

Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Folie 2



ODER

Familienorientierte Drogenhilfe



...die alltägliche
„Quadratur des
Kreises“

Folie 3

→ Das Thema **Kinder, Familien und Sucht** ist nur zu verstehen, wenn die Komplexität des Themas dechiffriert wird.

SUCHT + KRANKHEIT

Folie 5



Grundlagen



Was ist Sucht?



Was sind Drogen?

Was ist Sucht?...

Es gilt zu unterscheiden zwischen

- dem Konsum von Substanzen
- dem missbräuchlichen Konsum von Substanzen und
- dem abhängigen Konsum von Substanzen

Was ist Sucht?...

- Der Konsum von Substanzen manipuliert die biochemischen Prozesse im Gehirn und im Körper
- abhängig von Dauer und Intensität beeinträchtigt die toxische Potenz von Substanzen den Organismus
- und/oder er verändert bleibend Abläufe im Organismus

Was ist Sucht?...

→ Das missbräuchliche und abhängige Konsummuster sind im Sinne der WHO-Klassifikation (DMS IV/ICD)

Krankheiten

→ und damit im sozial-rechtlichen Sinne **Krankheiten mit Rechtsstatus.**

Was ist Sucht?...

- Eine polytoxikomane Drogenabhängigkeit
- die ärztlich legitimierte Teilnahme am Substitutionsprogramm
- eine manifeste Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit

sind im Sinne der DMS IV und ICD-Klassifikation Krankheiten im Sinne des **unverschuldeten elterlichen Versagens**.

Was ist Sucht?...

Ein missbräuchliches oder abhängiges Konsummuster schränkt die elterliche Kompetenz z.T. erheblich ein.

Was ist Sucht?...

Die Krankheit „Abhängigkeit“ bedeutet somit im Sinne des §1666 BGB, dass ein „unverschuldetes elterliches Versagen“ anzunehmen ist.

SUCHT + PHARMAKOLOGIE

Folie 13



Jugendhilfe Lüneburg gGmbH - Dr. Ruthard Stachowske – *Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen*

Was sind Drogen?...

Der sogenannte illegale Status bedeutet nur, dass bestimmte chemisch - pharmazeutische Substanzen **Handelsbeschränkungen** unterliegen.

Was sind Drogen?...

- Der Begriff Drogen meint als pharmazeutischer Terminus „getrocknete Heilkräuter“.
- Das was wir alltagssprachlich als Drogen bezeichnen, sind Arzneimittel oder chemisch-pharmazeutische Substanzen mit unterschiedlichem Rechtsstatus – also Medikamente.

Was sind Drogen?...

Im pharmakologischen Sinne sind legale und illegale Substanzen miteinander „verwandt“ – so gehören zu der Substanzgruppe der Opiate:

Opium		
Morphium	=	Morphin
Heroin	=	Diacetylmorphin
Codein	=	Ethylmorphin
Levomethadon	=	L-Polamidon
Methadon (D,L-)	=	Methadict
Subutex	=	Buprenorphin

Was sind Drogen?...

- Die Relevanz von chemisch-pharmazeutischen Substanzen für das „ungeborene Leben“ ergibt sich aus der Pharmakodynamik der jeweiligen Substanz.
- Der betäubungsmittelrechtliche Status legal oder illegal
- ist egal.

Was sind Drogen?...

Die Substanzgruppen

→ Barbiturate

→ Benzodiazepine

→ die Opiate

- Kodein/Ätylmorphin
- Methadon/Morphinderivat
- Levamethadon/Morphinderivat

→ Amphetamine/Retalin

sind **legale Medikamente**

Was sind Drogen?...

Die Substanzgruppen

→ Heroin/Diacetylmorphin

→ das Kokain

→ das Crack/Kokainderivat

→ Exctasy und LSD

→ „Speed“/Amphetamine

sind so genannte **illegale Substanzen**.

SUCHT + PRÄNATALE ENTWICKLUNG

Folie 20



Jugendhilfe Lüneburg gGmbH - Dr. Ruthard Stachowske – *Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen*

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

**Sucht +
Pränatale
Entwicklung**

Sucht als komplexes Problem in familiären Systemen

Die Lebenssituation der Kinder aus suchtkranken Familiensystemen zu verstehen verlangt, sich der Mehrdimensionalität eines komplexen Problems zu stellen.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

