-K sticht heraus, dass überraschend wenige Klientinnen eine feste Beziehung haben, und dass der Anteil derer, die einen festen Partner haben, im Laufe der Studie - ganz im Gegensatz zu w-k-K und vor allem M-o-K mit 42% Anstieg- noch gesunken ist. Auch ist die Anzahl derer in Gruppe M-m-K, die mit der Beziehungssituation zufrieden sind, im Verlauf E1-E5, wie auch bei M-k-K, noch zurückgegangen. Somit ist in dieser Frage einzig bei w-k-K der Anteil im Laufe der Studie gestiegen. Dabei liegen allerdings die Quoten der weiblichen Gruppen mit Ausnahme von M-o-K, welche etwa gleichauf liegt, jeweils über dem Gesamtdurchschnitt.

Bei den Männern fallen in Gruppe V-m-K hinsichtlich einer festen partnerschaftlichen Bindung der hohe Anteil zu E5 und der große Zuwachs von E1 nach E5 auf, dazu die hohe Quote in dieser Gruppe, die zufrieden mit ihrer Beziehungssituation sind. Dies steht im deutlichen Kontrast zu den anderen beiden männlichen Gruppen, die im Querschnittsvergleich hier jeweils unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G liegen.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Beziehungssituation kann somit nach den vorliegenden Ergebnissen vor allen bei den Männern, bei den weiblichen Gruppen jedoch nur ansatzweise als Erklärungshinweis für die Ergebnisse aus den Abschnitten 4.5.1 und 4.5.2 dienen.



## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.32: Darstellung der Gruppen von Stichprobe E-m-K bezüglich der Frage, ob eine feste Beziehung besteht, und ob Zufriedenheit in Hinsicht auf die Beziehungssituation herrsche zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
aktuelle Partnerschaft					
feste Beziehung					
<b>E5</b>	82%	30%	100%	75%	70%
<b>E1</b>	82%	50%	43%	50%	59%
Abweichung E5-E1	0%	-20%	57%	25%	11%
Zufr.heit.m.Bez.situat.					
<b>E5</b>	64%	78%	87%	67%	74%
<b>E1</b>	80%	70%	62%	75%	72%
Abweichung E5-E1	-16%	8%	15%	-8%	2%

Ein Vergleich der weiblichen Gruppen dieser Stichprobe liefert überraschende Ergebnisse: Während bei jM-m-K die durchschnittliche Anzahl derer mit einem festen Partner im Laufe der Studie gleich bleibend hoch ist, nahm sie bei äM-m-K von einem schon zu E1 niedrigerem Niveau im Verlauf weiter ab und liegt zu E5 deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Allerdings hat bei letztgenannter Gruppe die Quote der Teilnehmerinnen, die zufrieden mit der Beziehungssituation sind, im Gegensatz zu jM-m-K zugenommen und liegt somit zum Zeitpunkt E5 weiter über dem Gesamtdurchschnitt von Stichprobe G.

Vergleicht man die männlichen Gruppen von E-m-K, so hat jV-m-K in beiden Fragen die höhere durchschnittliche Anzahl an Probanden, die diese Fragen mit "ja" beantworten. Auch ist der Zuwachs der Probanden dieser Gruppe im Laufe der Studie in beiden Fragen deutlich höher als bei äV-m-K.

Somit bietet sich die Frage nach der Zufriedenheit mit der Beziehungssituation als Erklärungsansatz für die Ergebnisse aus den Abschnitten 4.5.1 und 4.5.2 an.

### 4.5.3.2 Wohnsituation

Dieser Abschnitt untersucht die Frage, wie die KlientIn aktuell wohnt und ob die Wohnung mit einem aktuell Drogenkonsumierenden geteilt wird und sie/er zufrieden mit der Wohnsituation ist.

## Stichprobe G

**Tabelle 4.33: Darstellung der Gruppen von Stichprobe G bezüglich der Fragen, wie die aktuelle Wohnsituation sei zu den Zeitpunkten E5 und E1, ob derzeit die Wohnung mit einem aktuell Drogenkonsumierenden geteilt werde und ob Zufriedenheit in Hinsicht auf die Wohnsituation herrsche zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Wohnsituation							
aktuelle Wohnung							
<b>E5</b>							
eigene Whg/b.Partner	100%	92%	70%	100%	70%	71%	78%
WG/Eltern/Verwandte		8%	19%		17%	24%	17%
b.Freunden/Hotel/Institut.			11%		13%	5%	5%
obdachlos/anderes							
<b>E1</b>							
eigene Whg/b.Partner	67%	59%	37%	50%	48%	32%	41%
WG/Eltern/Verwandte		42%	22%	17%	13%	28%	23%
b.Freunden/Hotel/Institut.	28%	8%	41%	33%	39%	36%	34%
obdachlos/anderes	5%					4%	2%
Zus.leben m.Abhängigen							
<b>E5</b>	9%	25%	11%	17%	9%	11%	11%
<b>E1</b>	38%	25%	18%	25%	22%	21%	23%
Abweichung E5-E1	-29%	0%	-7%	-8%	-13%	-10%	-12%
Zufr.heit m.Wohnsituat.							
<b>E5</b>	67%	75%	70%	92%	61%	63%	66%
<b>E1</b>	57%	58%	63%	58%	61%	59%	59%
Abweichung E5-E1	10%	17%	7%	34%	0%	4%	7%

Betrachtet man die jeweiligen Ergebnisse der drei Fragen in den Gesamtdurchschnitten, so ist ohne Ausnahme jeweils eine Besserung der Situation im Verlauf der Studie zu erkennen.

Bei den weiblichen Gruppen lässt sich ein klarer Trend zu soliden, dauerhaften Wohnverhältnissen, also zur eigenen Wohnung/beim Partner, feststellen.

Einem großen Anteil -in allen drei Gruppen etwa ein Drittel- gelang dieser Schritt im Verlauf der Studie, so dass sich zu E5 bei M-m-K und M-o-K alle bzw. über 90% diesen Wunsch erfüllt haben, während bei w-k-K noch fast ein Drittel in anderen Verhältnissen lebt und damit als einzige der drei weiblichen Gruppen unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe liegt.

Dabei verzeichnet vor allem M-m-K im Verlauf einen auffallend hohen Rückgang auf unter 10% an Klientinnen, die mit Abhängigen, in diesem Falle am ehesten dem Partner, zusammenleben.

Dies steht ganz im Gegensatz zum Ergebnis vom M-o-K, wo der Anteil unverändert hoch und zu E5 deutlich über dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe bleibt.

Demgegenüber ist jedoch in letztgenannter Gruppe die Quote an Klientinnen, die mit der Wohnsituation zufrieden sind, am höchsten. Alle weiblichen Gruppen liegen hier über dem Gesamtdurchschnitt.

Auch bei den Männern ist im Verlauf eine allgemeine Tendenz in Richtung eigene Wohnung/bei Partnerin unverkennbar, vor allem bei V-m-K, während bei den anderen beiden Gruppen mit männlichem Klientel noch ein beträchtlicher Anteil zu E5 in anderen Verhältnissen lebt.

Überraschend ist hier bei V-m-K der vergleichsweise hohe und über dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe liegende Anteil an Probanden, die mit Abhängigen zusammenleben, in diesem Falle am ehesten die Partnerin und Mutter des Kindes.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation sticht wiederum deutlich das positive Ergebnis von V-m-K sowohl im Quer- als auch im Längsschnittvergleich gegenüber den beiden anderen männlichen Gruppen und auch dem Gesamtdurchschnitt heraus.

Die Ergebnisse zu Fragen nach der Wohnsituation dienen somit zumindest teilweise als Erklärungsansätze für die ASI-Scores in diesem Kapitel.

## Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.34: Darstellung der Gruppen der Stichprobe E-m-K bezüglich der Fragen, wie die aktuelle Wohnsituation sei zu den Zeitpunkten E5 und E1, ob derzeit die Wohnung mit einem aktuell Drogenkonsumierenden geteilt werde und ob Zufriedenheit in Hinsicht auf die Wohnsituation herrsche zu den Zeitpunkten E5 und E1 bzw. im Verlauf**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äv-m-K	gesamt
<u>Wohnsituation</u>					
aktuelle Wohnung					
<b>E5</b>					
eigene Whg/b.Partner	100%	100%	100%	100%	100%
WG/Eltern/Verwandte					
b.Freunden/Hotel/Institut.					
obdachlos/anderes					
<b>E1</b>					
eigene Whg/b.Partner	45%	90%	50%	50%	61%
WG/Eltern/Verwandte			25%		6%
b.Freunden/Hotel/Institut.	46%	10%	25%	50%	30%
obdachlos/anderes	9%				3%
Zus.leben m.Abhängigen					
<b>E5</b>	9%	10%	12%	25%	12%
<b>E1</b>	36%	40%	25%	25%	33%
Abweichung E5-E1	-27%	-30%	-13%	0%	-21%
Zufr.heit m.Wohnsituat.					
<b>E5</b>	54%	80%	87%	100%	76%
<b>E1</b>	54%	60%	50%	75%	58%
Abweichung E5-E1	0%	20%	37%	25%	18%

Zu E5 leben alle TeilnehmerInnen der Stichprobe E-m-K in einer eigenen Wohnung bzw. mit dem Partner zusammen.

Auffallend ist hier bei den weiblichen Gruppen, dass ein Großteil der Frauen von äM-m-K schon zum Zeitpunkt E1 in einer eigenen Wohnung/beim Partner wohnten, während bei jM-m-K zu E1 noch über die Hälfte in anderen Unterkünften lebten. Im Gegensatz zu letztgenannter Gruppe ist die Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei äM-m-K gestiegen und liegt zu E5 über dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G.

Bei den männlichen Teilnehmern ist festzuhalten, dass trotz des vergleichsweise hohen Anteils an Klienten bei äV-m-K, die zu E5 mit einer Abhängigen zusammenleben, die Zufriedenheit mit der Wohnsituation bei allen Probanden vorhanden ist.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Wohnsituation scheint damit vor allem bei den Frauen einen Erklärungsansatz zu den ASI-Scores zu liefern.

## 4.6 Arbeits- und Unterhaltungssituation

Dieses Kapitel, welches die Unterhypothese e untersucht, unterscheidet sich im Aufbau von den vorherigen Kapiteln des Ergebnisteils dieser Studie. Der Teil "Differenzierung" entfällt, da im Abschnitt "Arbeits- und Unterhaltungssituation" im EuropASI zu den abschließenden, die zurückliegenden 30 Tage betreffenden Fragen nur jene ProbandInnen befragt und per Fremdrating beurteilt wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig waren. Dies würde zu einer zahlenmäßigen Einschränkung der zum Teil ohnehin schon kleinen Gruppen und zu einer Selektierung einer Klientel, die nicht mehr repräsentativ für die einzelnen Gruppen sein kann, führen.

Somit werden in diesem Kapitel ausschließlich die ASI-Scores zur ökonomischen Situation sowie zwei Detailfragen dargestellt.

### 4.6.1 ASI-Scores

#### Stichprobe G

Das Ergebnis von V-o-K unterscheidet sich zu E5 signifikant von dem der Gruppen M-m-K, M-o-K, V-o-K und m-k-K. Schon zu E1 lag ein signifikanter Unterschied des ASI-Scores dieser Gruppe gegenüber M-o-K vor (jeweils Sig.<0,05).

Allgemein ist eine Besserung der ökonomischen Situation im Verlauf E1-E5 erkennbar, die sich bei allen Gruppen zeigt.

Trennt man die Stichprobe in die beiden Geschlechtergruppen, so ist zu beiden Erhebungen die männliche Fraktion in einer besseren Situation (E1: 0,77; E5: 0,6) im Vergleich zu der weiblichen (E1: 0,85; E5: 0,65), wobei allerdings die Frauen eine positivere Entwicklung im Verlauf als die Männer verzeichnen. Der Zeiteinfluss ist dabei bei beiden Geschlechtergruppen signifikant (jeweils Sig.=0,02). Einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Abweichungen gibt es zwischen den jeweiligen drei Gruppen jedoch nicht (weibl.: Sig.= 0,693; männl.: Sig.= 0,692).

**Tabelle 4.35: ökonomische Situation: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
ökonom. Situation							
<b>E5</b>	0,7	0,75	0,56	0,14	0,7	0,63	0,61
<b>E1</b>	0,85	0,99	0,77	0,4	0,83	0,79	0,8
Abweichung E5-E1	-0,15	-0,24	-0,21	-0,26	-0,13	-0,16	-0,19

Unter den weiblichen Gruppen hat die Gruppe der Frauen ohne eigenen Nachwuchs, also w-k-K, zu E5 nach den ASI-Scores den besten ökonomischen Status, während sich bei M-o-K nach den Werten im Verlauf der weiteste Fortschritt in diesem Bereich zeigt. M-m-K dagegen liegt sowohl im Quer- als auch im Längsschnittvergleich schlechter als der Gesamtdurchschnitt.

Bei den männlichen Gruppen ist das positive Ergebnis von V-m-K hervorzuheben. Trotz des besten Scores zu E1 konnte diese Gruppe ihren durchschnittlichen ökonomischen Status im Verlauf noch weiter verbessern als die übrigen Gruppen.

Die beiden anderen männlichen Gruppen, dabei vor allem V-o-K, stehen demgegenüber im Quer- und Längsschnittvergleich schlechter als der Gesamtdurchschnitt.

#### Stichprobe E-m-K

Zwischen den ASI-Scores von jM-m-K, äM-m-K und denen der beiden männlichen Gruppen, jV-m-K und äV-m-K, gibt es zu E5 keinen signifikanten Unterschied (jeweils Sig.>0,05).

Dabei ist der Zeiteffekt bei den weiblichen ( $r = 0,305$ ) wie auch den männlichen ProbandInnen nicht signifikant ( $r = 0,141$ ). Bezüglich des Verlaufes gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen beiden Gruppen (weibl.: Sig.= 0,134; männl.: Sig.= 0,517).

**Tabelle 4.36: ökonomische Situation: ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1 im Durchschnitt, Abweichung der Scores von E5 zu E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
ökonom. Situation					
<b>E5</b>	0,83	0,56	0,18	0,05	0,49
<b>E1</b>	0,86	0,83	0,32	0,54	0,73
Abweichung E5-E1	-0,03	-0,27	-0,14	-0,49	-0,24

Hier stechen bei den weiblichen Gruppen die positiveren Scores bei äM-m-K im Verlauf und zu E5 gegenüber jM-m-K heraus, welche jeweils besser als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G sind. Dabei verzeichnet jM-m-K hier schlechtere Werte als der Gesamtdurchschnitt.

Bei den Männer ist demgegenüber das vergleichsweise positive Ergebnis bei äV-m-K zu E5, bzw. die Verbesserung des Wertes dieser Gruppe im Verlauf der Studie, zu beachten, wobei auch das Ergebnis bei jV-m-K zu E5 noch besser als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G ist.

#### 4.6.2 Detailfragen

Auch hier ist der Detailfragen-Abschnitt, wie schon in 4.5.3, in zwei Teile gegliedert: gefragt wurde nach der Hauptquelle des Lebensunterhaltes sowie nach abgeschlossenen Berufsausbildungen.

##### 4.6.2.1 Lebensunterhalt

Stichprobe G

**Tabelle 4.37: Darstellung der Gruppen der Stichprobe G über die Hauptquelle des Lebensunterhaltes zu den Zeitpunkten E5 und E1 (ALU: Arbeitslosengeld bzw. -hilfe; Krankengeld/Rente: auch Pension oder Altersruhegeld; Hilfe durch Dritte: Unterstützung durch Partner, Angehörige oder Freunde; illeg.Eink./Prostitut.: illegale Einkünfte oder Prostitution)**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
Lebensunterhalt							
<b>E5</b>							
Erwerbstätigkeit	28%	25%	37%	84%	31%	31%	35%
ALU/Sozialhilfe	48%	59%	48%	8%	56%	54%	50%
Krankengeld/Rente		8%	4%		9%	3%	4%
Hilfe durch Dritte	24%	8%	11%			3%	6%
illeg.Eink./Prostitut.				8%		3%	2%
anderes					4%	6%	3%
<b>E1</b>							
Erwerbstätigkeit	15%	8%	26%	67%	35%	28%	29%
ALU/Sozialhilfe	60%	50%	37%	25%	43%	40%	42%
Krankengeld/Rente					13%	10%	6%
Hilfe durch Dritte	5%					5%	3%
illeg.Eink./Prostitut.	20%	42%	33%	8%	9%	15%	19%
anderes			4%				1%

Zu E5 bilden diejenigen, die Unterstützung durch Arbeitslosen- und Sozialhilfe bekommen, mit 50% den Schwerpunkt. Es folgen mit 35% die Erwerbstätigen.

Die übrigen Kategorien in Tabelle 4.37 sind allesamt mit weniger als 10% vertreten.

Im Verlauf E1-E5 ist insgesamt die Erwerbstätigenquote sowie die Arbeitslosen- und SozialhilfeempfängerInnenquote um weniger als 10% gestiegen, dafür die Prozentzahl derjenigen, die als Haupteinnahmequelle illegale Einkünfte/Prostitution angaben, um 17% auf 2% gesunken.

Häufigste Haupteinnahmequelle ist zu E5 bei allen drei weiblichen Gruppen die Arbeitslosenunterstützung/Sozialhilfe, während die zweithäufigste die Erwerbstätigkeit darstellt.

Bei allen weiblichen Gruppen ist die Erwerbstätigenquote im Laufe der Erhebungen um einen Wert zwischen 11 und 17 % gestiegen auf Werte zwischen 25% (M-o-K) und 37% (w-k-K). Dabei liegt nur die Erwerbstätigenquote von w-k-K über dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe. Diese war auch schon zu E1 in dieser Gruppe höher als in den anderen beiden weiblichen Gruppen, welche zu jenem Zeitpunkt noch deutlicher unter dem Gesamtdurchschnitt lagen als zu E5.

Es fällt auf, dass zu E5 bei M-m-K fast ein Viertel auf die Zuwendung Dritter angewiesen ist und damit als einzige Gruppe weit über dem Gesamtdurchschnitt liegt. Diese Einkommensquelle hat in dieser Gruppe im Verlauf auch von allen Gruppen der Stichprobe am meisten zugenommen.

Zu E5 spielen bei den Frauen illegale Einkünfte/Prostitution als Haupteinkunftsquellen keine Rolle mehr. Dies ist umso erfreulicher angesichts der hohen Quoten zu E1, vor allem bei M-o-K und w-k-K.

Unter den männlichen Teilnehmern ist vor allem die im Vergleich auffallend höhere Erwerbstätigenquote von 84% in V-m-K hervorzuheben, die schon zu E1 um mehr als 30% höher war als in allen anderen Gruppen.

