



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

**(1) Substitution, Schwangerschaft und Therapie**  
Stand der Wissenschaft und Diskussion  
Aktueller Stand der Wissenschaft

**Einführung**

(2) Liebe Kolleginnen und Kollegen,

(3) Ich bedanke mich ganz herzlich für die Möglichkeit, heute im Rahmen der euro-TC-Konferenz\* zu Ihnen sprechen zu können.

(4) In den Jahren meines wissenschaftlichen Arbeitens waren einige der Beiträge Veröffentlichungen der euro-TC-Konferenzen (4.1) für mich bei der Entwicklung des Themas, über das ich heute zu Ihnen spreche, richtungweisend. (4.2) Beispielhaft möchte ich nur die Arbeiten (4.3) Verena Schäfer und von E. Assmy bei euro-TC „Sucht ohne Grenzen“ 1993 und der euro-TC 1996 zitieren.

(4.4) 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.*

(5) *[Es hat ein Recht auf Sicherheit, Geborgenheit, auf Entfaltung, auf Bildung*

---

\* **euro-TC** = European Treatment Centers for Drug Addiction

Die (Zahlen) in Klammern geben Hinweis auf die jeweilige PowerPoint-Nr. dieses Vortrages.



*und Freiheit.] 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) (s. Anlage 1)*

Meine Ausführungen sind daher auch Ausdruck der Verbindung von euro-TC zu dem Thema „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“. Anders gesagt: heute ergänze ich dieses Thema durch aktuelles Wissen.

(6) Das Thema „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“ ist ein Thema, über das wir einerseits viel wissen – (6.1) und das andererseits wahrnehmbar von „fühlbaren“ Belastungen, nicht geklärten Fragestellungen und z. T. auch verdrängten Inhalten / Aspekten besetzt ist, (6.2) – es ist ein schwer zu greifendes Thema. (7) 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. Und (8) – 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 (8.1) „Substitution, Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft“ synonym nutzen.

Welches sind die Wissensbestände, auf die wir uns beziehen können und welches sind die offenen Fragen?

Wir erleben in den Therapien mit abhängigen (9) erwachsenen Klienten heute, dass sie aus ihrem Leben, von ihrer Geschichte und der Entwicklung ihrer Abhängigkeit erzählen . – und da (9.1) spricht immer auch „die Seele des Kindes“ dieses einzelnen Menschen – (9.2) denn – jeder erwachsene Klient erzählt gleichsam auch die Geschichte seiner Kindheit und seiner Familiengeschichte. Dabei sind, so zeigen unsere Forschungsergebnisse (10), die Abhängigen von heute sind überhäufig selber „Kinder aus suchtkranken Familien“, (10.1) „Kinder“ aus suchtblasteten Schwangerschaften und (10.2) „Kinder“ von abhängigen Müttern und Vätern. Häufig genug haben (11) ihre



Eltern haben bereits häufig die Medikamente und Drogen genommen/konsumiert, die ihre „Kinder“ als erwachsene Drogenabhängige später auch genutzt haben.

Dies waren (12) ab ca. 1945 waren dies auch die Medikamente, die heute in der Substitution genutzt werden, so die Opiate wie Methadon, Polamidon und Subutex, das früher „Fortal“ und „Temgesic“ hieß.

(13) Wenn wir also wissen wollen, wie Substitution, Schwangerschaft und Therapie sich zueinander verhalten, können wir viel lernen, wenn wir die erwachsenen Klienten nach ihrem Leben fragen – (13.1) um „ihr Leben“ und ihr „So-Geworden-Sein“ zu verstehen.

Dies ist die eine Seite.

(14) Die andere Seite dieses Thema ist durch viel Unklarheit und Nichtwissen und Verdrängen und Verschweigen geprägt (15.1), wir wissen heute immer noch nicht **sicher**, „Was geschieht in Schwangerschaften und Substitutionen?“ und „Wie können Therapien gelingen?“

(16) In den nächsten 25 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,

Im Folgenden möchte ich über die „wichtige und verdrängte Geschichte des Themas“ in zwei Teilen sprechen – (16.1)

über die Entwicklung ab 1803/1806 bis ca. 1960 (16.2)

und über die Entwicklung von 1960 bis in unsere Zeit 2010.



## **(17) 1. Über die wichtige und gleichsam verdrängte Geschichte des Themas I 1803/6-1960**

Wenn ich heute über die „verdrängte Geschichte“ dieses Themas spreche, so gibt es eine ... (18) die wissenschaftliche Begründung, im Jahre 2010 der Geschichte dieses Thema an prädestinierter Stelle zu erörtern.

(18.1) aktuelle Lebensentwicklung ist Ausdruck eines mehrgenerationalen Prozesses  
(18.2) wir können aus der Familiengeschichte der Betroffenen viel lernen.

als dies eine individualzentrierte Perspektiven möglich macht (19). Die Lebensentwicklung des Einzelnen ist sowohl Ausdruck seines individuellen Lebens und seiner familiären Entwicklung – (19.1) und sie ist immer auch Ausdruck eines mehrgenerationalen Prozesses, der sich in der Entwicklung dieses Lebens zeigt, wie sie heute in diesem individuellen Leben sichtbar wird.

(20) Gesellschaft und Kultur und Faktoren der Zeitgeschichte haben die Entwicklung des Systems der Generationen beeinflusst und damit im Leben des Einzelnen gewirkt, eine bedeutende Rolle – (20.1) diesen Einflüssen können wir uns nicht entziehen können.

(22) Horst Eberhard Richter, one of the great german family-therapists, said to this topic:

“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



(23) „Werden die Missetaten der Väter heimgesucht bis ins dritte und vierte Glied.“

(Römer II)

**(s. a. Anlage 2)**

Wie wichtig dieser familiengeschichtliche Zusammenhang ist, wird erst verständlich, wenn (24) ein wesentlicher zeitgeschichtlicher Faktor für die Entwicklung der aktuellen Drogenepidemie – und gleichsam ein wesentlicher Teil der Geschichte des Themas „Substitution, Schwangerschaft und Therapie“ – verstanden wird (24.1). In Europa gab es ab ca. 1826 eine historische Drogenepidemie\* (24.2) die in Quantität und Qualität noch ein größeres Ausmaß hatte, als die Epidemie, die wir heute erleben.

Anders gesagt (25) – ab ca. 1826 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 – (25.1) dies waren weitgehend die Drogen, die wir auch heute kennen. (25.2) Das Thema meines Vortrags ist ein „mehrgenerationales Thema“, dessen Geschichte sehr weitgehend verdrängt ist. **(Anlage 3)** (Zur Geschichte der Drogenepidemie vergl. Stachowske 2009, 36 f.)

Einige Daten zu dieser historischen Drogenepidemie.

---

\* (26) Die verdrängte Geschichte der historischen Drogenepidemie ist einfach zu erklären. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurden die Drogensubstanzen in der chemisch-pharmazeutischen Forschung entwickelt, die wir auch heute kennen – (26.1) und sie wurden anschließend in der chemisch-pharmazeutischen Industrie Europas groß-industriell produziert und weltweit vermarktet.

(27) die Drogensubstanzen, u. a. das Heroin, Kokain, die Opiate, Haschisch war frei käuflich, und erst seit dem Ende des 19. und dem Beginn des 20. Jahrhunderts unterstanden sie einer Rezeptpflicht bzw. wurden dann in der 3. Opiumkonferenz 1925 ff. in Gänze für illegal erklärt.

