



FDR-ExpertInnenanhörung

Drogen – Schwangerschaft – Kind

Berlin, 29. Januar 2007

Bernd Westermann
Bereichsleiter „Substitution & Betreuung“
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.
Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe



Verwunschene Kinder – Engagierte Väter – Subversive Mütter

Versuche sinnvollen Handelns in einer Welt voller Eigensinn

Krankenkassenwerbung für die „Normalbevölkerung“

Was hat das zu tun mit dem Leben von Frauen und Männer, die (u. a.) drogenabhängig sind?

Eltern werden



Sie sind schwanger und auf einmal ist nichts mehr, wie es war. Schon mit dem ersten Ultraschallbild beginnt die Veränderung Ihres bisherigen Lebens. Vorfreude, Erwartungen, Sehnsüchte aber auch Ängste begleiten Sie durch die 40 Wochen Ihrer Schwangerschaft bis zur Geburt. Unser Ziel ist es, Sie auf dem Weg zum Eltern-Sein mit wertvollen Tipps und kompetenter medizinischer Information zu begleiten.



Verwunschene Kinder – Engagierte Väter – Subversive Mütter

Versuche sinnvollen Handelns in einer Welt voller Eigensinn

Vorgehensweise

- Rückblende: Behandlungszugang und Setting
- Zwei Entbindungen
- Verwunschene Kinder
- Engagierte Väter
- Subversive Mütter
- (Strukturelle) Schlüsse

Rückblende: Behandlungszugang und Setting

- Besonders schwer erkrankte Drogenabhängige und Schwangere hatten es vor zehn Jahren – und noch einige Zeit länger – **relativ am leichtesten**, in den Genuss einer (zumindest befristeten) Substitution zu gelangen.
- „Guter Hoffnung“ zu sein stand in einer Reihe mit neben wenig Hoffnung machenden **„vergleichbar schweren Erkrankungen“**.
- Eine weitere Gemeinsamkeit: Die jeweils „anderen Umstände“ bewirkten einen (ansonsten noch längst nicht herrschenden) **Pragmatismus**.
- **Reale Alternativlosigkeit** legte trotz „suboptimalen“ Behandlungsverlaufs die verzweifelte Devise nahe:
- Ein Behandlungs**versuch** ist fast immer besser als **kein** Behandlungsversuch.
- (Das galt für Schwangere noch einmal mehr als für „Schwerstabhängige“. Wer schickt schon eine Schwangere wegen „mangelnder Mitwirkung“ zurück auf die Szene?)



Rückblende: Behandlungszugang und Setting

- Kontinuität: Bis heute ist anerkanntermaßen für die „besonders schwierigen“ (manchmal schwer auszuhaltenden) Fälle ein **spezielles Setting** nicht nur von Vorteil, sondern die **einzige Chance einer sinnvollen Behandlung**.
- **Wie „schwierig“** ist es nun aber im Substitutionsalltag, mit der Kombination von Drogenabhängigkeit (,weiteren Erkrankungen) und Schwangerschaft umzugehen?
- Ist auch dafür eine **besondere Angebotsstruktur** zu empfehlen oder sogar unverzichtbar?
- Wenn ja: Warum? Und: Wie sollte diese Struktur aussehen und funktionieren?
- Wie der Alltag zeigt, ist bei der „Doppeldiagnose“ Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft – eher regelmäßig als ausnahmsweise – damit zu rechnen, dass wir mit Menschen zu tun haben, deren Vorstellungen und Verhalten unseren Ideen und Empfehlungen nicht unbedingt 1:1 entsprechen.