V-o-K und m-k-K verzeichnen zu E5 hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl an Erwerbstätigen und Arbeitslosen- oder Sozialhilfeempfänger Ergebnisse, im Bereich von denen der weiblichen Gruppen liegen. Allerdings ist in diesen beiden Gruppen die Erwerbstätigenquote im Verlauf kaum gestiegen (m-k-K) bzw. sogar gesunken (V-o-K).

Anzumerken ist, dass es bei V-m-K und m-k-K trotz des allgemeinen Rückganges im Verlauf noch wenige Probanden gibt, die von illegalen Einkünften/Prostitution leben.



Nach diesen Ergebnissen dient die Frage nach dem Lebensunterhalt als wichtiger Erklärungsansatz für die ASI-Scores dieses Kapitels.

#### Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.38: Darstellung der Gruppen der Stichprobe E-m-K über die Hauptquelle des Lebensunterhaltes zu den Zeitpunkten E5 und E1 (ALU: Arbeitslosengeld bzw. -hilfe; Krankengeld/Rente: auch Pension oder Altersruhegeld; Hilfe durch Dritte: Unterstützung durch Partner, Angehörige oder Freunde; illeg.Eink./Prostitut.: illegale Einkünfte oder Prostitution)**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
<u>Lebensunterhalt</u>					
<b>E5</b>					
Erwerbstätigkeit	9%	50%	75%	100%	49%
ALU/Sozialhilfe	55%	40%	12%		33%
Krankengeld/Rente					
Hilfe durch Dritte	36%	10%			15%
illeg.Eink./Prostitut.			13%		3%
anderes					
<b>E1</b>					
Erwerbstätigkeit	20%	10%	62%	75%	34%
ALU/Sozialhilfe	40%	80%	25%	25%	47%
Krankengeld/Rente					
Hilfe durch Dritte	10%				3%
illeg.Eink./Prostitut.	30%	10%	13%		16%
anderes					

Bei äM-m-k hat im Gegensatz zu jM-m-K der Anteil der Erwerbstätigen zugenommen und der Anteil an Arbeitslosen- oder Sozialhilfeempfängerinnen abgenommen, dabei jeweils um 40%, also weit mehr als im Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Letztgenannte Gruppe liegt dagegen zu E5 mit der Erwerbstätigenquote weit unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Dafür sind zu diesem Zeitpunkt mehr als ein Drittel dieser Klientel auf die Hilfe durch Dritte als Haupteinnahmequelle angewiesen, deutlich mehr als bei äM-m-K. Waren es bei jM-m-K zu E1 noch immerhin 30%, die durch illegale Einkünfte/Prostitution ihren Lebensunterhalt verdienten, so ist diese Art von Geldbeschaffung als Haupteinnahmequelle zu E5 nicht mehr relevant.

Bei den männlichen Gruppen sticht vor allem die hohe Erwerbstätigenquote bei äV-m-K zu E1 und vor allem zu E5 hervor, wobei sich die Quote von jV-m-K ebenfalls positiv vom Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G abhebt.

Die ASI-Scores dieses Kapitels sind somit eng mit der Frage nach dem Lebensunterhalt gekoppelt.

#### 4.6.2.2 Berufsausbildung

Stichprobe G

**Tabelle 4.39: Stichprobe G: Vorhandensein einer Berufsausbildung den Zeitpunkten E1 und E5**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
<u>Berufsausbildung</u>							
<b>E1</b>	38%	33%	56%	58%	56%	46%	48%
<b>E5</b>	43%	33%	63%	58%	56%	46%	49%
Abweichung E5-E1	5%	0%	6%	0%	0%	0%	1%

In Tabelle 4.39 weist M-o-K bei den weiblichen Gruppen zu beiden Zeitpunkten die niedrigste Quote auf, weiterhin ist auf die für die weibliche Klientel vergleichsweise hohen Prozentangaben von w-k-K zu beiden Erhebungszeitpunkten hinzuweisen. In der Stichprobe vermögen im Verlauf nur die Gruppen M-m-K und w-k-K den Anteil an TeilnehmerInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung zu erhöhen.

Unter den Männern, von denen zu beiden Erhebungszeitpunkten im Durchschnitt mehr als bei den Frauen eine solche Ausbildung haben, fällt die vergleichsweise niedrigere Quote von m-k-K auf.

Stichprobe E-m-K

**Tabelle 4.40: Stichprobe E-m-K: Vorhandensein einer Berufsausbildung den Zeitpunkten E1 und E5**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
<u>Berufsausbildung</u>					
<b>E1</b>	27%	50%	62%	50%	46%
<b>E5</b>	36%	50%	62%	50%	49%
Abweichung E5-E1	9%	0%	0%	0%	3%

In Tabelle 4.40 zeigt sich, dass nur die jungen Mütter im Verlauf der Studie ihren Anteil steigern, dabei allerdings weiterhin als einzige in der Stichprobe unter dem Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G liegen.

#### 4.7 Zusammenfassung der ASI-Scores

In diesem letzten Abschnitt des Kapitels "Darstellung der Untersuchungsergebnisse" wurden die ASI-Scores zusammengefasst. Eine Zusammenfassung der beiden Kategorien der jeweiligen Differenzierungsteilabschnitte wurde hier nicht vorgenommen, da der wichtige ökonomische Aspekt aus genannten Gründen (siehe 4.6) nicht berücksichtigt werden kann.

Die einzelnen in den vorangegangenen Abschnitten aufgeführten ASI-Scores wurden jeweils nach Gruppe und Erhebungszeitpunkt zu einer Gesamtsumme zusammengezählt.

#### Stichprobe G

Es gibt zu E1 und E5 keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der ASI-Score-Gesamtsummen zwischen den Gruppen der Stichprobe G (jeweils Sig.>0,05).

Wie zu erwarten, zeigt sich eine allgemeine Besserung der Situation im Verlauf. Dabei wird in jeder einzelnen Gruppe der Stichprobe G eine positive Entwicklung ersichtlich.

Im Durchschnitt sind die Frauen zu E5 mit der Summe von 2,65 in einer allgemein schlechteren Situation als die Männer (2,43). Dagegen machten die weiblichen Teilnehmerinnen im Verlauf den insgesamt größeren Entwicklungsschritt (Abweichung: -0,93) als die männlichen Probanden (Abweichung: -0,66). Bei den Frauen und den Männern ist der Zeiteffekt signifikant (jeweils Sig.= 0,0). Keine signifikanten Unterschiede sind beim Vergleich der weiblichen und männlichen Gruppen untereinander bezüglich des Verlaufes zu verzeichnen (weibl.: Sig.= 0,788; männl.: Sig.= 0,093).

**Tabelle 4.41: ASI-Score-Gesamtsumme der ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G zu den Zeitpunkten E5 und E1, Abweichung der Summe von E5 zu E1**

	M-m-K	M-o-K	w-k-K	V-m-K	V-o-K	m-k-K	gesamt
ASI-Gesamtsumme							
<b>E5</b>	1,56	2,3	1,59	0,86	1,85	1,85	1,74
<b>E1</b>	2,71	3,01	2,42	1,88	2,6	2,42	2,5
Abweichung E5-E1	-1,15	-0,71	-0,83	-1,02	-0,75	-0,57	-0,76

Bei den weiblichen Gruppen wird zu E5 die schlechteste Situation bei den Klientinnen von M-o-K offensichtlich, während die anderen beiden weiblichen Gruppen mit

Gesamtsummen, die im Vergleich nur wenig differieren, ein besseres Ergebnis als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe aufweisen.

Hervorzuheben ist die Verbesserung der ASI-Scores bei M-m-K im Laufe der Studie, welche demnach die positivste Entwicklung aller Gruppen in der Stichprobe verzeichnet. Auch hier ist M-o-K als einzige weibliche Gruppe schlechter als der Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß weist V-m-K bei den Männern und auch insgesamt das beste Ergebnis zu E5 auf. Auch hat V-m-K unter den männlichen Gruppen im Verlauf das beste Resultat erzielt.

Die anderen beiden Gruppen mit männlicher Klientel liegen zu E5 mit gleichem Wert über dem Gesamtdurchschnitt, wobei V-o-K im Verlauf nach den ASI-Scores insgesamt mehr Fortschritte machte.

#### Stichprobe E-m-K

Ein signifikanter Unterschied findet sich hier zwischen den Gruppen der Stichprobe E-m-K zu E1 und E5 nicht (jeweils Sig.>0,05). Dies trifft auch auf den Verlauf zu, vergleicht man die weiblichen und männlichen Gruppen untereinander (weibl.: Sig.= 0,514; männl.: Sig.= 0,792). Allerdings ist der Zeiteinfluss sowohl bei der weiblichen (Sig.= 0,0) als auch der männlichen (Sig.= 0,02) Klientel signifikant.

**Tabelle 4.42: ASI-Score-Gesamtsumme der ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe E-m-K zu den Zeitpunkten E5 und E1, Abweichung der Summe von E5 zu E1**

	jM-m-K	äM-m-K	jV-m-K	äV-m-K	gesamt
ASI-Gesamtsumme					
<b>E5</b>	1,63	1,47	0,93	0,74	1,3
<b>E1</b>	2,5	2,91	1,91	1,87	2,46
Abweichung E5-E1	-0,87	-1,44	-0,98	-1,13	-1,16

Beide weiblichen Gruppen dieser Stichprobe verzeichnen insgesamt im Längs- und Querschnittsvergleich zu E5 positivere Werte als der Gesamtdurchschnitt der Stichprobe G. Dabei ist das jeweils bessere Ergebnis von äM-m-K zu beachten.

Bei den Männern trifft dies auf äV-m-K im Vergleich zu jV-m-K zu.

#### 4.8 Prüfung auf geschlechtsspezifische Interaktionen bei den ASI-Score-Verläufen

Wie schon in Kapitel 3.5 erläutert, erfolgt hier eine Prüfung der ASI-Score-Verläufe auf geschlechtsspezifische Interaktionen, da in den Verlaufsvergleichen, wie in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt, die Frage nach dieser wichtigen, hypothesenrelevanten Interaktion bisher unberücksichtigt geblieben ist.

Dabei zeigt sich, dass es in der vorliegenden Studie in keinem Verlauf der ASI-Scores der Gruppen von Stichprobe G und Stichprobe E-m-K eine signifikante geschlechtsspezifische Interaktion gibt (jeweils  $\text{Sig.} > 0,05$ ). Damit konnte hier kein Einfluss der Geschlechtlichkeit auf die Ergebnisse der Verläufe nachgewiesen werden.

Werden die TeilnehmerInnen der Gruppen beider Stichproben jeweils nur nach den Merkmalen: "mit/ohne Kind zusammenlebend/kein Kind" bzw. "junge/ältere Eltern", also geschlechtsübergreifend, zusammengefasst und diese Gruppen in ihren ASI-Score-Verläufen verglichen, so zeigt sich nur im Bereich des psychischen Status´ ein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen der Stichprobe G: Hier ist der Verlauf der Eltern, die mit ihrem Kind zuhause leben, nach dem ASI-Score im Verlauf signifikant besser ( $\text{Sig.} = 0,006$ ) als in den anderen beiden Gruppen (Eltern mit fremdplatziertem Kind/TeilnehmerInnen ohne Kind). Einen weiteren signifikanten Unterschied gibt es entsprechend dieser Einteilungen in keinem der beiden Stichproben.

### **5. Diskussion**

Das Thema der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung des Einflusses der Mutterschaft auf die Drogenkarriere opiatabhängiger Frauen unter Berücksichtigung einzelner Lebensbereiche.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie einer Diskussion unterzogen. Zur Interpretation der Ergebnisse zum Drogenkonsum und den anderen Lebensbereichen und damit der Frage, inwieweit die Haupt - und die Unterhypothesen zutreffen, werden die jeweiligen Bereiche in einem ersten Teil einzeln untersucht und analysiert.

Im darauf folgenden Kapitel wird unter Einbeziehung aller erhobenen Ergebnisse und Analysen ein umfassendes Fazit gezogen.

Im nächsten Kapitel wird die Studie in den Kontext der vorliegenden Literatur, die eingangs dieser Arbeit vorgestellt wurde, gestellt.

Im letzten Teil der Diskussion wird die Studie schließlich einer kritischen Beleuchtung unterzogen sowie das Procedere dieser Arbeit erläutert.

## 5.1 Analyse der Ergebnisse

Im Folgenden werden auf der Grundlage des Ergebnisteils die Hypothesen in einzelnen Teilabschnitten untersucht.

### 5.1.1 Untersuchung der Haupthypothese: Drogenkonsum

Die signifikante Verbesserung beider Stichproben in Bezug auf den Drogenkonsum dokumentiert einen erfreulichen Verlauf des Konsumverhaltens der gesamten Klientel und dabei explizit auch der Mütter und Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben.

Da es jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der weiblichen Gruppen der Stichproben G und E-m-K im Abschnitt "Drogenkonsum" gibt, konnte die Haupthypothese, welche besagt, dass die Mutterschaft bei opiatabhängigen Frauen einen positiven Einfluss in Bezug auf eine Lösung aus dem Drogenkontext hat, nicht eindeutig bestätigt werden.

Denkbare Erklärungen für das Fehlen eines signifikanten Unterschieds zwischen den Gruppen sind auch die teilweise kleinen Gruppengrößen sowie die Verkleinerungen der Stichprobe (Näheres dazu siehe auch in Kapitel 5.4).

Die Tatsache, dass die Geschlechtszugehörigkeit nach der vorliegenden Einteilung in beiden Stichproben statistisch keinen signifikanten Einfluss auf den Verlauf des Drogenkonsums hat (siehe 4.8), spricht eher gegen die Haupthypothese, da sie bedeutet, dass es keinen nachweislichen Unterschied für den Verlauf einer Drogenkarriere macht, als Frau oder als Mann ein Kind zu bekommen oder zu haben, auch bei Zusammenleben mit dem Kind.

Allerdings geben die Ergebnisse der Gruppen auch ohne signifikante Unterschiede durchaus weiteren Aufschluss hinsichtlich der Haupthypothese.

Unter Einbeziehung der Ergebnisse der ASI-Scores und vor allem des Differenzierungsteilabschnittes ist unter den Gruppen mit weiblicher Beteiligung bei M-m-K, also der Fraktion der Mütter, die mit ihrem Kind zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung zusammenleben, vom positivsten Drogenstatus zu E5 und der positivsten Entwicklung im Zeitraum zwischen den beiden Erhebungen E1 und E5 sowohl im Querschnittsvergleich als auch im Vergleich der Verläufe auszugehen. Dies deutet auf eine Bestätigung der Haupthypothese hin.

Die weiblichen Gruppen der Stichprobe E-m-K, also jM-m-K und äM-m-K, beleuchten den Aspekt der Mutterschaft noch genauer. Für jM-m-K, also jener Gruppe von Müttern, die zu E1 noch kinderlos war, zeigt sich im Vergleich zu äM-m-K, deren Probandinnen schon zu E1 Mütter waren, ebenfalls ein positiveres Bild, sowohl im Längs- als auch im Querschnittsvergleich.

Dabei weicht der Anteil von jM-m-K an Teilnehmerinnen mit "keinen bis wenig" und "starken Drogenproblemen" zu E5 mit jeweils über 20% von dem von äM-m-K ab. Diese starke Divergenz trifft auch auf den Verlaufsvergleich in letztgenannter Kategorie zu.

Dabei ist der Verlaufsvergleich zwischen jM-m-K und äM-m-K in der Kategorie "starke Drogenprobleme" im Hinblick auf die Untersuchung der Haupthypothese von entscheidender Bedeutung, denn gehört man dieser Kategorie an, so ist generell eine Involvierung in den Drogenkontext mit all seinen negativen Auswirkungen sehr wahrscheinlich, wobei die Verlaufsbeobachtung den Aspekt der Mutterschaft vor allem im Ergebnis von jM-m-K noch deutlicher hervorhebt.

So führen die Ergebnisse von jM-m-K, auch im jeweiligen Vergleich mit dem Gesamtdurchschnitt aller ProbandInnen, zu der Annahme, dass die Mutterschaft einen positiven Einfluss auf den Drogenstatus hat.

Die Ergebnisse von M-o-K, also die Mütter, die zu E5 nicht mit ihrem Kind zusammenlebt, stehen hier im negativen Kontrast zu den "anderen" Müttern. Diese Klientel scheint noch am stärksten in die Drogenabhängigkeit involviert zu sein.

Auch bei der männlichen Klientel ist es mit V-m-K die Gruppe, deren Mitglieder mit ihrem Kind zusammenleben, die die positivsten Ergebnisse im Differenzierungsteil und bezüglich des ASI-Scores zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung aufweist.

Zu beachten unter den männlichen Probanden ist bei Stichprobe G, dass jene Gruppe den schlechtesten Drogenstatus aufweist, die noch keine Nachkommenschaft hat und nicht, wie bei den Frauen, die Klientel, die getrennt vom eigenen Kind lebt. Dieser Kontrast impliziert, dass bei den Männern die Elternschaft eine andere Bedeutung hat, dass die Trennung vom Kind, etwa durch Verlust des Sorgerechts, oder ein anderweitiger Entzug der Erziehungsberechtigung keine vergleichbar negativen Folgen auf den Drogengebrauch hat wie bei den Frauen.

Im Gegensatz zu den Frauen der Stichprobe E-m-K kommt es zwischen jV-m-K und äV-m-K zu keinen auffälligen Differenzen in den Ergebnissen. Dies deutet wiederum an, dass der Einfluss der Elternschaft zumindest in den ersten Jahren bei den Frauen bezüglich des Drogenkonsums einen positiveren Effekt erzielt als bei den Männern.

In der Haupthypothese ist mit "Lösung aus dem Drogenkontext" die Abkehr von der Drogenszene gemeint. Der Grund für das Verweilen in dieser Szene ist in erster Linie der Konsum illegaler, "harter" Drogen, und damit vor allem Heroin und Kokain. Obengenannte Ergebnisse beziehen sich auf den Drogenkonsum im Allgemeinen. Somit beantworten sie die Frage nach der Richtigkeit der Haupthypothese nicht in letzter Präzision. Dabei kreisen die Fragen nach dem Konsum der beiden genannten Substanzen die Thematik weiter ein.

Die Angaben von M-m-K und w-k-K unterscheiden sich hier sowohl in Bezug auf den Zustand zu E5 als auch im Vergleich der Entwicklung von E1 nach E5 nicht in dem Ausmaß, dass eine Bestätigung der Haupthypothese daraus abgeleitet werden kann. Der starke Kontrast zwischen M-m-K und M-o-K wird jedoch abermals deutlich.

Bei den Männern der Stichprobe G wird mit Blick auf den Heroin/Kokainkonsum die besondere Stellung von V-m-K deutlich. Das Ergebnis weist darauf hin, dass sich für die Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben, eine besondere Möglichkeit einer Lösung aus dem Drogenkontext ergibt.