**Sucht +
Pränatale
Entwicklung**

Dazu ist es notwendig, zwischen
der

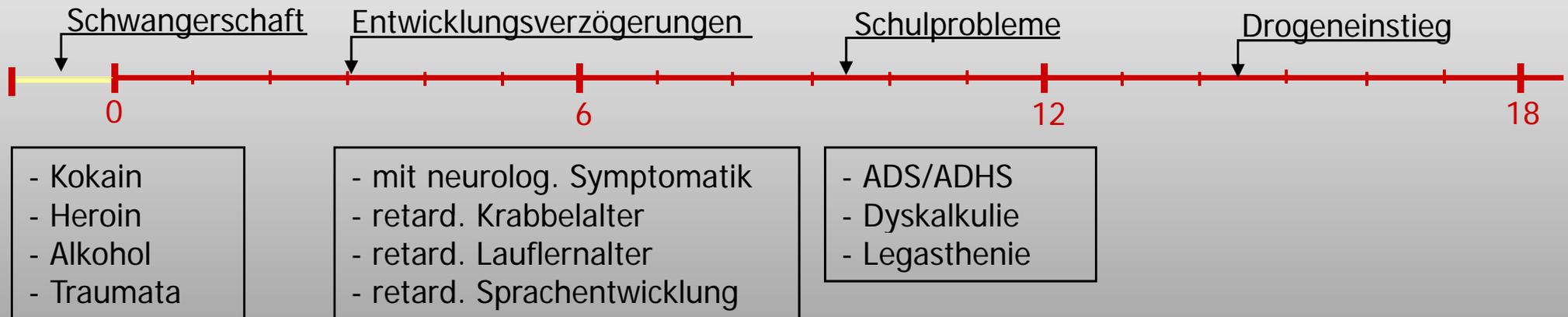
pränatalen Entwicklungsphase
der Kinder

und den

postnatalen individuellen und familiären
Entwicklungsbedingungen

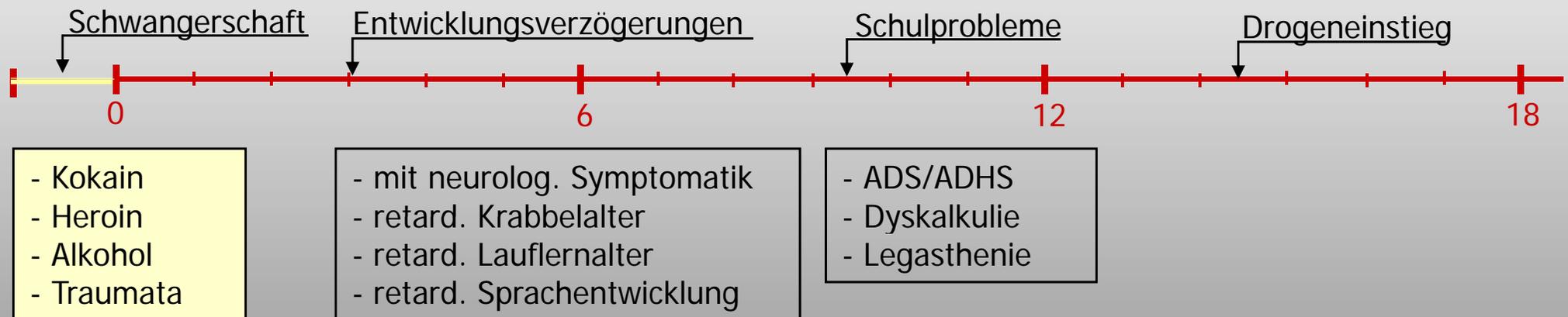
zu unterscheiden

Zeitreihe bis 18 Jahre

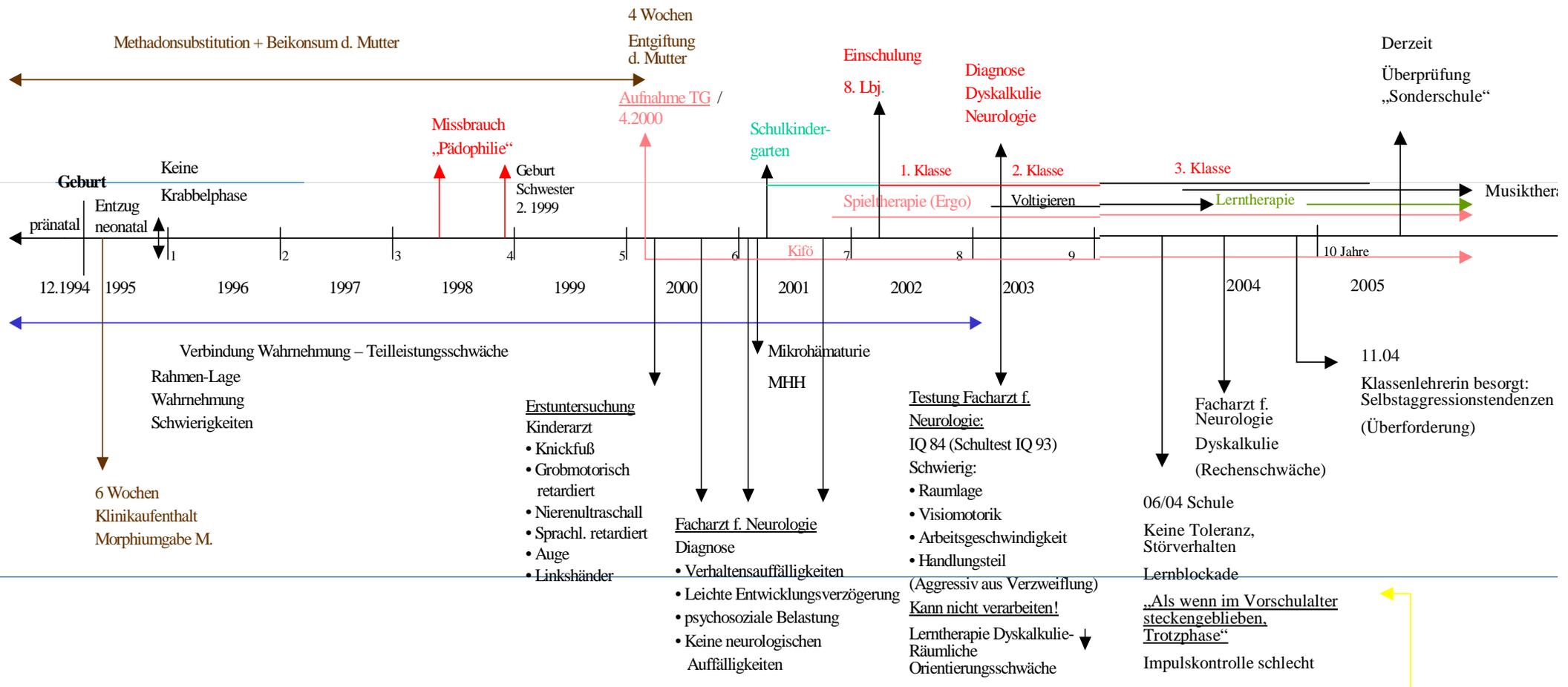


Folie 23

Zeitreihe bis 18 Jahre



Folie 24



Die pränatale Entwicklung der Kinder aus suchtkranken familiären Systemen

Folie 26



Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

**Sucht +
Pränatale
Entwicklung**

Die Partizipation des ungeborenen Kindes an den verschiedenen Drogensubstanzen...

..ist durch eine Grundkonstellation der pränatalen Lebensreifung begründet:

Es besteht eine somatische Symbiose zwischen der Mutter und dem ungeborenen Kind.



Die an sich getrennten Blutkreisläufe von Mutter und Kind sind durch die permeable Membran gegenseitig beeinflussbar.