(28) ... in der weltweiten Drogenepidemie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts wurde ab ca. 1860 versucht, durch Substitution die vielen, vielen Abhängigen in dieser historischen Drogenepidemie zu heilen.

(29) Einige Daten aus dieser historischen Drogenepidemie.



## Drogen-Substanzen

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

## Drogen-Substanzen

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



## Drogen-Substanzen

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

## Drogen-Substanzen

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



(30) 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“. Denn die Substitution ist nicht eine 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

(31) Im Folgenden möchte ich Ihnen kurz einige wichtige Daten zur Substitution, Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft und Therapie Drogenepidemie erklären.

Ich habe Ihnen einige der historischen Literatur und der Literatur zu diesem Thema mitgebracht – so können sie sich ein wenig „in die Aura dieser Zeit“ einlesen.

*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).

1) 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 (

10 weiblichen) ergaben

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

die an resultat in von der Mutter aufgenommen, obwohl sie anscheinend gesund waren, während 4 sängende Thiere das Morphinum nicht auf die Jungen übertrugen. Es ergab sich also von den 13 Versuchen nur bei zweien ein positives Resultat, so dass der Schluss berechtigt erscheint, dass Kinder morphinum-süchtiger Mütter nur selten an Morphinumintoxication leiden.



Das Kopplationsniveau bei Kindern  
Allgemein produziert Opium bei einem bestimmten  
gewissen Grad an Erregung gefolgt von  
Schlaf (Narkose); die Wiederholung des  
Dosis verbraucht den narkotisierenden Effekt

Ve  
fa

Bestellnummer Leihfrist	Bestellnummer Bibliographischer Nachweis A 11100 5:11 ISBN 1=vol-	Friststempel R	Prüfstempel
Signatur	Signatur	Signatur	Signatur J24119
Besteller: Stachowske, Schlesien str.2,212 Reppenstedt	Bücher: Name, Vorname des Verl., Titel, Aufl., Ersch.-ort u. -jahr, ggf. Serie u. Bd. Zeitschriften: Titel (ungebunden), Bd. Jahr /Runkel, J. "Über die Verwertung des Heroins in der Kinderpraxis" - Medizinische Dissertation - Bonn 1900	Benutzer wünscht unberechnete Kopie Falls Kopie nur gegen Berechnung möglich, bis <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <del>XXXX</del> Da erledigen, sonst Rückfrage mit Preisangabe erbeten! Falls nicht bis _____ (Datum) erledigt, zurück.	
Zahl der Bände	Bei Aufträgen: Verl., Titel, Seitenangabe	Zahl der Bände:	
Universitäts Lüneburg - Bibliothek - Postfach 2440 2120 Lüneburg	Andere / neuere Ausgabe / Auflage / Übersetzung / Reprint erwünscht - Nicht Gewünschtes ankreuzen! Zahl der Bände	Universitäts Lüneburg - Bibliothek - Postfach 2440 2120 Lüneburg	Universitäts Lüneburg - Bibliothek - Postfach 2440 2120 Lüneburg



Dr. E. Döbeli. Über die Verwendung von Opiaten usw. 439

## 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. 3) lauteten wie folgt:

1. Saugende Kaninchen, die sich nur von Muttermilch nähren, sind gegen Tinct. Opü, 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 flügelklopfend 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 Opiumpfefle 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 2½ 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 dem 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 ungunstigen 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 (Bala-Golla) 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

(36) die Bedeutung dieser Drogenepidemie in der Nachkriegszeit 2. Weltkrieg wird an der „verdrängten Geschichte“ des Medikaments Subutex der Substanz Bubnomorphin verstehbar. (36.1) Bubnomorphin wurde 1967 entwickelt und dann als Arzneimittel „Fortral“ vertrieben (36.2) und ab ca. 1980 f. unter dem veränderten Namen „Temgic“ als Arzneimittel vertrieben (36.3) und ab 1990 als Substitut „Subutex“ vermeintlich neu auf den Markt gebracht.

(37) Es gibt eine drei bis fünf generationen verdrängte Geschichte des Themas „chemisch-pharmazeutische Substanzen in Schwangerschaft/Substitution und Therapie“— (37.1) 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 sind, als wir, überhaupt nur ahnen können.



**(38) 2. Die aktuelle Geschichte des Themas „Substituion, Schwangerschaft und Therapie“ II 1960-2010**

(38.1) die wissenschaftliche Beschreibung dieses Themas und die fachlichen Konzepte habe eine nachvollziehbare Geschichte in der Zeit ab 1960 ff. (38.2) der erste große internationale Kongress zu dem Thema „Sucht und Schwangerschaft“ hat im November 1981 hier in Berlin in der FU stattgefunden. (38.3) Ich habe Ihnen einige Kopien des Kongressbandes von damals mitgebracht.

Auch wenn dieser Kongress nunmehr annähernd 30 Jahre zurückliegt, so sind damals einige Aussagen über internationale Forschungsergebnisse gemacht worden, die auch eine eine aktuelle Bedeutung.

Einige zentrale Sätze aus diesem Kongress.

(39) 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...“

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.“

**(Anlage 5)**

Parallel zu dieser wissenschaftlichen Arbeit an diesem Thema wurde (40) 1981 wurde in Deutschland die „Föderation Drogenhilfe“ gegründet; ein Zusammenschluss der Einrichtungen, die Eltern und ihre Kinder mit in die Therapieeinrichtung aufgenommen haben (40.1). Das waren damals

- der Tannenhof hier in Berlin,
- das Therapiezentrum Hohehorst in Bremen
- und das Therapiezentrum Tübingen.

(41) In diesen Einrichtungen wurden Schwangere und auch Kinder „aufgenommen“, ohne dass explizite Therapien und Behandlungsprogramme für die Kinder entwickelt waren.

(42) Ab ca. 1990 ff. gab es in Deutschland einige Neugründungen von Einrichtungen, in denen explizit die Kinder und als eigene Klientengruppe anerkannt wurden - und dies meinte auch die Kinder, die suchtblastete Schwangerschaften erlebt haben.

(42.1) In dieser Zeit begann verstärkt die wissenschaftliche Aufarbeitung von „Drogen, Schwangerschaft, Kinder und Familie“ (43) die Einrichtungen, die sich damals gegründet haben, waren das Therapiezentrum Ludwigsmühle, Helmut Schwehm ist heute hier, und die Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch 1993. Auch der Tannenhof hier in Berlin und die Beratungsstelle „Extra“ in München zählen heute zu den Institutionen, die sehr spezielle Hilfen für Kinder anbieten. Diese Einrichtungen haben sich in einem „Netzwerk“ verbunden.



↓ **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

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

↓ **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

↓ **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“**



Parallel zu der Arbeit mit dieser Klientengruppe haben wir miteinander begonnen, dieses Thema fachlich und wissenschaftlich zu verstehen, zu erarbeiten und zu begründen, und ab nun beginnt eine fortlaufend sich entwickelnde Geschichte des Verstehens der tiefen Zusammenhänge dieses Themas.

In der ab Zeit 1993 ist es gelungen, die verschiedenen Einzelheiten dieses Themas zu verstehen, so u. a. zu fragen:

(44) 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?

### **(Anlage 6)**

Ab ca. 2000 waren so viele wissenschaftliche Arbeiten entweder veröffentlicht oder sind in Vorbereitung, dass wir bis heute sagen können, dass wir zumindest die Grundelemente dieses Themas in ihren Konturen verstanden haben.