Die Ergebnisse der Stichprobe E-m-K zum Thema Heroin/Kokainkonsum unterstreichen eindeutig die oben genannte These vom positiven Einfluss der Mutterschaft zumindest in den ersten Jahren vor allem bei den Frauen und somit auch eine Bekräftigung der Haupthypothese.



## 5.1.2 Untersuchung der Unterhypothesen

Was schon für die Haupthypothese gilt (siehe 5.1.1), betrifft auch jede einzelne der Unterhypothesen a bis e: Es gibt nach den Gruppeneinteilung, wie sie in beiden Stichproben vorgenommen wurden, keinen eindeutigen, nachweisbaren Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den Verlauf des entsprechenden Lebensbereiches (siehe 4.8). Dies stellt ein Indiz dar, das eher gegen die jeweiligen Unterhypothesen spricht, weil folglich davon auszugehen ist, dass es- für die Verläufe der einzelnen Lebensbereiche nicht bedeutsam ist, ob man als weibliche Person oder als männliche Person ein Kind erzieht oder bekommt, die Mutterrolle sich also im Verlauf nicht positiver auswirkt als die Vaterrolle.

Im Folgenden werden nun alle anderen, wichtigen Unterschiede zwischen den Gruppen im Einzelnen diskutiert, wobei auch die Ursachen für Obengesagtes erörtert werden sollen:

### *5.1.2.1 Unterhypothese a: Rechtlicher Status*

Erwartungsgemäß ist der Vergleich zwischen der weiblichen und männlichen Klientel ausgefallen: Die rechtliche Lage bei den Frauen ist zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung besser als die der Männer. Beim Vergleich der Verläufe zeigt sich hingegen kein so deutlicher Unterschied. Insgesamt bewegen sich die Frauen aber auf einem niedrigeren Niveau als die Männer. Als Begründung dient die Erkenntnis, dass die Drogenszene per se ein illegales Milieu durch den Handel und Gebrauch illegaler Substanz darstellt, wie schon im Literaturüberblick (siehe 2.6.2.2) erläutert. Diese Szene ist demnach durch geschlechtsspezifische Machtverhältnisse, die auch von der körperlichen Überlegenheit herrühren, stark männerbetont. Es sind überwiegend die Männer, die den Handel ("Dealen") bestimmen. Delikte anderer Art wie Diebstahl und Einbruch werden eher von der männlichen Klientel verübt. Zahlenmäßig fallen da "typisch weibliche" Delikte wie etwa die Prostitution nicht in diesem Maße ins Gewicht.

Eine eindeutige Bestätigung der Unterhypothese a ist durch die vorliegende Studie nicht erbracht worden. Grund dafür ist der Umstand, dass im Abschnitt "Rechtlicher Status" keine signifikanten Unterschiede zwischen den weiblichen Gruppen der Studie vorliegen.

Auch bezüglich des rechtlichen Status' beschreiben die signifikanten Verbesserungen der Frauen und Männer der Gesamtstichprobe einen positiven Verlauf der Studie. Das Ergebnis der Stichprobe E-m-K zeigt dabei, dass dies innerhalb der Stichprobe E-m-K auch auf die Gruppe der Mütter, die mit ihrem Kind zusammenleben, zutrifft.

Auch hier sind als mögliche Gründe für das Fehlen eines signifikanten Unterschieds zwischen den Gruppen kleine Gruppengrößen sowie Verkleinerungen der Stichprobe zu nennen (weiteres dazu in Kapitel 5.4).

Zur Untersuchung der Unterhypothese a ist den Angaben trotz fehlender signifikanter Unterschiede zwischen den weiblichen Gruppen eine Bedeutung beizumessen:

Mit Blick auf die Ergebnisse der ASI-Scores und jener des Differenzierungsteils in Stichprobe G kann vor allem aus der Kategorie "starke rechtliche Probleme", wo die Gruppe M-m-K im Vergleich zu den anderen weiblichen Gruppen das positivste Ergebnis im Quer- und Längsschnittvergleich erzielt, eine Bekräftigung der Unterhypothese a abgeleitet werden. Diese Kategorie ist wie in allen Abschnitten besonders wichtig im Hinblick auf die Hypothesen, da sie die KlientInnen der Stichprobe darstellt, die mit großer Wahrscheinlichkeit mit den Auswirkungen des Lebens in der Drogenszene konfrontiert werden.

Da w-k-K jedoch in diesem Abschnitt zum Teil positivere Ergebnisse als M-m-K verzeichnet, wird die Nebenhypothese a hier nicht in dem Maße bestätigt wie die Haupthypothese im "Drogenkonsum"- Abschnitt.

M-o-K, also die Mütter, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben, weisen unter den weiblichen Gruppen der Stichprobe G die deutlich schlechtesten Ergebnisse zu E5 und im Verlauf E1-E5 auf. Ein Bezug zu den Ergebnissen des Kapitels "Drogenstatus", in dem deutlich wird, dass es diesem Klientel am schwersten fällt, die Drogenbindung zu überwinden, ist offensichtlich.

Es sind, vor allem mit Blick auf die Ergebnisse des Differenzierungsteils, bei den drei weiblichen Gruppen Abweichungen zwischen den Angaben zum rechtlichen Status im Vergleich zum Drogenstatus erkennbar. Dies bedeutet, dass sich der Drogenstatus hier nur bedingt auf rechtliche Belange auswirkt. Die Zahlen belegen, dass Klientinnen mit starken rechtlichen Problemen eindeutig seltener anzutreffen sind als solche mit starken Drogenproblemen. Eine Schlussfolgerung daraus ist, dass bei weitem nicht alle Frauen in der Drogenszene auch mit Rechtsproblemen zu kämpfen haben.

Nach den Ergebnissen bedeuten bei den Frauen ohne Kind im Gegensatz zu den Müttern - sei es, ob diese mit dem Kind zusammenleben oder nicht - wenig Drogenprobleme eher auch wenig rechtliche Probleme. Dieser Unterschied lässt sich nicht auf die männlichen Teilnehmer übertragen. Ein möglicher Grund dafür ist der ständige "Kampf" um das Sorgerecht, den die Mütter häufig allein mit den Behörden austragen müssen (siehe z.B. Kap. 2.9.3.3). Allerdings zeigt sich, dass der Rückgang der starken Drogenprobleme auch bei den Müttern, die mit einem Kind zusammenleben, meist einen Rückgang juristischer Probleme bedeutet.

Zu E5 ist - im Vergleich zu einem Fünftel in äM-m-K - in der Gruppe jM-m-K keine Teilnehmerin mit starken rechtlichen Problemen. Auch die Angaben in der Kategorie "keine bis wenig Probleme" heben, passend zum Ergebnis der ASI-Scores, die durchschnittlich bessere rechtliche Situation der KlientInnen von jM-m-K zu E5 hervor. Dies kommt einer Bekräftigung der Unterhypothese a gleich. Das vergleichsweise positive Ergebnis bezüglich des Drogenkonsums scheint sich bei dieser für die Prüfung der Hypothesen wichtige Gruppe auch auf die rechtliche Situation auszuwirken.

Bei den Männern deutet das Ergebnis von V-m-K darauf hin, dass die Rolle des Vaters in einer Familie nicht nur auf die Lösung aus dem Drogenkontext, sondern auch auf andere Lebensbereiche positive Auswirkungen hat. Dabei sind es hier, wie auch bei der weiblichen Klientel, die "jungen" Eltern, also jV-m-K, die weniger mit rechtlichen Problemen zu tun haben.

Bei der Suche nach den Gründen für die beschriebenen Ergebnisse geben die Angaben zu den Detailfragen Aufschluss: Vor allem hinsichtlich der Frage nach einer anstehenden Anklage, Verhandlung oder einem Urteil gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen dem Anteil an Klientinnen von M-o-K, die dies bejahen, im Gegensatz zu denen der anderen beiden weiblichen Gruppen der Stichprobe G.

Bei den Männern bieten die Angaben von V-m-K in beiden Detailfragen einen Erklärungsansatz für das Ergebnis der ersten beiden Abschnitte des Kapitels.

In Stichprobe E-m-K unterstreicht das Ergebnis von jM-m-K zu der Frage nach der Bewährung den besseren rechtlichen Status zu E5 gegenüber äM-m-K. Die Frage nach einer anstehenden Anklage, einer Verhandlung oder einem Urteil hingegen stellen möglicherweise einen Grund für das bessere Abschneiden von äM-m-K gegenüber jM-m-K im Längsschnittvergleich dar.

### 5.1.2.2 Unterhypothese b: Körperlicher Status

Auch die Unterhypothese b ist mangels signifikanter Unterschiede der Ergebnisse im Abschnitt "Körperlicher Status" zwischen den Gruppen dieser Studie nicht eindeutig bestätigt worden, wobei auch hier auf die kleinen Gruppengrößen sowie die Verkleinerung der Stichprobe wie schon o.a. als möglicher Grund hingewiesen werden muss (Erläuterungen dazu in Kapitel 5.4).

In der Stichprobe G gibt es hinsichtlich der ASI-Scores und der Ergebnisse im Differenzierungsteil zwischen M-m-K und w-k-K nur zwei diskutabile Unterschiede: zum einen ist dies der positivere Wert der Gruppe M-m-K, der Mütter mit Kind zuhause, im Verlauf E1-E5 der ASI-Scores. Zum anderen sind es die Ergebnisse dieser beiden Gruppen in der Kategorie "starke Probleme", wo M-m-K vor allem im Längsschnittvergleich ein besseres Ergebnis als w-k-K, der Frauen ohne Kind, verzeichnet. Dies sind die einzigen Hinweise auf eine Bestätigung der Unterhypothese b, wohingegen erneut das Ergebnis von M-o-K, der Mütter, die nicht mit dem Kind zusammenleben, auf die erheblichen Beeinträchtigungen dieser Klientel hinweist.

Anhand der Ergebnisse der Stichprobe E-m-K zeichnet sich ab, dass jM-m-K als Fraktion der Mütter, die erst nach E1 das erste Kind bekamen, den besseren gesundheitlichen Status als äM-m-K zu E5 aufweist. Die 27% mit starken gesundheitlichen Problemen im Gegensatz zu 40% bei äM-m-K belegen dies am deutlichsten. Vergleicht man die Verläufe, so scheint sich im Vergleich vor allem nach dem Ergebnis der ASI-Scores äM-m-K in diesem Bereich weiter verbessert zu haben. Möglicherweise wirken sich die Verbesserungen der allgemeinen Situation der Mütter, beginnend mit dem reduzierten Drogenkonsum, erst später auch auf die körperliche Situation aus. Mit dieser Schlussfolgerung spräche dieses Ergebnis keinesfalls gegen die Unterhypothese b.

Auch bei den Männern wird die bei V-m-K angesichts der positiven Ergebnisse im "Drogenkonsum"- Kapitel zu erwartende Verbesserung des körperlichen Status nicht sichtbar. Nur bei V-o-K wird eine allgemeine positive Entwicklung deutlich.

Im Allgemeinen fällt im Gegensatz zum rechtlichen Status auf, dass zu E5, verglichen mit den Angaben zum Drogenkonsum, jeweils gleichviel oder mehr TeilnehmerInnen starke körperliche Probleme haben und jeweils gleichviel oder weniger TeilnehmerInnen keine bis wenig körperliche Probleme haben: Eine positive Entwicklung in Bezug auf den

Drogenkonsum scheint also nicht unmittelbar eine ebenso positive Entwicklung hinsichtlich gesundheitlicher Belange zu bedeuten. Andererseits scheint eine Involvierung in den Drogenkontext in fast allen Fällen mit starken körperlichen Problemen einherzugehen. Dies bestätigt die zu diesem Thema im Literaturteil gemachten Angaben (siehe 2.4) und ist ein weiterer Beleg für die hohen Risiken, die ein Abhängiger mit seiner Sucht eingeht.

Als Grund für diesen Umstand, der für alle TeilnehmerInnen gilt, ist anzuführen, dass die gesundheitlichen Probleme, die im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit entstehen, häufig langwieriger bzw. chronischer Natur sind. Als Beispiele seien hier die Leber-, Nieren-, Lungen- und Herzerkrankungen genannt.

Somit kämpfen auch KlientInnen, die inzwischen weniger stark in den Drogenkontext involviert sind, noch mit erheblichen körperlichen Problemen, deren Linderung bzw. Heilung oft langjährige Prozesse darstellen.

In Stichprobe G bieten die Angaben zur Frage danach, ob zu E5 regelmäßig ein Medikament eingenommen werde, einen weiteren Einblick in die körperliche Befindlichkeit der TeilnehmerInnen. Vergleicht man die Ergebnisse mit den ASI-Scores zum Zeitpunkt E5, so zeigen sich Übereinstimmungen. Die Angaben zu den Fragen, ob eine Hepatitisinfektion bzw. eine HIV-Infektion vorliege, tragen zur Erklärung der körperlichen Situation der Klientel bei. Dabei ist erstere eine mögliche Erklärung dafür, warum M-m-K in der Kategorie "keine bis wenig körperliche Probleme" ein negativeres Ergebnis als w-k-K aufweist, zweitere beschreibt die schlechte durchschnittliche Verfassung von M-o-K. Des Weiteren zeigen sich bei den männlichen Gruppen Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen der ASI-Scores bzw. des Differenzierungsteils und den Angaben zu den Hepatitiserkrankungen.

Auch in Stichprobe E-m-K zeigen die Resultate zu den Fragen nach einer regelmäßigen Tabletteneinnahme und einer Hepatitisinfektion bei den beiden weiblichen Gruppen Übereinstimmungen mit den Angaben des ASI-Scores und des Differenzierungsteils zu E5. Obwohl dies nicht für die Ergebnisse zum Verlauf E1-E5 gilt, sind die den ProbandInnen gestellten Detailfragen doch eng mit dem Ergebnis zur allgemeinen körperlichen Situation assoziiert.

### 5.1.2.3 Unterhypothese c: Psychischer Status

Die signifikante Verbesserung des psychischen Status´ beider Stichproben dokumentiert auch hier einen erfreulichen Verlauf eines wichtigen Lebensbereiches, wobei dies in der Stichprobe E-m-K explizit auch auf die Mütter und Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben, zutrifft.

Die Unterhypothese c konnte in diesem Abschnitt, was den Verlauf betrifft, bestätigt werden, da die Verbesserung in Gruppe M-m-K, also die Mütter, die zu E5 mit ihrem Kind zusammen leben, zwischen Anfangs- und Abschlusserhebung signifikant positiver ausfällt als in den anderen beiden weiblichen Gruppen. Dabei ist jedoch auf zwei Einschränkungen hinzuweisen, welche die Aussagekraft für diese Signifikanz zumindest teilweise abmildern: zunächst verzeichnet die Gruppe M-m-K zu E1 noch den schlechtesten ASI-Score, was folglich eine größere Verbesserung im Verlauf ermöglicht. Als weitere Einschränkung muss zudem angeführt werden, dass Obengesagtes nicht nur für die Mütter innerhalb der weiblichen Teilnehmerschaft gilt, sondern für alle Eltern "mit Kind zuhause" innerhalb der Gesamtklientel dieser Studie (siehe 4.8), was bedeutet, dass es sich hier um ein geschlechtsübergreifendes Phänomen handelt und somit nicht allein auf die Mutterschaft zurückzuführen ist. Jedoch auch und gerade durch den Umstand, dass M-m-K bei zu E1 noch negativstem ASI-Score zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung den positivsten ASI-Score aufweist, bleibt trotz dieser Einschränkungen festzuhalten und nachgewiesen, dass die Mutterschaft bei einem Zusammenleben mit dem Kind eine positive Auswirkung auf den psychischen Status bei opiatabhängigen Frauen hat.

Weitere Ergebnisse des Abschnittes "Psychischer Status" liefern auch ohne Signifikanz Aufschlussreiches zur Interpretation hinsichtlich der Unterhypothese c.

Neben o.g. signifikantem Unterschied legen auch die Ergebnisse des Differenzierungsabschnittes der Gruppe M-m-K sowohl hinsichtlich des Querschnitts- als auch Längsschnittsvergleiches eine Bekräftigung der Unterhypothese c nahe, da sich auch hier bei ihr das jeweils beste Ergebnis unter den weiblichen Gruppen zeigt.

Da sich im Differenzierungsabschnitt die beiden Gruppen jM-m-K und äM-m-K der Stichprobe E-m-K kaum in ihren Angaben unterscheiden, wird eine unmittelbare positive Beeinflussung des psychischen Status´ durch die Geburt des ersten Kindes hier nicht so deutlich wie in anderen Lebensbereichen. Andererseits deuten die ASI-Scores daraufhin,

dass die jüngeren Mütter sogar eher psychischen Belastungen ausgesetzt sind als die Frauen, die schon länger ein Kind haben. Die Belastungen, die die junge Mutter vor allem wegen der Erziehung und Pflege in den ersten Jahren erfährt, wie schon im Literaturteil beschrieben (siehe 2.9.3.4), könnten ein Grund dafür sein, warum sich der verbesserte Drogenstatus dieser Klientel in der Studie nicht ebenso stark auch im psychischen Bereich zeigt.

Das Ergebnis von V-m-K bei den ASI-Scores und im Differenzierungsteil unterstreicht erneut den Einfluss der Elternschaft auch auf die männliche Klientel. Die Vaterschaft scheint demnach im psychischen Befinden der männlichen Abhängigen eine besondere, eigene Bedeutung zu spielen. Voraussetzung für diese positive Beeinflussung ist auch hier das Zusammenleben mit dem Kind. Dabei scheint dies noch eher auf die Gruppe der "älteren Väter" zuzutreffen. Die signifikant größere Verbesserung im Verlauf der "jungen Väter" gegenüber den "älteren" ist dabei in erster Linie auf den schlechteren ASI-Score von jV-m-K zu E1 einerseits und andererseits den Umstand, dass die Probanden von äV-m-K ihren ASI-Score im Verlauf ob ihres positiven Wertes zu E1 kaum noch verbessern konnten, zurückzuführen. Im Gegensatz dazu unterscheiden sich die Angaben der beiden männlichen Gruppen V-o-K und m-k-K kaum. Dies deutet daraufhin, dass ein Verlust des Kindes bei den Vätern keine so weit reichenden Auswirkungen auf das psychische Befinden der Männer hat wie etwa bei den Frauen.

Die Zahlen sprechen dafür, dass in der Stichprobe G starke Drogenprobleme nicht bei allen TeilnehmerInnen gleichbedeutend sind mit starken psychischen Problemen, siehe etwa am Ergebnis der Gruppe m-k-K. Bei den erziehenden Müttern dieser Studie überwiegt die Anzahl derer, die trotz eher geringerer Probleme im Drogenkonsumbereich im psychischen Bereich vergleichsweise größeren Belastungen ausgesetzt sind. Auf die erziehenden Väter trifft dies weitestgehend nicht zu. Ein Grund könnten die Belastungen als Mutter sein, welche die alltäglichen Erziehungs- und Pflegeaufgaben vermutlich eher als eigene Pflicht sehen als die Väter.