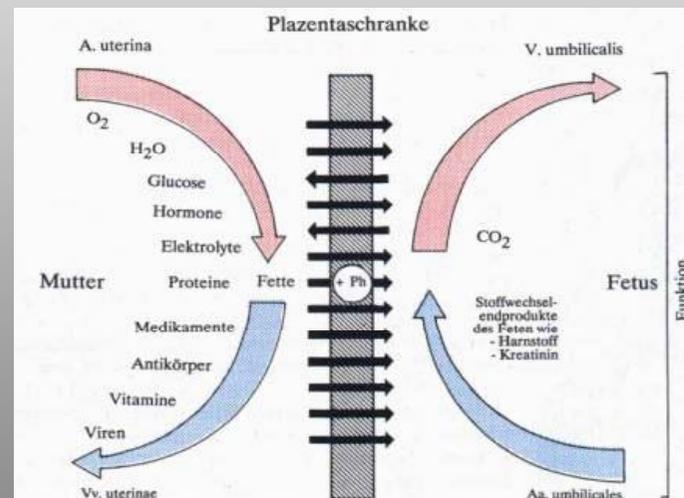
Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale
Entwicklung

Die Funktion der permeablen Membran

→ lebensnotwendiger Austausch von Stoffen zwischen Mutter und dem ungeborenen Kind



→ schützende Filterfunktion für das ungeborene Kind

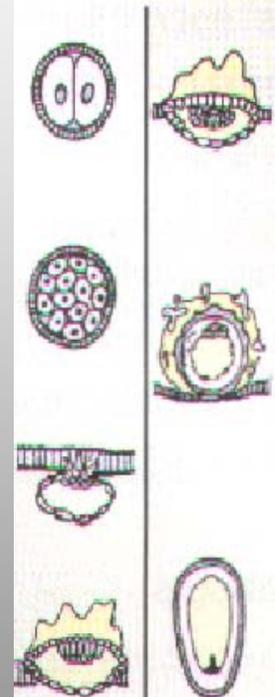
Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

**Sucht +
Pränatale
Entwicklung**

Im folgenden sehen Sie die grafische
Darstellung der pränatalen Entwicklung
eines ungeboreren Lebens.

Periode der Zygotenteilung, der Implantation und der zweiblättrigen Keimscheibe



Gewöhnlich unempfindlich gegen Teratogene

Pränataler Tod

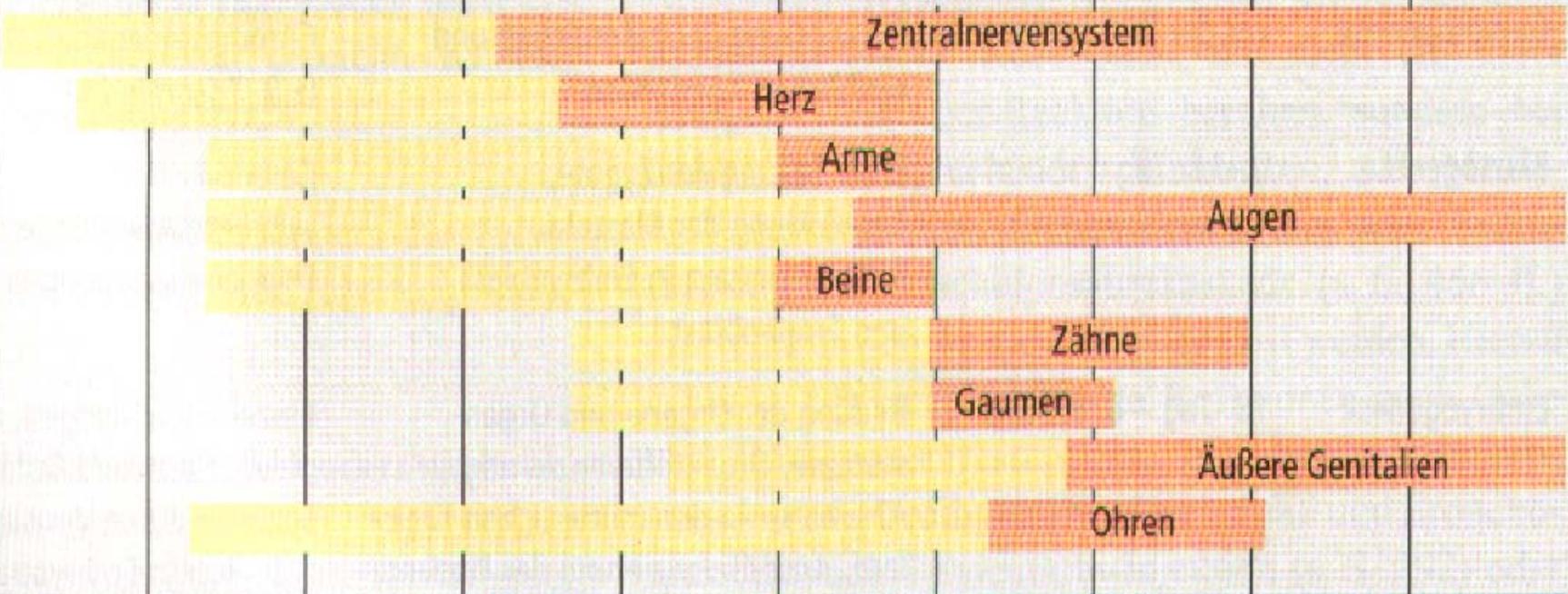
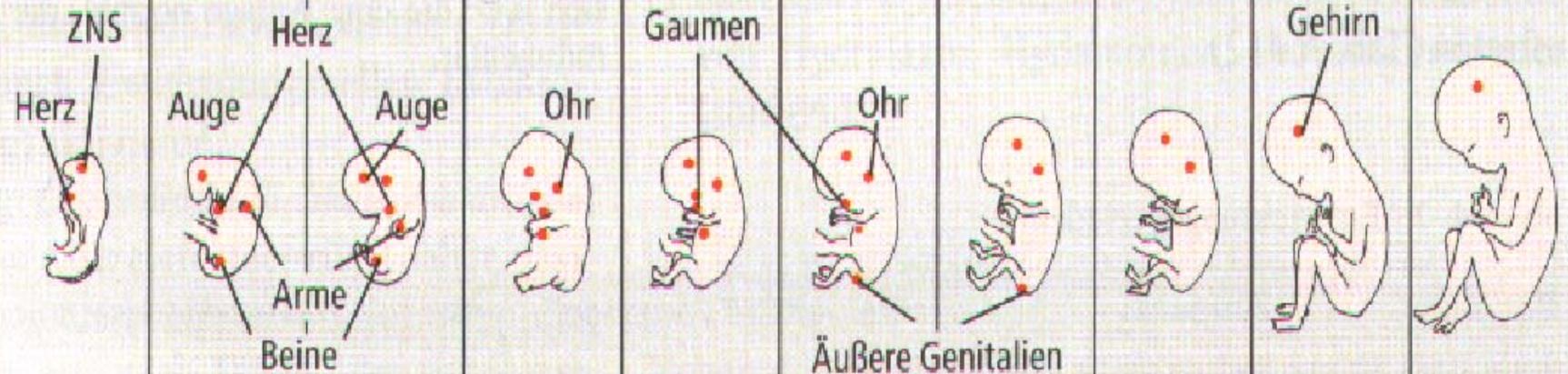
Embryonalzeit (in Wochen)