Zwei Entbindungen

Frau X, 30 Jahre

- Anfang Januar 2007: In einer (nicht spezialisierten) Berliner Klinik bringt Frau X ein gesundes Kind zur Welt. Es gibt keine nennenswerten Komplikationen, auch keinen dramatischen Entzug.
- Wie schon vorab klar war, handelt es sich erneut um ein Mädchen, die nunmehr fünfte Tochter.
- Frau X beweist eine nochmals gesteigerte „**Konspirationsroutine**“:
- Erst im November 2006, also im 8. Monat (!), erfahren Arzt, Betreuerin und Familienhelferin von der Schwangerschaft.
- Die unmittelbar vorangegangene 4. Schwangerschaft (die Tochter ist inzwischen 10 Monate alt) konnte Frau X bis in den 7. Monat verbergen.



Zwei Entbindungen

Frau X, 30 Jahre

- Frau X ist opiatabhängig seit über 13 Jahren, in Substitution seit 5 Jahren, die ersten beiden Jahren ohne psB. Seit 2003 wird sie in der A.I.D. betreut.
- Ab 2005 findet die ärztliche Versorgung jedoch außer Haus statt. Frau X folgte dem ebenfalls substituierten 32-jährigen Lebenspartner mit arabischem „Migrationshintergrund“ in dessen Praxis.
- Über die gesamte Schwangerschaft hinweg gab es eine stabile Substitution bei gleichbleibender Dosierung von 3-4 ml Methadon.
- Die letzten 1 ½ Jahre verzichtete Frau X auf „Beikonsum“ mehr, davor war es noch periodisch zu Heroin- und Alkoholrückfällen gekommen.
- Die geplante Interferon-Therapie der chronischen HCV wurde immer wieder verschoben.



Zwei Entbindungen

Frau X, 30 Jahre

- Wie ist es Frau X erneut gelungen, ihren Zustand geheim zu halten? Was hat sie dazu veranlasst?
- Die 3. Schwangerschaft war noch frühzeitig mitgeteilt worden. Substitution, medizinische Versorgung und psB fanden noch unter einem Dach statt. Auch der Partner war hier eingebunden (wie üblich: bei einem anderen Betreuer).
- Nach der 3. Entbindung gab es Verhütungsideen. Mittel der Wahl war (womöglich ja nicht zufällig) eine Spirale.
- Welche Rolle spielt(e) der Kindsvater? Frau X lernte ihn kennen, als er noch nicht „drauf“ war. Es heißt, sie habe ihn „verführt“.
- Hat er sie vor der früher praktizierten Prostitution „gerettet“? Trägt sie irgendeine „Schuld“ ab? Oder wartet er – und sie mit ihm – auf den unverzichtbaren Sohn?



Zwei Entbindungen

Frau X, 30 Jahre

- Die Töchterreihe im Überblick:
 1. Kind: 7 Jahre, von anderem Mann, mit dem Frau X auch zusammen wohnte, Wunschkind, Gewalt des Mannes als Trennungsgrund, Kind seit 6. Monat bei Mutter / Stiefvater des Ex-Partners
 2. Kind: vom jetzigen Lebenspartner, 4 Jahre, bei Frau X
 3. Kind: vom jetzigen Lebenspartner, 2 ½ Jahre, bei Frau X
 4. Kind: vom jetzigen Lebenspartner, 11 Monate, bei Frau X
 5. Kind: vom jetzigen Lebenspartner, nach Klinik bei Frau X
- Eine weitere Energieleistung: Außer den Kindern „versorgt“ und „betreut“ Frau X auch ihren antriebsarmen Lebenspartner.



Zwei Entbindungen

Frau X, 30 Jahre

- Frau X selbst gibt an, aus **Angst** und **Scham** über ihre Schwangerschaft(en) geschwiegen zu haben – ohne dass so leicht aussprechbar wäre, was sie damit meint. (Vor wem oder was hat sie Angst? Vor wem schämt sie sich weswegen?)
- Dem behandelnden Arzt konnte sie sich durch **Unauffälligkeit** entziehen.
- Sie musste nur alle sieben Tage in der Praxis erscheinen und schaffte es, dabei ausschließlich zu den Arzthelferinnen Kontakt zu haben.
- Gegenüber ihrer Betreuerin verfolgte Frau X mit Erfolg eine „**Doppelstrategie**“:
 - - keine Termineinhaltung, aber Erscheinen jenseits vereinbarter Termine
 - - Vereinbarung, im letzten Moment aber Verhinderung von Hausbesuchen
 - - „Nebelbomben-Werfen“ (Überschütten der Betreuerin mit anderen Themen).