- **Ruthard Stachowske (Hrsg.)**, „Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder“. Forschungsergebnisse über die Auswirkung von Drogenabhängigkeit und Substitution auf die kindliche Entwicklung ... mehr  
Herausgeber und Autor Dr. Ruthard Stachowske. Mitautoren: H. Gurrulat, U.-K. Czyrnek, A. Sobot, R. Hüllen, A. Bozkort, Heidelberg 2009, ISBN 3-89334-489-6
- **Arnhold Sobot**, „Kinder Drogenabhängiger - Pränatale und frühkindliche Entwicklung“. Lüneburg 2001  
ISBN 3-935363-21-4... mehr
- **M. Klein**, „Kinder und Suchtgefahren. Risiken, Präventionen und Hilfen.“ Stuttgart 2008
- **R. Thomasius und U. Küstner**, „Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention“. Stuttgart 2005



Dies heißt jedoch nicht, dass alle Facetten dieses Themas verstanden sind, nach meinem Verständnis wird es noch Jahrzehnte dauern, bis wir auf alle Fragen eine Antwort gefunden haben.

(45) im Folgenden die Wissensbestände, auf die wir heute sicher zurückgreifen können.

(46) **Grundlagenarbeit** – die komplexen Zusammenhänge zwischen vor- und nachgeburtlichem Leben.

### **(47) 3. Über die vorgeburtliche psychische und physische Entwicklung**

Grundlegend für das Verstehen dieser komplexen Zusammenhänge und für das Verstehen der Wirkung von Drogenabhängigkeit, Substitution, Schwangerschaft und Therapie ist es, die verschiedenen Ebenen der vorgeburtlichen Entwicklung und der nachgeburtlichen Rückkopplungen der Kinder zu verstehen. \*

### **(48) 1. Die (psychische) Entwicklung des ungeborenen Lebens\***

(49) In der der Schwangerschaft wächst im Mutterleib aus einer Zelle ein lebensfähiger Mensch und auch mit seiner „Seele“ heran. **(Anlage 7)**

(50) Es besteht eine symbiotische Verbindung zwischen Mutter und Kind [...] das Kind ist durch die Mutter und durch eigene Wahrnehmungen mit der Außenwelt im

---

\* Dabei werde ich die Begriffe „Drogenabhängigkeit“ und „Substitution“ synonym verwenden, da beides erkennbar miteinander verwoben ist. Drogenabhängigkeit ist die Voraussetzung für den Beginn von Substitution und selten ist eine Substitution ohne Beikonsumfrei, so dass sie sich pharmakologisch nicht wesentlich von einer „polytoxikomanen Drogenabhängigkeit“ unterscheidet.

\* Um die vorgeburtliche Entwicklung zu verstehen, ist es notwendig, die

- die psychische Entwicklung der ungeborenen Kinder
- die physische Entwicklung und
- die Folgen der Partizipation des ungeborenen Lebens an den von der Mutter konsumierten Drogensubstanzen

zu verstehen.



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).

(51) Das Ungeborene kann sehen, hören, erleben, schmecken und auf einem einfachen Niveau im Mutterleib sogar lernen. Am wichtigsten ist, dass es schon fühlt und ein Erinnerungsvermögen hat. 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.

(52) 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.

Mit der Befruchtung sind in der Zygote bereits alle Anlagen enthalten, die sich im späteren Leben ausbilden werden. Es kommt es 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](http://www.haus-samaria.de/vortrage/3__Vortrag/3__vortrag.html))

(53) „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, S. 26).

Krens/Krens stellen fest, dass

(54) „die pränatale Erfahrung die erste und grundlegendste Beziehungserfahrung im Leben eines Menschen darstellt. Durch ihre außerordentlich implizite Qualität ist ihre Bedeutung nicht unmittelbar und bewusst wahrnehmbar. Dennoch wirkt sie auf



die Art und Weise ein, wie sie die Welt, andere Menschen und sich selbst fühlend wahrnehmen. Sie stellt die Basis unseres Seins dar, sie ist der Ursprung unseres emotionalen Lebens. Hierin kann sie eine wichtige Ressource sein: 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, S. 53).

(55) „Wenn die Mutter sich z.B. ängstlich fühlt, werden vermehrt Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol ausgeschüttet. Ihr Herz beginnt schneller zu schlagen, und möglicherweise wird die Sauerstoffzufuhr beeinträchtigt, weil Adrenalin die Blutgefäße der inneren Organe verengt. 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, S. 97).

(56) „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, S. 47).

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

(57) „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, S. 61)

Eine weitergehende Einführung der vorgeburtlichen psychischen Entwicklung,  
s. **Anlage 8**

### **(58) 3.4 Die Entwicklung des „Ungeborenen Lebens“ und das Risiko durch pharmakologische Einflussfaktoren**

(59) Die Partizipation des ungeborenen Kindes an den verschiedenen pharmakologischen Substanzen<sup>1</sup>, die die schwangere drogenabhängige/substituierte Frau im Verlaufe ihrer Schwangerschaft konsumiert, ist durch die Grundbedingungen der pränatalen Lebensreifung begründet. Wie bereits erläutert, wirken pharmakologischen Substanzen in der somatischen und psychischen Symbiose zwischen der Mutter und dem ungeborenen Kind. (60) Zwar sind die Blutkreisläufe von Mutter und ungeborenem Kind an sich getrennt – sie sind durch die Plazenta gegenseitig beeinflussbar, hier erfolgt der lebensnotwendige Austausch von Stoffen zwischen der Mutter und dem ungeborenen Kind. (60.1) In der Plazenta werden „natürliche Gifte“ durch die permeable Membran gefiltert. Das vorgeburtliche Leben ist somit geschützt.

(60.2) Alle bekannten legalen und illegalen pharmakologischen Substanzen sind plazentagängig: Funktion der permeablen Membran wirkt bei den bekannten pharmakologischen Substanzen nicht mehr. (60.3) Diese erreichen demnach annähernd ungefiltert das ungeborene Kind.

---

<sup>1</sup> Damit sind alle bekannten legalen und illegalen Substanzen, wie Nikotin, verschiedene pharmakologischen Substanzen, Alkohol und verschiedenen Drogensubstanzen mit illegalem Status gemeint



(61) Damit entfällt der natürliche Schutz des ungeborenen Kindes vor toxischen (giftigen) und teratogenen (missbildenden) Einflüssen.

Das wiederum bedeutet, (61.1) das ungeborene Kind partizipiert unmittelbar an allen durch die Mutter konsumierten pharmakologischen Substanzen.

(61.2) Bei abhängigen Konsummustern der Mutter wird das Kind demzufolge passiv abhängig (vgl. Sobot 2001, S. 7).

(62) Die Bedeutung dieser Zusammenhänge ist „tiefer“ erst zu verstehen, wenn realisiert wird,

(63) das ungeborene Kind partizipiert an

- der toxischen Potenz der Drogensubstanzen

und/oder

- wird durch die teratogene Potenz irreversibel geschädigt (vgl. u.a. Mutschler 2001 S. 95f.).

#### **(64) Pharmakologie und Schwangerschaft**

Durch Quellen, aus der Wissenschaft der Pharmakologie, ist belegt, dass

(65) die pharmakologischen Substanzen

- Nikotin

- Haschisch

- Heroin

- Polamidon

- und die verschiedenen legalen pharmakologischen Substanzen, also Medikamente, eine zumindest toxische Potenz haben.

(66) 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 (vgl. Mutschler 2001, S.95 f).