Fetalzeit (in Wochen)

Geburt

3 4 5 6 7 8 12 16 20-36 38

• bezeichnet den üblichen Angriffspunkt des Teratogens



Stärkere morphologische Abnormitäten

Physiologische Defekte und weniger stark ausgeprägte morphologische Abnormitäten

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Die Funktion der permeablen Membran

Alle bekannten legalen und illegalen Drogen sind plazentagängig, das heißt, die filtrierende Funktion der permeablen Membran wirkt bei den bekannten Drogensubstanzen nicht mehr; diese erreichen ungefiltert das ungeborene Kind.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Das ungeborene Kind partizipiert unmittelbar an allen Drogensubstanzen, die die Mutter konsumiert – bei abhängigen Konsummustern der Mutter wird das Kind so passiv abhängig.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Toxische und teratogene Potenzen

Alle bekannten legalen und illegalen Drogen
haben eine

toxische
(giftige)

und/
oder

teratogene
(missbildende)

**pharmakologische
Potenz**

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Das ungeborene Kind wird

→ durch die toxische Potenz der
Drogensubstanzen **direkt
beeinflusst**

und/oder

→ durch die **teratogene Potenz
irreversibel geschädigt.**

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Drogensubstanzen mit zumindest toxischer Potenz

→ Nikotin

→ Haschisch

→ Heroin

→ Polamidon

→ und die verschiedenen legalen
pharmakologischen Substanzen, also
Medikamente

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Drogensubstanzen mit teratogener Potenz

→ Alkohol

→ Amphetamine

→ Barbiturate

→ Kokain

→ Crack

→ LSD

→ und je nach Konsummuster auch von den Substanzen, die „nur“ eine toxische Potenz haben

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Mischkonsum wie der „polytoxikomane
Drogenkonsum“ hat eine pharmakologisch
nicht mehr zu steuernde Potenz!

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Toxische Einflüsse können über den Moment der Wirkung auf den Fötus hinaus auch zu postnatalen Beeinträchtigungen der Entwicklung führen.

Teratogene Einflüsse bedeuten, dass das Kind irreversible Schädigungen erlebt.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

**Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie**

Über die Folgen hinaus, die die Drogensubstanzen für das ungeborene Kind haben, ist zu beachten, dass auch der Suchtmittelkonsum von Männern zu Veränderungen der Keimzellen führen kann.

Tab. A 4-3. Einige Stoffe, die in der Schwangerschaft kontraindiziert sind (teratogenes oder fetotoxisches Risiko, erhöhte Abort- bzw. Fehlgeburtgefahr)

Arzneistoffgruppe bzw. Arzneistoff

ACE-Hemmstoffe

Anabolika

Antidiabetika

Biguanide

Sulfonylharnstoffe

Antihypertonika

Calciumantagonisten

Minoxidil

Reserpin

Antiinfektiva

Aciclovir

Aminoglykoside

Amphotericin B

(systemisch)

Azol-Antimykotika

(systemisch)

Chloramphenicol

Flucytosin

Ganciclovir

Griseofulvin

Gyrasehemstoffe

Mebendazol

Mefloquin

Nitroimidazole

Polymyxin B

Pyrimethamin

Rifampicin (1. Trimenon)

Streptomycin

Sulfonamide

Tetracycline

Trimethoprim

Vancomycin

Antikoagulantien, orale

(Cumarine)

Antirheumatika

Chloroquin

Indometacin

Goldverbindungen

Phenylbutazon

Penicillamin u. a.

Diuretika

Kaliumcanrenoat

Schleifendiuretika

Spironolacton

Thiazide

Gichtmittel

Allopurinol

Colchicin

Hormone

Androgene

Antiandrogene

Estrogene

(in hoher Dosierung)

Gestagene

Glucocorticoide

(systemisch)

Immunsuppressiva

Iod-Verbindungen

Laxantien

(außer Lactulose,

Quellstoffen)

Lipidsenker

HMG-CoA-Reduktase-

Hemmstoffe

Fibrate

Molsidomin

Mutterkornalkaloide

Prostaglandine

Röntgenkontrastmittel,

Iod-haltige

Retinoide

(systemisch)

Thyreostatika

Vitamin A

(in hoher Dosierung)

Vitamin D und -Derivate

(in hoher Dosierung)

ZNS-aktive

Verbindungen

Alkohol

Amantadin

Analgetika, opioide

Barbiturate

Benzodiazepine

Disulfiram

Zytostatika

Folie 41



Jugendhilfe Lüneburg gGmbH - Dr. Ruthard Stachowske

–

Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen
aus Mutschler: Arzneimittelwirkung

Tab. A 4-5. Arzneistoffe, die in der Stillperiode nicht verabreicht werden sollen

Arzneistoffgruppe bzw. Arzneistoff

ACE-Hemmstoffe

Anabolika

Antiepileptika

H₂-Antihistaminika

Antiinfektiva

Aminoglykoside

Azol-Antimykotika

(systemisch)

Chloramphenicol

Clindamycin

Erythromycin

Gyrasehemmer

Isoniazid

Metronidazol

Nitroimidazole

Novobiocin

Praziquantel

Pyrimethamin

Rifampicin

Sulfonamide

Tetracycline

Trimethoprim

**Antikoagulantien, orale
(Cumarine)**

**Antirheumatika,
nichtsteroidale**

Atropin

Diuretika

Kaliumcanrenoat

Spironolacton

**Basistherapeutika
(Antirheumatika)**

**HMG-CoA-Reduktase-
Hemmstoffe**

Hormone

Androgene

Antiandrogene

Estrogene

(in hoher Dosierung)

Gestagene

Glucocorticoide

(systemisch)

Immunsuppressiva

Iod-Verbindungen

Laxantien (außer

Quellmitteln und Lactulose)

Levodopa

Mutterkornalkaloide

Retinoide (systemisch)

Thyreostatika

ZNS-wirksame

Substanzen

Amantadin

Analgetika, opioide

Barbiturate

Benzodiazepine

Lithium-Salze

Neuroleptika

Theophyllin

Valproinat

Zystostatika

Die postnatale Entwicklung

Folie 43



Jugendhilfe Lüneburg gGmbH - Dr. Ruthard Stachowske – *Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen*

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

**Sucht +
Pädiatrie**

Der neonatale Entzug

Die Lebensentwicklung der Kinder, die im Verlaufe ihrer pränatalen Entwicklung an Drogensubstanzen partizipiert haben, hat nachgeburtlich immer dann zwangsläufig eine Entzugssymptomatik zur Folge, wenn die Mutter in abhängiger Weise Drogen konsumiert hat.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

**Sucht +
Pädiatrie**

Die Suchtpotenz von Drogensubstanzen führt analog zu einer Abhängigkeit des ungeborenen Kindes – das ungeborene Kind wird ebenfalls drogenabhängig.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

**Sucht +
Pädiatrie**

Frau Sobot führt aus: „Die diagnostischen Merkmale der Drogenabhängigkeit lassen sich – überwiegend – auf das Ungeborene der drogenabhängigen Schwangeren übertragen. Es wird bei dem Ungeborenen von einer 'passiven Abhängigkeit' gesprochen“ (Sobot 2000, 7). Dies hat zur Folge, dass postnatal eine Entzugssymptomatik auftritt: Das „**neonatale Abstinenzsyndrom**“ (NAS).