Andererseits fällt in Stichprobe G bei allen drei Gruppen mit weiblicher Beteiligung auf, dass bei jenen Teilnehmerinnen mit "keinen bis wenigen" Problemen im Drogenbereich nicht alle auch der Kategorie "keine bis wenig psychische Probleme" angehören. Die psychischen Probleme überdauern also bei vielen Probandinnen die Drogenprobleme.

Hinsichtlich der Angaben zu den psychischen Störungen im Verlauf im dritten Teil des Kapitels wird in Stichprobe G bei M-m-K das positivere Ergebnis im Vergleich zu den anderen beiden weiblichen Gruppen, welches sich schon in den ASI-Scores und im Differenzierungsteil im Längsschnittvergleich niederschlägt, deutlich, was einer Bekräftigung der Unterhypothese c gleichkommt. Das Abschneiden von M-o-K weist einmal mehr auf den bedenklichen Zustand dieser Klientel hin.

Auch zwischen den männlichen Gruppen der Gesamtstichprobe deckt sich in der Tendenz das Ergebnis bezüglich der psychischen Störungen mit denen der vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels.

#### *5.1.2.4 Unterhypothese d: Familien- und Sozialbeziehungen*

Im Verlauf ist in der Gesamtstichprobe hier lediglich die Verbesserung der männlichen Klientel signifikant, die der weiblichen hingegen nicht. Dabei sind in Stichprobe E-m-K die Verläufe der weiblichen und männlichen Elternteile signifikant positiv, was angesichts des o.g. Ergebnisses der gesamten weiblichen Klientel zunächst für die Unterhypothese d spricht.

Jedoch konnte die Unterhypothese d mit den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht eindeutig bestätigt werden. Grund dafür ist der Umstand, dass im Kapitel "Familien- und Sozialbeziehungen" zwischen den Angaben der einzelnen Gruppen kein signifikanter Unterschied besteht.

Auch hier sind als mögliche Erklärungen für das Fehlen eines signifikanten Unterschieds zwischen den Gruppen auch die teilweise kleinen Gruppengrößen sowie die Verkleinerungen der Stichprobe (Näheres dazu in Kapitel 5.4) anzumerken.

Die Ergebnisse erlauben jedoch hinsichtlich der Unterhypothese d durchaus eine Interpretation.

Die Verbesserung des ASI-Score-Ergebnisses bei M-m-K im Verlauf im Vergleich zu den anderen weiblichen Gruppen der Stichprobe G deuten eine Bekräftigung der Unterhypothese d an. Dies trifft jedoch nicht auf die Angaben zu beiden Kategorien des Differenzierungsteils zu.

Interessant ist auch das Ergebnis der weiblichen Gruppen in Stichprobe E-m-K: Die Angaben weisen bei äM-m-K auf eine klare Verbesserung im familiären-sozialen Bereich hin und zeigen in dieser Gruppe einen hohen Anteil an Probandinnen mit keiner bis



mittlerer Belastung. Diese Angaben heben sich dabei deutlich vom Ergebnis von jM-m-K ab. Dies ist ein starker Hinweis darauf, welchen familiären und wohl vor allem sozialen Belastungen die "jungen" Mütter ausgesetzt sind. Das Ergebnis zeigt, dass es bei der Mehrzahl der "jungen" Mütter trotz deutlicher Verbesserungen des Konsumstatus nicht auch zu ähnlich positiven Verbesserungen bezüglich familiärer und sozialer Belastungen kommt. Nahe liegende Erklärungen sind die Verantwortlichkeiten wie Erziehung und Pflege, die mit der Geburt des ersten Kindes hinzukommen und mit der diese Klientel teilweise überfordert zu sein scheint. Die hohe Quote der Mütter, die in der Studie starken Belastungen in diesem Bereich ausgesetzt sind, verdeutlicht dies.

Allerdings deutet das Ergebnis der "älteren" Mütter auch an, wie positiv sich die Mutterschaft langfristig auf diesen wichtigen Bereich auswirken kann.

Das Ergebnis bei den Männern zeugt einmal mehr von dem positiven Effekt der Vaterschaft auf die abhängigen Väter dieser Studie, vorausgesetzt, der Betroffene wohnt mit dem Kind zusammen. Dieser Effekt scheint auch in diesem Lebensbereich noch stärker ausgeprägt, als es in dieser Studie für die Mutterschaft gilt.

Bei der Untersuchung der Frage, wie sehr sich der Drogenstatus im Bereich "familiäre/soziale Beziehungen" widerspiegelt, so zeigt sich, dass bei den weiblichen Gruppen vor allem der Konsum der "harten" Szedrogen Kokain und Heroin mit den Belastungen im sozialen und familiären Bereich korreliert.

Allerdings betrifft letzteres die Teilnehmerinnen von M-o-K nicht in dem Maße wie die anderen weiblichen Gruppen, somit scheinen sie insgesamt im sozialen und familiären Bereich nicht so stark belastet zu sein, wie der bedenkliche Drogenstatus hinsichtlich "harter" Drogen (siehe 4.1.3) vermuten ließe. Allerdings zeigt sich mit Einschränkungen auch hier die schwierige Lage der Mütter, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben.

Als weitere Erkenntnis bleibt festzuhalten, dass nach den Ergebnissen der ASI-Scores bei M-m-K und V-m-K, also bei Eltern, die mit ihrem Kind zusammenleben, eine Verbesserung des Drogenstatus am ehesten mit einer Verbesserung der familiären/sozialen Situation einherzugehen scheint.

Bei der Suche nach den Gründen für Obengenanntes geben die Teilbereiche Beziehungssituation und Wohnsituation einen weiteren Einblick.

Hier zeigt sich überraschenderweise, dass die Mütter aus der Gruppe M-m-K im Vergleich mit den anderen weiblichen Gruppen häufiger keinen festen Partner haben.

Dabei betrifft dies zum größten Teil die "älteren" Mütter, die insgesamt auch eher mit der Beziehungssituation zufrieden sind. Die Zufriedenheit, die zu E5 immerhin bei 70% vorherrscht, ist demnach auch und gerade in der Beziehung zum eigenen Kind zu suchen. So scheint unter den erziehenden Müttern nach den Erkenntnissen aus dieser Studie eine feste Partnerschaft keinesfalls mit einer Zufriedenheit mit der Beziehungssituation zu korrelieren, häufig wird auch ein Leben ohne Partner bevorzugt. Die vorliegenden Angaben weisen weiterhin darauf hin, dass die "jungen" Mütter durch die Geburt des ersten Kindes und die damit verbundenen Belastungen eher mit Schwierigkeiten in der Partnerschaft konfrontiert sind als bei den Vätern. Dass trotz der zusätzlichen Belastung der Drogenkonsum bei diesen Müttern so deutlich reduziert wurde, ist eine eindeutige Bekräftigung der Haupthypothese.

Wegen deutlicher Übereinstimmungen lässt das Ergebnis vermuten, dass die Zufriedenheit mit der Beziehungssituation bei den Gruppen mit weiblicher Beteiligung einen mitentscheidenden Faktor für das Ergebnis zu E5 im Differenzierungsabschnitt darstellt.

Bei den erziehenden Vätern scheint der Umstand, dass der überwiegende Teil dieser Probanden in einer festen Beziehung leben, ein entscheidender Grund für die auffallend positive familiäre bzw. soziale Situation zu sein. Es ist davon auszugehen, dass die Partnerin die Mutter des Kindes ist. Nach den Erkenntnissen aus dem Literaturüberblick ist die traditionelle Rollenverteilung in der Partnerschaft in diesem Milieu noch stärker verwurzelt als in anderen gesellschaftlichen Schichten, was dazu führt, dass nur oder zumindest größtenteils die Frau oder Mutter der Familie die Erziehungs- und Pflegeaufgaben des Kindes wahrnimmt (siehe z.B. 2.6.1.2). Dies heißt, dass diese Aufgaben den Vater sehr viel weniger betreffen bzw. belasten als die Mutter. Somit bedeutet die Rolle als Elternteil für ihn etwas völlig anderes als für die Mutter. Dies ist auch ein möglicher Grund für die hohe Anzahl derer Väter, die mit ihrer Beziehungssituation zufrieden sind.

Während fast 50% der Teilnehmerinnen von M-m-K mit der Erziehung des Kindes auf sich allein gestellt sind, leben über 90% der Klienten von V-m-K in einer Familie, in der die Partnerin bzw. Mutter wichtige Aufgaben übernimmt. Dies erklärt auch im Hinblick auf die gesamte Lebenssituation die unterschiedliche Bedeutung der Elternschaft in diesen beiden Gruppen und liefert somit auch die Ursache für die Feststellung (siehe Kapitel 4.8

bzw. 5.1.2), dass es bei dieser Klientel hinsichtlich des Verlaufes der Drogenkarriere einschließlich der Auswirkungen auf andere Lebensbereiche für eine Frau gegenüber einem Mann kein Vorteil ist, ein Kind zu haben bzw. zu bekommen.

Die Angaben zur Wohnsituation lassen erkennen, dass im Allgemeinen eine eigene Wohnung bzw. mit dem/der PartnerIn angestrebt wird. Dass im Gegensatz zu den Frauen ohne Kind alle Teilnehmerinnen von M-m-K zu E5 diese Wohnsituation erreicht haben, dient auch als Bekräftigung der Unterhypothese d, auch vor dem Hintergrund, dass diese Anstrengung bei vielen von ihnen ohne Unterstützung eines Partners gemeistert wurde. Man bedenke dabei, mit wie vielen Belastungen ein Umzug einer abhängigen Mutter eines maximal vier Jahre alten Kindes verbunden ist. Eine weitere nahe liegende Schlussfolgerung aus dem Ergebnis ist, dass immerhin 30% dieser Mütter eine eigene Wohnung bezogen haben, um nicht mehr mit anderen Abhängigen zusammenzuleben, was wiederum am ehesten im Zusammenhang mit der neuen Rolle als Mutter zu sehen ist.

Die Ergebnisse der Stichprobe E-m-K lassen erkennen, wie die Mutterschaft das Streben nach den eigenen vier Wänden vorantreibt, da diese Entwicklung in beiden weiblichen Gruppen dieser Stichprobe nachzuzeichnen ist, nur eben zeitlich versetzt: zunächst, zum Anfang der Studie, sind es überwiegend die Mütter der Gruppe äM-m-K, die in einer eigenen Wohnung bzw. beim Partner wohnen, später dann, nach der Geburt des ersten Kindes, auch die Klientinnen jM-m-K. Die größere Unzufriedenheit mit der Wohnsituation von jM-m-K ist möglicherweise auf die neue Situation mit dem Kind und dem damit verbundenen Mangel an Raum zurückzuführen.

Dass immerhin ein Viertel von M-o-K mit Abhängigen, meist dem eigenen Partner, zusammenlebt, ist ein weiteres Zeugnis von der schwierigen Lebenssituation dieser Probandinnen. Überraschenderweise ist dagegen die Zufriedenheit mit der Wohnsituation in dieser Gruppe relativ hoch. Dies ist möglicherweise auf die Tatsache zurückzuführen, dass fast alle dieser Mütter eine eigene Wohnung haben oder mit dem Partner zusammenleben.

Auch die Wohnsituation bzw. die Zufriedenheit mit derselben zeigt bei den Männern die positive Beeinflussung der Vaterschaft in V-m-K im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen. Mit 17% leben allerdings bei V-m-K zu E5 noch überraschend viele mit einer abhängigen Partnerin zusammen.

#### *5.1.2.5 Unterhypothese e: Arbeits- und Unterhaltungssituation*

Auch im ökonomischen Lebensbereich gibt es eine signifikante allgemeine Verbesserung der Stichprobe G im Verlauf der Studie, was die positive Entwicklung der Studie noch einmal betont.

Die Unterhypothese e konnte mittels der vorliegenden Studie jedoch nicht bestätigt werden, da zwischen den durchschnittlichen ASI-Scores der einzelnen Gruppen kein signifikanter Unterschied besteht, wobei auch hier als mögliche Gründe für das Fehlen von Signifikanzen die kleinen Gruppengrößen sowie die Verkleinerung der Stichprobe wie schon o.a. genannt werden müssen (siehe dazu auch Kapitel 5.4).

Das Ergebnis deutet an, dass bei der weiblichen Klientel die Frauen ohne Kinder im ökonomischen Bereich Vorteile haben. Es weist also auf einen Bereich hin, der für abhängige Mütter ein besonderes Problem darstellt, was noch mehr für die Gruppe M-o-K als für M-m-K zu gelten scheint, also für die Mütter, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist das Ergebnis in Stichprobe E-m-K: Es wird deutlich, dass sich die ökonomische Situation eher bei den "älteren" Müttern bessert. Das Ergebnis der Frauen von jM-m-K zeigt, dass die Geburt des ersten Kindes im Gegensatz zu anderen Lebensbereichen kaum positive Auswirkungen auf die Arbeits- und Unterhaltungssituation hat.

Bei den Männern hingegen zeigt sich ein ganz anderes Bild: In keinem anderen Lebensbereich zeigt sich der positive Effekt der Vaterschaft bei V-m-K gegenüber den anderen männlichen Gruppen wie im ökonomischen. Dabei betrifft dies noch eher die Probanden von äV-m-K.

Im Allgemeinen fällt auf, dass die absoluten ASI-Score-Werte zu E5 in diesem Lebensbereich höher sind im Vergleich zum den Werten beim Drogenkonsum. Da ein höherer Wert einen negativeren Status bedeutet, kann daraus geschlossen werden, dass ein niedriger Drogenkonsum sich bei der Klientel dieser Studie nicht so positiv auf die ökonomische Situation auswirkt wie auf andere Lebensbereiche. Die Ausnahme bildet dabei V-m-K.

Die Angaben zum Lebensunterhalt bieten Erklärungen für die ökonomische Situation der einzelnen Gruppen: Die erziehenden Mütter, von denen ja ein relevanter Anteil allein

stehend ist, sind eher auf staatliche Hilfe oder Hilfe durch Dritte angewiesen als Nicht-Mütter, da viele nicht erwerbstätig sind. Die Quote der Erwerbstätigkeit sinkt im Verlauf bei jM-m-K, wohl als eine Folge der Geburt des ersten Kindes und den damit verbundenen mütterlichen Aufgaben, während der Anteil an Hilfe durch Dritte sowie staatlicher Unterstützung angesichts erhöhtem finanziellem Bedarf wegen Ausgaben für Kleidung, Nahrung etc., steigt. Bei den "älteren" Müttern nimmt die Erwerbstätigenquote im Verlauf schon wieder deutlich zu, wohl, weil die oben genannten Aufgaben mit zunehmendem Alter des Kindes (Schulpflicht, etc.) auch mit einer geregelten Arbeit zu vereinbaren sind. Damit sinkt bei diesen Frauen auch der Anteil derer, die auf Hilfe von Dritten oder von staatlicher Seite aus angewiesen sind. Der Rückgang der Angaben zu illegalen Einkünften wie auch Prostitution bei den Müttern kann auch als eine Folge der neuen Verantwortung für einen Menschen und der allgemeinen Verringerung des Drogenkonsums interpretiert werden.

Bei den Vätern von V-m-K, die ja zum größten Teil in festen Beziehungen leben, ist, wie sich in den Angaben zum Lebensunterhalt zeigt, die Vaterschaft in Hinblick auf die Erwerbstätigkeit kein Hindernis. Dazu mag natürlich, wie bei den anderen KlientInnen auch der Umstand, dass viele von ihnen zumindest auf einem hoffnungsvollen Weg aus der Drogenabhängigkeit sind, eher dazu führen, dass sie einer geregelten Arbeit nachzugehen vermögen.

Überraschend niedrig ist dagegen die Erwerbstätigenquote bei den anderen männlichen Gruppen. Dies hebt einerseits den positiven Effekt der Vaterschaft, verbunden mit dem Zusammenleben mit dem Kind, heraus, andererseits deutet es auf die Probleme der anderen Klientel hin, mittels einer geregelten Arbeit einen Platz in der Gesellschaft zu finden.

Die Tatsache, dass zu beiden Befragungszeitpunkten von der Gruppe M-o-K die durchschnittlich wenigsten und von der Gruppe w-k-K die meisten Probandinnen über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen, liefert eine weitere Erklärung für die Ergebnisse bei den weiblichen Gruppen. Dabei ist der Abschluss einer Berufsausbildung auch als eine Frage der Motivation anzusehen, die wiederum unmittelbar mit der Suchtproblematik zusammenhängt.

Andererseits ist die Erziehung eines Kindes gerade als Drogenabhängige nur schwerlich mit dem Abschluss einer solchen Ausbildung zu vereinen, womit die ansteigende Quote

bei den "jungen" Müttern im Gegensatz zu fast allen anderen Gruppen als positives Signal zu werten ist.

### 5.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die insgesamt signifikante Verbesserung beider Stichproben im Verlauf fasst noch einmal den erfreulichen Verlauf der gesamten Studie und dabei explizit auch der Mütter und Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben, zusammen, welcher sich auch schon in den einzelnen Kapiteln zeigte. Einen signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen gibt es hier jedoch nicht. Denkbare Erklärungen für das Fehlen eines signifikanten Unterschieds zwischen den Gruppen sind auch hier die teilweise kleinen Gruppengrößen sowie die Verkleinerungen der Stichprobe (Näheres dazu in Kapitel 5.4). Der Längsschnittvergleich zwischen den drei weiblichen Gruppen von Stichprobe G weist auf einen Verlauf der Studie im Sinne der Hypothesen hin, allerdings scheint sich nach dem Gesamtergebnis zu E5 bei Drogenabhängigen die Elternschaft bei den Vätern noch positiver auf die Lebensumstände auszuwirken als bei den Müttern, jeweils vorausgesetzt, das Kind lebt bei dem Elternteil.

Weiterhin wird offenkundig, dass die Mütter, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben, den schwersten Stand haben. Dies ist vor allem im Querschnittvergleich zu E5 erkennbar.

Der Vergleich zwischen jM-m-K und äM-m-K fällt zu hier Ungunsten von jM-m-K aus. Erklärungen für den trotz der enormen Fortschritte im Drogenbereich negativeren Gesamtwert bei den "jungen" Müttern sind die vielfältigen Veränderung und neuen Belastungen, die die Geburt des ersten Kindes für die abhängigen Frauen mit sich bringt und welche sich vor allem im Bereich familiärer/sozialer Status und ökonomische Situation niederschlagen. Die Ergebnisse der Gruppen jV-m-K und äV-m-K zeigen, dass es sich dabei nicht um ein nur frauen- bzw. mutterspezifisches Phänomen handelt, sondern auch für die männlichen Teilnehmer gilt.