Ergänzungen zu diesem Kapitel s. **Anlage 9**

### **(67) Kinder abhängigkeitskranker Mütter und Substitution**

(67.1) Suchtkranke Frauen konsumieren oftmals auch in der Schwangerschaft Drogen, deren toxische und teratogen pharmakologische Potenz in der Pharmakologie beschrieben ist.

Häufig trifft das pathogene Potenzial das ungeborene Kind ungeschützt. (67.2) 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.

Meinen Ausführungen stelle ich folgende Prämisse voran. Grundsätzlich (68) es gilt immer zu fragen:

Welche Substanzen haben auf das ungeborene Leben gewirkt?

Denn alle bekannten pharmakologischen Substanzen sind plazentagängig – (68.1) das ungeborene Leben partizipiert an den pharmakologischen Substanzen, die die Mutter konsumiert hat – und wird analog abhängig davon.

(68.2) Es muss nachgeburtlich entzogen werden – so wie die Mutter auch (!) – und dies ist eine medizinische Aufgabe, die eine stationäre intensiv-medizinische Versorgung verlangt (!!)

(70) Die Frage, ob „legale oder illegale“ Substanzen in der Schwangerschaft gewirkt haben, ist eine nachrangige Frage – dem ungeborenen Leben ist es „egal“, ob es von legalen oder illegalen Substanzen häufig irreversibel geschädigt wurde.



(71) Suchtbelastete Schwangerschaftsverläufe und die spezifischen Folgen sind immer noch Ursache Nr. 1 für Behinderungen von Kindern in der Bundesrepublik – es werden ca. 4500 Kinder mit irreversiblen Schädigungen durch Alkohol und ca. 2250 Kinder mit schweren Schädigungen durch Drogensubstanzen geboren – (71.1) insgesamt ca. 6750 Kinder pro Jahr. (71.2) In der Contergan-Katastrophe sind insgesamt ca. 5400 Kinder geboren worden.

(72) Ein polytoxikomanes Konsummuster mit Substanzen, deren teratogene und toxische, also missbildende und giftige Potenz in der Wissenschaft der Pharmakologie beschrieben ist, ist ein im Alltag übliches Konsummuster. (72.1) Das ungeborene Leben wird im Alltag mit pharmakologischen Substanzen geschädigt wird, deren teratogene und toxische pharmakologische Potenz bekannt ist – (72.2) ohne dass auch nur der Hauch einer Chance besteht, dieses ungeborene Leben zu schützen.

(72.3) Dies gilt auch für polytoxikomane Konsummuster in suchtmedizinischer Behandlung!

(72.4) *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!

#### **(73) 4.2 „Was passiert in Schwangerschaften mit polytoxikoman abhängigen Müttern mit und ohne suchtmedizinische Behandlung wirklich?“**

(74) Seit 1993 haben wir und wissenschaftlich arbeitende KollegInnen der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch, und seit etwa 2000 die Fachgruppe „Eltern, Kind und Drogen“ des FDR\* uns mit der Frage beschäftigt, (74.1) „Wie sich die Entwicklung des ungeborenen Lebens in Schwangerschaften darstellt, wenn diese Kinder von polytoxikoman abhängigen Müttern – und Vätern – ausgetragen werden“. Die Frage, wel-

---

\* Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V.



che Bedeutung es hat, wenn polytoxikoman abhängigkeitskranke Väter Kinder zeugen, ist eines der vielen wissenschaftlichen Geheimnisse, die bis heute nicht geklärt sind.

(75) Wir haben 100 dieser Schwangerschaften analysiert. Von den 100 Schwangerschaften waren 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig ohne suchtmmedizinische Betreuung – und 24 Mütter waren polytoxikoman drogenabhängig und wurden suchtmmedizinisch betreut; acht hatten unterschiedliche Hintergründe.

(76) Eine erste Erkenntnis, Mütter in suchtmmedizinischer Behandlung haben bei einigen Substanzen signifikant „größere Mengen Drogen“ konsumierten als abhängige Mütter ohne suchtmmedizinische Behandlung.



(77)

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

Tabelle 1: Substanzkonsum in der Schwangerschaft (s. **Anlage 9, 10**)



**„Wie sind solche Schwangerschaftsverläufe nach dem ‚State of the Art‘ zu bewerten?“**

(78) Die Hersteller der Arzneimittel/Substitute Hexal, Sanovi Aventis und Essex pharma habe ich gebeten, mir eine Bescheinigung für die therapeutische Nutzbarkeit ihrer Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex bei einem polytoxikomanen Konsummuster, also substituiert mit Beikonsum, in der Schwangerschaft und in der anschließenden Stillzeit auszustellen.

Alle drei Hersteller haben auf die enormen Risiken hingewiesen, die ein solches Handeln in sich birgt, und sie haben Ausschlusskriterien benannt.

Danach habe ich (79) drei der führenden deutschen Lehrstühle für Pharmakologie Schwangerschaftsanamnesen diese Konsummuster vorgelegt, um nach dem Stand „ihrer“ Wissenschaft diese Konsummuster zu analysieren.

Alle drei Lehrstühle sehen sich außerstande, diese Konsummuster „polytoxikoman“ zu definieren; das bedeutet, mit dem Wissensstand der Wissenschaft der Pharmakologie sind diese polytoxikomanen Konsummuster nicht in ihrem pharmakologischen Wirkungsspektrum erklärbar. \*

**(80) „Über das Leben der Kinder nach ‚polytoxikomanen Schwangerschaften“**

---

\* Nach meinem Verständnis ist die Zeit gekommen, Gremien aus verschiedenen ExpertInnen einzurichten, um Lösungen für die vielen nicht geklärten Fragen zu entwickeln. Es ist an der Zeit, die dritte Säule der Versorgung von Suchtkranken zu entwickeln, das heißt Modelle und Systeme zu entwickeln, in denen die schwangeren und stillenden Frauen versorgt werden, die im Rahmen der suchtmmedizinischen Behandlung nicht mehr „legal“ versorgt werden können. Nach meinem Verständnis ist es auch an der Zeit festzulegen, wo die Grenzen eines Beikonsums in suchtmmedizinischen Behandlungen von schwangeren und stillenden Müttern sind. Es kann nicht sein, dass in der Regel fachlich und rechtlich vorgegebene Grenzen durch professionelle Instanzen überschritten werden – und dabei das ungeborene Leben irreversibel geschädigt wird.



Im Anschluss an die Analyse der Schwangerschaftsverläufe (80.1) haben wir gefragt, wie denn die Störungsbilder der Kinder waren, die diese Schwangerschaften und ihre Sozialisation in suchtkranken Elternhäusern erlebt haben:

(81) es wurde erkennbar, dass diese Kinder so komplex gestört sind, dass eine altersgemäße Entwicklung kaum möglich ist. (81.2) Die Schulfähigkeit, das Sozialverhalten sowie die Chance, sozial integriert zu sein, sind aufgrund der schweren Schädigungen und Störungsbilder kaum mehr möglich; (81.3) diese Kinder sind entweder durch ihre vorgeburtliche Belastung oder durch ihre nachgeburtlichen Sozialisationsbedingungen im Kontext suchtkranker Eltern schwerst belastet und benachteiligt. (81.4) Die Zukunft dieser Kinder ist hoch belastet – und es bedarf dringend einer Positionierung der Suchthilfe, um hier schnellstmöglich Hilfen anzubieten – und endlich den so dringenden Schutz der Kinder zu erreichen!

(82)

	<b>Substanzabhängigkeit u. Polytoxikomanie (56.)</b>		<b>Substitution mit Beikonsum (23)</b>		<b>Substitution ohne Beikonsum (1P.)</b>		<b>weitgehend abhängigkeitsfrei (6.)</b>		<b>abhängigkeitsfrei (1 P.)</b>	
	ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24		ICD 10: F19.22, F17.24		ICD 10: F11.22, F10.21, F17.24		ICD 10: F17.24, F10.1, F12.1		ICD 10: F17.1	
1. Neonatales Abstinenzsyndrom	18*	32,1%	22	95,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
2. bis zu 3 Monate nach Entzug	13	23,2 %	22	95,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
3. Frühgeburt (v.d. 37. SSW)	6	10,7 %	5	21,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
4. „Floppy-Syndrom“ (P94.2)	4	7,1 %	1	4,3 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
5. Störung d. geist., soz. u. körperl. Entwicklung	44	78,6 %	16	69,6 %	1	100%	3	50 %	1	100 %
6. Hypotonie	7	12,5 %	7	30,4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
7. Verhaltens- u. emotionale Störung	49	87,5 %	22	95,7 %	1	100%	4	66,6 %	1	100 %
8. Hypertonie	5	8,9 %	2	8,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
9. Hyperkinetische Störung	5	8,9 %	6	26,1 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %
10. Sehfähigkeit beeinträchtigt	7	12,5 %	8	34,8 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %
11. Herzfehler	4	7,1 %	2	8,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
12. Fütterstörung im Säugl.- und Kleinkindalter	29	51,8 %	9	39,1 %	1	100%	0	0 %	1	100 %
13. Alkoholembryopathie	11	19,6 %	0	0,0 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
14. Reaktive Bindungsstörung	41	73,2 %	11	47,8 %	1	100%	3	50 %	1	100 %
15. Psychosoziale Deprivation	53	94,6 %	18	78,3 %	1	100%	6	100 %	1	100 %
16. Störung des Sozialverhaltens	24	42,9 %	6	26,1 %	1	100%	2	33,3 %	1	100 %
17. Enuresis N= / diurna/nocturna (älter als 4 Jahre)	10	17,9 %	4	17,4 %	1	100%	0	0 %	1	100 %
18. Enkopresis (wenn schon eine Zeitlang trocken)	3	5,4 %	2	8,7 %	1	100%	1	16,7 %	0	0 %
19. Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten	18	32,1 %	1	4,3 %	1	100%	2	33,3 %	1	100 %
20. Körperliche Misshandlung d. Kindes	32	57,1 %	2	8,7 %	0	0 %	5	83,3 %	1	100 %
21. Sexueller Missbrauch d. Kindes	7	12,5 %	2	8,7 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %



Tabelle 2: Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich (s.a. **Anlage 11**)

### **(83) Therapie Eltern und Kinder**

(83.1) Wichtig ist, dass Eltern und Kinder gemeinsam an Therapien teilnehmen und gemeinsam ihre lange Entwicklung in ein drogenstabiles Leben beginnen. (83.2) 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. (83.3) Eltern „kümmern“ sich um ihre Therapie, ihre cleane Lebensentwicklung, ihren Beruf und ihre Partnerschaft – (83.4) und sie müssen die Therapie ihrer Kinder begleiten, lernen ihre Kinder zu begleiten und sie zu erziehen, um so „Mutter und Vater“ zu werden, wie sie es in der Regel in ihrer eigenen Kindheit nicht erlebt haben – und wofür sie auch kein Vorbild, keine „innere Orientierung“ haben.

(84) 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!!

(85) 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.

(86) Wir haben immer und immer wieder in den Therapien erlebt, wie Kinder, die unter dem Einfluss schwerer und schwerster Belastungen in der Schwangerschaft und ihrer frühkindlichen und kindlichen Entwicklung gelebt haben, sich in einer Weise entwickelt haben, wie wir es uns häufig nicht vorstellen konnten –

(87) 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. **(Anlage 12)**



(88) 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.

(88.1) 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

– (88.2) 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.

Diese Kinder brauchen eine interdisziplinäre Hilfe, bestehend aus einer therapeutischen Hilfe für die Eltern, einer familientherapeutischen Hilfe, aber auch einer pädiatrischen Hilfe, einer ergotherapeutischen und kindertherapeutischen Hilfe und einer Unterstützung im Sinne der Inhalte der UN-Kinderrechtskonvention.

(89) 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.

(90) 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 neuro-biologische Vernetzungsleistungen zu vollbringen, dass sie in ihren Bewegungsabläufen anders sind als andere Kinder, dass sie unruhiger sind. – Aber (90.1) 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.



(91) wir haben erlebt, wie viele dieser Kinder sich bis heute in einer Art entwickeln, wie es bewundernswert ist. **(Anlage 14)**

Kurz- wir haben erleben können, dass mit alle dem, worüber ich gerade gesprochen habe, konstruktive und manchmal auch bewundernswerte Entwicklungen möglich geworden sind.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit bis hierher.



## Anlagen

### Anlage 1

Und weiter hat sie ihre Wahrnehmung über die Kinder beschrieben, die ihre vor- und nachgeburtliche Entwicklung im Kontext der elterlichen Abhängigkeit erlebt haben.

*„Anders ist es jedoch im affektiven und emotionalen Bereich und im gesamten sozialen Verhalten. Viele Kinder haben große Schwierigkeiten in der Aufnahme und Annahme von allgemeinen zwischenmenschlichen Beziehungen. Eines Teils kennen diese Kinder keine Grenzen und keine Distanz, [...]. Sie leiden oft an einer großen Orientierungslosigkeit, die daher rührt, daß das Kind während der Drogenzeit seiner Mutter ihrer eigenen Orientierungslosigkeit schutzlos ausgeliefert war“ (SCHÄFER, euro-TC 1993, S.139)*

### Anlage 2

Habermas, ein deutscher Soziologe und Philosoph, hat 1986 über diese Verbindung von aktuellem Leben, Familiengeschichte und den Einflüssen der Zeitgeschichte ausgeführt:

*„Our form of life is connected with that of your parents and grandparents through a web of familial, local, political, and intellectual traditions that is difficult to disentangle – that is, through a historical milieu that made us what and who we are today. None of us can escape this milieu, because our identities, both as individuals and as Germans are indissolubly interwoven with it.“*

(Habermas 1986/1 quoted in Heimannsberg 1992, 18)

### Anlage 3

Die verdrängte Geschichte der historischen Drogenepidemie ist einfach zu erklären. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurden die Drogensubstanzen in der chemisch-pharmazeutischen Forschung entwickelt, die wir auch heute kennen – und sie wurden anschließend in der chemisch-pharmazeutischen Industrie Europas groß-industriell produziert und weltweit vermarktet.



Die Drogensubstanzen, u. a. das Heroin, Kokain, die Opiate, Haschisch war frei käuflich,

und erst seit dem Ende des 19. und dem Beginn des 20. Jahrhunderts unterstanden sie einer Rezeptpflicht bzw. wurden dann in der 3. Opiumkonferenz 1925 ff. in Gänze für illegal erklärt. In der weltweiten Drogenepidemie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts wurde ab ca. 1860 versucht, durch Substitution die vielen, vielen Abhängigen in dieser historischen Drogenepidemie zu heilen.

Einige Daten aus dieser historischen Drogenepidemie.

#### **Anlage 4**

Diese sind wertvolle Quellen wertvolle historische Daten, die über einen verdrängten Teil der europäischen Kulturgeschichte berichten – eine Geschichte, die sich vor 3-5 Generationen in dieser Kultur und damit in „unseren“ Familiengeschichten abgespielt hat.

Die Hinweise über einen hohen Verbreitungsgrad der Opiate, der Amphetamine, der verschiedenen Kokaine, aber auch der Barbiturate, Benzodiazepine usw. in der Zeit des Nationalsozialismus und in den 50-er und 60-er Jahren berechtigen dazu, die Hypothese zu formulieren, dass diese historische Drogenepidemie bis in die Zeit 1970 gewirkt hat. Die aktuelle Drogenepidemie hat ihren Ursprung 1826 und nicht 1970 – diese zeitgeschichtlichen Fakten belegen dies.

#### **Anlage 5**

„COPOLLILO (1975) sieht daher bei der abhängigen Mutter die Gefahr, dass sie aufgrund ihrer eigenen intrapsychischen ‚Defekte‘ und durch die umfassenden Begleitscheinungen ihrer Sucht ihrerseits dem Kind Mütterlichkeit vorenthält, die im Kind selbst die zuvor beschriebene Persönlichkeitssituation schafft.

In der Zeit gab es auch andere Einrichtungen, die Kinder mit aufgenommen haben, beispielhaft die Therapeutische Gemeinschaft Dachtmüssen und die Therapeutische Gemeinschaft Steyerberg.



### **Anlage 6**

- Wie stellen sich Schwangerschaftsverläufe von substituierten Frauen dar?
- Wie entwickeln sich die Kinder, die durch chemisch-pharmazeutische Substanzen/Drogen, Alkohol und Medikamente und traumatische Einflüsse belasteten Schwangerschaften erlebt haben?
- d. h., was lehren uns die Wissenschaften der Pharmakologie, der Gynäkologie, der vorgeburtlichen Psychologie, der Pädiatrie nachgeburtlich und die verschiedenen Therapieschulen?

### **Anlage 7**

Es werden zwei Phasen in der pränatalen Entwicklung: Das Embryonalstadium (die ersten acht bis zwölf Wochen) und das Fötalstadium (ab dem dritten Schwangerschaftsmonat).

Im Embryonalstadium entwickeln sich sehr schnell die Körperstrukturen und inneren Organe des Kindes. Die Entwicklung des Zentralen Nervensystems (ZNS) beginnt bereits in den ersten Wochen nach der Empfängnis mit der Bildung von Nervenplatte und Rückenmark, sowie ihrer räumlichen Orientierung für spätere Funktionen. (vgl. Oerter/Montada 2002, S 131 f).

Alle bekannten pharmakologischen Substanzen, die im Kontext von Drogenabhängigkeit und Substitution genutzt werden, sind ZNS (Zentrales Nervensystem) aktiv!

Mit dem Beginn des Fötalstadiums sind die Organe bereits entwickelt und nehmen ihre Funktion auf. Das Gehirn macht in dieser Zeit enorme Wachstumsschübe durch. Die Nervenzellen und ihre Verbindungen vermehren sich rapide und das Zentrale Nervensystem differenziert sich weiter aus (vgl. ebd., S 133). \*

---

\* Die Verschaltung von Gehirn und Sinnesorganen findet zwischen der 23. und 37. Schwangerschaftswoche statt. Mit der 28. Woche ist bereits ein Reifegrad von Sinnesorganen, Motorik und ZNS erreicht, der im Fall einer vorzeitigen Geburt bei entsprechenden Lebens- und Pflegebedingungen ein Überleben möglich macht, wie auch eine normale körperliche und psychische Entwicklung gewährleistet. Geschmacks-, Gehörs-, Tast- und Berührungssinne sind ausgeprägt und prinzipiell funktionsfähig. Sie können bereits acht Wochen vor der Geburt von außerhalb





on ist bereits von diesem Zeitpunkt an entwicklungsfördernd oder aber entwicklungshemmend für das zukünftige Leben des Kindes. Die Einbeziehung der vorgeburtlichen Periode in die psychische Entwicklung des Kindes ist deshalb so bedeutungsvoll, weil in der Zeit von der Empfängnis bis zur [Geburt](#) vielfältige Prozesse des Wachsens und Reifens, aber auch schon des Lernens ablaufen, die jene Voraussetzungen schaffen, die für die Existenz in der biologischen und sozialen Umwelt (nachgeburtlich; d.V.) notwendig sind" (Oerter/Montada 2002 S 131 f).

Einflüsse in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten wirken sich vor allem schädigend auf die Organentwicklung des Kindes aus. Im Fötalstadium beeinträchtigen solche schädigenden Einflüsse insbesondere die Sauerstoff- und Nahrungsversorgung, die Entwicklung des Gehirns, sowie die Aktivität des Fötus'. Auch psychische Belastungen können schädigenden Einfluss erlangen: Dies kann der Fall sein, wenn z. B. die Schwangerschaft abgelehnt ist oder komplizierte Lebensumstände und persönliche, ungelöste Konflikte bestehen. Eine Mangelversorgung der Plazenta kann in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftreten und gilt als das häufigste Risiko für eine spontane oder eingeleitete Frühgeburt. Gesundheitlicher Schutz und auch psychologische Betreuung der Schwangeren sind somit wichtige Bedingungen für die pränatale Entwicklung des Kindes (vgl. ebd., S. 77 f).

## **Anlage 7**

### **3.2 Einführung in die vorgeburtliche psychische Reifung**

Dieses „Wissen“ über die vorgeburtliche „psychische Entwicklung“ ist in der Pränatalen Psychologie differenzierter beschrieben.

Pränatale Psychologie, eine „Teildisziplin“ der Psychologie, beschreiben.

Dabei werden die

- physischen Prozesse,
- die physisch-psychischen Prozesse,



- der Wirkung von besonderen Einflussfaktoren wie z. B. erlebte Traumata in der Schwangerschaft
- und die Verbindung von vorgeburtlicher Entwicklung und seine Verbindung zu nachgeburtlichem Leben beschrieben.

Der schwedische Neuro-Endokrinologe Prof. Dr. Peter Fedor Freyberg, als einer der renommierten Vertreter dieses Fachgebiets, führt hierzu aus:

„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, S. 26).

Das Kind „braucht das Grundgefühl, in einer intuitiven Verbindung mit anderen gleichartigen Wesen zu stehen, mit ihnen in einer gemeinsamen emotionalen Welt zu leben“ (Bauer 2005, S. 63 zit. n. Krens/Krens 2006, S. 28).

Das sich entwickelnde vorgeburtliche Kind ist somit ein interaktives Wesen, das durch „seine“ mütterliche Umgebung beeinflusst wird, hier macht es erste Lernerfahrungen. Diese Erfahrungen beeinflussen sowohl die Entwicklung der Physiologie wie die seiner „seelischen Entwicklung“

Gerald Hüther, führt hierzu aus:

„Zum frühen Erfahrungsspektrum, das auf den sich entwickelnden Fötus einwirkt und seine Entwicklung bestimmt, gehören auch sensorische Einflüsse. Mit dem Schwangerschaftsdrittel hört der Embryo bereits die Stimme der Mutter, er kann bestimmte Melodien, die ihm vorgespielt werden, wieder erkennen, lässt sich durch Geräusche aufschrecken und durch das Vorsingen oder Vorspielen häufig gehörter Lieder oder Musikstücke beruhigen. Im Gehirn des ungeborenen Kindes werden auch schon durch die Zusammensetzung des Fruchtwassers bedingte Geruchs- und Geschmacksempfindungen verarbeitet



und als frühe Erfahrungen in Form entsprechend stabilisierter Verschaltungsmuster verankert. [...] Das Ungeborene erkennt auf diese Weise gewissermaßen, was zum normalen Ernährungsspektrum der Mutter gehört, und es findet dann in der Muttermilch bekannte Geschmacksnoten wieder, die es schon aus seinem vorgeburtlichen Leben im Mutterleib kennt. Geschmack und Geruch der Muttermilch sind dem Neugeborenen also bereits vertraut“ (Hüther 2005, S. 59).

Ein wesentliches Kommunikationsmittel zwischen Mutter und Kind ist die gegenseitige Hormonausschüttung während der Schwangerschaft. An dieser Hormonausschüttung partizipiert das ungeborene Leben zwingend durch die „symbiotische“ Verbindung zur Mutter, insbesondere durch die Blut-zu-Blut-Versorgung. Für das Kind ist diese Art der Kommunikation/Interaktion in der ersten Zeit der Schwangerschaft die wichtigste. Die Mutter verfügt noch über andere Kommunikationsmittel wie sprechen, streicheln und fühlen. Sie kommuniziert zusätzlich auch über Umgebungsfaktoren mit dem Kind. Dabei wirken suboptimale Umgebungsfaktoren sich hemmend bis schädigend auf das Kind im Mutterleib aus. Diese Defizite können Auswirkungen bis zu einer möglichen Fehlgeburt sein (vgl. Krens/Krens 2006, S.25).

Bei Belastungssituationen für die werdende Mutter kommt es zur Produktion von Hormonen, durch welche die chemische Zusammensetzung des Blutes verändert wird. Das Blut der Mutter fließt in Stresssituationen in jene Teile des Körpers, die in dieser Situation besonders gebraucht werden wie Kopf, Arme oder Beine.

Dadurch wird die Blutzufuhr zum Fötus einerseits vermindert, andererseits nimmt das ungeborene Leben auch die veränderte Blutsubstanz an dem so veränderten Leben der Mutter teil. So wird eine angemessene Sauerstoffversorgung und die Versorgung mit Nährstoffen gemindert. Des Weiteren gelangen Hormone in den Blutkreislauf des Fötus (vgl. Mietzel 2002, S.87):

Innerhalb dieser „interaktiven Kommunikation und Wahrnehmung“ ist eine spezifische Verbindung als Teil des Ganzen wichtig, innerhalb derer sich durch einen Aus-



tausch von biochemischen Substanzen eine Art von Kommunikation und Interaktion vollzieht.

Eine Verbindung zwischen der Mutter und dem ungeborenen Leben wird auf der psychischen Ebene beschrieben, darüber hinaus ist die biochemische Verbindung zwischen dem Organismus der Mutter, seinen Funktionen und dem ungeborenen Leben nachgewiesen, da alle wichtigen körpereigenen Substanzen placentagängig sind, d.h. sie erreichen das ungeborene Leben. So können Hormone, Reaktionen auf erlebten Stress der Mutter ebenso wie künstliche Substanzen, wie Drogen, Alkohol, Medikamente, Nikotin u.a., das ungeborene Leben erreichen. Eine Verbindung zwischen physischen und psychischen vorgeburtlichen Ereignissen und eine Prägung dieser für das nachgeburtliche Leben wird als existierend angenommen. Wichtig ist – alle bekannten legalen und illegalen pharmakologischen Substanzen, Drogen und Medikamente sind placentagängig und wirken daher in dieser „symbiotischen Verbindung zwischen Mutter und ungeborenem Leben.

(vgl. Krens/Krens 2006, S. 9)

Verschiedene Umstände können auch zu neurophysiologischen Fehlbildungen führen. Dazu zählen „chronischer Stress der Mutter, ihre Ablehnung oder Verleugnung des Kindes, schlechte Ernährung und andere widrige Umstände“ (Krens/Krens 2006, S. 9). Diese Fehlbildungen können eine Voraussetzung und somit ein Risikofaktor für die spätere Entstehung psychischer Störungen sein. Begründet ist durch die Entwicklung der Persönlichkeit durch rudimentäre Verhaltens- und Erlebnismuster bereits im vorgeburtlichen Lebensstadium (vgl. ebd.). Daraus ziehen Krens/Krens die Schlussfolgerung, dass „präinatale Belastungserfahrungen spätere psychopathologische Entwicklungen begünstigen“ (ebd., S.42).

Die Wirkung traumatischer Effekte auf die werdende Mutter in der Schwangerschaft hat für die pränatale Entwicklung besondere Bedeutung.

Auch Traumata haben, wie z.B. Stress, neurobiologische Folgen – und diese können von dem reifenden Kind „miterlebt“ werden:



## **Anlage 8**

### **Resümee**

Aus den bisherigen Ausführungen wird die komplexe Interaktion zwischen der Mutter und dem ungeborenen Leben erkennbar. Diese Verbindung ist durch die somatische Symbiose zwischen Mutter und ungeborenem Leben erklärt, die Mutter versorgt auf allen Ebenen das ungeborene Leben durch ihren Organismus.

Innerhalb dieser komplexen Interaktion vollzieht sich der physiologische Reifungsprozess des ungeborenen Lebens und die Versorgung dieses reifenden Lebens durch den Organismus der Mutter und die Partizipation des Kindes an den psychischen Prozessen der Mutter, die auch eine Rückkoppelung in die physische Versorgungsstruktur haben können (z.B. wenn Stresshormone ausgeschüttet werden, mit Angst, Freude und dergleichen erlebt wird).

In diese somatische Symbiose können auch Faktoren eingreifen, die nicht „körper-eigen“ sind. Dies sind z.B. pharmakologische Substanzen, die placentagängig sind. Auch Gewalt von außen kann über die rein physischen Folgen hinaus durch die Reaktion der Mutter vom Ungeborenen erlebt werden.

Das ungeborene Leben partizipiert an dem Leben der Mutter, das ungeborene Leben ist einerseits durch das Leben und den Organismus der Mutter „geschützt“ und kann andererseits durch und in diesem auch belastet oder geschädigt werden kann.

In dieser komplexen Interaktion innerhalb der vorgeburtlichen Entwicklung werden wichtigste Bausteine für das nachgeburtliche Leben gelegt. „In diesem Sinne können pränatale Belastungserfahrungen später psychopathologische Entwicklungen begünstigen“ (Krenz/Krenz 2006, S. 42).

Zunächst erfolgt eine grundsätzliche Erklärung über das Prinzip des Wirkens pharmakologischer Substanzen auf das ungeborene Leben.

Welche sind die Folgen pränatalen Partizipation an Suchtstoffen?



Hierzu führt Sobot aus:

„Verhaltensbiologisch wird Suchtverhalten mit einer Aktivierung bzw. Hemmung des Belohnungs- bzw. Bestrafungssystems bei der Zufuhr psychoaktiver Substanzen erklärt. Die durch Drogensubstanzen gehemmten bzw. aktivierten Transmittersysteme, die insbesondere pränatal sehr sensibel sind, weil sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausgereift sind, können nachhaltig geschädigt, zerstört bzw. in ihrer Funktion eingeschränkt werden. Zudem besitzen die synaptischen Funktionen eine "Lernfunktion". Darüber hinaus können die Hirnzellen eine manifeste, irreversible Toleranz gegenüber bestimmten Substanzen entwickeln, die lebenslang anhält“ (vgl. Sobot 2001 S. 42)

Die Gefahr von Kindern, die in der pränatalen Phase an Suchtmitteln partizipiert haben, liegt folglich darin,

- dass sie bereits im Sinne des hirnganischen "Belohnungseffektes" "vorgeprägt" sind. Dies geschieht in "unbewusst" abgespeicherten physiologischen Engrammen in den Hirnstrukturen. Zudem führen auch Lernfunktionen, wie z. B. das "Schmecken" von Alkohol, zu einer pränatalen Gewöhnung an diese Geschmacksrichtung, die auch postnatal anhält.
- dass sie dazu neigen, sich Stoffe zuzuführen, die den fehlerhaften Transmitterhaushalt "regulieren", um den "Verlust" angenehmer somatischer Feedbacks zu kompensieren.
- dass die Zufuhr von Stoffen, die rauscherzeugend wirken, wahrscheinlich höher sein muss, um überhaupt die ersehnte "Berausung" zu erfahren (vgl. Sobot 2001, S. 32-52).

Das bedeutet, dass im Folgenden unter Berücksichtigung folgender Hypothese gearbeitet wird: Es wird deutlich, dass ein grundsätzliches Risiko in der Folge der Partizipation des ungeborenen Lebens an den pharmazeutischen Substanzen deutlich, die die Mutter in der Schwangerschaft konsumiert hat.



Suchtkranke Familiensysteme und das Leben der Kinder in diesen Familiensystemen entwickeln sich in einer verkannten Interaktion. Wie dringend es ist, diese komplexe Interaktion zu dechiffrieren, ist durch die Kinder begründet, die bleibend behindert oder in der Entwicklung ihres Lebensplans eingeschränkt sind.

Im Folgenden möchte ich die einzelnen „Teile des Themas“ erklären – Sie werden erkennen und spüren, dass die Summe mehr ist als die einzelnen Teile des Problems.

### **Anlage 9**

#### **„Das Wohl des ungeborenen Lebens“ – oder: „Jede Schädigung des ungeborenen Lebens ist möglich – von Eltern ebenso wie von professionell Handelnden“**

Der Schutz des Kindes im Sinne des juristischen Kindeswohls beginnt mit dem Moment der Geburt; das Wohl des *ungeborenen* Lebens im Verlaufe der gesamten Schwangerschaft ist in unserem Rechtssystem rechtlich nicht geschützt.

Das bedeutet, jegliche schädigenden Einflüsse auf das ungeborene Leben sind im Alltag möglich – es besteht keine Möglichkeit, das ungeborene Leben zu schützen.

Im Grunde genommen ist das Prinzip der Contergan-Katastrophe, in der das ungeborene Leben durch die teratogene Potenz des Arzneimittels Contergan geschädigt wurde, immer noch Alltag.

Dies gilt erst recht für Drogensubstanzen und für Alkohol und die Behandlung der Alkoholembryopathie. Die Schädigungen in der Folge des Konsums dieser Substanzen sind – im ersten Moment unsichtbar – sind das Gehirn, die inneren Organe, die Augen und die Ohren geschädigt.

Die Mütter in suchtmmedizinischer Behandlung berichteten wiederholt darüber, dass sie so etwas wie einen „wahren Drogenhunger“ gespürt haben und dass sie in den



Schwangerschaften, wie sie es ausdrückten, „ohne Ende Drogen in sich hineingeschau-  
felt“ haben; in den Beschreibungen wirkte es manchmal so, dass sie „für zwei“ consu-  
mierten.

Ich habe

- die Hersteller der Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex zu den  
Möglichkeiten des Beikonsums befragt,
- die Konsummuster schwangerer Frauen der Wissenschaft der Pharmakologie  
mit der Bitte um Erklärung vorgelegt
- und das BfArM, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zu der  
Frage des Beikonsums bei schwangeren Müttern im Kontext der suchtmedizini-  
schen Behandlung mit den Arzneimitteln Methadon, L-Polamidon und Subutex  
befragt.

Siehe Text S. 16.

### **Anlage 10**

Daran schließt sich die Feststellung an, dass professionelle Instanzen, zum Beispiel in  
der suchtmedizinischen Behandlung, keine positive Nutzen-Risiko-Analyse für eine  
suchtmedizinische Behandlung von Schwangeren mit einem hohen Beikonsummuster  
begründen können, wenn dies mit den Möglichkeiten der Wissenschaft der Pharmako-  
logie nicht erklärbar ist!

Denkbar ist zwar, dass ÄrztInnen im Rahmen ihrer Therapiefreiheit legale Arzneimittel  
zusätzlich zu den Substituten anwenden, dies kontrollieren, eine positive Nutzen-Risiko-  
Analyse entwerfen und die PatientInnen über die Risiken aufklären. Undenkbar ist je-  
doch ein andauerndes unkontrolliertes polytoxikomanes Konsummuster in einer ärztlich  
geleiteten suchtmedizinischen Therapie.



### **Anlage 11**

Feststellen lässt sich, dass alle Störungsbilder „von zur Diagnose berechtigten Personen“ festgestellt wurden, also beispielsweise von PädiaterInnen verschiedener Fachdisziplinen, HeilpädagogInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, FachärztInnen, Kinderkliniken. Nun zu Details aus diesen Untersuchungen:

### **Anlage 12**

Wenn wir nun fragen: Was können wir diesen Kindern (und damit auch den Eltern) an therapeutischer Unterstützung anbieten, und wie können sich Lösungen gestalten? – dann möchte ich Folgendes feststellen.

Hier einige dieser „Rechte der Kinder“ aus der Präambel

- Kinder haben einen Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung
- Kinder sollen zur vollen und harmonischen Entfaltung ihrer Persönlichkeit in einer Familie und umgeben von Glück, Liebe und Verständnis aufwachsen
- Kinder mit einer mangelnden körperlichen und geistigen Reife sollen besonderen Schutz und besondere Fürsorge, insbesondere einen angemessenen rechtlichen Schutz vor und nach der Geburt erleben

Es gilt

- das Diskriminierungsverbot
- das Wohl des Kindes
- die Respektierung des Elternrechts
- das Recht auf Leben
- die Berücksichtigung des Kindeswillens
- die Meinungs- und Informationsfreiheit
- der Schutz der Privatsphäre und Ehre
- die Verantwortung für das Kindeswohl
- der Schutz vor Gewaltanwendung, Mißhandlung, Verwahrlosung
- für von der Familie getrennt lebende Kinder; Pflegefamilie; Adoption [...] der Anspruch auf den besonderen Schutz und Beistand des Staates.
- die Förderung behinderter Kinder
- die Gesundheitsfürsorge



- ein Recht auf angemessene Unterbringung
- ein Recht auf Sicherheit
- ein Recht auf angemessene Lebensbedingungen und Unterhalt
- ein Recht auf Bildung; Schule; Berufsausbildung
- der Schutz vor Suchtstoffen
- der Schutz vor sexuellem Mißbrauch
- ein Recht auf Genesung und Wiedereingliederung geschädigter Kinder

Dies sind Teile der Rechte der Kinder im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention, die nirgendwo auf der Welt diskutabel sind – dies sind die Rechte der Kinder, dies einzuhalten sich alle Mitgliedsstaaten der UN verpflichtet haben!

Die ersten Kinder aus den Jahren 1993 ff. sind heute erwachsene Menschen, die ihre Schulen abgeschlossen haben, ein Studium begonnen haben, die z. T. wieder als Zivildienstleistende bei uns gearbeitet haben.

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](mailto:stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de)  
[wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de](mailto:wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de)

Internet: [www.stachowske.de](http://www.stachowske.de)  
[www.tg-wilschenbruch.de](http://www.tg-wilschenbruch.de)



## Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis finden Sie unter

<http://www.stachowske.de/ppt/literaturverzeichnis.pdf>