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

**Sucht +
Pädiatrie**

Die Neugeborenen haben damit ein schweres „Krankheitsbild“ in einem Lebensalter zu ertragen, in dem dies eine hochgradige Überforderung von Körper, Geist und Seele bedeutet – dies ist ein denkbar schwieriger Beginn einer Lebensentwicklung.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

**Sucht +
Familie +
Bindung**

→ Die Bindungsproblematik in suchtkranken familiären Systemen, in denen durch die Suchtstoffe und dem Charakter einer Sucht das sozial-emotionale Beziehungsgefüge verändert ist

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

**Sucht +
Familie +
Bindung**

→ Die Trennungsproblematik, die aus verschiedenen Gründen immer eine Realität in suchtkranken Familien werden kann.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

**Sucht +
Familie +
Bindung**

→ Die durch die Suchtkrankheit geprägte Lebensqualität, da durch das Diktat der Sucht der Alltag bestimmt wird und nicht durch die Qualität des Lebens.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

**Sucht +
Mangelversorgung**

→ Die Mangelversorgung und Verwahrlosung auf den verschiedenen Ebenen, die offen oder latent immer eine Rolle spielt.

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
Pränatale Entwicklung

Sucht +
Pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

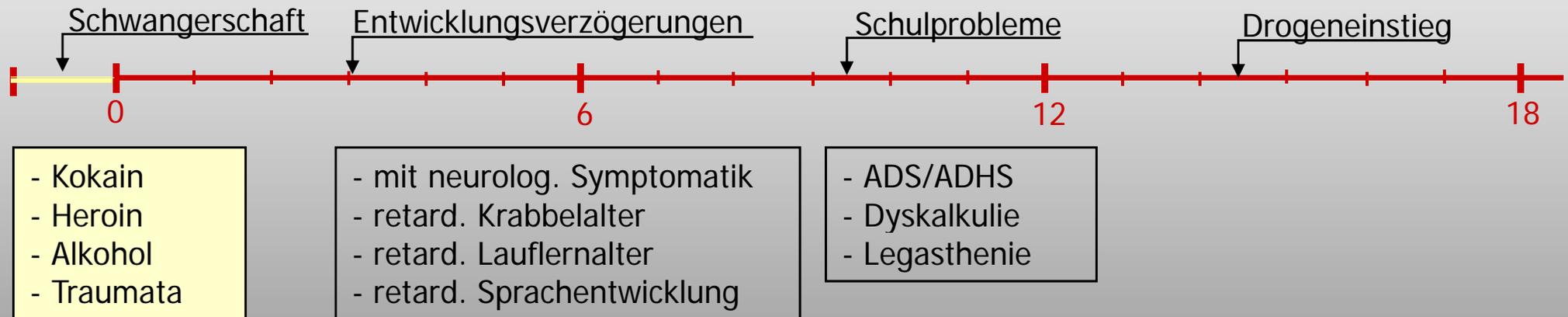
Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

**Sucht +
Mangelversorgung**

→ und die Substitutions-Medizin in der familien-orientierten Jugend- und Drogenhilfe, die in ihren tatsächlichen Ausprägungen bisher nicht verstanden ist.