## 5.2 Fazit

In diesem Kapitel soll, basierend auf den Ergebnissen der Studie bzw. den Erläuterungen aus dem vorhergegangenen Kapitel und vor dem Hintergrund des Wissensstandes in der Literatur, ein zusammen- und umfassendes Gesamtbild der Lebensumstände drogenabhängiger Mütter erstellt werden.

Nach der Untersuchung stellen die erziehenden drogenabhängigen Mütter eine vergleichsweise junge Gruppe dar, in der zu E5 lediglich 43% eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können. Dabei zeigt sich bei genauerer Differenzierung, dass sich vor allem die Gruppe der "jungen" Mütter, welche erst im Verlauf der Studie ihr erstes Kind bekamen, also Gruppe jM-m-K, für die niedrigen Quoten verantwortlich zeigen. Diese liegt weit unter jener der kinderlosen Frauen sowie der drogenabhängigen Väter. Besagter niedriger Ausbildungsstatus gilt ebenfalls für die Gruppe der Mütter, die ihr Kind nicht bei sich zuhause haben, also M-o-K.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die erziehenden Mütter - dies trifft vornehmlich auf die "älteren" zu- , weitaus weniger in festen Beziehungen leben als die Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben, also sehr viel häufiger allein mit dem Kind leben und auf sich selbst gestellt sind.

Eine zusätzliche Belastung stellt die ökonomische Situation der erziehenden Mütter dar: Erwartungsgemäß kann von ihnen zu E1 und E5 nur ein geringer Prozentsatz (siehe vor allem jM-m-K zu E5) einer Beschäftigung nachgehen. Somit ist der größte Teil auf staatliche bzw. anderweitige Hilfe angewiesen.

Trotz der schwierigen Ausgangsbedingungen sowie einer deutlich erschwerten aktuellen Lage als meist unterprivilegierte, allein erziehende Mutter, zeigt sich gerade in dieser Gruppe gegenüber den anderen Frauen eine allgemein bessere Situation zu E5 sowie eine allgemein positivere Entwicklung im Verlauf der Studie.

Somit scheint hier die Aufgabe als erziehende, abhängige Mutter mit zusätzlich erschwerter Gesamtsituation bei einem Großteil der Klientel zu keiner Resignation bzw. einer Verschlechterung der Lebenssituation, sondern zu einer Veränderung zum Besseren zu führen, ähnlich wie schon in der Studie von Hasler (2001, 2.9.3.2).

Demnach diszipliniert diese Mütter die Verantwortung für ein Kind, wie auch von Happel et al. (1993, 2.9.3.5) thematisiert.

Im Vergleich mit der übrigen weiblichen Klientel zeigt sich dies vor allem im Bereich des Drogenkonsums und des psychischen Status - letzterer im Verlaufsvergleich mit signifikantem Unterschied -, hat jedoch auch auf die Lebensbereiche rechtliche Situation, körperlicher Status und familiäre/soziale Situation positive Auswirkungen. Diese Auswirkungen zeigen sich im letztgenannten Bereich gerade in den Verbesserungen im Verlaufe der Studie, heben sich dabei jedoch nicht so eindeutig von jener der Gruppe der kinderlosen Frauen ab. Somit erfährt hier die Unterhypothese c eine definitive Bestätigung, des Weiteren werden die Haupthypothese im Besonderen, jedoch auch die Unterhypothesen a, b und d von den Ergebnissen gestützt, jedoch mangels signifikanter Unterschiede nicht eindeutig belegt. Damit wird auch die Aussage der Studie von Scafidi et al. (1997, siehe 2.9.3.2), dass der psychische Status der am stärksten mit der Drogenabhängigkeit assoziierte Lebensbereich sei, hier bestätigt.

Dabei kann eine geringgradige Abschwächung der Aussagekraft dieser Studie durch den Umstand, dass die Mütter, die mit ihrem Kind zusammenleben, zum Zeitpunkt der Ersterhebung insgesamt weniger Jahre "harte Drogen", vor allem Heroin und i.v.-Gebrauch im Allgemeinen, als die anderen beiden weiblichen Gruppen konsumiert haben, nicht völlig ausgeschlossen werden. Obwohl die Unterschiede nicht signifikant sind, könnte dies außer der Rolle als Mutter einen zusätzlichen Beeinflussungsfaktor auf den Drogenkonsum darstellen, da im Allgemeinen eine längere Abhängigkeit mit größeren Schwierigkeiten bei ihrer Überwindung verbunden wird. Das Gleiche gilt für die Gruppe der Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben, im Vergleich zu den anderen männlichen Gruppen.

Aufschlussreich ist der jeweilige Vergleich zwischen den beiden Gruppen jM-m-K und äM-m-K: Die "jungen" Mütter, die, wie oben schon erwähnt, in Bezug auf die Berufsausbildung im Vergleich mit den anderen Gruppen unterprivilegierter sind, verzeichnen in den Bereichen Drogenkonsum und rechtliche Situation die im Verlauf größeren Fortschritte sowie - dies betrifft auch den Bereich körperlicher Status - zum Abschluss der Studie das positivere Ergebnis.



Bei den "älteren" Müttern zeichnet sich hingegen ein besseres Ergebnis hinsichtlich des familiären/sozialen Status´ und der ökonomischen Situation ab. Im Bereich "psychischer Status" wird im Vergleich der beiden Gruppen kein Ergebnis ersichtlich, das für oder gegen eine der Gruppen spricht.

Zunächst zeigt dies, dass bei den "jungen" Müttern die Geburt des ersten Kindes eine deutliche Reduzierung des Gebrauchs von Drogen - nach der Studie explizit auch der Konsum der "harten" Szenergien Heroin und Kokain - hervorzurufen scheint, dies ist zunächst eine elementare Bekräftigung der Haupthypothese.

Die neue Lebenssituation mit großer Verantwortung und dadurch auch Last durch die Mutterschaft verstehen viele dieser jungen drogenabhängigen Frauen nicht als Grund, zu resignieren, sondern als echte Chance, ihr Leben zu verändern, und setzen diese auch um. Ein Rückgang von fast drei Vierteln an Probandinnen mit starken Problemen im Bereich Drogenkonsum dokumentiert dies eindrucksvoll, weiterhin leben zu E5 91% dieser Frauen bezüglich des Heroin/Kokainkonsums abstinent, zu E1 waren es noch 18%. Keine der weiblichen Gruppen weist ein ähnlich positives Ergebnis auf. Bei den "älteren" Müttern wird ebenfalls ein deutlicher Aufwärtstrend sichtbar, der sich jedoch kaum vom Ergebnis der anderen Frauen abhebt.

Somit ist davon auszugehen, dass vor allem die frühe Mutterschaft mit einer Verbesserung des Drogenstatus korreliert, während mit zunehmender Zeit in der Rolle als Mutter die Motivation zur weiteren Lösung aus dem Drogenkontext eher abnimmt. Das Alter der Probandinnen kann hier nicht als möglicher Beeinflussungsfaktor angesehen werden, da gemeinhin ein "Herauswachsen" aus der Abhängigkeit mit zunehmendem Alter beschrieben wird, und das Durchschnittsalter von jM-m-K liegt erwartungsgemäß unter dem von äM-m-K.

Dass sich die Fortschritte im Konsumbereich bei den "jungen" Müttern im Vergleich zu den "älteren" gerade im rechtlichen Bereich zeigen, ist von peripherer Bedeutung. Das positivere Ergebnis im Bereich "körperlicher Status" zum Zeitpunkt E5 ist wohl neben der - nun geminderten- Belastungen durch das Leben mit der Droge auch mit dem niedrigeren Durchschnittsalter bzw. den damit verbundenen größeren körperlichen Reserven der Klientel zu erklären. Dass sich die ökonomische Situation der "älteren" Mütter besser darstellt, ist nicht überraschend: Gerade als junge Mutter aus dem

Drogenmilieu ist die Möglichkeit zur Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit erheblich eingeschränkt, wie sich auch in der vorliegenden Studie zeigt.

Zur besseren Stellung der Gruppe der "älteren" Mütter im Bereich soziale/familiäre Beziehungen können unterschiedliche Erklärungen herangezogen werden. Zunächst bedeutet die Mutterschaft per se eher bei unerfahrenen als bei erfahrenen Müttern eine Belastung im familiären Bereich. Des Weiteren impliziert der Schritt von der Partnerschaft/Singledasein zur Familie/erziehende Mutter gerade in diesem Milieu häufig einen finanziellen Kraftakt bzw. Engpass. Die Wohnverhältnisse, die bei diesem Klientel in der Literatur als einfach bis hochproblematisch (siehe z.B. Vogt, 1996, 2.9.3.2) beschrieben werden, erfahren durch den Nachwuchs eine weitere Anspannung. Dies sind Zustände, die sich im Laufe der Jahre, nachdem die wichtigsten Erziehungs- und Pflegepflichten der ersten Jahre erfüllt sind, wie etwa durch die Wiederaufnahme einer Arbeitsstelle und dadurch größeren finanziellen Spielraum verbessern können.

Weiterhin scheint das Leben in einer festen Partnerschaft, wie es bei den "jungen" Müttern zu E5 bei über 80% gegenüber 30% bei den "älteren" vorhanden ist, nach den Ergebnissen dieser Studie eher eine Be- als eine Entlastung, zu bedeuten, da es nicht mit der Zufriedenheit mit der Beziehungssituation korreliert. Ein möglicher Grund ist, dass sich die "jüngeren" Mütter bei allen Schwierigkeiten in der Partnerschaft im Gegensatz zu den "älteren" noch keine Trennung von ihrem Partner zutrauen, während die "älteren" sich letztlich in 7 von 10 Fällen für ein Leben als allein erziehende Mutter entschieden haben, womit die meisten (fast 80%) offensichtlich auch zufrieden sind. Die Aussage von Hilde/Spreyermann (1997), dass die Frauen in der Drogenszene meist den Schutz einer Beziehung suchen (siehe 2.6.2.2) scheint hier also vorrangig die "jungen" Mütter zu betreffen, wobei andererseits hier auch eine Emanzipation der "älteren" Mütter dokumentiert wird.

Sieht man, wie das Ergebnis der Studie offenbart, das Leben in der Partnerschaft- hier stellt sich die Frage, ob der Partner ebenfalls im Drogenmilieu verkehrt- eher als Erschwernis an, so ist umso höher die Motivation der "jungen" Mütter anzusehen, auch dieser weiteren Belastung zu bestehen und in ihrem Leben eine Wende zum Positiven zu erreichen.

Abschließend ist zu diesem Vergleich zu sagen, dass sich gerade bei den "jungen" Müttern in vielen Ergebnissen dieser Studie, vor allem aber im Bereich des

Drogenkonsums, eine positive Wirkung der Mutterschaft auf die gesamte Lebenssituation andeutet. Da bei dieser Klientel der Aspekt der Mutterschaft deutlicher wird als in jeder anderen Gruppe, läuft das Ergebnis auf eine Bekräftigung der Haupthypothese hinaus. Die negativen Auswirkungen des Verlustes des Kindes bei der drogenabhängigen Mutter, wie in der Literatur schon beschrieben (z.B. Rosenbaum, 1979, 2.9.3.2), zeigen sich auch in dieser Untersuchung. In nahezu allen Fragen verzeichnet die Gruppe M-o-K gegenüber allen anderen Gruppen der Studie das schlechteste Ergebnis und liegt dabei meist weit unter dem Gesamtdurchschnitt. Es ist augenscheinlich, dass in dieser Klientel extrem erschwerte Lebensumstände vorliegen, welche entweder durch den Kindesverlust hervorgerufen wurden bzw. sich dadurch weiter verschlechterten oder erst zu dem Kindesverlust führten. Inwieweit die Fremdplatzierung des Kindes nun Ursache oder Wirkung der katastrophalen Situation bei den Müttern ist, sollte in anderen Untersuchungen genauer evaluiert werden. Als - neben dem Kindesverlust - weitere Gründe für die äußerst problematische Lebenssituation im Vergleich zu den anderen weiblichen Gruppen bieten sich an, dass in dieser Gruppe im Vergleich schon am längsten Drogen im allgemeinen und auch Heroin intravenös eingenommen wurden. Auch ist diese Klientel hinsichtlich einer Berufsausbildung eher unterprivilegiert. Ein Vergleich mit dem männlichen Pendant legt nahe, dass der Verlust des Kindes sich bei den Frauen negativer auswirkt, da die Gruppen M-o-K und w-k-K im Gegensatz zu den männlichen Gruppen-Korrelaten deutlicher differieren- fast immer zu Ungunsten der "kinderlosen" Mütter. Unter den Vätern scheint sich der Umstand, nicht mit dem eigenen Kind zusammenzuleben, also weniger in der Befindlichkeit und der Lebenssituation niederschlagen. Ein weiteres Indiz für die zwischen den Geschlechtern unterschiedliche Bewertung der Elternrolle liefert die Tatsache, dass nur 34% der Väter gegenüber 63% der Mütter in dieser Studie mit ihrem Kind zusammenleben. Diese Differenz in der Auslegung und Bewertung der Elternrolle ist schon von anderen Autoren beschrieben worden (siehe auch Rosenbaum, 1979, 2.9.3.2).

In diesem Zusammenhang sollte noch einmal das positive Ergebnis der Gruppe V-m-K beleuchtet werden, also der Väter, die mit ihrem Kind zusammenleben. Zu E5 leben nach der Studie über 90% dieser Probanden mit ihrer Partnerin zusammen. Die Vermutung liegt nahe, dass Erziehungs- und Pflegeaufgaben bei dem deutlich größeren Teil dieser Klientel eher dem weiblichen bzw. mütterlichen Part obliegen, geht man von der

Einschätzung von Merfert et al. (1984, 2.6.1.2) aus, nach der Frauen dieser Sozialschicht von Beginn ihres Lebens an auf "typisch weibliche" Normen hin orientiert würden, siehe auch Rosenbaum (1979, 2.9.3.2), die diese These -in eingeschränkter Form- auf alle Frauen bezieht. Darüber hinaus können über 80% der Väter einer Erwerbstätigkeit nachgehen, was den Männern zusätzlich eine gesellschaftlich anerkannte Stellung ermöglicht. Allein diese Umstände unterscheidet ihre Situation grundlegend von jenen der erziehenden Mütter. Vaterschaft bedeutet nach der vorliegenden Studie im Drogenmilieu etwas anderes als Mutterschaft, es bedeutet Leben in der Partnerschaft und steht damit für ein generell höheres Maß an sozialer Integration. Diese Familienbindung motiviert und hilft, wie die Ergebnisse der Untersuchung eindrucksvoll belegen, den Vätern umso mehr, die Drogenbindung zu überwinden. Sie profitieren dadurch sehr viel stärker von der Elternrolle als die Mütter, ein Aspekt, der die Haupthypothese dieser Arbeit weiter bekräftigt. Der Vergleich zwischen den "jungen" und "älteren" Vätern legt nahe, dass die Reduzierung des Drogenkonsums nicht in dem Maße wie bei den Müttern mit der *jungen* Elternschaft zu erklären ist, sondern mit der Vaterschaft im Allgemeinen. Die Vergleiche in anderen Lebensbereichen zeigen, dass die "älteren" Väter noch mehr von der Elternrolle profitieren als die "jungen".

Neben der erfreulichen Erkenntnis dieser Studie, dass viele der drogenabhängigen erziehenden Mütter über das Kind einen Anker zu finden scheinen, der ihnen die Überwindung der Drogenbindung erleichtert, sollte nicht übersehen werden, dass es weiterhin in dieser Klientel eine Fraktion gibt, für die das Leben mit dem Kind eher eine schwer zu schulternde Belastung und somit eine Überforderung darstellt. Ein Drittel gibt zu E5 weiterhin starke Drogenprobleme an, ebensoviel haben starke körperliche Probleme. Knapp 30 % klagen über starke psychische Probleme, wobei bei immerhin einem Viertel ein negativer Verlauf psychischer Störungen während der Studie ermittelt wurde. Des Weiteren haben fast 40 % starke Probleme im familiären/sozialen Bereich. Letztlich geben 71% in mindestens einem Lebensbereich - die ökonomische Situation dabei noch ausgenommen- starke Probleme an.

Diese Erkenntnis deckt sich in der Tendenz mit der Aussage Frans Leenders` (1990, 2.9.3.2), nach dem es ein Drittel nicht schaffen würde, die Mutterschaft als Chance wahrzunehmen.

Neben der Bekräftigung der Haupthypothese bzw. von Unterhypothesen ist demnach auch zu betonen, dass es innerhalb der Gruppe der drogenabhängigen erziehenden Mütter eine Teilgruppe von etwa einem Drittel gibt, welche erhebliche Schwierigkeiten hat, mit der Doppelbelastung "Drogenabhängigkeit und aktive Mutterschaft" zurechtzukommen. Anzeichen für eine Erleichterung der Lösung aus der Drogenbindung über die Mutterschaft sind hier nicht zu erkennen.

Zusammenfassend bleibt also festzuhalten, dass sowohl die positiven Auswirkungen als auch die Probleme, die eine Mutterschaft bei Abhängigen mit sich bringen kann, sich auch in dieser Studie offenbart haben. Fasst man alle Bereiche und Ergebnisse zusammen, kann von einer positiven Beeinflussung durch die Mutterrolle ausgegangen werden, die im Bereich der psychischen Befindlichkeit sogar eindeutig ist. Bei dieser Klientel ist eine Verbesserung bzw. Stabilisierung des Drogenkonsums im Zusammenhang mit der Verantwortung als Mutter nicht gleichbedeutend mit einem ebenso positiven Verlauf in allen anderen Lebensbereichen, eine Entwicklung zum Besseren ist jedoch in nahezu allen Bereichen trotz der äußerst schwierigen Lebenssituation zu erkennen. Erziehende drogenabhängige Väter können nach der Studie aus unterschiedlichen Gründen mehr von der Rolle als Familienmitglied profitieren als die Mütter. Andererseits wirkt sich ein Verlust des Kindes auf die Lebensumstände der Mütter weitaus fataler aus als auf die der Väter.

Diese Untersuchung zeigt weiterhin, dass trotz der Hilfsangebote ein Teil auch der erziehenden Mütter mit ihrer Rolle als verantwortliche Person überfordert zu sein scheinen. Gerade hier gilt es, die Hilfe besser auf die Situation dieser Klientel abzustimmen, um diesen Frauen bessere Voraussetzungen zu schaffen, die Aufgabe, die sich ihnen als erziehende Mutter stellt, als Chance wahrzunehmen. Dass dies möglich ist, ist die Hauptaussage dieser Studie.