Zwei Entbindungen

Frau X, 30 Jahre

- Auf welche Weise auch die Familienhelferin so lange unwissend gehalten werden konnte, ist bislang nicht genauer bekannt.
- Geradezu „umzingelt“ von HelferInnen hat es Frau X geschafft, sich im Wesentlichen von niemandem „hineinreden“ zu lassen.
- **Ihr Bauch gehört ihr!**



Zwei Entbindungen

Herr Y, 39 Jahre

- Herr Y hat sich **entschieden**, im April **Vater zu werden**. Seine Freundin, wesentlich jünger als er, ist schwanger.
- Sie sind – bis auf eine mehrwöchige Unterbrechung – seit 1 ½ Jahren zusammen.
- Zu Beginn der Substitution, Ende 2004, hatte Herr Y ganz klar **drei Ziele** benannt: **Wohnung, Freundin, Arbeit**.
- Nach seiner Haftentlassung wohnte er noch lange bei seinem über 100-jährigen pflegebedürftigen Großvater.
- Eine Arbeit als Altenpfleger (auf MAE-Basis) hatte er einige Zeit ausprobiert. Seine Tattoos und die damit verbundenen Irritationen sowie sein mächtiges Transpirieren veranlassten ihn, diesen Job „ausschleichend“ aufzugeben.



Zwei Entbindungen

Herr Y, 39 Jahre

- Nach einer ersten Stabilisierung durch die Substitution kam es zu Monaten der **Stagnation**. Eine Freundin zu haben, führte auch noch nicht zu einer Wende. (Immerhin: Der Alkoholmissbrauch, inzwischen das letzte und einzige „Beikonsum“-Problem, war über längere Phasen relativ gut unter Kontrolle.)
- Im Sommer 2006, beim Karneval der Kulturen, verliebte sich die Freundin in einen anderen Mann: ebenfalls substituiert und ehemaliger „Knastkollege“ von Herrn Y.
- Damit kam Herr Y überhaupt nicht klar! Er reagierte zunächst moralisch entrüstet, depressiv und mit jeder Menge Alkohol.
- Dann aber besann sich Herr Y auf das früher erlernte Modell, Rivalitäten zu klären: Er eroberte seine Freundin „im Handstreich“ zurück. Der Konkurrent lag einige Zeit im Krankenhaus.



Zwei Entbindungen

Herr Y, 39 Jahre

- Kurz darauf war allerdings klar: Die zurück gewonnene Frau ist **schwanger**, und zwar mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht von Herrn Y.
- Nach zwei Wochen des Hin- und Hergerissenseins „adoptierte“ Herr Y das ungeborene Kind und wurde auf diese Weise werdender Vater.
- Seit Dezember hat das Paar die Schlüssel für eine gemeinsame Wohnung.
- Jetzt hat Herr Y auch jede Menge Arbeit: Er baut mit größtem Eifer das „Nest“ für seine „mit aller Gewalt“ gegründete Familie.
- Dazu passt dann auch die Substitution nicht mehr. Herr Y hat mit der Abdosierung begonnen.

Verwunschene Kinder

- Das Thema Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft“ provoziert offensichtlich zu **moralischen** Statements.
- **„Nicht alle drogenabhängigen Eltern sind schlechte Eltern.“**
- **„Auch die Kinder von Drogenabhängigen sind Wunsch Kinder.“**
- Das ist im Sinne von **„Anti-Stigma“** gemeint. Es ist sicher richtig, aber **nicht die ganze Wahrheit**.
- „Verwunschen“ meint: Etwas ist nicht nur, was es ist, sondern immer noch etwas darüber hinaus, etwas weniger profanes. (Frosch = Prinz, Spindel = hochpotentes BtM) Es gibt einen **enormen Bedeutungsüberschuss**.
- „Verwunschen“ zu sein, ist **höchst ambivalent**: Es kann heißen, **„verzaubert“** zu sein, ein **positives Potential**, ebenso aber / manchmal zugleich, ist da etwas mit einem **„Fluch“** beladen, der **erhebliche Risiken** mit sich bringt.



Verwunschene Kinder

- Drogenabhängige erleben „**Mehrfachschwangerschaften**“ - mehr noch als schon „normale“ Frauen - auch dann, wenn nur ein Kind heranwächst:
- - An diesem Kind hängt ein **Erwartungspaket**, hinter dem es mitunter fast verschwindet.
- - „Ausgetragen“ wird das Kind selten allein von der Mutter, sondern von allen, die mit ihr „**gemeinsam schwanger**“ sind.
- Das kann **erlösend** aber auch **zusätzlich belastend** sein und massive **Widerstände** auslösen.
- **Angst** und **Scham** sind tatsächlich die zentralen Motive schon für das Verstecken von **Kinderwünschen** und dann für das **Nicht-Bemerken**, **Verbergen** und **Verleugern** von Schwangerschaften.

Verwunschene Kinder

- „mixed emotions“:
- Kann man sich z. B. auf das Ergebnis einer Vergewaltigung oder eines „Prostitutionsunfalls“ freuen?
- Welche Angst ist größer: Die vor der Abtreibung oder die vor dem Austragen?
- Hat das Kind eine Chance von den anderen (dem Vater oder seinem Vertreter, dem privaten Umfeld, den HelferInnen...) akzeptiert zu werden?
- Kann ich – vielleicht ja selbst kaum Kind gewesen – mit einem Kind umgehen?
- Nicht selten bleiben Kinder drogenabhängiger Frauen einen großen Teil ihrer ersten 40 Wochen (wie Feen oder Elfen) jenseits der Wahrnehmungsschwelle.
- Das kann seinen Grund haben im Dauer-„Breit“-Sein der Mutter und somit (und / oder z. B. trauma-induziert) in einer gänzlich verrückten Körperwahrnehmung.

Verwunschene Kinder

- In einigen Fällen erleben wir auch, dass **nicht einmal die elementarste Aufklärung** stattgefunden hat.
- Vielleicht geht das Kind – unbeachtet – von allein wieder weg?
- Und dann gibt es noch – wie im Märchen – den Weg des „**Weg-Wünschens**“:
- Beim Weiterkonsumieren würde ein Kind stören.
- Andererseits und außerdem lassen sich die mit der nicht zweifelsfrei gewollten Schwangerschaft verbundenen Selbstzweifel und Schuldgefühle am besten mit Drogen ertragen.

Engagierte Väter

- Über Schwangerschaft zu reden, ohne Männer mitzudenken, macht wenig Sinn.
- Auch **distanzierte** Väter spielen eine immense Rolle, egal ob sie nun unbekannt, abwesend, nicht verfügbar oder emotional unbeteiligt sind.
- **Engagement** – das Gegenteil von Distanz – heißt soziologisch (Norbert Elias folgend):
- **Anteilnahme, Beteiligung, Involviert-Sein**, verbunden mit **Projektionen** eigener Wünsche oder Ängste auf ein emotional aufgeladenes Objekt, z. B. auch auf ein Kind.
- Das kann verbunden sein mit **waghalsigen Theorien** und dadurch **reduzierten Möglichkeiten, Risiken abzuschätzen und zu kontrollieren**.
- Erzeugt wird dieses Engagement bei substituierten Vätern (und Müttern gleichermaßen) durch **Erleben und Bewertung ihrer Gesamtsituation**, zu der ganz zentral die Behandlung gehört.

Herr Y gehört zu den „Rettungsbootbauern“.



Er ist einer derjenigen Patienten, die ein „**Konstrukt**“ finden und benutzen, um von der „Insel der Substituierten“ zum „Festland der Normalität“ zu gelangen.

Das kann **auch ein Kind** sein.

Diese „Rettungsboote“ sind meist **furchtbar überladen!**



Frau X arbeitet an der Kolonisierung der Insel.



Sie ist dabei, **sich einzurichten**, sich – **auch in der Behandlung** – niederzulassen, ihren (Kinder-)Garten anzulegen.

In der Patientenrolle kennt sie sich bestens aus.

Sie hat das Inselleben angenommen, profitiert sogar davon.



Subversive Mütter

- Sich „**subversiv**“ verhalten heißt, **eigene (Wert-)Vorstellungen** durch **Handeln im Verborgenen** gegenüber einer **dominierenden Umgebung** durchzusetzen.
- Subversivität kann somit als ein **Akt der Selbstbehauptung** verstanden werden.
- (Bei Michel Foucault und in der Kunst wird ihre emanzipatorische Seite betont.)
- Subversive Mütter entdecken und demonstrieren eine **Energie**, die sich ja eventuell in für alle, vor allem für das Kind, konstruktive Bahnen lenken lässt.



(Strukturelle) Schlüsse

- **Die** schwangeren Drogenabhängigen gibt es natürlich nicht.
- (Und neben ihnen gibt es dann noch die drogenabhängigen Schwangeren – nur **ein anderer Fokus, und doch mit Folgen:**
- Drogenabhängige Schwangere sind **in erster Linie** schwanger – und außerdem noch drogenabhängig. Bei ihnen ist zu klären, was man **zusätzlich** zu beachten hat.
- Schwangere Drogenabhängige sind nicht selten Drogenabhängige, die „**nun auch noch**“ **schwanger** sind.
- Hinter dieser meist unausgesprochenen Wendung stecken die (in vielen Fällen sehr gut nachvollziehbare) skeptische Frage: „**Wie soll das bloß gut gehen?**“ und der **Verdacht als spezielle Aufmerksamkeitsform.**
- Darauf bleibt die (subversive) Antwort natürlich nicht aus!



(Strukturelle) Schlüsse

- Welche Frauen könnten während ihrer Schwangerschaft – und darüber hinaus – davon profitieren, dass die Triade A (Substituierender Arzt), B (Betreuer) und C (chronisch kranke, schwangere Patientin) unter einem Dach vereint ist?
- Wie sähe – alternativ zu dieser Modellstruktur – das obligatorische und zugleich realistische **Mindestmaß an Zusammenarbeit** aus?
- Was geschieht überhaupt durch ein solches Setting?
- Ohne die professionelle Arbeitsteilung zwischen den DisziplinvertreterInnen aufzuheben, im Gegenteil, diese noch aufwertend, kommt es
 - - zur **gegenseitigen Anreicherung der Perspektiven**
 - - zur **Schärfung der Profile** (Der Alltag formt **andere** ÄrztInnen und BetreuerInnen.)
 - - und zu einer **gemeinsamen Sprache** (!!!), d.h. zu „kurzen Wegen“ nicht allein im räumlichen Sinne, sondern auch im Sinne einer effizienten Kommunikation.



(Strukturelle) Schlüsse

- **Macht-Fragen** werden neu gestellt und beantwortet.
- - Stärkung der Macht der **ÄrztInnen** (Informationen, Bewertungsgrundlagen, Koalitionsmöglichkeiten, Autorität von Empfehlungen...)
- - Stärkung der Macht der **BetreuerInnen** aber **auch der PatientInnen** (auf denselben Ebenen)
- Nicht wenige (schwängere) Patientinnen allerdings sehen sich erst einmal mit einer deutlichen **Über-Macht von KontrolleurlInnen** konfrontiert. (Außer den genannten gibt es ja noch einige weitere.)
- Als störende Beigabe der gebündelten Dienstleistung ist das für die meisten erträglich.
- **Macht ist kein „Nullsummenspiel“**, Machtzuwachs auf einer Seite geht nicht unbedingt auf Kosten der anderen.
- Diese Einsicht wächst aber erst aus entsprechender Erfahrung.



(Strukturelle) Schlüsse

- Diese Erfahrung muss **ermöglicht** werden, unter dem sachlichen und zeitlichen Druck einer Schwangerschaft ggf. auch mit einem gewissen **Nachdruck**.
- Dazu muss die in der Drogenhilfe mitunter noch geläufige **Verwechslung von „Freiwilligkeit“ mit Unverbindlichkeit** überwunden werden.
- („Freiwilligkeit“ kann eine – bequeme – Helferideologie sein, mit deren Hilfe sich die Verantwortung für die Nicht-Akzeptanz von Angeboten abschieben lässt.)
- Die **Selbstverständlichkeit von Verbindlichkeit** ist die m. E. einzige (auch im Drogenbereich inzwischen bewährte) Lösung. Sie nimmt dem Obligatorischen den lähmenden Schrecken der Sanktion.
- Nach der im Notdienst 2006 organisierten intensiven Diskussion über die konstruktive Nutzung von „Zwangskontexten“ beginnt gerade die Arbeit am Konzept für eine **„Obligatorische Elterngruppe für Substituierte“**.



Ganz zum Schluss:

- Der Wissensbestand zum Thema „Opiatabhängigkeit und Schwangerschaft“ ist in den letzten Jahren **nicht** explosionsartig gewachsen.
- Die meisten der den Referenten in der Ausschreibung für diese Veranstaltung gestellten Fragen hätte man vor zwei oder auch schon vor fünf Jahren **nicht anders** beantwortet als heute.
- (Ein Teil der Fragen klingt allerdings wie vor zehn und mehr Jahren formuliert, insbesondere die zu den Themen **Abdosierung** des Substituts und **Abbruch** der Substitution.)
- In solchen Einzelfragen ist der **Konsens** zwischen Wissenschaft und Praxis inzwischen deutlich **verschoben**.
- Veränderungen in der Behandlungspraxis beruhen zum kleineren Teil auf Forschungsergebnissen. Eine deutlich größere Rolle spielen selbst gewonnene und / oder im Kollegenkreis kommunizierte **Erfahrungen**.
- Auch dieser Austausch ist noch unzureichend institutionalisiert.



Ganz zum Schluss:

- Heute vor allem gefragt ist ein **funktionierender Transfer praktikablen Wissens** a) aus der Forschung in die Helfersysteme, b) zwischen den Helfersystemen sowie c) an die Schwangeren und auch an deren Umfeld.
- Außerdem geht es um eine **effiziente Organisation aller nötigen Hilfen bei geklärteter Verantwortlichkeit für deren Koordination.**
- (Die Frage, **welche Berufsgruppe** für so etwas wie „**case management**“ die besten Voraussetzungen hat, ist grundsätzlich relativ leicht zu beantworten: Die substituierenden Ärzte sind es aus verschiedenen Gründen i. d. R. nicht.)
- Unweigerlich stoßen Wissenschaft und Behandlungspraxis beim Thema „Opiatabhängigkeit und Schwangerschaft“ immer wieder auf schwierige **Bewertungsprobleme.**
- Letztlich rettet nichts und niemand vor der Herausforderung, **bestinformierte verantwortliche Einzelfallentscheidungen** zu treffen, **alle Beteiligten in angemessener Weise einzubinden** und bei all dem **die nötige Ausdauer** an den Tag zu legen.



Ganz zum Schluss:

- Wenn es die **Instrumente**, die uns das alles erleichtern könnten, nicht gibt, müssen wir sie **erfinden**.
- Z. B.:

contra  **dict**
KONSUMKONTROLLTRAINING FÜR (DROGEN)-ABHÄNGIGE





Danke an all meine hilfreichen KollegInnen!

Danke für die Aufmerksamkeit!

Infos: bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org

www.aid-berlin.org

www.drogennotdienst.org