Zeitreihe bis 18 Jahre



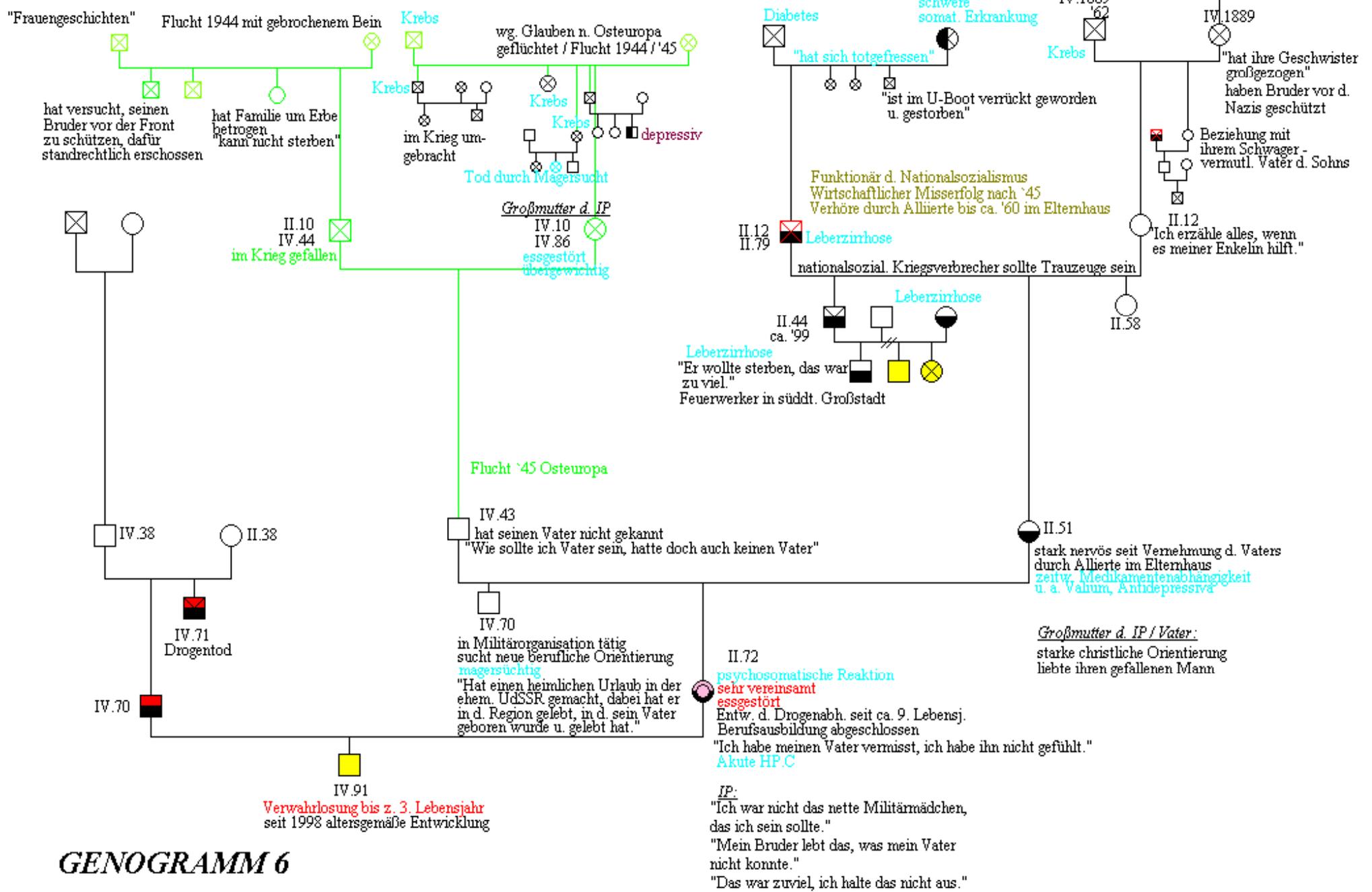
Folie 53

Drogenabhängigkeit und Familien (-Geschichte)

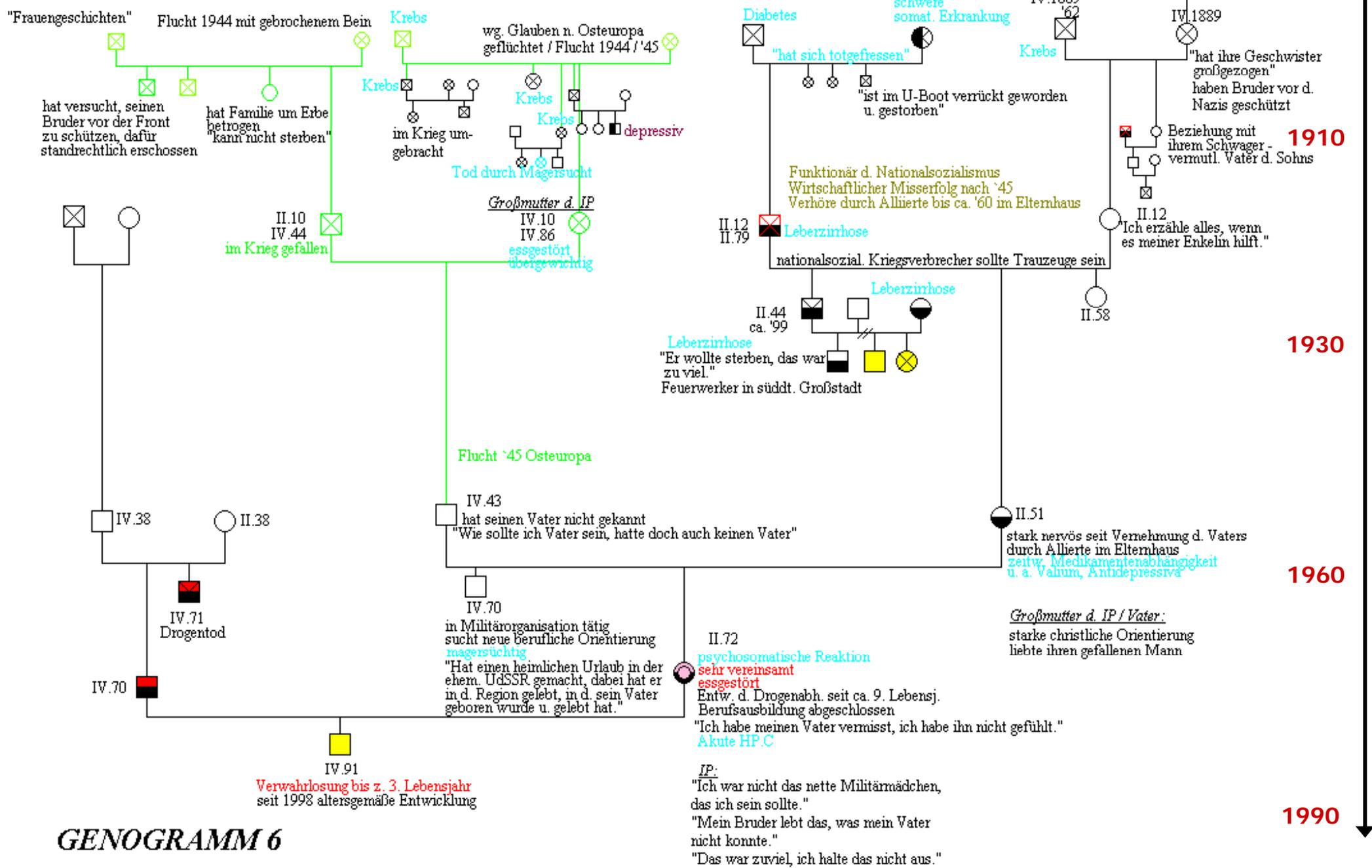
Folie 54



ehem. UdSSR



ehem. UdSSR



Zeitreihe der Opiate

1806: Morphin

1833: Codein

1841: Die Wirkung von Haschisch wird beschrieben

1846: „Das Kauen von Coca-Blättern steigert das Arbeitsvermögen“

1860: Kokain wird von Niemann in Göttingen synthetisiert und verbreitet

1875: Codein wird als Hustensedativum angewandt

1884: Kokain wird in die augenärztliche Anästhesie eingeführt

1887: Ephedrin wird synthetisiert und verbreitet

1887: Amphetamine werden synthetisiert und verbreitet

1888: Dionin wird für die therapeutische Anwendung beschrieben

1893: Migränin wird synthetisiert und verbreitet

1895: Die Barbitursäuren werden synthetisiert und verbreitet

Fol

- 1898: Heroin (Diacetylmorphin) wird synthetisiert, patentiert u. verbreitet
- 1898: Meskalin wird synthetisiert und verbreitet
- 1903: Veronal wird in die Therapie eingeführt und verbreitet
- 1904: Novakain wird entwickelt und als Lokalanästhetika eingeführt
- 1906: Eukodal wird entwickelt und verbreitet
- 1910-1918: Dilaudid und Dikodid werden synthetisiert
- 1912: Trevalin und Luminal wird entwickelt und verbreitet
- 1940: Dolantin wird entwickelt und verbreitet
- 1942: Polamidon/Methadon wird entwickelt und verbreitet
- 1943: Dexedrin (Appetithemmer) wird entwickelt und verbreitet
- 1943: LSD wird entwickelt und verbreitet
- seit 1952.: Die Tranquilizer werden entwickelt und verbreitet
- seit 1955: Die Appetitzügler werden entwickelt und verbreitet