### 5.3 Literaturvergleich

Bei der Literaturrecherche war mit der Studie von Hasler (2001) lediglich eine Untersuchung zu finden, die opiatabhängige Mütter wie in der vorliegenden Arbeit in Gruppen unterteilt und sie untereinander in zentralen Lebensbereichen vergleicht. Auch

in der Hasler- Studie wurde eine Klientel mit Kontakt zum Drogenhilfesystem untersucht. Die Ergebnisse, wie in Kapitel 2.9.3.2 dargestellt, zeigen deutliche Übereinstimmungen zu der vorliegenden Studie in den einzelnen Lebensbereichen einschließlich des Drogenkonsums. Beide Untersuchungen führen zu dem Schluss, dass die "aktive" Mutterschaft unter opiatabhängigen Frauen gemeinhin eine Verbesserung der allgemeinen Situation bedeutet, der Verlust des Kindes jedoch das Gegenteil.

Bezüglich der anderen Untersuchungen in der Literatur sind Querverweise und Vergleiche grundsätzlich mit dem Problem der eingeschränkten Vergleichbarkeit behaftet. Einerseits liegt dies an der in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Unterteilung der Klientel in bestimmte Gruppen, andererseits führt der Umstand, dass es sich ausschließlich um Klienten mit Kontakt zum Drogenhilfesystem handelt, zu einer Selektierung innerhalb der Allgemeinheit der Drogenabhängigen (siehe auch Kapitel 3.3). Nichtsdestoweniger lassen sich in vielen Bereichen Vergleiche anstellen und z.T. Übereinstimmungen feststellen:

Nach den Ergebnissen dieser Arbeit (Kap. 3.8.3) gibt es keinen auffälligen Altersunterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Einstiegsalters in den Gebrauch "harter" Drogen. Dies widerspricht den Aussagen von Dobler-Mikola (1992) und Hanel (1989), bekräftigt jedoch frühere amerikanische Studien (Eldred et al., 1975, alle siehe 2.6.2.1). Die Aussage der DHS (1994, 2.6), dass etwa ein Drittel der Abhängigen weiblich ist, findet in dieser Arbeit ebenfalls Bestätigung.

Der Meinung von Rosenbaum (1979, 2.7.2), dass die Alternativen der abhängigen Frauen außer einer Mutterschaft "wegen meist sehr geringer ... Berufsausbildung" eingeschränkt seien (siehe auch Hein, 2001, 2.9.3.1), kann durch die Ergebnisse vor allem der "jungen" Mütter in dieser Arbeit (Kap. 4.6.2.2) entsprochen werden. Dabei ist in der vorliegenden Untersuchung die Erwerbstätigkeit unter den abhängigen Müttern höher als in der Studie von Wellisch/Steinberg (1980) und Nardi (1998, beide 2.9.3.1).

Nach der vorliegenden Untersuchung (Kap. 4.5.3.1) kann die These von Rothstein/Gould (1974, 2.9.1.3), dass ein fehlender fester Partner ein erhöhtes Risiko für eine Vernachlässigung der Kindes darstellt, nicht bestätigt werden, wobei der Anteil an abhängigen Müttern mit einer festen Beziehung zwischen den entsprechenden Angaben

in den Untersuchungen von Wellisch/Steinberg (1980) und von Nardi (1998, beide 2.9.3.1) liegt.

Rosenbaum's (1979, 2.9.3.2) Erkenntnisse sowohl hinsichtlich der finanziellen Nöte der Mütter als auch ihres sozialen Umfeldes, das oft eine wichtige Hilfe darstelle, bestätigen sich auch in dieser Studie (Kap. 4.6.2.1). Auch Vogt (1996) und Strausfeld (1994, beide 2.9.3.2) weisen auf die finanziellen Probleme dieser Mütter hin.

Die Aussage, dass Hepatitis bei Abhängigen ein sehr häufig anzutreffendes Gesundheitsproblem sei (Platt/Labate, 1982), konnte in dieser Arbeit nach den Ergebnissen zu E1 zum körperlichen Status (Kap. 3.7.3) bei einem Großteil der Abhängigen bestätigt werden. Die hohe Quote an Hepatitiserkrankten ist vergleichbar mit jener in der Studie von Correia et al. (1995, 2.8).

Die schlechte allgemeine psychische Verfassung (Kap. 4.4.1) und die chaotischen und unsicheren Lebensumstände vieler Mütter, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben, wie z.B. von Rosenbaum (1979, 2.9.3.2), Arenz-Greiving/Dilger (1994) und Vogt (1996, beide 2.9.1.4) beschrieben, ist auch am Ergebnis der vorliegenden Untersuchung zu sehen. Bei einem relativ hohen Anteil der Mütter, einschließlich jener "mit Kind zuhause", zeigen sich auch in der vorliegenden Arbeit in den Ergebnisse des Abschnittes "Verlauf psychischer Störungen" (Kap. 4.4.3) die von Hasler (2001, 2.9.3.3), Hein (2001), Trost (2004), Vogt (1996) und Rosenbaum (1979, alle 2.9.3.2) beschriebenen Schuldgefühle, Depressionen und die "permanente" Angst (Arenz-Greiving/Dilger, 1994, 2.9.3.4.1; v. Soer/Strathenwerth, 1991, 2.9.3.3) dieser Frauen. Auch das Ergebnis der Studie von Scafidi et al. (1997, 2.9.3.2), nach dem der psychische Status der Mütter am stärksten mit der Drogenabhängigkeit assoziiert ist, konnte mit der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden.

Nach Lind-Krämer/Timper-Nittel (1992, 2.9.3.1) hat rund ein Drittel der abhängigen Frauen mindestens ein Kind. Der Anteil liegt in dieser Arbeit, wo zu E5 55% der Frauen Mütter sind, höher, wobei es zu E1 noch 35% waren. Klein (2001, 2.9.3.1) berichtet in seiner Studie mit einer Klientel, die ebenfalls Kontakt zum Drogenhilfesystem hat, von 46% Mütter unter den Frauen und 30% Väter unter den Männern (in dieser Arbeit: 28%). Im Vergleich waren in der Stichprobe G zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung also vor allem unter den Frauen überdurchschnittlich viele Eltern. Somit liegt in dieser Studie der Anteil des allgemeinen Elternanteils mit 35% über den allgemeinen Schätzdaten für

Hamburg, die bei etwa 25% liegen, bzw. über internationalen Daten (15-30%) (Helberg, 1993; Degkwitz/Krausz 1994; v. Soer/Strathenwerth, 1991, alle 2.9.3.1). Möglicherweise liegt dies neben der schon anfangs angesprochenen und vermutlich auch in der Kleinstudie erfolgten Selektierung der Klientel durch den Kontakt zum Drogenhilfesystem auch an dem relativ hohen Alterdurchschnitt der Teilnehmerinnen. Dabei ist die Altersspanne der Mütter in dieser Arbeit (Kap. 3.8.2) zum Zeitpunkt E5 größer als in der Studie von Algeier (1981) und der Altersdurchschnitt höher als etwa in der Untersuchung von Wellisch/Steinberg (1980, beide 2.9.3.1). Die These von Rothstein/Gould (1974) und Lawson/Wilson (1980, beide 2.9.1.3), dass ein hohes Alter und eine lange Zeit der Abhängigkeit begünstigend auf den Verlust des Kindes wirke, deckt sich mit den Erkenntnissen aus der vorliegenden Arbeit.

Die allgemeine Situation einer drogenabhängigen Frau bzw. Mutter, wie sie etwa v. Soer/Strathenwerth (1991, 2.9.3.3), Lenzen (1990) und Vogt (1996, beide 2.9.3.2) sowie Merrick (1985, 2.9.1), Nardi (1998, 2.9.3.7), Pauls (1992), Strausfeld (1994, beide 2.9.3.4) beschrieben wird, ist nach den Erkenntnissen aus dieser Studie zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung nur bei einer Minderheit so negativ vorzufinden. Auch verzeichnet die vorliegende Untersuchung demgegenüber in vielen Lebensbereichen sowie auch insgesamt eine signifikante Verbesserung der Gesamtstichprobe im Verlauf (Kap. 3.7). Die Ursache hierfür mag wiederum der Umstand sein, dass es sich bei dieser Stichprobe um Abhängige handelt, die in einer Therapie sind oder waren. Der Vergleich mit dem deutlich schlechteren Allgemeinbild anderer Untersuchungen dokumentiert somit auch den Erfolg des Drogenhilfesystems. Viele AutorInnen, u.a. Rothstein/Gould (1974), Neumann/Cohen (1975, beide 2.9.1.3), Lawson/Wilson (1979), Camp/Finkelstein (1997) und Trost (2004) streichen die Bedeutung für die Teilnahme an einem Drogenhilfsprogramm heraus. Auch die Ausführungen von Lief (1985, alle 2.9.3.6) dokumentieren den positiven Effekt eines Hilfsprojektes auf die Mütter, da es sich in ihrer Studie ebenfalls um Mütter mit Kontakt zum Drogenhilfesystem handelt.

Dies betont einmal mehr, dass die TeilnehmerInnen der vorliegenden Studie nur für jene repräsentativ sein können, die Anschluss an das Drogenhilfesystem haben. Ein weiterer Hinweis dafür ergibt sich aus der Tatsache, dass 63% der Mütter der Stichprobe G mit ihrem Kind zusammenleben. Dies ist ein höherer Anteil als bei den von Fraser/Cavanagh (1991), Merrick/Pedersen (1985, beide 2.9.2.2), Vogt (1996), Mark (1983),



Sandermann/Madsen (1976), Wilson et al. (1973), Vogt (1994) und Klein (2001, alle 2.9.2) und beschriebenen Untersuchungen.

Ein weiteres Indiz für die vergleichsweise bessere Allgemeinsituation der Mütter in dieser Untersuchung liefern auch die Angaben zu illegalen Einkünften wie Dealen oder Prostitution, vor allem zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung (Kap. 4.6.2.1), verglichen mit den Beschreibungen von Rosenbaum (1979, 2.9.3.2) und Vogt (1992, 2.6.2.2).

Die von Leenders (1990), Tyler (1997) sowie v. Soer/Strathenwerth (1991, alle 2.9.3.4.2) gemachten Beobachtungen, welche darauf schließen, dass der größere Teil der Mütter durchaus die Rolle der Mutter auszufüllen vermag, entsprechen auch den Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit. Conte et al. (1994, 2.9.3.4.2) unterscheiden in ihrer Untersuchung wie auch Hasler (2001) die erziehenden von den nicht erziehenden Müttern und berichten einerseits von der vorhandenen Fähigkeit der drogenabhängigen Mütter, die Mutterrolle anzunehmen, als auch von den auf die mütterlichen Charakteristika negativen Auswirkungen des Umstandes, das eigene Kind nicht zu erziehen. Auch diese Erkenntnisse decken sich mit den Schlussfolgerungen aus der vorliegenden Untersuchung.

Rosenbaum (1979) und Vogt (1996, beide 2.9.3.2) berichten von Frauen, bei denen die Mutterrolle eine Kontrolle auf ihren Drogenkonsum bzw. eine Neuorientierung ihrer Lebensperspektiven bewirkte. Auch Fischer (1994, 2.9.3.5) verknüpft die Elternrolle mit der Möglichkeit zu einem Weg aus der Sucht, der sich an vielen Einzelheiten des inneren und äußeren Erlebens, also auch in anderen Lebensbereichen, festmachen lässt. Nach den Erkenntnissen dieser Arbeit führt die Geburt des ersten Kindes in den meisten Fällen ebenfalls zu einer Verbesserung des Drogenkonsumstatus´ (Kap. 4.1.2).

Rosenbaum (1979) und Vogt (1996, beide 2.9.3.2) berichten jedoch auch von drastischen negativen Auswirkungen auf das Leben der jungen Mütter, die typisch und sehr häufig seien. Ein neben dem o.g. Kontakt zum Drogenhilfesystem zusätzlicher Grund für das offensichtlich positivere Ergebnis dieser Arbeit ist weiterhin, dass die oben genannten Verbesserungen des Drogenkonsumstatus´ nur für die Mütter dieser Studie gelten, die ihr Kind selbst erziehen. Dieses Beispiel zeigt den Gegensatz zu den anderen Forschungen und Beobachtungen, die die Gruppe der Mütter mit Ausnahmen der Hasler- und der Conte- Studie einheitlich beschreiben und damit auch jene Mütter zur gleichen Gruppe zählen, die durch unkontrollierten Drogenkonsum und instabiler

Lebensverhältnisse die Sorge für das Kind an andere weiterreichen mussten (siehe Kap. 2.9.1.4). Es stellt den entscheidenden Unterschied zwischen der vorliegenden Arbeit und dem größten Teil der anderen Untersuchungen, dar: Sie untersucht vor allem die Lebenssituation der Mütter, die es geschafft haben, ihr Kind trotz der anfallenden bzw. stetigen Belastungen und der ständigen Gefahr des Sorgerechtsverlustes bei sich zu behalten und somit alltaglich mit der Mutterrolle konfrontiert sind. Dadurch ist in der Literatur eine für das Verständnis des Themas "Drogenabhängige Frauen und Mütter" wichtige Unterscheidung allgemein vernachlässigt worden, wie schon von Degkwitz/Krausz (1995, 2.9.2.1) thematisiert.

Mittels der o.a. Unterteilung der Gruppe der Mütter in der Arbeit kann somit auch Leenders' (1994) Einschätzung, dass es bei einem Drittel der Mütter "sonnenklar" sei, dass sie es nicht schaffen werden, das Kind aufzuziehen, angesichts des Anteils von 36% unter den Müttern, die der Gruppe M-o-K angehören, bestätigt werden. Auch die Beurteilung von Vogt (1996, beide 2.9.3.2) findet hier eine Bestätigung, nach der es neben der Gruppe von Müttern, welche die Elternschaft als Anlass nehmen, ihrem Leben eine neue Perspektive zu geben, zwei weitere Gruppen gibt: Jene Frauen, die über die Mutterschaft keine Drogenabstinenz, jedoch stabilere Lebensverhältnisse, z.B. in einem Substitutionsprojekt, und jene, die es nicht schaffen, ihr Leben zu verbessern und infolgedessen häufig das Sorgerecht für das Kind verlieren.

Tendenziell zeigen sich also viele Übereinstimmungen mit anderen Studien, wobei die Ergebnisse dieser Arbeit teilweise optimistischer stimmen als die Erkenntnisse anderer AutorInnen. Einerseits liegt dies an der in dieser Arbeit vorgenommenen Unterteilung der Gruppe der Mütter, andererseits gilt das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung im Gegensatz zu anderen Untersuchungen nur für jene Mütter, die in Kontakt zum Drogenhilfesystem stehen bzw. standen.

#### 5.4 Erklärungen und Kritik zur Arbeit

Die Hypothesen dieser Arbeit konzentrieren sich auf die Frage, inwieweit bei einer Klientel eine Lösung aus dem Drogenkontext gelungen ist. Eine Querschnittsbeobachtung ist dabei eine Möglichkeit, den Ist-Zustand dieser Klientel zu

beleuchten und ihn mit anderen Untergruppen der Stichprobe zu vergleichen. Die Untersuchung gewinnt jedoch entscheidend an Tiefe, und mehr Erklärungsmöglichkeiten bieten sich an, vergleicht man diesen Ist-Zustand mit jenem vor einer bestimmten Zeitspanne, wie in der vorliegenden Studie, denn gerade bei dynamische Prozessen wie der Weg aus der Drogenabhängigkeit und die Rolle als Mutter, bietet sich die Längsschnittsbeobachtung als probates Mittel an.

Da die Studie zwei vier Jahre auseinander liegende Erhebungszeitpunkte miteinander vergleicht, kann jedoch über die lange Zeitspanne dazwischen nicht viel erfahren werden. Es bleibt z.B. unklar, ob in diesem Zeitraum schon eventuell eine längere Cleanphase lag oder ob zum Zeitpunkt der Erhebung etwa eine kurze Phase der Abstinenz das Ergebnis beeinträchtigt. Auch kann die Dynamik der Aufenthaltsortwechsel der Kinder, wie im Kapitel "Aufenthaltort der Kinder" (siehe 2.9.2) beschrieben, hier nicht berücksichtigt werden.

Ein weiteres Problem bei dieser Arbeit ist, dass keine Fragen speziell für die Gruppe der abhängigen Mütter konzipiert worden sind, sondern jeweils alle Abhängigen angesprochen werden. So können einige für die Situation der Mütter bedeutende Sachverhalte, die in der Literatur immer wieder thematisiert werden, in dieser Arbeit nicht untersucht werden. Dies sind z.B. Fragen nach der Teilnahme an einer Schwangerschaftshilfe, wie der Drogenkonsum sich direkt nach der Geburt entwickelte, wie stark von der Mutter die Mutterrolle angenommen wird oder wie alt das Kind ist. Auch wurden die Mütter nicht direkt nach ihren Empfindungen, ihren Ängsten, Hoffnungen, Wünschen und Erwartungen in Bezug auf die Mutterschaft befragt, womit die Schlussfolgerungen aus der Studie, was die Prüfung der Hypothesen betrifft, letztlich Interpretationen des Ergebnisteils sind. Andererseits bietet die Untersuchung dadurch, dass sie an die Allgemeinheit der Drogenabhängigen gerichtet ist, eine gute Vergleichsmöglichkeit mit anderen Drogenabhängigen.

Auch kann der ASI-Score, der einen Mittelwert darstellt, wie alle Mittelwerte nur einen zusammenfassenden, allgemeinen Trend beschreiben. Innerhalb dieses Mittelwertes können jedoch unterschiedliche Angaben sich gegenseitig aufheben, z.B. besonders positive Werte mit besonders negativen. Hier wird im Einzelnen somit keinesfalls deutlich, wie sehr die Lösung aus dem Drogenkontext gelungen ist. Die

Differenzierungsabschnitte dienen hier zu einer differenzierteren Darstellung des Ergebnisses, wie es die ASI-Scores zeigen.

Da die Hypothesen die Lösung aus dem Drogenkontext und ihre unmittelbaren Folgen thematisieren, musste zur Klärung festgelegt werden: Was bedeutet eine Lösung aus dem Drogenkontext? Was bedeutet Involvierung in den Drogenkontext? Aus diesem Grund wurden in den Differenzierungsabschnitten jeweils zwei Kategorien gebildet. Gehört die TeilnehmerIn also der einen Kategorie an, so ist eine Lösung aus dem Drogenkontext wahrscheinlich, bei der anderen Kategorie eine Involvierung in dem Kontext.

Mit Hilfe der be- und abschließenden Fragen der jeweiligen Einzelkapitel des Interviews, welche zusammenfassenden Charakter haben, können angesichts der Tatsache, dass es sich um Menschen handelt, die eine z.T. langjährige Drogenkarriere hinter sich haben, Rückschlüsse auf die Drogenproblematik gezogen werden. Der Anlass dafür, dass hierbei jeweils die subjektive Einschätzung der ProbandIn, das Fremdrating und die rationale Beantwortung einer Frage miteinbezogen wurden, liegt in dem Vorteil begründet, dass mehrere Perspektiven die Situation im jeweiligen Bereich besser zu beurteilen vermögen als nur eine einzelne.

Wird also der Behandlungsbedarf durch diese Probleme als mindestens beträchtlich oder/und die Belastung durch die Probleme als mindestens erheblich angesehen oder/und war die/der ProbandIn mindestens die Hälfte der letzten 30 Tage mit den Problemen eines Lebensbereiches beeinträchtigt, so gilt nach dieser Studie, dass "starke Probleme" in diesem Bereich vorliegen. Dies sind Umstände, die auf eine außergewöhnlich negative Situation hindeuten. Damit ist nach Meinung des Autors angesichts der Klientel die Wahrscheinlichkeit stark erhöht, dass der Grund für diese Situation mit den Problemen des Drogenkonsums zusammenhängt, eine Lösung aus dem Drogenkontext ist also eher unwahrscheinlich.

Wenn andererseits jeweils der Therapiebedarf und die Belastung als eher gering eingeschätzt werden und innerhalb der letzten 30 Tage nicht mehr als sechs Tage mit Belastungen aus dem entsprechenden Bereich vorkamen, so wird dies als "im normalen Bereich" liegend eingeschätzt, womit es keine Hinweise dafür gibt, dass diese Person derzeit mit den unmittelbaren Auswirkungen des Lebens auf der Drogenszene zu

kämpfen hat. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Lösung aus dem Drogenkontext damit gelungen sei, ist folglich erhöht.

Eine Ausnahme bildet hier der Abschnitt "Rechtlicher Status": Hier wird nach den Tagen in Haft in den letzten 30 Tagen gefragt. Nach Meinung des Autors deutet jeder Tag in Haft bei diesem Klientel auf starke Probleme im rechtlichen Bereich und eher eine Involvierung in den Drogenkontext hin.

Die Antworten zu der Frage nach der Anzahl der Tage, in denen eine Verwicklung in illegale Geschäfte vorlag, wurden deshalb nicht für die Kategorie "starke rechtliche Probleme" verwendet, da auch der in dieser Klientel häufig praktizierte Erwerb von Marihuana ein illegales Geschäft ist und nach Meinung des Autors nicht auf eine Involvierung in den Drogenkontext oder eine außergewöhnlich negative Situation hindeutet.

Weiterhin gab es im Bereich "Familien- und Sozialbeziehungen" nicht wie in den anderen Lebensbereichen die Kategorie "keine bis mittlere Probleme", da nach Meinung des Autors bei Belastungen in diesem Bereich, die als "mittel" eingestuft werden, dabei die Notwendigkeit derer Beratung oder Behandlung als "wenig", ebenfalls keinen ausreichenden Hinweis für eine Konfrontation mit den Auswirkungen des Lebens in der Drogenszene bietet. Dies gilt gerade für erziehende Mütter.

Zu kritisieren ist hierbei, dass innerhalb der beschriebenen Einteilungen starke Unterschiede zwischen den tatsächlichen Belastungen der TeilnehmerInnen in einem Bereich möglich sind: So kann z.B. eine Teilnehmerin der Kategorie "starke gesundheitliche Probleme" lediglich ein andauerndes leichtes Krankheitsgefühl über gut zwei Wochen haben, welche sie nur kurzfristig belastet, eine andere jedoch ein erhebliches Krankheitsgefühl durch etwa Spritzenabszesse und eine Hepatitis B und C, die schon seit Monaten andauert. Soll jedoch ein umfassendes Ergebnis erzielt werden, können Ungenauigkeiten dieser Art nicht ausgeschlossen werden.

Dazu muss erwähnt werden, dass die Zeitspanne, die hier berücksichtigt wird - 30 Tage - verhältnismäßig kurz ist. Angesichts der Tatsache, dass eine Drogenkarriere in der Regel keinen gleichförmigen Verlauf nimmt, sondern meist sprunghaft und unstet ist, langjährig und mit Höhen und Tiefen, verliert eine Beobachtung über die letzten 30 Tagen an Aussagekraft, soll sie repräsentativen Charakter haben.

Es ist zudem durchaus möglich, dass ein Drogenabhängiger trotz starkem Drogenkonsum subjektiv und/oder für kürzere Zeitspannen keine Probleme in bestimmten Lebensbereichen empfindet. Andererseits ist es auch möglich, dass ein abstinent lebender Proband starke Probleme in dem einen oder anderen Lebensbereich hat. Wie schon erwähnt, sind bei einer solchen Studie Ungenauigkeiten dieser Art jedoch kaum zu vermeiden.

Da der Drogenausstieg ein langwieriger und in unterschiedlichen Phasen verlaufender Prozess ist, kann nicht erwartet werden, dass anhand dieser Kategorien eine definitive Gewissheit erlangt werden kann, ob eine Lösung aus dem Drogenkontext letztendlich gelungen ist oder nicht. Demgegenüber sorgen die Antworten zu den Detailfragen für einen direkten, unmittelbaren Bezug zum Leben der Frauen und Männern der Stichprobe, der wiederum den ersten beiden Abschnitten (ASI-Score und Differenzierungs-Abschnitt) zugute kommt.

Zu kritisieren ist hier weiterhin, dass es nur eine Zusammenfassung der ASI-Scores aller Lebensbereiche gibt, nicht aber der beiden oben angesprochenen Kategorien, da diese Einteilung nicht auf den Abschnitt "Arbeits- und Unterhaltungssituation" zu anzuwenden ist. Dies wäre zur Beantwortung der Hypothesen von Bedeutung.

Ein weiterer, wichtiger Kritikpunkt ist die Tatsache, dass die Gruppen teilweise sehr klein sind, insbesondere die Gruppen jV-m-K und äV-m-K. Dies geht auf Kosten der Repräsentativität und der Vergleichbarkeit der Gruppen miteinander, sind die Gruppengrößen allzu unterschiedlich, wie zum Beispiel die Gruppe M-m-K mit 12 Teilnehmern, verglichen mit der Gruppe m-k-K mit 92 Teilnehmern. Des Weiteren wird die Eventualität von Signifikanzen eingeschränkt, worauf auch jeweils in den Diskussionskapiteln zu den einzelnen Lebensbereichen hingewiesen wird.

Neben der Einschränkung der Möglichkeit von Signifikanzen bei entsprechenden Prüfungen führt die Erstellung von Teilstichproben (siehe E-m-K oder die Trennung nach Geschlecht bei den ASI-Score-Verläufen) außerdem zu einer Beschneidung der Aussagekraft der hier vorgenommenen Signifikanzprüfungen auf die Gesamtklientel. Hinsichtlich der Trennung nach Geschlecht bei den ASI-Score-Verläufen wurde deshalb, wie schon in Kapitel 3.5 erläutert, der Bezug zur Gesamtklientel durch die Berechnungen in Kapitel 4.8 wiederhergestellt.

Weitere Kritikpunkte zur Studie sind im Kapitel 3.3 zu finden.

## 6. Abschluss

Obwohl die große Mehrheit der opiatabhängigen Frauen im gebärfähigen Alter ist, und viele von ihnen folglich auch Mütter sind - in dieser Studie mehr als die Hälfte der Frauen-, wird dieses Thema, sei es in der Literatur oder in den Drogenhilfesystemen, vernachlässigt.

Wie von verschiedenen Autorinnen und Autoren bestätigt, wissen wir sehr wenig über diese Mütter und die Beziehungen zu ihren Kindern sowie über ihre Anstrengungen, mit der Drogenabhängigkeit umzugehen. Die vorliegende Studie ist auch als Versuch zu verstehen, auf dieses Klientel und ihre Problematik hinzuweisen.

Die Arbeit zeigt einerseits, dass die Mutterschaft als echte Chance zu begreifen ist, einen Weg aus dem Drogenkontext zu finden, aber andererseits auch, dass ein Teil dieser Frauen mit ihrer Situation überfordert ist. Beide Fälle stellen eine Aufforderung an die Drogenhilfesysteme dar, die Möglichkeiten, abhängigen Müttern zu helfen, zu erweitern. Dies gilt sowohl für die Mütter, die mit ihrem Kind zusammenleben und es erziehen, als auch für die Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr für ihr Kind sorgen. Gerade die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, wie dramatisch sich vor allem die Lebenssituation bei vielen der Teilnehmerinnen letztgenannter Gruppe darstellt, auch bei Kontakt zu Therapieeinrichtungen.

Nach den Erkenntnissen dieser Arbeit sollte mehr Beachtung darauf gelegt werden, den Müttern bei der Erziehung und Pflege ihrer Kinder sowie in anderen Bereichen des Alltags Hilfe anzubieten, auch um einem Verlust des Sorgerechts mit all den beschriebenen negativen Auswirkungen zuvorzukommen. Dabei sollte natürlich das Wohl des Kindes im Vordergrund stehen. Sicherlich könnten die Mütter jedoch bei mehr und differenzierterer Kenntnis über ihre Lebensumstände eine effizientere und mehr auf ihre Bedürfnisse und Probleme abgestimmte Unterstützung erfahren. Somit wäre ein wichtiger Schritt getan, die Chance, die sich drogenabhängigen Müttern bietet, umzusetzen und ihnen und ihren Kindern eine hoffnungsvollere und positivere, gemeinsame Zukunft zu ermöglichen.

## 7. Literaturverzeichnis

Algeier, R. (1981). Mutter-Kind-Probleme bei Klientinnen der Forschungsgruppe Drogenprobleme. In: Bschor, F. (Hrsg.): Sucht und Schwangerschaft, Berlin, 42-46.

American Psychiatric Association (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Dt. Bearb. und Einf.: Saß, H., Wittchen, H.-H., Zaudig, M. Red. Koordination: Houben, I. Göttingen, Hogrefe.

Andrews, J.A./ Hops, H./ Ary, D./ Lichtenstein, E./ Tildesley, S. (1991). The construction, validation, and use of a Guttman scale of adolescent substance use: An investigation of family relationships. Journal of Drug Issues, 21, 557-572.

Arenz-Greiving, I./ Dilger, H. (1994). Elternsüchte-Kindernöte. Freiburg.

Arnold, T./ Feldmeier-Thon/ Frietsch, R./ Simmerdinger, R. (1995). Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Substitutionsbehandlung in Hessen. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt/ M.

Arnold, T./ Steier, M. (1997). Wissenschaftliche Begleitung der sucht- und familientherapeutischen Einrichtung Villa Maria. Frankfurt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik ISS e.V. (= ISS-Aktuell 24/1997).

Arnold, W./ Eysenck, H.J./ Meili, R. (1987). Lexikon der Psychologie. Freiburg. Herder, Bd. 1 und 3.

Baller, A. (1989). Das KDO, das Büro für Kinder drogenabhängiger Elter. Amsterdam, Referat zum Thema Suchtprophylaxe bei Jugendlichen, Berlin.



Bauer, G. (1993). Übertragung von Mutter zu Kind. In: Gölz, J./ Mayr, C./ Bauer, G. (Eds): HIV und AIDS. Behandlung, Beratung, Betreuung. München, Wien, Baltimore. Urban und Schwarzenberg, 34-35.

Baumann, PS. (1978). Childrearing attitudes of drug abusing mothers. Unpublished master's thesis, California school of Professional Psychology.

Baumann, PS./ Dougherty, FE. (1983). Drug-addicted mothers` parenting and their children`s development. International Journal of the Addictions, 18(3), 291-302.

Berger, E./ Elstner, Th./ Fiala-Preinsperger, S. (2003). Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Veröff. in Vorber.

Bode, E. (1990). Lebensbedingungen von Frauen und spezifische Suchtentwicklungen. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Frau und Sucht. Hamburg, 19-51.

Brown, S. (1985). Treating the alcoholic. New York: Wiley&Sons.

Brudenell, RN. (1997). A grounded theory of protecting recovery during transition to motherhood. Am J Drug Alcohol Abuse, 23(3), 453-466.

Bundeskriminalamt (2001). Sucht und Suchtkrankheiten. [www.bka.de](http://www.bka.de).

Bundeskriminalamt (2004). Jahresbericht 2003. [www.bka.de](http://www.bka.de)

Bushong, M. (1990). When parents have a chemical abuse problem, in "Parents at risk" (R. Mercer) Springer Publishing Company, New York, 125-141.

Camp, JM./ Finkelstein, N. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment. Results of a demonstration project. J Subst Abuse Treat, 14(5), 411-22.

Chavkin, W. (1991). Jennifer Johnson's sentence. *J Clin Ethics*, 1, 140-141.

Chavkin, W./ Breitbart, V./ Elman, D./ Wise, PH. (1998). National Survey of the States: Policies and Practices Regarding Drug-Using Pregnant Women. *American Journal of Public Health*, Jan., Vol. 88, 1, 117-119.

Cohen, R. (1966). Some maladaptive syndromes of pregnancy; The puerperium. *Obstet Gynecol*, 27, 562-570.

Colten, ME. (1980). A comparison of heroin-addicted and non-addicted mothers: their attitudes, beliefs and parenting experiences. *Heroin-addicted Parents and their children: Two reports*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse Services Research Report, DHHS publication ADM 81-1028.

Conte, GL./ Mazzoni, S./ Serreti, A./ Fundaro, C./ Tempesta. (1994). "Separation" of the mother-child couple: pregnancy and maternity of drug-dependent women. *Acta Paediatr. Suppl.* 404, 47-53.

Correia, MA./ Oliveira, AP./ Almeida, JP./ Sing, CK./ Nobrega, JD. (1995). Drug-addicted mothers. *Acta Médica Portuguesa*, 8, 5-10.

Cronenwett, L. (1985). Network structure, social support and psychological outcomes of pregnancy. *Nurs Res*, 34, 93-99.

Davidson, GC./ Neale, JM. (1979). *Klinische Psychologie*. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union, 260.

Debus, G. (1987). Begriffsdefinition von Droge. In: Arnold, W./ Eysenck, HJ./ Meili, R.: *Lexikon der Psychologie*. Freiburg. Herder, Bd. 1 und 3.

Degkwitz, P./ Krausz, M. (1994). Stand und Perspektiven der Hilfsangebote für Kinder drogenabhängiger Eltern: Evaluation des Modellversuchs IGLU. Hamburg.

Degkwitz, P./ Krausz, M. (1995). Epidemiologie und Dokumentation im Drogenentzug. In: Schnittstelle Drogenentzug. Strategien, Praxis, und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe. (S. 263-275). Freiburg: Lambertus.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (2003). [www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de).

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1994, 1995 und 1998. Hamm 1993, 1994 und 1997.

Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, MH. (1993). Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 2. Auflage. Bern: Hans-Huber.

Dobler-Mikola, A. (1992). Drogenabhängigkeit bei Frauen. In: Brendel, C./ Brianza, A./ Rottenmeier, I. (Hrsg.): Frauen sichten Süchte. Lausanne, 45-66.

Duden "Etymologie" (1989), Mannheim, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, 2, 137.

Egami, Y./ Ford, DE./ Greenfield, SF./ Crum, RM. (1996). Psychiatric profile of sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *American Journal of Psychiatry*, 153, 921-928.

Eldred, CA./ Washington, MN. (1975). Female heroin addicts in a city treatment program: the forgotten minority. *Psychiatry*, 38, 75-85.

Fanshel, D. (1975). Parental failure and consequences for children. *American Journal of Public Health*, 55, 6.

Fanchel, D. (1975). Mothers whose children are in foster care. *American Journal of Public Health and Nat. Health*, 6 (6): 604-612.

Feldmann-Vogel, R. (1990). Suchtverhalten von Frauen ist anders als das der Männer. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Frau und Sucht. Hamburg, 79-88.

Finnegan LP./ Kaltenbach K./ Kandall SR./ Lester B./ Mayes LC./ Paltrow LM. (1996). The Conflicts for Parenting Drug Dependent Women- What does Research Show Us? NIDA Research Monograph, 162, 67- 69.

Finkelstein, N. (1990). Treatment Issues: Women and Substance Abuse, Report for the National Coalition on Alcohol and Drug Dependent Women and Their Children, Cambridge, Massachusetts.

Finkelstein, N. (1993a). Treatment programming for alcohol and drug-dependent pregnant women. International Journal of the Addictions, 28, 1275-1310.

Finkelstein, N. (1993b). The relational model. In: Kronstadt, D./ Green, PF./ Marcus, C. (Ed.): Pregnancy and Exposure to Alcohol and Other Drug Use. Rockville, 47-60.

Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women. Health and Social Work, 19, 7-15.

Fischer, R. (1994). Zur Dynamik des selbstorganisierten Ausstiegs aus der Drogenabhängigkeit: Schwangerschaft, Geburt und die Verantwortung für ein Kind. Drogalkohol, 18, 69-84.

Forschungsprojekt "Selbsteiler", Zwischenberichte 1986-1990. Fachhochschule Frankfurt/M., FB Sozialpädagogik.

Fraser, AC./ Cavanagh, S. (1991). Pregnancy and drug addiction - long-term consequences. Journal of the Royal Society of Medicine, 84, 530-532.

Friedman, AS./ Utada, AT. (1992). Effects of two group interaction models on substance-using adjudicated adolescent males. *Journal of Community Psychology*, 20, 349-374.

Gandione, M. (1986) L'affidamento del neonato di madre tossicodipendente: problematiche e metodologia di intervento. Proceedings of the XII Congresso Nazionale SINPI, Cefalù, Italy.

Garcia, SA. (1993). Maternal drug abuse: Laws and ethics as agents of just balances and therapeutic interventions. *International Journal of the Addictions*, 28, 1311-1340.

Grant, TM./ Ernst, CC./ Streissguth, AP./ Phipps, P./ Gendler, B. (1996). When case management isn't enough: a model of paraprofessional advocacy for drug- and alcohol-abusing mothers. *J Case Manag*, 5 (1), 3-11.

Gsellhofer, B./ Fahrner EM. (1994). European Addiction Severity Index Europ-ASI. Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem Europ-ASI. IFT Institut für Therapieforschung. München.

Hamburger Behörde für Inneres (2004). Pressesprecher Inneres. [www.hamburg.de](http://www.hamburg.de)

Hanel, E. (1989). Drogenabhängigkeit und Therapieverlauf bei Frauen in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Feuerlein, W./ Bühringer, G./ Wille, R. (Hrsg.): Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben? Springer Verlag, 148-169.

Happel, HV. (1988). Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 34.

Happel, HV. (1988). Selbstheilung bei Drogenabhängigkeit. *Bildung und Erziehung*, 41(2).

Happel, HV./Fischer, R./ Wittfeld, I. (1993). Selbstorganisierter Ausstieg, Überwindung der Drogenabhängigkeit ohne professionelle Hilfe.

Hasler, G./ Meili, D./ Wang, J./ Gitzwiller, F./ Davatz, F. (2001). Opiatabhängigkeit und Mutterschaft. In: Abhängigkeiten, Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, Ausgabe 2/2001. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, Schweizerischer Fachverband Alkohol- und Suchtfachleute, Oberkirch.

Hein, M. (2001). Stressverarbeitung und Persönlichkeitseigenschaften opiatabhängiger Frauen, die während einer Substitutionstherapie Mutter geworden sind. Psychologische Diplomarbeit 2001. [www.bisdro.uni-bremen.de](http://www.bisdro.uni-bremen.de).

Helberg, A. (1993). Kinder heroinabhängiger Eltern. Diplomarbeit Fachbereich Psychologie. Universität Hamburg.

Helbing, U. (1990). Die armen Kleinen. Suchtreport, 1, 26-31.

Helbing, U. (1991). Kinder von Süchtigen. In: Heckmann, W. (Hrsg.): Drogentherapie in der Praxis. Weinheim/Basel, 186-203.

Hilde, W./ Spreyermann, C. (1997). Lebenswünsche, Männerbilder und Frauenbilder- Lebenssinn und Zukunftsperspektiven als Ressource. In: Hilde, W./ Spreyermann, C.(Hrsg.): Action, Stoff und Innenleben. Frauen und Heroin. Freiburg.

Hogan, DM. (1998). Annotation: the psychological development and welfare of children of opiat cocaine users: Review and research needs. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 609-620.

Howard, J./ Beckwith, L./ Rodney, C./ Kropenske, V. (1989). The development of young children of substance abusing parents: Insights from seven years of intervention and research. Zero to three, 9, 8-12.

Jackson, MR./ Berry, GL. (1994). Motherhood and drug-dependency: The Attributes of full-time versus part-time responsibility for child care. *International Journal of the Addictions*, 29(12), 1519-1535.

Jacobsen, AE. (1972). Narcotic analgetics and Antagonists. In: Mule, J./ Brill, H.: *Chemical and Biological Aspects of Drug Dependence*. Cleveland/Ohio, 101-118.

Jaeffe, J./ Martin, WR. (1980). Opioid analgetics and antagonists. In: Goodman, J./ Gillmann, A. (Eds.): *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York, 494-534.

Jeruchimowicz Jeremy R., Bernstein VJ. (1984). Dyads at Risk: Methadone-Maintained Women and Their Four-Month-Old Infants. *Child Development*, 55, 1141-1154.

"junge welt" (2003). [www.jungewelt.de](http://www.jungewelt.de).

Kandel, DB. (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 183-196.

Kattner, E. (1991). Befunde bei Neugeborenen nach Drogenabusus bzw. -entzug bei der Mutter. *Gynäkologe*, 24, 334-338.

Kearney, MH. (1996). Reclaiming normal life: Mothers' stages of recovery og drug use. *JOGNN*, 25, 761-768.

Kearney, MH. / Murphy, S./ Rosenbaum, M. (1994). Mothering on crack cocaine: A grounded theory analysis. *Social Science and Medicine*, 38, 351-361.

Kenneth A./ De Ville JD./ Kopelman LM. (1998). Moral and Social Issues Regarding Pregnant women Who Use and Abuse Drugs. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, March, 25, 1, 237-234.

Kindermann, W./ Kindermann, S./ Sickinger, R./ Hedrich, D. (1992). Wege aus der Drogenabhängigkeit. Freiburg

Klein, M. (2001). Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität. In: Westermann, B./ Jelinek, C./ Bellmann, G.U. (Hrsg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Klemm-Vetterlein, S. (2000). Modellprojekt Fachberater Methadon. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Koeter, MWJ./ Hartgers, C. (1997). European Addiction Severity Index Europ-ASI. Cost A6. Preliminary procedure for the computation of the Europ-ASI Composite Scores. Amsterdam.

Kovalesky, A./ Flagler, S. (1997). Child placement issues of women with addictions. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 26(5), 585-92.

Krausz, M./ Verthein, U./ Degkwitz, P. (2000). Schlussbericht: Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen- Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.

Lawson, MS./ Wilson, GS. (1980). Parenting among addicted women. Child Welfare, Vol. LIX, No.2, 67-79.

Leenders, F. (1990). Das Risiko von Entwicklungsstörungen bei Kindern von heroin/methadonabhängigen Mütter. Ansätze und erste Erfahrungen mit einem Früherkennungs- und Betreuungsprogramm für Sozialarbeiter/-erzieher. Eigenverlag Bounman-Stiftung, Rotterdam.



Lenzen, H. (1994). Hilfen für Kinder drogenabhängiger Eltern- Erfahrungsbericht des Projektes IGLU in Hamburg. In.: Arenz-Greiving, I./ Dilger, H.: Elternsüchte- Kindernöte. Freiburg.

Lief, NR. (1985). The drug user as a parent. *Int J Addict*, 20, 63-97.

Lind-Krämer, R./ Timper-Nittel, A. (1992). Drogenabhängige Frauen- das Besondere ihrer Lebenslage. In.: Sickinger, R./ Kindermann, W./ Kindermann, S./ Lind-Krämer, R./ Timper-Nittel, A.: Wege aus der Drogenabhängigkeit. Freiburg, 227-260.

Lodge, A. (1976). Developmental findings with infants born to mothers on methadone maintenance: Apreliminary report. Symposium on Comprehensive Health Care for Addicted Families and Their Children. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

MacMahon, JR. (1997). Perinatal Substance Abuse: The Impact of Reporting Infants to Child Protective Services. *Pediatrics*, 100, 5, E1.

Maglin, A. (1974). Sex role differences in heroin addiction. *Social Casework*, 3, 160-167.

Mathieu, OR./ Reece, SM. (1976). Limited success with vigorous psychosocial intervention with drug addicted infants, Abstract: Ambulatory Pediatric Association, presented at meeting April 1976.

Mark, I. (1983a). The newborn addict, ante- and postnatal care. *Scandinavia Journal of Social Medicine*, 11, 11-16.

Mark, I. (1983b). Medroxyprogesterone acetat as a contraceptive for female drug addicts. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 11, 75-80.

McGahan, PL./ Parente, JA./ Parente, R./ McLellan, AT. (1986). *Addiction Severity Index. Composite Scores Manual*. Philadelphia, Pa.

McLellan, AT./ Luborsky, L./ Cacciola, J./ Griffith, J. Evans F./ Barr, HL./ O'Brien, CP. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.

McLellan, AT./ Luborsky, L./ O'Brien, CP./ Woody, GE (1980b). An improved evaluation instrument for substance abuse patient: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.

Merfert, B./ Dietsch, C./ Soltan, R. (1984). *Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit*. Reinbek.

Merrick, J. (1985). Addicted mothers and their children: a case for coordinated welfare services. *Child Care Health Dev*, 11, 159-69.

Merrick, J./ Pedersen-Bjergaard L. (1985a). Children of drug-abusing parents. In: "Child Abuse and Neglect in Scandinavia, ed. J. Merrick, Hans Reitzel, Copenhagen.

Mondanaro, J. (1989) *Chemically Dependent Women*, Lexington Books, Lexington, Massachusetts.

Nardi, D. (1998). Addiction Recovery for Low-Income Pregnant and Parenting Women: A Process of Becoming. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XII, No. 2, 81-89.

Neuman, LL./ Cohen, SN. (1975). The neonatal narcotic withdrawal syndrome. *Clinics in Perinatology*, II, 1.

Nichtern, S. (1973). The children of drug users. *J Am Acad Child Psychiatry*, 12, 24-31.

Noller, P. (1989). *Junkie-Maschinen*. Wiesbaden.

Nuckolls, KB./ Cassel, J./ Kaplan, BH. (1972). Psychosocial assets, life crisis, relationship of maternal perception of pregnancy. Am J Epidemiol, 95, 431-441.

Nufer, H. (1996). Was vermag der Kinderschutz? <und Kinder>, Nr. 55, 17. Jhg., Juni.

Olofsson, M./ Buckley, W./ Anderson, GE./ Friis-Hansen, B. (1983). Investigation of 89 children born by drug dependent mothers. Follow-up 1-10 years after birth. Acta Paediatr Scand, 72, 407-10.

Olofsson, M. (1993). The Care of Pregnant Drug Use and those with Babies/ Small Children: The Well-being of the Mother and the Child. In.: Women and Drugs. Ed.: Council of Europe, Pompidou-Group, Strasbourg, 63-76.

Palette, e.V./IGLU (Hrsg.): Drogen, Schwangerschaft und das Neugeborene. Hamburg 1992.

Pauls, W. (1992). Die Kinder von Süchtigen. Sozialmagazin, 7/8.

Platt, JJ./ Labate, C. (1982). Heroinsucht, Darmstadt, 36 f. In: Scheerer, S./ Vogt, I. (Eds.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt/M., New York. Campus, 1989. S.295.

Raben, R. (1994). Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft: Substitutions- und Reduktionsbehandlung. In: Arenz-Greiving, I./ Dilger, H. (Hrsg.): Elternsüchte-Kindernöte. Freiburg.

Referat für Drogen und Sucht des Landesamtes Hamburg (2001). [www.hamburg.de](http://www.hamburg.de).

Rementeria, JL./ Marrero, G. (1977). Drug-Addicted Family (Mother, Father and Infant): Some Sociomedical Factors, in: Drug Abuse in Pregnancy and Neonatal Effects, Hrsg.: Rementeria, JL. St. Louis: Mosby.

- Roizin, L. et al. (1972). Neuropathology of Drugs of Dependence. In: Mule, J./ Brill, H.: Chemical and Biological Aspects of Drug Dependence. Cleveland/Ohio, 389-411.
- Rosenbaum, M. (1979). Difficulties in taking care of business: Women addicts as mothers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 6,431-446.
- Rothstein, P./ Gould, JB. (1974). Born with a Habit: Infants of Drug-Addicted Mothers. Pediatric Clinics of North America, XXI, 2.
- Russi, EW. (1986). Opiatmissbrauch. Medizinische Komplikationen. Stuttgart.
- Sardemann, H./ Madsen, KS./ Friis-Hansen, B. (1976). Follow-up of children of drug-addicted mothers. Arch Dis Child, 51, 131-4.
- Scafidi, FA./ Field, T./ Prodromidis, M./ Rahdert, E. (1997). Psychosocial stressors of drug-abusing disadvantaged adolescent mothers. Adolescence, Vol. 32, No. 125, 93-100.
- Scheerer, S./ Vogt, I. (1989). Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt/M., New York.
- Scheib, H./ Steier, M. (1998). Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe. Frankfurt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik ISS e.V. (= ISS-Referat 3/1998).
- Scheidt, J.v. (1976). Der falsche Weg zum Selbst. Studie zur Drogenkarriere. München.
- Schmidbauer, W./ Scheidt, J.v. (1989). Handbuch der Rauschdrogen. Frankfurt.
- Schneider, W./ Happel, HV. (1989). Ausstiegchancen und Selbstheilung...weil nicht sein kann, was nicht sein darf. Suchtgefahren, 35, 273-76.

Seashore, MJ./ Leifer, AS./ Bernett, CR./ Leiderman, PH. (1977). The effects of denial in early mother-infant interactions on maternal self-confidence. In J.L. Schwartz and L.H. Schwartz (Eds.), *Vulnerable Infants: A Psychosocial Dilemma*. New York: McGraw-Hill, 136-150.

Select Committee on Children, Youth and Families, (1989a): *Born Hooked: Confronting the Impact of Perinatal Substance Abuse*. Washington, DC: US Government Printing Office; (1989b): *No Place to Call Home: Discarded Children in America*. Washington, DC: US Government Printing Office.

Shapiro, H. (1990). *Drugs, Pregnancy, Childcare- a Guide for Professionals*. Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD). London.

Simon, R./ Palazzeti, M. (1999). *Jahrestatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland*. EBIS-Bereich für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. *Sucht* 45, Sonderheft 1, August 1999.

Soer, J.v./ Strathenwerth, I. (1991). *Süchtig geboren*. Hamburg.

Sowder, BJ./ Burt, MR. (1980). *Children of heroin addicts: An assessment of health, learning, behavioral and adjustment problems*. New York: Praeger.

Stauber, M. (1981). *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei heroinabhängigen Müttern*. In: Bschor, F. (Hrsg.): *Sucht und Schwangerschaft*. Berlin, 6-13.

Strathenwerth, I. (1992). *Zum Scheitern verurteilt? Kinder von Heroinabhängigen*. In: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Kinder von Suchtkranken*. Tagungsbericht 1991. Hamburg.

Strausfeld, P. (1994). *Mutter-Kind-Therapie in einer Klinik für suchtkranke Frauen*. In: Arenz-Greiving, I./ Dilger, H.: *Elternsüchte- Kindernöte*. Freiburg.

Swadi, H. (1992). Relative risk factors in detecting adolescent drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 29, 253-254.

Tilden, VP. (1983). The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. *Res Nurs Health*, 6, 167-174.

Trost, A. (2004). "Mein Kind ist mein Leben" - Drogenabhängige Mütter und Bindungsstörungen. 39. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart. [www.aerztekammer-bw.de](http://www.aerztekammer-bw.de).

Tyler, R./ Howard, J./ Espinosa, M./ Doakes, SS. (1997). Placement with substance-abusing mothers vs. Placement with other relatives: infant outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 21, 337-349.

Uziel-Miller, ND./ Lyons, JS. (2000). Specialized substance abuse treatment for women and their children. An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 355-367.

Verein für Drogenpolitik e.V. (2002). [www.drogenpolitik.org](http://www.drogenpolitik.org).

Vogt, I. (1992). Abschlußbericht der Studie "Offene Drogenszene in Frankfurt/ Main". Frankfurt (unveröffentlicht).

Vogt, I. (1994). Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts "Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen BELLA DONNA, Essen", 2. Zwischenbericht (unveröffentlicht).

Vogt, I. (1996). Drogenabhängige Frauen, Schwangerschaft und Mutterschaft. In: *Beratung süchtiger Frauen, Konzepte und Methoden*, Hrsg.: Vogt, I./ Winkler, C., Lambertus.

Waldmann, H./ Muno, R. (1981). Sucht und Geschlechtsrolle bei opiatabhängigen Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Frau und Sucht, Hamm, 177 ff.

Weber, G./ Schneider, W. (1992). Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsendbericht Universität Münster. MAGS Düsseldorf.

Weiner, L./ Morse, B./ Garrido, P. (1989). FAS/FAE: Focusing prevention on women at risk. *Int j Addict*, 24(5), 385-395.

Wellisch, DK./ Steinberg, MR. (1980). Parenting attitudes of addict mothers, *International Journal of the Addictions*, 15(6), 809-819.

Westin, D./ Ivins, B./ Zuckerman, B./ Jones, C./ Lopez, R. (1989). Drug exposed babies: Research and clinical issues. *Zero to Three*, 9(5), 1-7.

WHO (1990). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Deutsche Bearbeitung: Wittchen, HU./ Semler, G.; Beltz-Test. Weinheim.

Wills, TA./ Vacarro, D./ McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use. A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20, 349-374.

Wilson, GS./ Desmond, MM./ Verniaud, WM. (1973). Early development of infants of heroin addicted mothers. *Am J Dis Children*, 126, 457.

Wilson, GS./ McCreary, R./ Kean, J./ Baxter, JC. (1979). The development of preschool children of heroin-addicted mothers: a controlled study. *Pediatrics*, 63, 135-41.

Wittchen, HU. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

Wittchen, HU./ Saß, H./ Zaudig, M./ Koehler, K. (1989). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Weinheim: Beltz.

Zenker, C./ Lang, P. (1993). Sozialmedizinische Begleitforschung zur Methadon-Substitution in Bremen. 2.Zwischenbericht, Bremen (BIPS).

Zuckermann, B. (1991). Selected Methodologic Issues in Investigations of Prenatal Effects of Cocaine: Lessons from the past. In: Kilbey, MM./ Asghar, K. (Eds.): Methodological Issues in Controlled Studies on Effects of Prenatal Exposure to Drug Abuse. NIDA Research Monograph Series, Vol. 114, Rockville, 45-54.



## 8. Danksagung

Um diese Arbeit schreiben zu können, haben mir einige Personen sehr geholfen, denen ich an dieser Stelle danken möchte:

Den befragten Opiatabhängigen danke ich für ihre Zeit, ihre Offenheit und die interessanten Gespräche. Ich wünsche ihnen alles Gute.

Prof. Dr. Michael Krausz als meinem Doktorvater danke ich dafür, dass durch die von ihm initiierte und durchgeführte Studie "Komorbidität - Psychose und Sucht" die vorliegende Arbeit erst möglich gemacht wurde sowie für seine freundliche Betreuung über seine Tätigkeit als Professor in Hamburg hinaus.

Dr. Peter Degkwitz und Dr. Uwe Verthein danke ich für die anregenden Diskussionen, die Doktorandenseminare und die fachliche Betreuung dieser Arbeit. Herrn Degkwitz danke ich dabei im Besonderen für die ständige Erreichbarkeit und die Zeit für viele für die Entstehung dieser Arbeit wichtige Gespräche.

Astrid Kühne möchte ich dafür danken, dass sie die organisatorischen Aufgaben wie die Terminabsprachen und die Weitergabe von Informationen übernommen hat.

Meinen Freundinnen und Freunden, im Besonderen Farzana, danke ich für die vielgestaltigen Hilfen, die moralische Unterstützung und die willkommenen Ablenkungen.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken für die Ratschläge, das Korrekturlesen, die Anregungen und die Kritik, sowie für die ständige Unterstützung auf allen erdenklichen Ebenen während der gesamten, langen Entstehungszeit dieser Arbeit.

## 9. Lebenslauf

### Persönliche Daten

<i>Name</i>	Klaas Lennert Voss
<i>Geburtsdatum</i>	21.02.1972
<i>Geburtsort</i>	Kiel
<i>Familienstand</i>	ledig

### Schulbildung

1979	Beginn der Schullaufbahn an der Brüder-Grimm-Grundschule in Kronshagen
1992	Abitur am Ernst-Barlach-Gymnasium in Kiel

### Hochschulausbildung

1994 bis 2001	Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
---------------	---

### Facharztausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

<i>Januar 2002</i>	Arzt im Praktikum in der medizinischen Abteilung des
<i>bis Juli 2003</i>	Wilhelmsburger Krankenhauses "Groß Sand" bei Prof. Scola
<i>August 2003</i>	Assistenzarzt in der Abteilung für Lungen- und
<i>bis Februar 2004</i>	Bronchialheilkunde des AK Harburg bei Prof. Dr. Kaukel sowie in der Zentralen Notaufnahme (internistisch) bei Dr. Linzer
<i>März 2004</i>	Assistenzarzt in der Chirurgischen Abteilung
<i>bis März 2005</i>	des AK Harburg bei PD Dr. Debus
<i>seit Mai 2005</i>	Assistenzarzt in der Barmbeker Kinderarztpraxis Dres. Coen Avila-Schäfer/Caspers-Hazay/Heinze

## **10. Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Verfasser und Jahr des Erscheinens kenntlich gemacht habe. Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, 04. Oktober 2005



