

euroTC Symposium und Training Session 2010:
Voneinander Lernen – Integration durch Kooperation
Berlin, 9.-10.12.2010

Substitution, Schwangerschaft und Therapie



Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch
Prof. Dr. Ruthard Stachowske

Substitution, Schwangerschaft und Therapie

-1-

Substitution, Schwangerschaft und Therapie

- Stand der Wissenschaft und
Diskussion
- Aktueller Stand der Wissenschaft

Liebe Kolleginnen und Kollegen

- ich bedanke mich ganz herzlich für die Möglichkeit, heute im Rahmen der Euro-TC-Konferenz zu Ihnen sprechen zu können
- Veröffentlichungen früherer Euro-TC-Konferenzen haben mich bei meiner Arbeit begleitet
- einige dieser Beiträge waren bei der Entwicklung des Themas, über das ich heute zu Ihnen spreche, richtungweisend

→ beispielhaft möchte ich nur die Arbeiten von Verena Schäfer und von E. Assmy bei Euro-TC „Sucht ohne Grenzen“ 1993 und Euro-TC 1996 benennen



Verena Schäfer hat damals ausgeführt:

- „Es ist die Freiheit jedes einzelnen Menschen, sich für die Drogen zu entscheiden, das Kind aber, das diesen Entscheidungsprozeß noch nicht vollziehen kann, hat ein Recht auf Leben, von daher ist es unsere Pflicht, dafür zu sorgen, daß das Kind zu seinem Recht gelangt, nämlich zum Recht auf menschenwürdiges Leben.
- (...) All dies kann ihm nur in einem drogenfreien Milieu zuteil werden. Es ist unsere höchste Pflicht, diese grundlegende Bedingung nie zu vergessen“.

SCHÄFER, 1993, S. 133



- das Thema „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“ ist ein Thema, über das wir einerseits viel wissen ...
- das andererseits wahrnehmbar von „fühlbaren“ Belastungen, nicht geklärten Fragestellungen und z. T. auch verdrängten Inhalten besetzt ist ...
- es ist ein schwer zu greifendes Thema

→ das Thema „Substitution und Schwangerschaft“ ist mit „Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft und Therapie eng verbunden, da eine Substitution immer ein professionelles Handeln in der Folge einer Drogenabhängigkeit ist

- die pharmakologischen Substanzen, die in einer Drogenabhängigkeit, in einer Substitution und in einer Substitution mit Beikonsum auf das ungeborene Leben wirken, sind in ihrer Bedeutung für das ungeborene Leben annähernd identisch
- daher werde ich im Folgenden „Substitution, Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft“ synonym nutzen

die Wissensbestände

- wir erleben in den Therapien mit abhängigen erwachsenen Klienten das sie aus ihrem Leben, ihrer Geschichte und der Entwicklung der Abhängigkeit erzählen
- und da spricht immer auch „die Seele des Kindes“ dieses erwachsenen Menschen
- jeder erwachsene Klient erzählt gleichsam auch die Geschichte seiner Kindheit und seine Familiengeschichte

unsere Forschungsergebnisse zeigen:

- die Abhängigen von heute sind überhäufig selber „Kinder aus suchtkranken Familien“
- „Kinder“ aus suchtblasteten Schwangerschaften und „Kinder“ von abhängigen Müttern und Vätern.

- häufig genug haben ihre Eltern bereits die Medikamente und Drogen konsumiert, die ihre „Kinder“ als erwachsene Drogenabhängige später auch genutzt haben
- ab ca.1945 waren dies auch die Medikamente, die heute in der Substitution genutzt werden
- so die Opiate wie Methadon, Polamidon und Buprenorphin (das früher Fortal und Temgesic hieß)

- wenn wir also wissen wollen, wie Substitution, Schwangerschaft und Therapie sich zueinander verhalten, können wir die erwachsenen Klienten nach ihrem Leben fragen
- um „ihr Leben“ und ihr „So-Geworden-Sein“ zu verstehen

die andere Seite:

- dieses Thema ist durch viel Unklarheit und Nichtwissen und Verdrängen und Verschweigen geprägt
- wir wissen heute immer noch nicht **sicher**, „Was geschieht in Schwangerschaften und Substitutionen?“ und „Wie können diese Therapien gelingen?“

in den nächsten 20 Minuten werde ich Ihnen

- die wichtige und verdrängte Geschichte dieses Themas vorstellen
- über die Wissenschaft und Fachlichkeit „von heute“ sprechen
- über den Zusammenhang zwischen „Schwangerschaft, Substitution und Therapie“ sprechen
- die nicht geklärten Fragen des Themas benennen
- Forschungsergebnisse über substituierte Schwangerschaftsverläufe und die Lebensentwicklungen der Kinder vorstellen
- über die Möglichkeit von Hilfen sprechen
- und mögliche Lösungen aufzeigen

die Geschichte des Themas

- im Folgenden möchte ich über die „wichtige und verdrängte Geschichte des Themas“ in zwei Teilen sprechen
1. über die Entwicklung ab 1803/1806 bis ca. 1960
 2. über die Entwicklung von 1960 bis in unsere Zeit 2010.

1. die wichtige und gleichsam verdrängte Geschichte des Themas

I 1803/1806 – ca. 1960

- wenn ich heute über die „verdrängte Geschichte“ dieses Themas spreche, so gibt es eine wissenschaftliche Begründung, im Jahre 2010 der Geschichte dieses Thema an prädestinierter Stelle zu erörtern ...
- aktuelle Lebensentwicklung ist Ausdruck eines mehrgenerationalen Prozesses
- wir können aus der Familiengeschichte der Betroffenen viel lernen

- die Lebensentwicklung des Einzelnen ist Ausdruck seines individuellen Lebens und seiner familiären Entwicklung, der sich in der Entwicklung dieses Lebens zeigt
- und ist Ausdruck eines mehrgenerationalen Prozesses, der sich in diesem Leben zeigt

Horst Eberhard Richter, einer der großen Deutschen Familientherapeuten sagte zu diesem Thema:

→ “Although we might want to disagree, we have to explore the history of fathers and grand-fathers, which they had concealed. We can’t know who we are and what we want, not until we know who they were and that they wanted. We don’t want to hurt them, but we will feel unclear and dependant as long as we don’t get rid of their ambiguity.”

(Richter 1992, 30)

und schon in der Bibel war zu lesen

→ „Werden die Missetaten der Väter heimgesucht bis ins dritte und vierte Glied.“

Römer II



- ein wesentlicher zeitgeschichtlicher Faktor für die Entwicklung der aktuellen Drogenepidemie und gleichsam ein wesentlicher Teil der Geschichte des Themas „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“
...
- in Europa gab es ab ca. 1826 eine historische Drogenepidemie
- die in Quantität und Qualität noch ein größeres Ausmaß hatte, als die Epidemie, die wir heute erleben

- ab ca. 1860 hat das Thema „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“ eine Bedeutung – seit dieser Zeit werden „Generation für Generation“ Kinder geboren, die in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung an den Drogen partizipiert haben, die ihre Mütter konsumiert haben
- dies waren weitgehend die Drogen, die wir auch heute kennen
- das Thema meines Vortrags ist ein „mehrgenerationales Thema“, dessen Geschichte sehr weitgehend verdrängt ist

Drogen-Substanzen

Jahr d. Isolierung/ Synthese	Internationaler Freiname	Entdeckung / Isolierung durch	Zitiert nach
1806* (1)	Morphin	Sertuerner	III : 596
1817	Emetin	Pelletier	I : 462
1819	Coffein	Runge	II : 745
1826	Brom		III : 596
1829	Nicotin	Posselt-Reimann	II : 745
1832	Narcein	Pelletier	II : 745
1833	Codein	Robiquet	II : 745
1833	Atropin	Geiger-Hesse-Main	III : 596
1860	Cocain	Niemann, Göttingen	
1874	Salicylsäure synth.	Kolbe	III : 597
1875	Codein wird als Husten-sedativum angewandt		III : 598



Drogen-Substanzen

Jahr d. Isolierung/Synthese	Internationaler Freiname	Entdeckung / Isolierung durch	Zitiert nach
1884	Cocain wird in die augenärztliche Anästhesie eingeführt		III : 598
1887	Ephedrin T	Nagai	I : 461
1887	Amphetamin synth.	Edelano	III : 598
1888* (5)	Dionin/therap. Anwendung		III : 598
1889* (6)	Sulfonal	Raumann/Kast	III : 598
1893	Migränin		RMI 10.391
1895	Barbitursäure Synthese	Fischer	III : 599
1896	Eucaïne	Vinci/Harries	III : 599



Drogen-Substanzen

Jahr d. Isolierung/ Synthese	Internationaler Freiname	Entdeckung / Isolierung durch	Zitiert nach
1898* (7)	Heroin/Diacetyl-morphin T	Dreser	III : 599
1898	Mescaline	Heffter	III : 599
1899	Aspirin/Anti-Pyreticum	Dreser	III : 599
1903* (8)	Veronal T/ Einführung in die Therapie		III : 599
1904	Novocain/Procain, Lokalanästhetika		III : 600
1906* (9)	Eukodal	Freund	I : 386
1907* (10)	Bromural		III : 600
1908	Pantapon		I : 387
1910-1918	Dilaudid T Dicodid T	Knoll Knoll	I : 387 I : 387



Drogen-Substanzen

Jahr d. Isolierung/Synthese	Internationaler Freiname	Entdeckung / Isolierung durch	Zitiert nach
1912* (11)	Trivalin		
1912	Luminal		III : 600
1920	Ephedrin/Synthese T		III : 601
1922	Barbitursäuren/synth. und symmetrische		III : 601
1938	Pervitin		
1940	Dolantin	Schaumann	
1942	Polamidon/ Methadon		III : 605; III : 605
1943	Dexedrin/ Appetithemmer		III : 605
1943	LSD T	Hoffmann	III : 605
1948	Antabus/Alk.- Entziehung		III : 606



- die Substitution ist keine Erfindung der Neuzeit seit 1990, sie hat ihren Ursprung in der historischen Drogenepidemie
- ab ca. 1860 als medizinisch anerkannte Methode zum Heilen der vielen Abhängigkeitskranken entwickelt und akzeptiert
- und aus dieser Zeit der verdrängten historischen Drogenepidemie ab ca. 1860 f. gibt es wertvolle überlieferte Dokumente zu dem Thema „Substitution und Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft und Therapie“

→ im Folgenden möchte ich Ihnen kurz einige wichtige Daten zu Substitution, Drogenabhängigkeit Schwangerschaft und Therapie zeigen

Académie des sciences zu Paris.
Sitzung vom 11. Januar 1886.

Vorz.: Jurieu de la Gravière

1) Feltz: Untersuchungen über die Abschwächung des Milz-

Académie des sciences du Paris.
Sitzung vom 11. Januar 1886

terres vaccinales anticharbonneuses).

2) Cadéac und Malet: Der Uebergang des Morphinum von der Mutter auf den Foetus.

Vortragende haben, um die überaus wichtige Frage der Uebertragbarkeit des Morphinum von der Mutter auf den Foetus zu entscheiden, eine Reihe von Untersuchungen angestellt, welche sich auf 3 Thierspecies erstreckte: nämlich Pferde, Hunde und Meerschweinchen. Was die ersten

beiden (2) Cadéac und Malet: Der Uebergang des Morphinum von der Mutter auf den Foetus

10 weiblichen Meerschweinchen, die an Morphinum vergiftet waren, ergaben ein negatives Resultat, während die anderen 10 weiblichen Meerschweinchen, die an Morphinum vergiftet waren, ein positives Resultat ergaben. Es ergab sich also von den 18 Versuchen nur bei zweien ein positives Resultat, so dass der Schluss berechtigt erscheint, dass Kinder morphin-süchtiger Mütter nur selten an Morphinintoxication leiden.



Das Morphiumswesen bei Kindern
 Allgemein produziert Opium bei starker Erregung
 gewissen Grad an Erregung gefolgt von
 Schlaf (Müdigkeit); die Wiederholung des
 Dosis verbraucht den nachfolgenden Effekt
 nur...

Ve
fa

Bestellnummer	 Bestellnummer	Friststempel	 Friststempel
Leihfrist	Bibliographischer Nachweis A11100 S11 ISBN 1=vorl-	Signatur	R J24111
Aus:	Besteller: Stachowski, Schlesien str.2,212 Reppenste Dieser Abschnitt muß bis zu Rücksendung im Buch bleiben! Zahl der Bände		Benutzer wünscht unberechnete Kopie Falls Kopie nur gegen Berechnung möglich, bis <input checked="" type="checkbox"/> maximal DM erledigen, sonst Rückfrage mit Preisangabe erbeten! Falls nicht bis erledigt, zurück. (Datum)
	Bücher: Name, Vorname des Verf., Titel, Aufl., Ersch.-ort u. -jahr, ggf. Serie u. Bd Zeitschriften: Titel (ungekürzt), Bd. Jahr Runkel, J.: "Über die Verwertung des Heroins in der Kinderpraxis" - Medizinische Dissertation - Bonn 1900		Zahl der Bände:
	Bei Aufsätzen: Verf., Titel, Seitenangabe Andere/neuere Ausgabe/Auflage/Übersetzung/Reprint erwünscht - Nicht Gewünschtes streichen!		
 Universität Lüneburg - Bibliothek -	Zahl der Bände	Bestelldatum u. Unterschrift d. Sachbearbeiters	Universität Lüneburg - Bibliothek - Postfach 2440

Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter.

Von Dr. E. Döbeli, Dozent für Kinderheilkunde in Bern.

(Bei der Redaktion eingelaufen am 25. Dezember 1912.)

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen über die Empfindlichkeit verschieden alter Tiere gegen die Opiumalkaloide (sich Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. IX, Nr. 8) lauteten wie folgt:

1. Saugende Kaninchen, die sich nur von Muttermilch nähren, sind gegen Tinct. Opii, Pantopon und Morphinum auf das Kilogramm Körpergewicht berechnet, mehr als doppelt so empfindlich wie die ausgewachsenen Tiere.

Etwas ältere Kaninchen dagegen zeigen diesen Medikamenten gegenüber genau die gleiche Empfindlichkeit wie ausgewachsene.

2. Für das Codein ist die Empfindlichkeit aller Altersstufen die gleiche.

Eingangs der gleichen Arbeit habe ich auch einen Auszug der wichtigsten Literatur über die Morphinumtherapie im Kindesalter angeführt; diese war aber nicht imstande, einen klaren Begriff von dem Werte dieser Medikation zu geben, dagegen konnte ich aus der Zusammenstellung der toxikologischen Literatur über Opiate zu

Die dämonische Macht des Morphins ist auch bei Tieren erweislich. Ich habe Tauben tagelang immer zu einer bestimmten Tageszeit mit Morphin versehen und feststellen können, daß die Wirkung nach Stunden abklang und die Tiere dann, kaum Nahrung aufnehmend, in einem Depressivzustand im Käfig hockten, aber flügelplatternd herankamen, wenn ich mich mit der Spritze näherte.

Eine Katze erhielt längere Zeit hindurch täglich Morphin eingespritzt. Nach einiger Zeit zeigte sie sich regelmäßig vor der Injektion apathisch. Durch die dann erfolgte wurde das Benehmen stets in das Gegenteil umgewandelt. Das Tier ging nach 34 Tagen durch Ernährungsstörungen unter Abmagerung zugrunde. Die leidenschaftliche Begierde nach Opium wurde auch bei einem Affen festgestellt. Weit in das Tierreich hinunter, bei Ratten usw. und sogar bei Bienen nahm man ein starkes Begehren nach Opium bzw. Mohn wahr. In Ländern, in denen Opium geraucht wird, atmen Katzen, Hunde, Affen, sobald ihr Herr die Opiumpfeife anzündet, begierig die Dämpfe mit ein, die jener ausstößt, ja, Affen sollen sogar das nicht verbrauchte in das Bambusrohr durchsickernde Opium verzehren.

Gewöhnung an Opium können auch ganz kleine Kinder aufweisen. Ein viermonatiges Kind, das zur Beseitigung von dauernder Schlaflosigkeit Abkochungen von Mohnköpfen in steigenden Mengen von der Pflegerin erhalten hatte, jedesmal nach dem Erwachen aus dem Schlaf munter war und gern die Saugflasche nahm, verfiel, als die Entziehung vorgenommen wurde. Man war genötigt, den Trank weiter gebrauchen zu lassen. Nach weiteren $2\frac{1}{2}$ Monaten trat der Tod ein. Die physische und geistige Entwicklung hatte inzwischen nicht die geringsten Fortschritte gemacht. Der Gehör- und Gesichtssinn war kaum feststellbar, das Kind erkannte niemand, der Blick war stier.

Die Unsitte — wenn es nicht mehr ist — Kindern solche Mohnkopfabkochungen oder Opiumtinktur in schließlich

erforderlichen sehr großen Mengen auch nur zur Ruhighaltung zu geben, ist weit verbreitet und schafft viele Opfer.

In den im Jahre 1896 erschienenen, viel Falsches und unrichtig Aufgefaßtes enthaltenden, mehrbändigen Untersuchungsberichten der „Royal Commission on opium“ wird nicht nur behauptet, daß der mäßige Gewohnheitsgenuß von Opium, der in Indien bei 5—7% der Bevölkerung in Tagesmengen von 0,15—0,8—2,5 und mehr Gramm üblich ist, keinen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit und die Volkswohlfahrt ausübe, weil die Indier eine sehr starke Resistenz gegen das Mittel besäßen, sondern daß auch der in den Staaten Rajputana, Malwa und in der Präsidentschaft Bombay herrschende Gebrauch, Kindern zum Ruhighalten Opium zu geben, damit die Mutter ungestört arbeiten könne, keine ungünstigen Folgen habe. Man beginnt dort schon in den ersten Lebenswochen oder -monaten mit 3—5 mg und steigt allmählich auf 15—30 mg, ja, bis auf 0,12 g ein- oder zweimal täglich. In Bombay werden Kinderpillen (Balgolis) mit 0,01—0,02 g Opium verkauft. Nach 2 bis 5 Jahren werden die Kinder vom Opium entwöhnt. Wie dies bewerkstelligt wird, erfährt man nicht. Todesfälle durch zu hohe Dosen kämen bei Indierkindern nicht vor, mitunter „nur“ Dysenterie, während europäische, dort von ihren Wärterinnen ebenso behandelte Kinder dadurch sterben könnten. In diesen Mitteilungen sind die Gebrauchstatsachen richtig, die Schlußfolgerungen aber falsch.

Morphinistische Mütter gebären Kinder, die morphinistisch sind, sich schlaflos und erregt zeigen und nur ruhig werden, wenn sie etwas Opium erhalten. Auch das Stillen mit der Milch einer morphinistischen Mutter kann den Säugling in verhältnismäßig kurzer Zeit zu einem morphingewöhnten machen. Das Morphin geht in die Milch über.

Besonders tragisch ist der familiäre Morphinismus, die Verführung der Ehefrau und sogar auch noch der Kinder

- die Bedeutung dieser Drogenepidemie in der Nachkriegszeit 2. Weltkrieg wird an der „verdrängten Geschichte“ des Medikamentes Subutex verstehbar
- Subutex bekannte Medikament wurde 1967 als Arzneimittel „Fortral“ entwickelt und vertrieben
- und 1980 f. unter dem veränderten Namen „Temgiscic“ als Arzneimittel vertrieben
- und ab 1990 als Substitut „Subutex“ vermeintlich neu auf den Markt gebracht
- so wissen auch die Großeltern und die Eltern der drogenabhängigen „Kinder“, wie Buprenorphin wirkt...

- es gibt eine drei bis fünf generational verdrängte Geschichte des Themas „chemisch-pharmazeutische Substanzen in Schwangerschaft/Substitution und Therapie“
- die Drogenabhängigen von heute und ihre Familie und Generationen sind sehr viel mehr mit diesem Thema in ihren Schwangerschaften und in ihren frühen Kindheiten in Berührung gekommen, als wir überhaupt nur ahnen können.

2. Die aktuelle Geschichte des Themas „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“

II 1960 - 2010

- die wissenschaftliche Beschreibung dieses Themas und die fachlichen Konzepte haben eine nachvollziehbare Geschichte in der Zeit ab 1960
- der erste große internationale Kongress zu dem Thema „Sucht und Schwangerschaft“ hat im November 1981 hier in Berlin in der FU stattgefunden
- ich habe Ihnen einige Kopien des Kongressbandes von damals mitgebracht

ein Zitat ...

- „In der Vorgeschichte der süchtigen Mutter selbst finden sich gehäuft mangelnde positive Erfahrungen mit der eigenen primären Bezugsperson, die sie in der Symbiose mit dem eigenen Kind ähnlich nacherlebt...“
- „COPOLILLO 1975[...] Kurz: Die süchtige Mutter ist in Gefahr, aus ihren Kindern wiederum Süchtige zu machen, nicht im Sinne organisch vererbter Abhängigkeit, sondern indem sie sie gerade jenen Traumata aussetzt, die bei ihr selbst die Voraussetzung für die Drogenabhängigkeit schufen.“

- 1981 wurde in Deutschland die „Föderation Drogenhilfe“ gegründet
- ein Zusammenschluss der Einrichtungen, die Eltern und ihre Kinder mit in die Therapieeinrichtung aufgenommen haben
 - der Tannenhof hier in Berlin
 - das Therapiezentrum Hohehorst in Bremen
 - und das Therapiezentrum Tübingen

→ in diesen Einrichtungen wurden Schwangere und auch Kinder „aufgenommen“, ohne dass explizite Therapien und Behandlungsprogramme für die Kinder entwickelt waren

- ab 1990 gab es in Deutschland einige Neugründungen von Einrichtungen, in denen explizit die Kinder als eigene Klientengruppe anerkannt wurden - und dies meinte auch die Kinder, die suchtblastete Schwangerschaften erlebt haben
- in dieser Zeit begann verstärkt die wissenschaftliche Aufarbeitung von „Drogen, Schwangerschaft, Kinder und Familie“

die Einrichtungen, die sich damals gegründet haben ...

- das Therapiezentrum Ludwigmühle, Helmut Schwehm und Manfred Nowak sind heute hier
- die Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch 1993
- der Tannenhof hier in Berlin
- und die Beratungsstelle „Extra“ in München
zählen heute u.a. zu den Institutionen, die sehr spezielle Hilfen für Kinder anbieten



Fragen, die uns bewegen ...

- wie erklärt sich die vorgeburtliche „psychische Entwicklung der Kinder“?
- wie wirken chemisch-pharmazeutische Substanzen in der Schwangerschaft?
- mit welchen Folgen für das ungeborene Leben und für das geborene Leben?
- wie stellen sich Schwangerschaftsverläufe von polytoxikoman drogenabhängigen Frauen dar?

im Folgenden die Wissensbestände, auf die wir heute sicher zurückgreifen können

- vorweg Grundlagenarbeit
- die komplexen Zusammenhänge zwischen vor- und nachgeburtlichem Leben ...

Über die vorgeburtliche psychische und physische Entwicklung

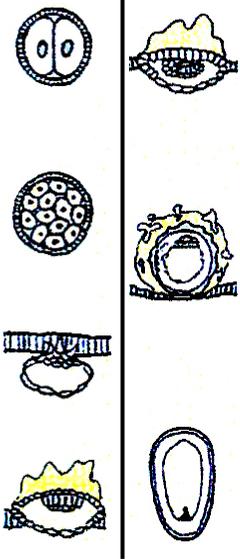
→ grundlegend für das Verstehen dieser komplexen Zusammenhänge und für das Verstehen der Wirkung von Substitution, Schwangerschaft und Therapie ist es, die verschiedenen Ebenen der vorgeburtlichen Entwicklung und der nachgeburtlichen Rückkopplungen der Kinder zu verstehen

Die (psychische) Entwicklung des ungeborenen Kindes

→ in der Schwangerschaft wächst im Mutterleib aus einer Zelle ein lebensfähiger Mensch, auch mit seiner „Seele“, heran



Periode der Zygotenteilung, der Implantation und der zweiblättrigen Keimscheibe



Gewöhnlich unempfindlich gegen Teratogene

Embryonalzeit (in Wochen)

Fetalzeit (in Wochen)

Geburt

3

4

5

6

7

8

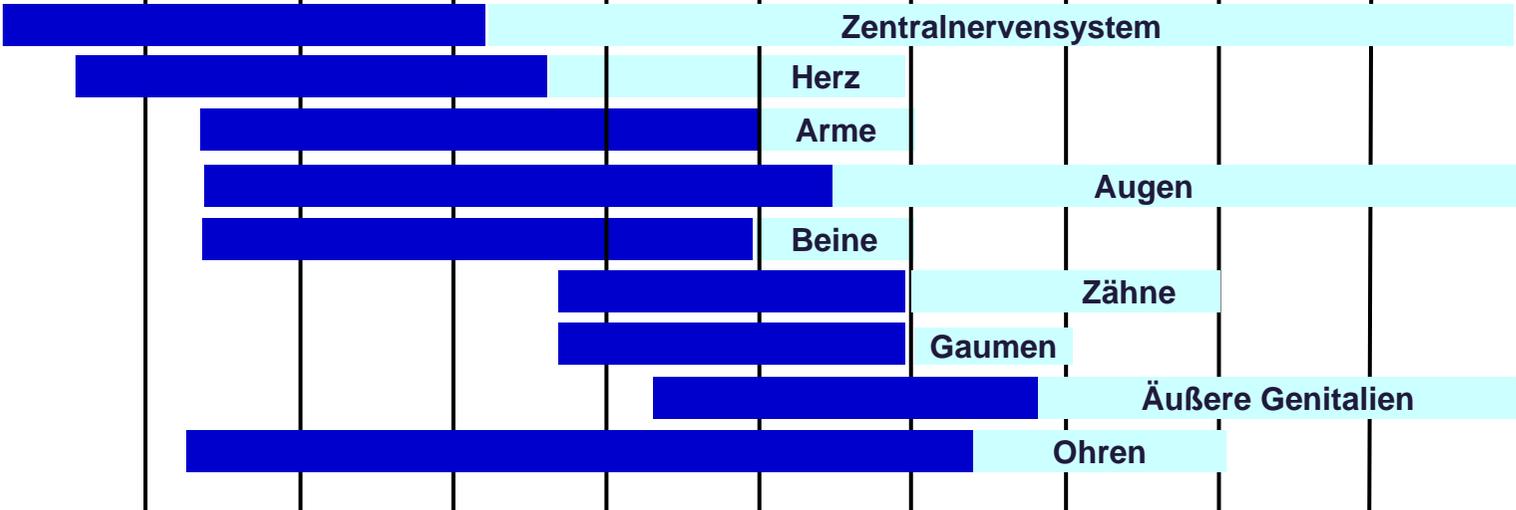
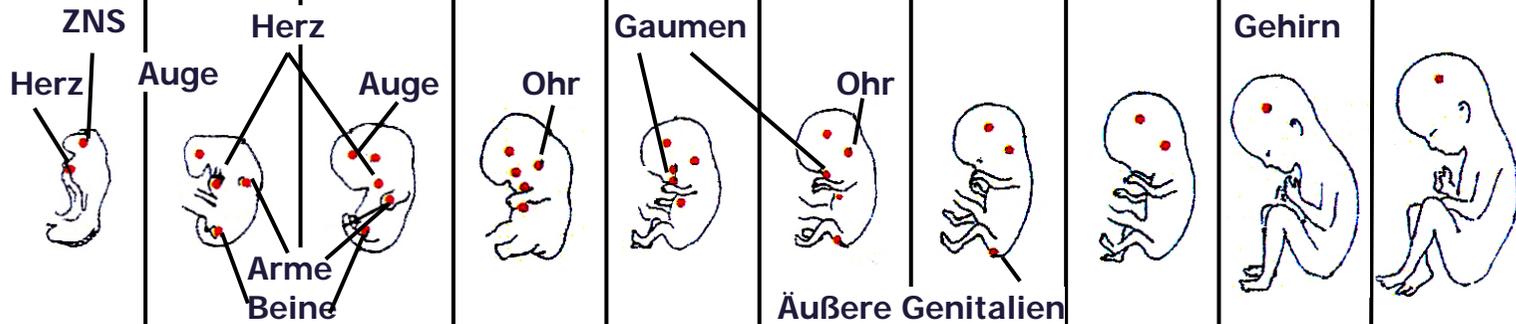
12

16

20-36

38

● bezeichnet den üblichen Angriffspunkt des Teratogens



Pränataler Tod

Stärkere morphologische Abnormitäten

Physiologische Defekte und weniger stark ausgeprägte morphologische Abnormitäten

→ es besteht eine symbiotische Verbindung zwischen Mutter und Kind... das Kind ist durch die Mutter und durch bereits mögliche eigene Wahrnehmungen mit der Außenwelt im ständigen Kontakt. Es erhält durch die Plazenta Nahrung, Hormone, Immunabwehrstoffe und Sauerstoff, jedoch auch Schadstoffe, Medikamente usw. Es bewegt sich mit der Mutter, beide schlafen, essen oder „rauchen“ gemeinsam (vgl. Mietzel 2002, S.77).

- das Ungeborene kann sehen, hören, erleben, schmecken und auf einem einfachen Niveau im Mutterleib sogar lernen. (...) es fühlt schon und hat ein Erinnerungsvermögen
- alles, was dem Kind in den neun Monaten zwischen Empfängnis und Geburt widerfährt, wirkt sich in entscheidender Weise auf die nachgeburtliche Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes, seine Neigungen und Ambitionen aus

→ "Ab dem Augenblick der Zeugung werden alle positiven aber auch traumatischen Ereignisse in irgendeiner Weise von dem reifenden Kind wahrgenommen und gespeichert. Sie sind nachgeburtlich unbewusst oder vorbewusst abrufbar. (...) es kommt zu einer kontinuierlichen Interaktion zwischen dem Kind und seiner Umwelt, vor allem mit seiner Mutter"

(vgl. http://www.haus-samaria.de/vortrage/3__Vortrag/3__vortrag.html)

→ „Das Kind trinkt mit, es raucht mit, es liebt mit und es hasst mit, es vergnügt sich mit, wenn die Mutter sich freut und es leidet mit. Es empfindet die Herztöne der Mutter mit, erschrickt, wenn sie erschrickt, sorgt sich um sie, weil es ohne sie nicht leben kann, sein Leben hängt von ihr und von ihrem Leben ab“

Freyberg, 1997 zit. n. Krens/Krens 2006, 26

Krens/Krens stellen fest, dass

- „die pränatale Erfahrung die erste und grundlegendste Beziehungserfahrung im Leben eines Menschen darstellt. (...)“
- Sie stellt die Basis unseres Seins dar, sie ist der Ursprung unseres emotionalen Lebens.(...)
- sie unterstützt das Gefühl von Kohärenz und Ganzheit unseres Organismus, sie bestätigt ein Gefühl der Sicherheit, das auf der Erfahrung kontinuierlicher emotionaler Verbundenheit beruht. Sie erlaubt tiefe Entspannung und emotionale Offenheit und ein Grundgefühl von Vertrauen und Hoffnung dem Leben gegenüber“

Krens/Krens 2006, 53



- „Wenn die Mutter sich z.B. ängstlich fühlt, werden vermehrt Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol ausgeschüttet. (...)
- Alle Stoffe überschreiten ohne Probleme die Placentaschranke und stimulieren den Fötus biochemisch, die physiologische Reaktion auf genau dieses Gefühl von Angst und Furcht“

Hüther/ Krens 2008, 97



→ „Pränatal traumatisierende Ereignisse sind unserer Auffassung nach Situationen, die das pränatale Kind als lebensgefährlich erlebt. Das können toxische, virale Einflüsse sein genauso wie Störungen der Nahrungs- und Sauerstoffzufuhr, überlebte Abtreibungsversuche oder andere Gewalttätigkeiten gegenüber dem Kind, wie chronische, hasserfüllte Ablehnung der Schwangerschaft durch die Mutter. Auch Situationen, die die Mutter als lebensgefährlich bzw. psychisch bedrohlich erlebt, können eingeschlossen werden“

Krens/Krens 2006, 47



Diese Erfahrungen können sich auch auf die nachgeburtliche Entwicklung bedeutend auswirken. Hüther führt hierzu aus:

→ „Die Fähigkeit, gemachte Erfahrung in Form innerer Bilder zu erinnern und in einer Weise mitzuteilen, die von anderen verstanden wird, entwickelt sich erst nach dem Spracherwerb. Deshalb sind all jene Erfahrungen, die bereits im Säuglingsalter oder gar intrauterin gemacht werden, zwar im Gedächtnis der Zellen, einzelner Organe, einzelner Hirnbereiche oder des ganzen Körpers abgespeichert. Sie können jedoch nicht bewusst explizit erinnert oder mitgeteilt werden. Später können sie bisweilen auf implizite, etwas körperliche Weise zum Ausdruck kommen“

Hüther 2005, 61



die Entwicklung des „Ungeborenen Lebens“ und das Risiko durch pharmakologische Einflussfaktoren

→ die Partizipation des ungeborenen Kindes an den verschiedenen pharmakologischen Substanzen, die die schwangere Frau im Verlaufe ihrer Schwangerschaft konsumiert, ist durch die Grundbedingungen der pränatalen Lebensreifung begründet

- die Blutkreisläufe von Mutter und ungeborenem Kind sind durch die Plazenta gegenseitig beeinflussbar
- in der Plazenta werden „natürliche Gifte“ durch die permeable Membran gefiltert
- alle bekannten legalen und illegalen pharmakologischen Substanzen sind plazentagängig:
- die filtrierende Funktion der permeablen Membran wirkt nicht mehr bei den bekannten pharmakologische Substanzen
- diese erreichen demnach annähernd ungefiltert das ungeborene Kind (vgl. Mutschler 2001, 96)

- damit entfällt der natürliche Schutz des ungeborenen Kindes vor toxischen (giftigen) und teratogenen (missbildenden) Einflüssen
- das ungeborene Kind partizipiert unmittelbar an allen durch die Mutter konsumierten pharmakologischen Substanzen
- bei abhängigen Konsummustern der Mutter wird das Kind demzufolge passiv abhängig

(vgl. Sobot 2001, 7)

Die Bedeutung dieser Zusammenhänge ist „tiefer“ erst zu verstehen, wenn realisiert wird ...

Alle bekannten legalen und illegalen Drogen haben eine

toxische
(giftige)

und/
oder

teratogene
(missbildende)

**pharmakologische
Potenz**

Daraus folgt, dass das ungeborene Kind entweder

- durch die toxische Potenz der Drogensubstanzen direkt beeinflusst
- und/oder
 - durch die teratogene Potenz irreversibel geschädigt werden kann

(vgl. u.a. Mutschler 2001, 95 f).

Pharmakologie und Schwangerschaft



Durch Quellen, aus der Wissenschaft der Pharmakologie, ist belegt, dass die pharmakologischen Substanzen

- Nikotin
- Haschisch
- Heroin
- Polamidon
- und die verschiedenen legalen pharmakologischen Substanzen, also Medikamente, eine zumindest toxische Potenz haben

Von den Drogensubstanzen

- Alkohol
- Amphetamine
- Barbiturate
- Kokain
- Crack
- LSD
- und je nach Konsummuster auch von den Substanzen, die "nur" eine toxische Potenz haben,
- ist die teratogene Potenz nachgewiesen

Kinder abhängigkeitskranker Mütter und Substitution



- suchtkranke Frauen konsumieren oftmals auch in der Schwangerschaft Drogen, deren toxische und teratogen pharmakologische Potenz in der Pharmakologie beschrieben ist
- auch in einer suchtmmedizinischen Behandlung wird die Gefahr für das Ungeborene nicht hinreichend berücksichtigt, wenn der Schwangeren Ersatzmittel zur Verfügung gestellt werden und dabei ein polytoxikomanes Konsummuster von der Mutter gelebt wird

grundsätzlich gilt immer zu fragen ...

- welche Substanzen haben auf das ungeborene Leben gewirkt?
- denn alle bekannten pharmakologischen Substanzen sind plazentagängig
- das ungeborene Leben partizipiert an den pharmakologischen Substanzen, die die Mutter konsumiert hat ...
- und wird analog abhängig davon

- die Frage, ob „legale oder illegale“ Substanzen in der Schwangerschaft gewirkt haben, ist daher eine nachrangige Frage
- dem ungeborenen Leben ist es „egal“, ob es von legalen oder illegalen Substanzen häufig irreversibel geschädigt wurde

- Suchtbelastete Schwangerschaftsverläufe und die spezifischen Folgen sind immer noch Ursache Nr. 1 für Behinderungen von Kindern in der Bundesrepublik
- es werden jährlich ca. 4500 Kinder mit irreversiblen Schädigungen durch Alkohol und ca. 2250 Kinder mit schweren Schädigungen durch Drogensubstanzen geboren
- insgesamt ca. 6750 Kinder pro Jahr
- in der Contergan-Katastrophe sind insgesamt ca. 5400 Kinder geboren worden

- ein polytoxikomanes Konsummuster mit Substanzen, deren teratogene und toxische Potenz in der Wissenschaft der Pharmakologie beschrieben ist, ist ein im Alltag übliches Konsummuster
- das ungeborene Leben wird im Alltag mit pharmakologischen Substanzen geschädigt, deren teratogene und toxische pharmakologische Potenz bekannt ist
- ohne dass auch nur der Hauch einer Chance besteht, dieses ungeborene Leben zu schützen
- dies gilt auch für polytoxikomane Konsummuster in suchtmedizinischer Behandlung!

→ *keines* der im Kontext eines abhängigen elterlichen Lebens konsumierten Arzneimittel (dies sind die Substitute Methadon, L-Polamidon und Subutex) hat eine uneingeschränkte Zulassung für den Gebrauch in der Schwangerschaft!

„Was passiert in Schwangerschaften mit polytoxikoman abhängigen Müttern mit und ohne suchtmmedizinische Behandlung wirklich?“



- seit 1993 haben wir und wissenschaftlich arbeitende KollegInnen der Fachgruppe „Eltern, Kind und Drogen“ des FDR* uns mit der Frage beschäftigt:
- wie stellt sich die Entwicklung des ungeborenen Lebens in Schwangerschaften dar, wenn diese Kinder von polytoxikoman abhängigen Müttern – und Vätern – ausgetragen werden

* Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V.

- wir haben 100 Schwangerschaften drogenabhängiger Frauen analysiert – davon waren
- 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig ohne suchtmedizinische Betreuung
 - 24 Mütter polytoxikoman drogenabhängig und wurden suchtmedizinisch betreut

eine erste Erkenntnis:

- Mütter in suchtmmedizinischer Behandlung hatten bei einigen Substanzen signifikant „größere Mengen Drogen“ konsumiert als abhängige Mütter ohne suchtmmedizinische Behandlung

Substanzabhängigkeit u. Polytoxikomanie (68P.)		Substitution mit Beikonsum (24 P.)
ICD 10. F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24		ICD 10: F19.22, F17.24
Methadon/Polamidon	13,2 %	100 %
Heroin	38,2 %	87,7 %
Kodein	10,2 %	4,2 %
Kokain	32,3 %	91,7 %
Benzodiazepine	17,6 %	62,5 %
Barbiturate	2,9 %	8,3 %
Cannabis	72 %	58,3 %
Trizyklische Antidepressiva	1,47 %	8,3 %
Antidepressiva	5,9 %	4,2 %
LSD	5,9 %	4,2 %
Nichtopioide Analgetika	10,2 %	
Alkohol	76,4 %	37,5 %
Nikotin	92,6 %	100 %
Crystal	1,5 %	
Crack	1,5 %	
Subutex	2,9 %	
Halluzinogen Psilocybin	2,9 %	
Amphetamine	16,1 %	
Ecstasy	5,9 %	
Cortisol + Asylfidine; ärztlich notwendig	1,5 %	
Opioidantagonist Nemexin	1,5 %	

- die Hersteller der Arzneimittel/Substitute Hexal, Sanovi Aventis und Essex pharma habe ich gebeten, die Unbedenklichkeit für die therapeutische Anwendung ihrer Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex bei einem polytoxikomanen Konsummuster und substituiert mit Beikonsum in der Schwangerschaft und in der anschließenden Stillzeit zu bestätigen
- alle drei Hersteller haben auf die enormen Risiken hingewiesen, die ein solches Handeln in sich birgt, und sie haben Ausschlusskriterien benannt

- danach habe ich drei der führenden deutschen Lehrstühle für Pharmakologie diese Konsummuster vorgelegt um diese nach dem Stand „ihrer“ Wissenschaft zu analysieren
- alle drei Lehrstühle sehen sich außerstande, diese Konsummuster „polytoxikoman“ zu definieren
- mit dem Wissensstand der Pharmakologie sind diese polytoxikomanen Konsummuster nicht in ihrem pharmakologischen Wirkspektrum erklärbar

„Über das Leben der Kinder nach ,polytoxikomanen Schwangerschaften'“

→ wir haben gefragt, wie denn die Störungsbilder der Kinder waren, die diese Schwangerschaften und ihre Sozialisation in suchtkranken Elternhäusern erlebt haben

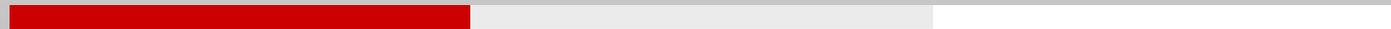
- es wurde erkennbar, dass diese Kinder so komplex gestört sind, dass eine altersgemäße Entwicklung kaum möglich ist
- die Schulfähigkeit, das Sozialverhalten sowie die Chance, sozial integriert zu sein, sind aufgrund der schweren Schädigungen und Störungsbilder kaum mehr möglich
- diese Kinder sind entweder durch ihre vorgeburtliche Belastung oder durch ihre nachgeburtlichen Sozialisationsbedingungen im Kontext suchtkranker Eltern schwerst belastet und benachteiligt
- die Zukunft dieser Kinder ist hoch belastet – und es bedarf dringend einer Positionierung der Suchthilfe, um hier schnellstmöglich Hilfen anzubieten

Störungsbilder der Kinder u. Jugendlichen nachgeburtlich

Substanzabhängigkeit u. Polytoxikomanie (56.)			Substitution mit Beikonsum (23)	
ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24			ICD 10: F19.22, F17.24	
1. Neonatales Abstinenzsyndrom	18*	32,1%	22	95,7 %
2. bis zu 3 Monate nach Entzug	13	23,2 %	22	95,7 %
3. Frühgeburt (v.d. 37. SSW)	6	10,7 %	5	21,7 %
4. „Floppy-Syndrom“ (P94.2)	4	7,1 %	1	4,3 %
5. Störung d. geist.,soz. u. körperl. Entwicklung	44	78,6 %	16	69,6 %
6. Hypotonie	7	12,5 %	7	30,4 %
7. Verhaltens- u. emotionale Störung	49	87,5 %	22	95,7 %
8. Hypertonie	5	8,9 %	2	8,7 %
9. Hyperkinetische Störung	5	8,9 %	6	26,1 %
10. Sehfähigkeit beeinträchtigt	7	12,5 %	8	34,8 %
11. Herzfehler	4	7,1 %	2	8,7 %
12. Fütterstörung im Säugl.- und Kleinkindalter	29	51,8 %	9	39,1 %
13. Alkoholembyopathie	11	19,6 %	0	0,0 %
14. Reaktive Bindungsstörung	41	73,2 %	11	47,8 %
15. Psychosoziale Deprivation	53	94,6 %	18	78,3 %
16. Störung des Sozialverhaltens	24	42,9 %	6	26,1 %
17. Enuresis N= / diurna/nocturna (älter als 4 Jahre)	10	17,9 %	4	17,4 %
18. Enkopresis (wenn schon eine zeitlang trocken)	3	5,4 %	2	8,7 %
19. Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten	18	32,1 %	1	4,3 %
20. Körperliche Misshandlung d. Kindes	32	57,1 %	2	8,7 %
21. Sexueller Missbrauch d. Kindes	7	12,5 %	2	8,7 %

(*wahrscheinlich unerkannt 22/38 Prozent)

Therapie Eltern und Kinder



- wichtig ist, dass Eltern und Kinder gemeinsam an Therapien teilnehmen und gemeinsam ihre lange Entwicklung in ein drogenstabiles Leben beginnen
- Eltern brauchen mehr Unterstützung als „ledige Klienten“, da eine solche Therapie und die sich an die Therapie anschließende Lebensphase immer „hoch und doppelt belastete Lebensphasen“ sind
- Eltern „kümmern“ sich um ihre Therapie, ihre cleane Lebensentwicklung, ihren Beruf und ihre Partnerschaft
- und sie müssen die Therapie ihrer Kinder begleiten, lernen ihre Kinder zu begleiten und sie zu erziehen, um so „Mutter und Vater“ zu werden
- so wie sie es in der Regel in ihrer eigenen Kindheit nicht erlebt haben – und wofür sie auch kein Vorbild, keine „innere Orientierung“ haben

- dabei werden sie auch erkennen, welche Folgen „ihr drogenabhängiges Leben“ für sie selber, ihre Familie und insbesondere ihre Kinder wirklich hatte – und das sind schwere Phasen in der Therapie, bei denen diese Eltern Hilfen brauchen!!
- noch wichtiger ist jedoch, den Kindern zu helfen – und dafür gibt es keine entwickelten Standards. Daher werde ich im Folgenden „die Grundwerte“ benennen“, die in jeder Therapie eines Kindes von Bedeutung sind – und die in unterschiedlichen therapeutischen Settings anzuwenden sind

- haben wir immer und immer wieder in den Therapien erlebt, wie Kinder, die unter dem Einfluss schwerer und schwerster Belastungen in der Schwangerschaft und ihrer vorgeburtliche ,frühkindliche und kindliche Entwicklung gelebt haben, sich in einer Weise entwickelt haben, wie wir es uns häufig nicht vorstellen konnten
- und wenn wir gefragt haben, was hat diesen Kindern genützt, dann waren es zuerst einmal „scheinbar einfache“ Unterstützungsfaktoren, Hilfen, die so auch in der UN-Kinderrechtskonvention beschrieben sind. Alleine die Umsetzung dieser „Rechte der Kinder“ hat eine enorme positive und schnelle Wirkung für die Kinder

- wenn wir alle Daten, die wir über die Schwangerschaft, die Geburt und die Entwicklung der Kinder verstehen, zusammentragen und analysieren, dann können wir eine Menge an Wissen und Erkenntnissen für die Therapie und vor allem für das Verstehen dieser Kinder zusammenfügen
- dies sind die Daten, die uns aus der Gynäkologie, aus der Neonatologie und aus der Pädiatrie in der Regel zur Verfügung stehen, sie ergeben so etwas wie ein Bild des Kindes, das wir versuchen sollten, zu verstehen
- denn so kann es gelingen, das Kind und seine besondere bisherige Lebensentwicklung zu verstehen
- und dies ist die elementare Voraussetzung für die Gestaltung von Therapieprozessen

- die Therapie dieser Familiensysteme und der Kinder benötigt interdisziplinäre Hilfe
- sie bedarf der Vernetzung in einem komplexen System zwischen Pädiatrie, verschiedenen Therapieverfahren in der Erwachsenentherapie, Lebensbedingungen für die Kinder und eine Unterstützung der Lebensentwicklung der Kinder über einen langen Zeitraum

- es ist nötig, in der Schule mit den Lehrern zu reden und ihnen zu sagen
- dass diese Kinder nicht „unmotiviert“ sind, dass sie aber in Folge einer Partizipation an Alkohol / Drogen in der Schwangerschaft in bestimmten Bereichen nicht lernen können
- dass es ihnen nicht möglich ist, bestimmte neurobiologische Vernetzungsleistungen zu vollbringen
- dass sie in ihren Bewegungsabläufen anders sind als andere Kinder
- dass sie unruhiger sind

→ aber wenn es gelingt, Verständnis für diese besondere Folge der Schwangerschaftsentwicklung und der hochbelasteten Sozialisationsbedingungen zu wecken und diese Kinder fachlich auch zu beschützen, sie zu unterstützen, dann haben diese Kindern eine Chance, für sich ein Leben außerhalb der generationalen Muster zu entwickeln

- wir haben erlebt, wie viele dieser Kinder sich bis heute in einer Art entwickeln, wie es bewundernswert ist
- wir haben erleben können, dass mit all dem, worüber ich gerade gesprochen habe, konstruktive und manchmal auch bewundernswerte Entwicklungen möglich geworden sind

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit

www.jugendhilfe-lueneburg.de

www.stachowske.de

Download des Vortrages unter
Vorträge / Euro TC 2010



Literatur zum Thema

Ruthard Stachowske

"Sucht und Drogen im ICF-Modell", Heidelberg 2008

Ruthard Stachowske, Hrsg

"Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder", Heidelberg 2008

Arnhild Sobot

"Kinder Drogenabhängiger -Pränatale und frühkindliche Entwicklung", Lüneburg 2001

Ruthard Stachowske

"Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe", Heidelberg 2001

Ruthard Stachowske

"Familienorientierte stationäre Drogentherapie", Geesthacht 1994

Christian von Dewitz

„Pränataldiagnostik, Behinderung und Schwangerschaftsabbruch. Eine (verfassungs-)rechtliche und rechtspolitische Betrachtung“, Berlin 2006



Dr. Ruthard Stachowske
Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch
Jugendhilfe Lüneburg gGmbH
Reiherstieg 15
21337 Lüneburg

Telefon (0 41 31) 74 93-0

Mobil (01 60) 7 24 57 84

Telefax (0 41 31) 74 93-17

E-Mail: stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de
wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de

Internet: www.stachowske.de
www.jugendhilfe-lueneburg.de





Suchthilfe für Frauen e. V.

*Therapiezentrum
Ludwigsmühle gGmbH*



**Netzwerk
„Familie – Sucht – Kind“**



*Jugendhilfe Lüneburg gGmbH
Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch*



*Tannenhof
Berlin-Brandenburg e. V.*

↓ **Roswitha Soltau**
extra – Suchthilfe für Frauen e. V.
Corneliusstraße 2
80469 München
Tel.: (0 89) 23 60 63
E-Mail: extra@extra-ev.org
Internet: www.extra.org

↓ **Prof. Dr. Ruthard Stachowske**
Jugendhilfe Lüneburg gGmbH
Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch
Reiherstieg 15
21337 Lüneburg
Tel.: (0 41 31) 74 93-0
E-Mail: stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de
Internet: www.jugendhilfe-lueneburg.de

↓ **Helmut Schwehm**
Therapiezentrum Ludwigmühle gGmbH
Alfred-Nobel-Platz 1
76829 Landau
Tel.: (0 63 41) 52 02-0
E-Mail: schwehm@ludwigsmuehle.de
Internet: www.ludwigsmuehle.de

↓ **Horst Brömer**
Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V.
Meierottostraße 8 – 9
10719 Berlin
Tel.: (0 30) 86 49 46-0
E-Mail: broemer@tannenhof.de
Internet: www.tannenhof.de

Netzwerk „Familie – Sucht – Kind“