Folie 10

Jugendhilfe e.V. Lüneburg

Dahlenburger Landstraße 150
21337 Lüneburg
www.jugendhilfe-lueneburg.de

Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch

Reiherstieg 15
21337 Lüneburg
Tel.: 04131-7493 0

E-mail: wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de

Seminare

→ Fortbildung – Systemische/r Familienberater/in Kompetenzerweiterung –

Termin: Beginn 22. Januar 2007
Leitung: H. Girrulat, R. Stachowske
Seminarort: VHS Bremen
Infos: www.vhs-bremen.de

→ IF-Weinheim - Sucht und Abhängigkeit

Termin: 30.04.- 04.05.07 + April 2008
Seminarort: Wustrow/Wendland
Leitung: G. Jürgens, R. Stachowske
Infos: www.if-weinheim.de

Seminare

20. Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.
„Die Qualitäten der Suchtbehandlung“
11. – 13. Juni 2007
Stadthalle – Convention Center Heidelberg
www.sucht.de

→**Forum 6** **12. Juni 2007 11.30 Uhr**
Prof. Dr. G. Schiepek, Dr. R. Stachowske
„**Neue Modelle in der Behandlung von
Abhängigkeitserkrankungen**
- eine Folge der ICF's“

→**Forum 4** **12. Juni 2007 14.30 Uhr**
Prof. Dr. Dr. G. Schiepek, Dr. R. Stachowske
„**Das Real-Time-Monitoring als neue
wissenschaftliche Methode der Analyse von
medizinischen Rehabilitationsprozessen**“

Folie 61

Seminare

→ Kinder aus suchtkranken Familiensystemen und über die Schwere in der Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe

Termin: Beginn 26. Oktober 2007

Leitung: R. Stachowske

Seminarort: VHS Bremen

Infos: www.vhs-bremen.de

Verfügbar
ab 4. Quartal 2007



Ruthard Stachowske (Hg.)

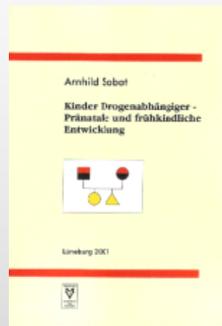
Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder

Störungsbilder und psychosoziale
Versorgung drogenkranker
Familiensysteme



Folie 63

Literatur zum Thema



Arnhild Sobot

"Kinder Drogenabhängiger -
Pränatale und frühkindliche Entwicklung"



Ruthard Stachowske

"Mehrgenerationentherapie und
Genogramme in der Drogenhilfe"



Ruthard Stachowske

"Familienorientierte stationäre
Drogentherapie"

Folie 64

Jugendhilfe e.V. Lüneburg

Dahlenburger Landstraße 150
21337 Lüneburg
www.jugendhilfe-lueneburg.de

***Therapeutische Gemeinschaft
Wilschenbruch***

Reiherstieg 15
21337 Lüneburg
Tel.: 04131-7493 0

E-mail: wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de



Sucht im
Rechtssystem

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
pränatale Entwicklung

Sucht +
pränatale Entwicklung+
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

Sucht +
Mangelversorgung

Sucht +
Suchtmedizin

**Sucht +
Familie +
Suchtmedizin**

Folie 67

Problem:

Substitution

Familie

Sucht

Sucht in der Schwangerschaft

Folie 68



Jugendhilfe Lüneburg gGmbH - Dr. Ruthard Stachowske – *Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen*

Sucht im
Rechtssystem

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
pränatale Entwicklung

Sucht +
pränatale Entwicklung+
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

Sucht +
Mangelversorgung

Sucht +
Suchtmedizin

**Sucht +
Familie +
Suchtmedizin**

Folie 69

Beikonsum in der Schwangerschaft

Sucht im
Rechtssystem

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
pränatale Entwicklung

Sucht +
pränatale Entwicklung+
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

Sucht +
Mangelversorgung

Sucht +
Suchtmedizin

**Sucht +
Familie +
Suchtmedizin**

Folie 70

Stillen

Sucht im
Rechtssystem

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
pränatale Entwicklung

Sucht +
pränatale Entwicklung+
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

Sucht +
Mangelversorgung

Sucht +
Suchtmedizin

**Sucht +
Familie +
Suchtmedizin**

Folie 77

Beikonsum, Substitution und Kinder

Sucht im
Rechtssystem

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
pränatale Entwicklung

Sucht +
pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

Sucht +
Mangelversorgung

Sucht +
Suchtmedizin

**Sucht +
Familie +
Suchtmedizin**

Folie 72

Substitution, Kindeswohl und Garantenstellung

Sucht im
Rechtssystem

Sucht +
Krankheit

Sucht +
Pharmakologie

Sucht +
pränatale Entwicklung

Sucht +
pränatale Entwicklung +
Pharmakologie

Sucht +
Pädiatrie

Sucht +
Familie +
Bindung

Sucht +
Mangelversorgung

Sucht +
Suchtmedizin

**Sucht +
Familie +
Suchtmedizin**

Folie 73

Drogenscreening



Was ist Sucht?

Die Begriffe *Sucht* und *Abhängigkeit* werden häufig synonym angewandt, obwohl *Sucht* ein veralteter medizinischer Fachbegriff ist, der eigentlich nur noch in der Umgangssprache Verwendung findet.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat *Sucht* 1957 folgendermaßen definiert:
Sucht ist

„ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten

Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und ist gekennzeichnet durch vier Kriterien:

1. Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
3. die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
4. die Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft.

Was ist Substitution?

Substitution (lat. substituere ersetzen) f: (chem.) Ersatz von Atomen od. Atomgruppen einer Verbindung durch andere Atome od. Atomgruppen, die sog. Substituenten; vgl. Kondensation.

Pschyrembel 2002

Folie 76

Methadon

Seit dem 1. Februar 1994 ist neben dem bisher in Deutschland gebräuchlichen Levomethadon (L-Polamidon®) nun auch das Racemat aus links- und rechtsdrehendem Methadon (synonym: DL-Methadon, Methadon-Racemat) zur Substitution verschreibungsfähig. L-Methadon ist doppelt so stark analgetisch wirksam wie das Racemat, so dass die DL-Methadon-Dosis etwa doppelt so hoch sein muß wie die L-Methadon-Dosis. Handelsname, Zubereitung:

1. Polamidon: Ampullen zu 2.5 mg und 5 mg. Tropfen zu 5 mg/ml.
Tagesverschreibungshöchstmengende 150 mg.

2. Methadon-Racemat: über Rezeptur.

Pharmakokinetik: Nach oraler Gabe gute Resorption. Verzögerter Wirkungseintritt (30 bis 60 Minuten), jedoch auch längere Wirkungsduer im Vergleich zur intravenösen Verabreichung. Intensive Bindung an Plasmaeiweiße. Metabolisierung in der Leber, Ausscheidung hauptsächlich über die Nieren, aber auch über den Stuhl.

Indikationen: Langzeitsubstitution von Heroinabhängigen.

Folie 77

Akute Substitution bei lebensgefährlichen Krankheiten von HIV-positiven Heroinabhängigen.

Subutex

Seit Februar 2000 ist Subutex (Wirkstoff Buprenorphin) zur Drogensubstitution in Deutschland zugelassen. Buprenorphin gehört wie Heroin, Codein und Methadon zu den Opiaten.

Rechtliche Grundlagen

Jede Verschreibung eines Betäubungsmittels - ob als Substitutionsmittel oder in der Schmerztherapie - steht unter dem Vorbehalt des § 13 Abs. 1 BtMG. Die Vorschrift hat folgenden Wortlaut:

Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung

(1) Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung *einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit* verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann. Die in Anlagen I und II bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden.

Die Vorschrift wird für das Verschreiben eines Substitutionsmittels ergänzt durch § 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), welche die Einzelheiten der Voraussetzungen, der Kontrolle, Höchstmengen und die Art und Weise der Verschreibung festlegt.

Schwangerschaftsanamnese

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURTSVERLAUF KORRELATION ZUR SUCHTENTWICKLUNG

Diese Unterlagen sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Autors, Dr. Ruthard Stachowske, in anderen Zusammenhängen genutzt werden.

Name der Mutter: S.
geb.: 1970
Name des Kindes: J.
Risikoschwangerschaft: _____
Geburtsdatum: 1998
Schwangerschaftswoche: _____

Postpartum: Schwangerschaftsdepression“?– ärztl. erhöhte Gabe von Methadon auf 21 ml; d.h. 19 ml am Tag + 2 ml nachts. Angeblich ca. 2 Wochen starke Schmerzen (Wundschmerz/Nachwehen)
Geburtsverlauf: stat. v. 27.3.-30.3.99: Abort i. d. 11 SSW (Zwilling) - Großes Kind; ca. 2 Wochen vor errechnetem Termin geholt (Hep. C.); primäre Sectio (Rückenmarksanästhesie)

Psychosoziale u. Medizinische Schwangerschaftsentwicklung

Schwangerschaft wurde in. d. 6. SSW durch Arzt festgestellt. Frau S. gibt an, dass sie die Schwangerschaft hauptsächlich aus dem Interesse „nicht inhaftiert werden zu müssen“ bzw. „bessere Haftbedingungen zu erlangen“ gewollt hätte. Vater von J. ist ebenfalls polytoxikoman sowie als „schwer kriminell“ zu bezeichnen; während der Schwangerschaft wurde er inhaftiert (ca. 8.SSW). Frau S. lebte in der Angst vom Vater J.’s schwer verletzt oder sogar umgebracht zu werden, sie war beruhigt, als er inhaftiert wurde, besuchte ihn jedoch weiterhin (6 SSM-8 SSM alle 2 Wochen). Frau S. wurde selbst in ca. der 4-5 SSW inhaftiert. Sie wurde aufgrund ihrer Schwangerschaft nach 4 Monaten vorzeitig entlassen. Frau S. hat sich ab dem ca. 5. SSM bis zum 8.SSM prostituiert, außerdem hätte sie zur Finanzierung ihrer Sucht Diebstähle begangen. – J.’s Mutter gibt an, dass ihr die Schwangerschaft in vielerlei Hinsicht nützlich war, d.h. kein Ausschluss aus Methadonprogramm, Unauffälligkeit beim „Klauen“, hilfreich bei der Prostitution (Bilder + Videos wurden angefertigt). J.’s Vater sei ebenfalls aufgrund seiner Geburt vorzeitig aus der Haft entlassen worden. – Ärtzl. verordnet (außer Methadon) Magnesium- + Eisenpräparate – 12 Vorsorgeuntersuchungen wurden wahrgenommen. -

1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42. 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.3.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.
Schwangerschaftswoche zu 1) / zu 2) / zu 3) / zu 4)? postnatale Phase zu 5) →

Konsumierte Substanzen (Typ/Menge)

- 1) Methadon: 13-14 ml tägl. (oral) + Cannabis: ca. 1-1 ½ tägl. + Nikotin: ca. 4-5 Zig. tägl.
 - 2) Methadon: 14 ml tägl. (oral) + Cannabis: ca. 3 x wöchentl. jeweils 1 ½ g. + Nikotin: „ein paar „Züge“ tägl. + Heroin: 2-malig jeweils ½ g in Verbindung mit aufgelösten Rohypnol (4 Tabl.) i. v. + Fluninox: Anfang 6 SSW ca. 7 Tabl. in 2 Tagen (Inhaftierungszeit)
 - 3) Methadon: 14 ml tägl. (oral) + Cannabis: +Heroin: ca. 1 ½ g tägl. In Verbindung mit Fluninox o. Rohypnol (jeweils 5 Tabl. i.v. tägl.) i.v. + Kokain: ca. 1,5 g tägl.+ nachts (z. T. bis zu 400,- DM Kokain tägl.) + Alkohol: 1 Fl. Bier + Nikotin wie 2)
 - 4) Methadon: 19 ml tägl. (oral) + Diazepam: ca. 4 Tage lang 2 Tabl. tägl. + Nikotin wie 2): stationärer Aufenthalt in LK Hildesheim
 - 5) Phenobarbitaltherapie von K. am: bis:
- Nicht gestillt – stationäre Kinderklinik Hildesheim bis 2.12.1999 / Aufnahme Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch