

Fachschule St. Franziskus

F a c h a r b e i t

**Kinder und Jugendliche mit fetalen Alkoholspek-
trumstörungen – spezifische Problematiken und
Möglichkeiten von Förderungen und Chancen im
erzieherischen Alltag**

Geschrieben im Fach: Zielgruppenorientierte Arbeitsprozesse

Lingen, im September 2016

Verfasserin: Nicole Wohkittel

Inhaltsverzeichnis

1. Erschreckende Betroffenheit - Alkoholkonsum von Müttern und mögliche schwerwiegende pränatale Folgen für das Kind	1
2. Zum fetalen Alkoholsyndrom.....	3
2.1. Typische Spezifika von FASD	4
2.2. Phänomenologie von FASD	6
3. Einordnung von FASD als eine Behinderung	8
4. Auswirkungen von FASD	10
4.1. Störung der Exekutivfunktionen.....	10
4.2. Störung der sozio-emotionalen Entwicklung	13
5. Chancen und Förderungsmöglichkeiten im erzieherischen Alltag	15
5.1. Progressive Muskelentspannung.....	15
5.2. Prinzipien zur Stärkung der Exekutivfunktionen.....	17
5.3. FAS-Erste-Hilfe-Koffer.....	19
6. Kinder und Jugendliche mit FASD - Perspektiven sind denkbar.....	23
Anhang: Grafik – Komponenten exekutiver Funktionen (Müller 2013: 4).....	25
Literaturverzeichnis.....	26
Erklärung	29

1. Erschreckende Betroffenheit - Alkoholkonsum von Müttern und mögliche schwerwiegende pränatale Folgen für das Kind

Auf einer familienbildenden Freizeit konnte ich ersten Kontakt zu Kindern und Jugendlichen mit fetalen Alkoholspektrumstörungen herstellen. Mein erster Eindruck war ziemlich erschreckend und bedrückend. Ich konnte beobachten, dass diese Kinder ein sehr impulsives Verhalten zeigten. Schnelle Reizüberflutungen und emotionales Verhalten gehörten zu der Arbeit mit diesen betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Trotz anfänglicher Schwierigkeiten und Verunsicherungen bei mir hat diese Arbeit großen Spaß gemacht. Es war für mich eine Herausforderung, die Kinder und Jugendlichen ganzheitlich in den Blick zu nehmen, sodass ich ihre Bedürfnisse wahrnehmen konnte. Diese Form der Auffälligkeiten ist mir mit differenzierten Hintergründen nicht bekannt. Aus diesem Grund wuchs in mir die Motivation, tiefer in diese Materie einzusteigen, um für mich neue Kompetenz- und Handlungsgewinne erzielen zu können.

Der Alkoholkonsum gehört für viele Jugendliche und Erwachsene zum alltäglichen Leben. Jegliche Suchtmittel bringen viele Gefahren mit sich. Ein ungeborenes Kind sollte niemals pränatal Suchtmitteln ausgesetzt sein.

Es gibt Eltern, die ein Kind mit Behinderung auf die Welt bringen. Sie versuchen die Ursachen dafür zu suchen. Diese Frage kann in der Regel nicht adäquat beantwortet werden. Die Frage nach der Ursache für eine fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) kann jedoch deutlich beantwortet werden. Der Alkoholkonsum der Mutter hat dem ungeborenen Kind geschadet (Alkohol als ein Zellgift, das Organe des Ungeborenen schädigen kann).

In der Publizierung von Merzenich und Lang (2012: 38) wird deutlich, dass der Alkoholkonsum der werdenden Mutter und die aus ihm resultierenden Schäden am Kind die häufigste Ursache für eine angeborene mentale Retardierung darstellt. Zusätzlich wird geschrieben, dass FASD vollständig vermeidbar ist im Gegensatz zu anderen Behinderungen wie Trisomie 21.

Der Gesellschaft und werdenden Müttern ist bekannt, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft Gefahren mit sich bringt. Doch welche Symptome und Verhaltensauffälligkeiten alleine durch Alkohol auf das ungeborene Kind zurückzuführen sind, ist weiterhin nicht bekannt. Es herrscht kein richtiges Bewusstsein für diese Thematik, die vollständig verhindert werden kann.

„Es besteht kein Unterschied, ob das Ungeborene sich in der Fetalzeit befindet oder sich bereits zu einem Embryo entwickelt hat. In beiden Phasen ist das Ungeborene unfähig, mit seiner unreifen Leber den Alkohol selbständig abzubauen und braucht so dafür die zehnfach längere Zeit als die Mutter. Eine sichere Alkoholgrenze, bei der keine Schädigung auftritt, gibt es nicht!“ (vgl. FASD-Deutschland 2016).

Oftmals kann ein Mensch mit FASD kein normal soziales Leben führen. Die Schwierigkeit liegt für diese Menschen darin, den eigenen Alltag strukturiert zu bewältigen. Ein normales Leben ist daher kaum möglich, sie benötigen viel Unterstützung.

Aus diesem Grund fokussiert diese Facharbeit den spezifischen Bereich FASD. Daher stellt sich die Frage: Welche Möglichkeiten und Chancen der Förderung könnten aufgrund der spezifischen Problematiken für Kinder und Jugendliche im erzieherischen Alltag gegeben sein?

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf den erzieherischen Hilfen für Kinder und Jugendliche im Alltagsgeschehen, die sich aus den einzelnen spezifischen Problematiken ergeben. Einführend werde ich zunächst auf die Historie und die Zahlen von FASD eingehen. Es folgen zwei weitere Punkte, die sich mit den typischen Spezifika und der Phänomenologie befassen. Dadurch kann ein erster Überblick über das gesamte Spektrum gegeben werden. In dem Punkt Phänomenologie von FASD wird über einzelne Syndrome und Auffälligkeiten gesprochen. Von großem Interesse ist es, ob ein Kind oder Jugendlicher mit FASD als behindert gezählt wird. Ist dies der Fall, können Pädagogen und Pädagoginnen intensivere Unterstützung von verschiedensten Institutionen erwarten. Daher richtet sich der zweite Punkt auf die Antwort, ob ein Kind mit FASD behindert ist und daher mehr Förderungsmöglichkeiten bekommen kann.

Der dritte Punkt beschäftigt sich mit den Auffälligkeiten, die durch FASD entstehen können. Dieses wird unterteilt in Störung des sozio-emotionalen Bereiches und der Störung der Exekutivfunktionen.

Daraus resultierend können sich im nächsten Punkt Chancen und Möglichkeiten für den erzieherischen Alltag ableiten lassen. Es werden kleinere Praxistipps aufgezeigt, die Kindern und Jugendlichen helfen können, ihren Alltag möglichst selbständig zu bewältigen. Im abschließenden Fazit werden die wichtigsten Erkenntnisse aus der gesamten Facharbeit zusammengefasst und in eine eigene Perspektive münden.

2. Zum fetalen Alkoholsyndrom

Bereits vor Jahrtausenden wurde im Alten Testament der Gebrauch oder Missbrauch von Alkohol während der Schwangerschaft erwähnt. In der Bibel aus dem Buch Richter 13,7 hieß es bereits: „ Er kündigt mir an: Ich werde einen Sohn bekommen, der von Geburt an Gott geweiht sein soll. Ich soll deshalb weder Wein noch Bier trinken und keine unreinen Speisen essen“ (Thomsen, Michalowski 2012: 8). Die Autorin M. Hogenboom (vgl. Hogenboom 2014: 74) schreibt in ihrem Buch über Aussagen von dem griechischen Philosoph Aristoteles (384 bis 322 v. Chr.), der sagte: „Dumme, betrunkene Frauen ohne Verstand setzen oft Kinder in die Welt, die ihnen ähneln“ (Hogenboom 2014: 74). Die Aussage des griechischen Philosophen wird verdeutlicht, dass den Menschen früher bekannt war, dass Alkohol schädigend auf das ungeborene Kind wirken kann. Thomsen und Michalowski (vgl. 2012:8) beschreiben in ihrem Buch, dass erste konkrete Hinweise mit der sogenannten Gin-Epidemie zwischen 1720 und 1750 in England eingegangen sind. Zu der Zeit soll dem britischen Parlament ein Bericht vorgelegt worden sein, in dem beschrieben wird, was mit den Kindern, die pränatal dem Alkoholkonsum der Mutter ausgesetzt sind, geschehen ist. In der Quelle heißt es, dass sie schwach und kränklich auf die Welt gekommen sind (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 8).

Die Vorgeschichte im Engeren reicht deshalb etwa sechzig Jahre zurück. Im Jahre 1957 verfasste die Medizinerin Jaqueline Rouquette die erste Publikation zur Alkoholschädigung infolge mütterlichen Alkoholkonsums. In dieser Doktorarbeit soll das erste Mal klar beschrieben worden sein, was der Begriff FAS bedeutet. Die Dissertation fand jedoch keine große Bedeutung für die Fachwelt. 1967 wurde die Thematik von Paul Lemoine Nates aufgegriffen, der über Frauen mit Alkoholproblemen, die geschädigte Kinder auf die Welt bringen, berichtet (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 8). Spohr (vgl. 2012: 15) schreibt, dass Lemoine in einer ausführlichen Dokumentation bereits über die auffälligen Anomalien durch pränatalen Alkoholmissbrauch berichtet hat. Die Autoren Thomsen und Michalowski (2012: 8) schreiben, dass das fetale Alkoholsyndrom erst 1973 durch die US- Amerikaner David Smith und Ken Jones seinen Namen bekommen hat.

Die aufgeführten Quellen verdeutlichen, dass die Entdeckung und Publizierung von FASD nicht eindeutig belegbar ist. Es lässt sich daraus schließen, dass diese unklare Historie auf die heutige Zeit übertragbar ist. Es kann darauf hinweisen, dass die Gesellschaft über das Ausmaß von FASD keine näheren Informationen hat.

Es dauerte sehr lange, bis das Syndrom überhaupt in Deutschland wahrgenommen wurde. Prof. Dr. Hans-Ludwig Spohr, Prof. Dr. Hermann Löser und Prof Dr. Majewski

forschten zu dieser Phänomenologie. Sie sprachen allerdings von einer Alkoholembyofetopathie und Alkoholeffekten. Dazu entwickelten sie den ersten Score zur Diagnostik, der allerdings hauptsächlich auf die körperlichen Leitsymptome einging. Dieser wird als zu oberflächlich erfasst (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 10). Einen weiteren Versuch, das Krankheitsbild angemessen erfassen zu können, stellte der 4-Digit-Code von Susan Astley aus dem Jahr 2004 dar. Dieser legt jedoch wieder den Schwerpunkt auf körperliche Merkmale. Zusätzlich muss bei dieser diagnostischen Methode der mütterliche Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Diese Diagnostik wurde in Frage gestellt, da die körperlichen Merkmale mit anderen Behinderungen übereinstimmen könnten (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 8). Trotz dieser bekannten Syndrome existiert keine internationale Leitlinie für die Diagnose. Für Kinder ist es wichtig, durch eine frühzeitige Diagnose eine individuelle Förderung zu gestalten. Daher wurde im Jahr 2012 die sogenannte S3 Leitlinie entwickelt. Diese Leitlinie geht neben den körperlichen Auffälligkeiten (Wachstumsauffälligkeiten, Gesichtsauffälligkeiten) auch auf Auffälligkeiten im Bereich des zentralen Nervensystems ein und auf bestätigte oder nicht bestätigte intrauterine Alkoholexposition der Mutter (vgl. Landgraf, Heinen 2012: 43 f.). Obwohl das Krankheitsbild seit längerem bekannt ist, gibt es wenige Kenntnisse über die Prävalenz dieses Syndroms. Bei Kramer ist zu lesen, dass nach einer Schätzung ungefähr 10.000 Kinder durch mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft geschädigt worden sind (vgl. Kramer 2013: 76). Schmidt und Fietzek vermuten, dass in Deutschland ungefähr 3 von 1000 Kindern als geschädigt angesehen werden können. Die Autoren schätzen in ihrem Buch, dass ungefähr 2100 Kinder pro Jahr mit einem Vollbild geboren werden (vgl. Schmidt, Fietzek 2013: 17).

Die oben genannten Quellen verdeutlichen ein unterschiedliches Ausmaß von FASD. In keiner Publizierung wurden genaue Zahlen erwähnt, wie häufig es in einzelnen Ländern zu dieser Phänomenologie kommt. Aus den aufgeführten Quellen lässt sich schließen, dass die Folgen mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft für das ungeborene Kind unbekannt sind. Um einen ersten fachlichen Überblick über das gesamte Spektrum von FASD zu geben, wird dieses im nächsten Punkt näher erläutert.

2.1. Typische Spezifika von FASD

Unter dem Oberbegriff fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) werden sämtliche pränatale Schädigungen durch den Alkoholkonsum der werdenden Mutter zusammengefasst. Es wird beschrieben, dass der Zeitpunkt und die Menge des Alkoholkonsums der Mutter eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Schmidt, Fietzek 2013: 16). Schmidt und Fietzek (2013: 16) teilen den Zeitraum in Trimester ein. Im ersten Trimester (Woche 1-

12) werden Organe und das Gesicht des Fötus gebildet, sodass vor allem körperlich sichtbare (vor allem im Gesicht) und organische Schäden entstehen könnten. Im zweiten Trimester (Woche 13-28) können das Wachstum und die Gewichtszunahme des ungeborenen Kindes geschädigt werden. Schmidt und Fietzek (2013: 16) beschreiben, dass sich das Gehirn während der ganzen Schwangerschaft entwickelt und dadurch dauerhaft geschädigt werden kann (besonders anfällig im zweiten und dritten Trimester).

Dem Flyer der Organisation FASD- Deutschland (2012: 6) kann entnommen werden, dass das ungeborene Kind in kürzester Zeit denselben Alkoholpegel wie die werdende Mutter aufweisen kann. In der Regel schützt die Plazentaschranke das Kind vor äußerlichen Einwirkungen. Durch die spezielle Eigenschaft von Alkohol ist diese jedoch machtlos, sodass Alkohol auch als ein Zellgift mit teratogener Wirkung beschrieben wird. Es kann ungeschützt zum ungeborenen Kind kommen und wirkt sich auf die gesamte Entwicklung aus. Durch die unreife Leber und das Nichtvorhandensein bestimmter Enzyme benötigt das ungeborene Kind zum Alkoholabbau zehn Mal länger als ein Erwachsener. Im Ratgeber von Thomsen und Michalowski (2012: 12) ist zu lesen, dass es nie vorhersehbar ist, welche Schäden bei einem ungeborenen Kind, welches dem Alkoholkonsum der Mutter ausgesetzt ist, auftreten können. Die Autoren schreiben, dass sich die Organe eines ungeborenen Kindes in verschiedenen Wochen entwickeln. Somit ist die Gefährdung einer Organschädigung in den einzelnen Wochen unterschiedlich groß (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 12).

Aus den oben genannten Quellen lässt sich folgern, dass die Menge und der Zeitpunkt, an dem das Kind dem pränatalen Alkoholkonsum der Mutter ausgesetzt ist, eine große Rolle spielen. Aus den Publikationen wird ersichtlich, dass FASD bei jedem Kind individuell auftritt. Dadurch, dass sich das Gehirn während der gesamten Schwangerschaft entwickelt, wird dieses neben den Schäden an Organen und am Organsystem am massivsten geschädigt.

FASD umfasst sämtliche Schädigungen des Kindes durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Im weiteren Verlauf wird der Begriff FASD fachlich eingegrenzt.

Zu den fetalen Alkoholspektrumsstörungen gehören zum einen das Vollbild Fetales-Alkohol-Syndrom (FAS). Kann dies nicht im vollen Ausmaß festgestellt werden, wird von einem partiellen fetalen Alkoholsyndrom gesprochen (pFAS). Des Weiteren liegen noch Eingrenzungen vor, wie eine alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND) und den alkoholbedingten Geburtseffekten (ARBD) (vgl. Landgraf, Heinen 2012: 43).

Die Diagnostik von FASD umfasst drei Auffälligkeiten. Dazu zählen die Dysmorphiezeichen (z.B. an Schädel oder Skelett, Wachstumsverzögerungen oder Dysfunktionen des zentralen Nervensystems (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 9). FASD wird als ein Oberbegriff beschrieben, der sämtliche pränatale Schädigungen durch den Alkoholkonsum der werdenden Mutter zusammenfasst. Daher gibt es bei der Diagnose Unterscheidungen, die im weiteren Verlauf grob beschrieben werden. Die Diagnose fetales Alkoholsyndrom (FAS) kann von einem Arzt gestellt werden, wenn drei der oben genannten Auffälligkeiten zutreffen. Thomsen und Michalowski (2012: 9) erwähnen dazu, dass es nicht relevant ist, genaue Angaben zur Alkoholanamnese der Mutter zu haben. Anders ist es bei der Diagnose des partiellen fetalen Alkoholsyndroms (pFAS), wo eine Alkoholexposition in der Schwangerschaft vorliegen muss. Für diese Diagnose müssen zwei der drei oben genannten Bereiche auffällig sein. Thomsen und Michalowski (2012: 9) erwähnen in ihrem Ratgeber, dass zur Diagnose von alkoholbedingten Geburtsschäden (ARBD) Auffälligkeiten im Gesicht, am Skelett oder an den Organen vorliegen. Dazu werden Missbildungen wie z.B. Herzfehler gezählt. Wenn keine typischen körperlichen Merkmale vorkommen, sondern eine Dysfunktion des Nervensystems im Vordergrund steht, kann eine alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörung vorliegen. Laut Thomsen und Michalowski (2012: 9) kann dies nur festgestellt werden, wenn eine gesicherte Alkoholanamnese bekannt ist. In ihrer Publikation befindet sich eine grobe Übersicht, die im Jahr 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit vertiefend dargestellt und bestätigt wurde. In der Übersicht von Landgraf und Heinen (2016) heißt es: Zeigt ein Kind in einem Bereich Auffälligkeiten, sollten auch die anderen Bereiche fachlich beurteilt werden (vgl. Landgraf und Heinen 2016).

Die oben genannten Quellen verdeutlichen die unterschiedlichen Störungen, die durch den Alkoholkonsum einer werdenden Mutter ausgelöst werden können. Dazu werden drei primäre Auffälligkeiten genannt, an denen sich das Vollbild erkennen lässt. Ein erster spezifischer Überblick kann durch verschiedene diagnostische Schwerpunkte gelegt werden. Es werden die Auffälligkeiten für die unterschiedlichen Störungen aufgezeigt. Um mögliche Hinweise auf FASD frühzeitig erkennen zu können, wird im folgenden Punkt auf die Phänomenologie eingegangen.

2.2. Phänomenologie von FASD

Eine frühe Diagnose kann einem Menschen mit FASD die Chance geben, möglichst zeitig fachgerechte Hilfe zu bekommen. Mit dem Wissen, dass ein Kind FASD hat, können entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, sodass es lernt, seine Alltagsaufgaben

selbständig bewältigen zu können. Im weiteren Verlauf wird die Phänomenologie näher erläutert, um Hinweise auf FASD möglichst frühzeitig zu erkennen.

Thomsen und Michalowski (2012:11) schreiben in ihrem Buch „Die toxische Wirkung des Alkohols und seiner Abbauprodukte äußert sich darin, dass Zellen und Gewebe bzw. Organe unterentwickelt (Hypoplasie) oder durch Zellverkleinerungen von zu geringer Größe (Hypotrophie) sind.“ Laut den Autoren kommt es zu schwerwiegenden körperlichen, geistigen und motorischen Entwicklungsverzögerungen. Dazu zählen Gesichtsveränderungen, Kleinköpfigkeit, Untergewicht, Minderwuchs, Organschäden, Skelettfehlbildungen, verminderte Intelligenz, geistige Behinderung, Verhaltensstörungen, Störung der Exekutivfunktionen, Wahrnehmungsstörungen und Schlafstörungen („FASD-Baum“ im Ratgeber von Thomsen und Michalowski (2012:11)).

In weiteren Publikationen wird die Phänomenologie vertiefend beschrieben. In dem FAS- Erste-Hilfe-Koffer von Schmidt und Fietzek (2013:18) heißt es, dass FASD besonders an bestimmten Gesichtsmarkmalen erkannt werden kann. Auffällig sei die ausgeprägte Mikrozephalie (kleiner Kopfumfang) bei betroffenen Menschen. Hinzu kommt die etwas vorgewölbte Stirn und der verkürzte Nasenrücken. Zu erkennen sind auch Hautfalten in den mittleren Augenwinkeln, hängende Augenlider und zur Seite fallende Lidachsen, wodurch ein leichtes Schielen entstehen kann. Auffällig ist außerdem, dass betroffene Kinder eine schmale Lidspalte und eine schmale Oberlippe haben. Dazu kommt oftmals ein kaum ausgeprägtes verlängertes Philtrum, die Rinne zwischen Nase und Oberlippe sowie eine Abflachung des Mittelgesichtes. Schmidt und Fietzek (2013:18) weisen darauf hin, dass immer mehrere Auffälligkeiten zusammenkommen müssen, damit von einem FASD-Syndrom gesprochen werden kann.

Die Autorin M. Landgraf (2015: 21) geht neben den Auffälligkeiten des Gesichtes auf die funktionellen Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems (ZNS) ein. Dazu zählt Landgraf eine globale Intelligenzminderung, worunter sie zwei Abweichungen von der Norm entsprechend aufzeigt. Auf diese Abweichungen wird im vierten Punkt spezifisch eingegangen, wo es sich primär um die Exekutivfunktionen handeln wird.

Die aufgeführten Quellen verdeutlichen neben den Wachstumsverzögerungen und Dysfunktionen am zentralen Nervensystem die spezifischen Dymorphiezeichen von FASD. In den Publikationen wird deutlich, dass viele typische Schädel- und Gesichtsveränderungen bei einem fetalen Alkoholsyndrom vorhanden sein können. Die Quellen besagen jedoch, dass jeder Mensch mit FASD individuelle und auch abweichende Symptome haben kann.

Schnell spricht die Gesellschaft davon, dass Menschen, die von der Norm abweichen und anders aussehen, behindert sind. Ob FASD auch eine Form von Behinderung ist, wird im dritten Punkt erörtert.

3. Einordnung von FASD als eine Behinderung

Wenn Erscheinungsbild und Symptome von FASD als Behinderung eingeordnet werden können, kann entschieden werden, ob und welche Unterstützung der Betroffene erhalten kann. Bei einer frühzeitigen Diagnose von FASD kann auch eine entscheidende frühe Hilfe gewährleistet werden, um das Kind oder den Jugendlichen durch zielgenaue Hilfen zu unterstützen. Aus diesem Grund wird diskutiert, ob FASD als eine Form der Behinderung anzusehen ist.

Der Begriff der Behinderung wird im neunten Sozialgesetzbuch definiert. Um zu verstehen, was unter dieser Begrifflichkeit verstanden wird, folgt ein kleiner Ausschnitt: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (Justiz-Online 2016).“ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung veröffentlicht in ihrer Publikation, dass diese Definition zwei Prüfungsschritte erfordert. Zum einen, dass der Gesundheitszustand vom regulären Lebensalter abweicht und zum anderen muss festgestellt sein, dass auf Grund des abweichenden Gesundheitszustandes die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (vgl. Schindler 2013: 6). Im § 2 SGB IX wird der Begriff der Behinderung nicht in körperliche, geistige oder seelische Behinderung unterteilt, so die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Außerdem schreibt sie, dass oftmals keine klare Abgrenzung möglich ist (vgl. Schindler 2013:6). FASD- Deutschland (2012: 7) zählt zuerst Merkmale für eine körperliche Behinderung auf wie z.B. Minderwuchs, Untergewicht, Kleinköpfigkeit, Gesichtsveränderungen, Skelettfehlbildungen etc., die durch Alkohol in der Schwangerschaft verursacht werden. Dazu können Schäden folgen wie organische Fehlbildungen, Schäden am Zentralnervensystem und am Gehirn. Dadurch könnte es schwierig sein, eindeutig einzuordnen, um welche Behinderungsform es sich handelt. Ähnlich sieht es die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die beschreibt, dass es durch die Vielfältigkeit des Störungsbildes keine pauschalisierende Antwort auf eine Behinderungsform geben kann (vgl. Schindler 2013: 7).

Beide Publikationen verdeutlichen, dass es relevant ist, FASD als einen Einzelfall anzusehen. Diese sollten individuell geprüft werden, um konkret Einschränkungen feststellen zu können. Zu beachten ist aber, dass FASD zu einer Hirnschädigung führt, die sowohl zu kognitiven Auffälligkeiten als auch zu Verhaltensauffälligkeiten führen kann.

Ähnlich sehen es Schmidt und Fietzek (vgl. 2013: 17) in ihrem FAS- Erste-Hilfe-Koffer, in dem zu lesen ist, dass FASD auch als eine „unsichtbare Behinderung“ bezeichnet werden kann. Das heißt: Den erkrankten Kindern ist es nicht immer anzusehen, bemerkt

wird es an ihren Verhaltensweisen. Sie beschreiben, dass durch ihre offene, hilfsbereite und liebe Art die großen Probleme der Gehirnschädigung versteckt werden.

Im Jahr 2013 schrieb die Drogenbeauftragte in ihrer Publikation (Schindler 2013: 7), dass eine geistige Behinderung unzweifelhaft vorliegt, wenn ein Intelligenzquotient von unter 70 festgestellt werden kann. Im Juni 2014 (vgl. Schindler 2014: 7) wurde die Veröffentlichung überarbeitet. Nach aktuellem Stand heißt es, dass „Infolge einer Einschränkung der Exekutivfunktion sowie weiterer Auffälligkeiten im Bereich des zentralen Nervensystems (ZNS) Betroffene mit einem regelhaften Intelligenzquotienten oft nicht in der Lage sind, ihre Intelligenz angemessen zu nutzen und den sozialen Erwartungen zu entsprechen.“ Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass zu beachten ist, dass sich die heute durchgeführten Intelligenz-Tests verbal orientieren. Die Folge daraus, dass die nicht-sprachlichen, aber dennoch gravierenden Defizite der Betroffenen oft nicht erfasst werden, wodurch es zu falschen Ergebnissen kommen kann. „Das Ziel muss daher eine umfangreiche neuropsychologische Diagnostik sein, die neben dem Intelligenzquotienten auch die Exekutivfunktionen erfasst und im Kontext des Gesamtbildes die Teilhabe-einschränkung feststellt. Auf dieser Grundlage kann eine angemessene und ausreichende Hilfestellung erfolgen“ (Schindler 2014: 8).

Aus den Publikationen lässt sich schließen, dass FASD in den meisten Fällen als eine Behinderung eingeordnet werden kann. Dabei ist jedoch zu beachten, dass beim Klientel die jeweiligen Einzelfallumstände geprüft werden sollten. Dies ist damit zu begründen, dass FASD bei jedem Fall individuell auftritt und die Auffälligkeiten nie vorhergesagt werden können. Dem Betroffenen stehen je nach Einordnung der Behinderung verschiedene Formen der Hilfe zu. Hierbei ist zu beachten, dass die durchgeführten Intelligenztests, die hauptsächlich auf der verbalen Ebene stattfinden, unzureichend sind. Es können Auffälligkeiten nicht richtig wahrgenommen und diagnostiziert werden.

Für den Betroffenen ist es allerdings wichtig, entsprechende Hilfe zu bekommen, damit die Umwelt so angepasst wird, dass er mit seiner Beeinträchtigung zurechtkommen kann. Je früher dies geschieht, umso größer ist die Aussicht, dass ein Betroffener eine hohe Chance hat, sozialisiert zu werden und gesellschaftliche Teilhabe möglichst umfassend erleben kann.

4. Auswirkungen von FASD

Pränataler Alkoholkonsum durch die Mutter kann starke Schäden bei dem ungeborenen Kind verursachen. Im Ratgeber von Thomsen und Michalowski heißt es, dass das Gehirn das Organ sei, welches am anfälligsten für die teratogene Wirkung von Alkoholkonsum ist (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 14). Die Publikation beschreibt auch, dass es kein typisches Schädigungsbild bei FASD gibt. Neben morphologischen Veränderungen zeigen die betroffenen Kinder und Jugendliche neurologische Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten der Exekutivfunktionen werden im nächsten Punkt spezifisch beschrieben. Zusätzlich wird konkret auf die Störung im sozio-emotionalen Bereich eingegangen, der für den pädagogischen Alltag eine große Rolle spielt.

4.1. Störung der Exekutivfunktionen

Zuerst wird einmal erfasst, was unter dem Begriff Exekutivfunktionen verstanden wird. Die Autorin S. Müller hat den Fachbegriff Exekutivfunktion in ihrem Buch übersetzt, welches so viel wie Steuerungs- und Leitungsfunktion bedeutet (vgl. Müller 2013: 3). J. Wagner (2014:50) fasste unter dem Fachwort exekutive Funktionen höhere kognitive Fähigkeiten zusammen. Müller schreibt in ihrem Buch, dass die meisten Autoren davon ausgehen, dass die Exekutivfunktion ein psychologisches Konstrukt ist, welches verschiedenste voneinander unabhängige Prozesse umfasst. Unter dem Begriff Exekutivfunktionen fasst die Publikation von Wagner (2012: 50) Aspekte wie Planungsfähigkeit, Problemlösen, Konzeptbildung, selektive Inhibition, Flexibilität, Arbeitsgedächtnis und die Fähigkeit, seine eigene Handlung selbständig zu initiieren und zu überprüfen. Im Anhang ist eine Grafik beigefügt, die deutlich macht, welche Komponenten zur exekutiven Dysfunktion dazugehören können (vgl. Müller 2013: 4). Diese Grafik wird im weiteren Verlauf auf FASD übertragen.

In den Broschüren des Erste-Hilfe-Koffers von Schmidt und Fietzek (2013: 19) kann gelesen werden, dass sich die Alkoholschädigung häufig in einem verringerten Intelligenzquotienten (IQ) widerspiegelt. Bei vielen Kindern und Jugendlichen ist der IQ unterdurchschnittlich (Normalbereich zwischen 85 und 115). Hinweise auf eine Störung der Exekutivfunktionen im Kleinstkindalter geben Merzenich und Lang (2012: 36). Sie schreiben, dass Neugeborene an Schlafproblemen leiden und auf äußerliche Reize mit hyperaktiven Reflexen und Reaktionen reagieren. Zusätzlich wird in der Publikation beschrieben, dass Zittern, Hypotonie, Hyperaktivität und Essstörungen bei Babys und Kleinkindern beobachtet werden können.

Kindern gelingt es nicht, einfache Anforderungen zu bewältigen. Schwierigkeiten im logischen Denken und Problemlösen werden deutlich. Es wird beschrieben, dass sie ein „grundlegendes Defizit im Denken“ zeigen (vgl. Schmidt, Fietzek 2013:19).

Im Ratgeber von Thomsen und Michalowski (2012: 16) ist eine Tabelle abgebildet, die einige Exekutivfunktionen und mögliche Störungen bei einem Kind oder Jugendlichen mit FASD differenziert. Bei Betroffenen mit FASD ist zu beobachten, dass diese eine Störung in der Planung und Reihenfolgeplanung aufweisen können. Dieses lässt sich laut den Autoren anhand von mangelnder Vorbereitung beobachten. Der Betroffene beginnt z.B. die Aufgaben, ohne vorher die benötigten Materialien auszuwählen. Er handelt spontan und unreflektiert und macht keine konkreten Pläne für die Freizeitgestaltung. Ein weiterer Hinweis auf diese Störung könnte sein, dass es dem Kind oder Jugendlichen schwer fällt, Geschichten und Erlebnisse logisch und zeitlich konkret wiederzugeben.

Schmidt und Fietzek (2013: 19) begründen es damit, dass Kinder sehr impulsiv reagieren und ihnen keine gedanklichen Strategien zur Verfügung stehen. Dadurch fällt es ihnen schwer, sich an abstrakte Regeln oder Aufgaben zu halten. Kinder und Jugendliche können spontanen Impulsen nicht widerstehen. Somit können auch Probleme beim Organisieren entstehen. Im Ratgeber (vgl. Thomsen, Michalowski 2012: 16) heißt es, dass unter Umständen auch wichtige Dokumente verloren gehen können. Da Kinder und Jugendliche mit FASD sehr impulsiv sind, entstehen oftmals sehr unrealistische Pläne und sie verschwenden Zeit mit unwichtigen alltäglichen Dingen. Aus diesem Grund fällt es den Betroffenen schwer, die ihnen gestellten Aufgaben in einem bestimmten Zeitfenster zu erledigen. Durch die leicht ablenkbare und impulsive Art haben sie Schwierigkeiten, sich über einen längeren Zeitraum zu fokussieren. Somit kann es vorkommen, dass sie einem längeren Gespräch nicht folgen können und ihnen wichtige Informationen entgehen. Der FAS-Erste-Hilfe-Koffer (Schmidt, Fietzek 2013: 21) fasst diesen Punkt als mangelnde Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne zusammen. Die Autoren beschreiben es so, dass sich die betroffenen Kinder nicht gegen äußere Reize abschirmen können und dadurch schnell ablenkbar und überstimuliert sind.

Kinder und Jugendliche mit FASD können sich nicht in die Zukunft hineinversetzen, also Ereignisse nicht antizipieren. Es fällt ihnen schwer, Zukunft und Gegenwart voneinander zu trennen. Die Betroffenen können keine Verbindung zwischen Ursachen und Konsequenzen herstellen. Da Kinder mit eigenen Verhaltensweisen keine Konsequenzen bzw. auch Belohnungen verbinden, fällt es ihnen schwer, aus vergangenen Situationen zu lernen (vgl. Schmidt, Fietzek 2013: 20). Thomsen und Michalowski (2012:16) schreiben, dass Auffälligkeiten in der Metakognition vorhanden sein können. Sie können sich darin zeigen, dass Betroffene keine Anweisungen und Regeln überprüfen, die für die verrichteten Arbeiten benötigt werden. Vorkommen kann es, dass sie sich an keine Regeln erinnern, nicht um Hilfe bitten und die Verhaltensweisen von Mitmenschen nicht adäquat einordnen können. Dazu kommt, dass sich Kinder und Jugendliche nicht immer entsprechend selbst regulieren können. Dies könnte auf das Phänomen zurückführen, dass es

ihnen nicht gelingt, ihrem Verhalten die entsprechende Konsequenz bzw. Belohnung zuzuordnen. Gegebenenfalls könnte es vorkommen, dass sich Betroffene in Gefahr bringen, da mögliche Konsequenzen von Handlungen nicht vorhersehbar sind. Hinzu kommt, dass das Wissen von einer Situation nicht auf eine andere übertragbar ist, laut Schmidt und Fietzek (2013: 21). Die Autoren beschreiben es so, dass Kinder ihr Wissen nicht verallgemeinern können, z.B. die gelernten Verhaltensweisen von zuhause nicht zwangsläufig auf die Schule übertragbar sind. Dies kann jedoch auf die Störung im Lang- und Kurzzeitgedächtnis zurückzuführen sein. Schmidt und Fietzek (2013:21) schreiben dazu, dass beim Langzeitgedächtnis sowohl bei der Enkodierung als auch beim Abruf von gespeicherten Inhalten Schwierigkeiten auftreten können. Hinweise darauf können sein, dass ein Kind lange den Umgang mit der Schere in der Schule beherrscht hat, dieses aber nach den Ferien nicht mehr kann. Es ist darauf zurückzuführen, dass das Kind das Handlungsmuster nicht mehr abrufen kann. Das beeinträchtigte Kurzzeitgedächtnis zeigt sich vor allem, wenn kleinere Inhalte nicht präsent gehalten werden können. Dazu fällt es den Kindern schwer, lange aufmerksam zu sein oder mehrere Dinge gleichzeitig zu erledigen.

Der pränatale Alkoholkonsum der Mutter schädigt das Kind massiv. Aus den oben genannten Quellen wird deutlich, dass besonders eine Störung der Exekutivfunktion vorhanden ist. Zusammenfassend sagen die Quellen aus, dass es Menschen mit FASD schwer fällt zu generalisieren, Kausalzusammenhänge zu erkennen, zu differenzieren und Gelerntes aus dem Kurz- und Langzeitgedächtnis hervorzurufen.

Durch diese Auffälligkeiten fällt es Kindern und Jugendlichen schwer, ihren Alltag alleine zu bewältigen. Wichtig ist es, dass die oben genannten Störungen der Exekutivfunktionen nicht bei jedem gleich auftreten müssen. FASD sollte immer als ein Einzelfall analysiert und niemals generalisiert werden.

Im weiteren Verlauf geht es um die Entwicklung im sozialen und emotionalen Bereich. Durch die Störung der Exekutivfunktionen entstehen Schwierigkeiten im sozio-emotionalen Bereich, welche für den erzieherischen Alltag und Umgang relevant sind. Des Weiteren ist diese Kenntnis darüber sehr wichtig, um im Umfeld, wie z.B. Schule oder Freizeitangebote, Hilfestellungen und Tipps geben zu können. Daher sind die fachlichen Kenntnisse über die Störung der sozio-emotionalen Entwicklung grundlegend.

Der fünfte Punkt widmet sich den Chancen und Förderungsmöglichkeiten im erzieherischen Alltag. Es soll aufgezeigt werden, wie es möglich ist, dass Kinder und Jugendliche ihren Alltag möglichst selbständig bewältigen.

4.2. Störung der sozio-emotionalen Entwicklung

Neben den Schwierigkeiten im kognitiven Bereich kann auch der soziale und emotionale Bereich betroffen sein. Über die Kenntnis der Auffälligkeiten kann es Fachkräften gelingen, dieses herausfordernde Verhalten aufzufangen und zu unterstützen.

Der Ratgeber von Thomsen und Michalowski (vgl. 2012: 19) schreibt, dass sich Kinder mit FASD überwiegend in guter Gemütsverfassung befinden. Sie sind häufig freundlich, zugewandt, kontakt- und mitteilungsfreudig und selten in depressiver und introvertierter Stimmung. Die Autoren beschreiben, dass die Gefühlswelt variiert und instabil ist (z.B. vom Glücklichen zum Traurigen). Schmidt und Fietzek (vgl. 2013: 22) vertiefen diesen Punkt und beschreiben, dass es Kindern schwer fällt, ihre Emotionen angemessen zu regulieren. Diese mangelnde Fähigkeit kann sich in heftigen Wutausbrüchen spiegeln. Es wird geschrieben, dass ein Kind mit FASD nicht jede Gefühlslage mit einer entsprechenden Strategie abdecken kann. Dadurch kann es passieren, dass sich diese Gefühle lange anstauen, bis es zu einem Wutausbruch kommt. Die Kinder handeln eher spontan und impulsiv. Der FAS-Erste-Hilfe-Koffer von Schmidt und Fietzek (2013) beinhaltet spezielle Karten, die einige Problematiken beschreiben. Auf der Karte „Gefühle“ steht beschrieben, dass für betroffene Kinder eigene Gefühle und Emotionen ein eher abstraktes Konzept darstellen. Kindern und Jugendlichen fällt es schwer, ihre innere Anspannung verbal mitzuteilen. Vielen ist es auch nicht möglich, empathisch zu agieren, wodurch Probleme im sozialen Umfeld auftreten können.

Eine Gefahr für Kinder und Jugendliche mit FASD könnte darstellen, dass sie sehr kontaktfreudig sind und mit fast allen Menschen in Beziehung treten (vgl. Thomsen, Michalowski 2012:19). In der Publikation von Schmidt und Fietzek (vgl. 2013: 22) steht, dass Kinder mit FASD fremde Personen schnell für ihre Freunde halten und nicht in der Lage sind, potentielle schlechte Absichten zu erkennen, um sich ggf. davor schützen zu können.

Schmidt und Fietzek beschreiben das soziale Verhalten als dissozial (vgl. Schmidt, Fietzek 2013: 22). Verhaltensweisen wie Lügen oder Stehlen werden laut den Autoren häufiger beobachtet. Dieses ist aber kein absichtsvolles Verhalten, sondern liegt an dem fehlenden Verständnis für den persönlichen Besitz. Es kann daran liegen, dass sie vergessen, ausgeliehene Gegenstände zurückzugeben. Eine Erklärung dafür könnten Schmidt und Fietzek gefunden haben. Sie schreiben, dass ein Gegenstand einer Person solange gehört, wie er diesen in der Hand hält. Liegt ein Gegenstand jedoch frei herum, hat dieser für ein Kind mit FASD keinen Besitzer und kann somit mitgenommen werden. Laut den Autoren Thomsen und Michalowski (2012:19) werden Kinder mit FASD als dissozial empfunden, da sie schnell abgelenkt werden, ungeduldig sind und Spielregeln nicht einhalten bzw. wieder vergessen haben.

Zusammenfassend aus den oben genannten Quellen kann gesagt werden, dass Kinder und Jugendliche mit FASD leichtgläubig und sehr kontaktfreudig sind. Dieses kann Gefahren mit sich bringen, da sie vermeidliche schlechte Handlungen und Personen nicht erkennen. Dadurch kann es zu problematischen und risikoreichen Handlungen im sozialen Bereich kommen. Es fällt ihnen schwer, ihre eigenen Gefühle und die der Anderen adäquat wahrzunehmen. Sie können dadurch möglicherweise Gefahrensituationen nicht erkennen.

Im fünften Punkt werden die Chancen und Förderungsmöglichkeiten beschrieben, die helfen können, das Kind oder den Jugendlichen im Alltag zu unterstützen. Für pädagogische Fachkräfte stellt dies einen hohen Stellenwert dar, da diese helfen können, die Betroffenen zu sozialisieren.

5. Chancen und Förderungsmöglichkeiten im erzieherischen Alltag

Nachdem in den oberen Punkten ein Spektrum der Auffälligkeiten von Kindern mit FASD aufgezeigt worden ist, widmet sich der nächste Punkt den Chancen und Förderungsmöglichkeiten im erzieherischen Alltag. Dabei ist zu beachten, dass dies ein kleiner fachlicher Einblick in mögliche Interventionen ist. Es gibt ein großes Spektrum, wie Kinder und Jugendliche bestmöglich begleitet und gefördert werden können. Je früher ein Kind mit fetalen Alkoholspektrumstörungen gefördert wird, umso höher ist die Chance auf ein selbständiges Leben.

In folgenden Punkten werden drei Möglichkeiten dargestellt, die ein Pädagoge nutzen könnte, Betroffenen den Alltag mit FASD zu erleichtern. Zu Anfang wird die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen beschrieben. Des Weiteren werden grundlegende Prinzipien aufgezählt, die zur Stärkung der Exekutivfunktionen beitragen können. In diesem Punkt werden hilfreiche Hinweise und Methoden für Pädagogen aufgezählt. Eine weitere Intervention könnte das Nutzen des „FAS-Erste-Hilfe-Koffers“ sein, der viele kategorisierte Hinweise und Methoden für Kinder und Jugendliche mit FASD enthält.

5.1. Progressive Muskelentspannung

Die progressive Muskelentspannung wurde 1930 von Edmond Jacobsen entwickelt (vgl. Reeker-Lange, Aden 2010: 13). In den 1960er Jahren kam die progressive Muskelentspannung, auch progressive Muskelrelaxation (PMR) genannt, nach Deutschland.

Jacobsen nutzte die Erkenntnisse, dass muskuläre Entspannung (das heißt, es liegt keine Muskelkontraktion mehr vor), als der direkte Gegensatz der psychologischen Spannung erkannt wurde. Die Autoren des Buches schreiben, dass die progressive Muskelentspannung lange Zeit nur für Erwachsene vorgesehen war. Laut der Publikation hat sich diese Auffassung geändert, sodass diese Methode auch für Kinder und Jugendliche geeignet ist. Es kann gelesen werden, dass Kinder und Jugendliche sich dem Gefühl der eigenen Anspannung stellen sollen und wieder lernen loszulassen und die entstandenen Gefühle anzunehmen. Sie sollen lernen, diese Fähigkeit im Laufe der Zeit auf den Alltag zu übertragen, sodass ihr psychisches und physisches Gleichgewicht wieder hergestellt wird. Die progressive Muskelentspannung soll einen positiven Einfluss haben, sodass Kinder in ihrer hektischen und leistungsorientierten Welt gestärkt werden.

Die Grundkenntnisse zum Durchführen von Übungen zur progressiven Muskelentspannung kann von jedem Pädagogen erlernt werden. Zu dieser Entspannungsmethode gibt es eine Vielzahl von Publikationen und Musterstunden. Der Autor Barthel (vgl. 2016) schreibt ergänzend dazu, dass diese Methode zu jedem Zeitpunkt durchgeführt werden kann und

wenig an Vorbereitung bedarf. Die Effizienz der Methode scheint nach Barthel belegbar zu sein. Dazu schreibt er, dass die Entspannungsmethode auch von vielen Krankenkassen und Rehakliniken angeboten wird.

Was genau unter dem Begriff progressive Muskelentspannung verstanden werden kann und welche Auswirkungen dies auf Kinder und Jugendliche haben kann, wird im weiteren Verlauf des Punktes aufgezeigt. Progressive Muskelentspannung ist der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung. Dieses entspricht laut Reeker-Lange und Aden (vgl. 2010: 15) genau dem natürlichen Rhythmus des alltäglichen Lebens. Dieses Grundmuster wird in vielen menschlichen Organismen deutlich wie z.B. durch die Atmung, wobei ein ständiger Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung vorliegt. Ziel dieser Entspannungsmethode ist es, die Fähigkeit entspannen zu können wahrzunehmen und zu stärken. In der heutigen Leistungsgesellschaft überwiegt oftmals das Gefühl von Leistungsdruck, wodurch dieser natürliche Rhythmus von Anspannung und Entspannung schnell gestört werden kann. Progressive Muskelentspannung beugt zusätzlich eine Schädigung durch zu starke Anspannung vor.

Die Methode von Jacobsen könnte bei Kindern mit FASD angewandt werden, die starke Konzentrationsstörungen aufweisen (vgl. Thomsen, Michalowski 2012:17). Diese Übungen könnten ihnen helfen, einen kurzen Moment der Entspannung zu finden. Hierbei ruhen alle Gedanken mithilfe der angesprochenen Muskelpartie, die für einen kurzen Moment angespannt werden. Eine weitere Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen mit FASD ist die Hyperaktivität. Die Entspannungsmethode von Jacobsen könnte eine begleitende Maßnahme für die Betroffenen darstellen. Der Autor Barthel (2016) fügt hinzu, dass die progressive Muskelentspannung eine Methode sei, die gut verwendbar ist, wenn andere Methoden nicht zum Erfolg führen.

Die progressive Muskelentspannung könnte für Kinder und Jugendliche mit FASD eine entspannende Wirkung haben. Die Publikation gibt eine große Vielfalt an Beispielen vor, die genutzt werden können. Aus dem vorherigen Punkt lässt sich jedoch sehr gut erkennen, dass sich FASD auf vielfältige Bereiche auswirken kann. Dazu zählen z.B. Auffälligkeiten in der Kognition und Motorik, sowie dem Verhalten des Betroffenen. Zu beachten ist, dass individuell geschaut werden muss, ob diese Methode eine Option für das Kind bzw. den Jugendlichen darstellt. Diese Entspannungsmethode kann jedoch im Alltag in Kleingruppen durchgeführt werden. Für Pädagogen stellt es keine große Herausforderung dar, sich die Übungen der progressiven Muskelentspannung anzueignen. Die Methode ist für die Betroffenen vorteilhaft, da sie auf das natürliche Grundmuster vom Kind bzw. Jugendlichen zurückgreift und für einen Wechsel zwischen Anspannung und

Entspannung sorgen kann. Dies kann zu einer Ausgeglichenheit im Alltag beitragen. Gerade für ältere Kinder und Jugendliche mit FASD kann es eine gute begleitende Maßnahme sein.

Im nächsten Punkt wird näher auf die Stärkung der Exekutivfunktionen, die durch den pränatalen Alkoholkonsum der Mutter geschädigt werden können, eingegangen. Hierbei werden grundlegende Prinzipien und Haltungen beschrieben, die Kindern und Jugendlichen mit FASD helfen könnten ihren Alltag zu bewältigen. Zu beachten ist hierbei, dass dieses nur Interventionsvorschläge sind, die jedoch individuell auf jedes Kind bzw. jeden Jugendlichen abgestimmt werden sollten.

5.2. Prinzipien zur Stärkung der Exekutivfunktionen

Im folgenden Punkt wird eine Möglichkeit aufgezeigt, wie es Pädagogen gelingen kann, Kinder und Jugendliche bei der weiteren Entfaltung ihre Exekutivfunktion zu unterstützen. Dawson und Guare (2010: 95) entwickelten dazu Prinzipien, die ein Kind ermutigt, weitere spezielle Fähigkeiten zu stärken.

Das erste Prinzip wird von den Autoren folgendermaßen geschrieben. „Lehren sie ihr Kind unzureichend ausgeprägte Funktionen, anstatt darauf zu warten, dass es sie durch Beobachtung oder Osmose von selbst entwickelt“ (Dawson, Guare 2010: 96). Kindern mit FASD fällt es schwer, bestimmte Aufgaben oder Entwicklungsschritte mit speziellen, dafür benötigten Exekutivfunktionen zu verbinden. Pädagogen sollten daher dem Kind in bestimmten Situationen konkrete Anweisungen geben und Hilfestellungen leisten. Die Handlungen des Kindes werden zu Beginn genau überwacht und begleitet, sodass der Pädagoge sich nach einiger Zeit zurückziehen kann. Dies kann durch eine aktive Passivität der Pädagogin gelingen. Durch die ständige Wiederholung kann es dem Kind gelingen, diese Handlung zu verinnerlichen. Es ist wichtig, dass ein Kind immer wieder Anreize und Hinweise bekommt und diese langsam ausklingen.

Dabei sollte der jeweilige Pädagoge den individuellen Entwicklungsstand des Kindes beachten. Jedes Kind mit FASD sollte als Einzelfall wahrgenommen werden.

Zum Stärken und zum Lernen neuer Exekutivfunktion sollte laut Dawson und Guare (2010: 99) die intrinsische Lernmotivation des Kindes genutzt werden. Verstärkend könnte Lob wirken. Effektiv ist es allerdings nur dann, wenn es direkt nach dem positiven Verhalten ausgesprochen wird. Zusätzlich weisen die Autoren darauf hin, dass es relevant ist, das besondere Verhalten in verbaler Form auszudrücken (vgl. Dawson, Guare 2010: 146). Pädagogen sollen ihre Sprachpragmatik auf die Kinder abstimmen. Gerade Kindern mit FASD fällt es schwer, sich an vergangene Situationen zu erinnern. Wenn der Pädagoge beim Loben noch einmal beschreibt, was genau geschehen ist, kann es dem Kind gelingen, sich an diese Situationen zu erinnern. Dadurch könnten Kinder mit

FASD bestimmte Handlungsstrategien für konkrete Situationen verinnerlichen. Eine weitere Hilfe für Kinder und Jugendlichen mit FASD könnte sein, dem Kind das Ziel zu vereinfachen, indem das Umfeld leicht verändert wird. Ein Beispiel dafür: Ein Zettel im Badezimmer kann das Kind daran erinnern, morgens mit Zahnpasta die Zähne zu putzen. Nach einiger Zeit könnte der Zettel abgehängt werden. Denkt das Kind oder der Jugendliche selbstständig an den Ablauf der Handlung, ist das Schema zuerst einmal vertieft. Diese Art der Unterstützung könnte individuell auf jedes Kind bzw. Jugendlichen abgestimmt werden.

Kinder und Jugendliche mit FASD reagieren sehr schnell auf Reize und lassen sich von diesen ablenken. Die Autoren Dawson und Guare haben in einem Kapitel entwickelt, wie die Reaktionshemmung der Kinder und Jugendlichen gestärkt werden kann (vgl. Dawson, Guare 2010: 229). Reaktionshemmung bezeichnet die Fähigkeiten, Reize vorerst zu überdenken, bevor auf diesen eine Reaktion stattfindet. Pädagogen könnten dieses im täglichen Alltag stärken, indem sie für Dinge immer kleine Wartezeiten vom Kind einfordern. Dadurch fördert das Kind bzw. der Jugendliche die Fähigkeit, eigene Wünsche und Bedürfnisse aufzuschieben. Eine weitere Möglichkeit ist, Kinder und Jugendliche dabei zu unterstützen, entsprechende Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Wichtig ist es, dass diese Rituale ständig wiederholt werden.

Ein interessanter Aspekt veröffentlicht Andreas Mehringer (2013: 31) in seinem Buch „Eine kleine Heilpädagogik“. Er schreibt, dass Kinder und Jugendliche dort abgeholt werden müssen, wo diese sich derzeit befinden. Er bezeichnet diese Situation als „Abholvorgang“. Der Autor zeigt in seinem Buch Regeln auf, die besagen, dass ein Kind in seiner Eigenart wahrgenommen und so akzeptiert werden sollte, wie es ist. Dazu ist es ggf. notwendig, die eigene Interaktion, das Umfeld oder die Aufgaben zu ändern und auf das betroffene Kind mit FASD abzustimmen. Gerade hinsichtlich der Auffälligkeiten der Kinder ist es wichtig, an der entsprechenden Entwicklungsaufgabe anzuknüpfen. Nur so kann es gelingen, dass Kinder und Jugendlichen ihre Kompetenzen stärken und neue entwickeln. Dieses bestätigt noch einmal, dass die aufgezeigten Prinzipien nur eine Möglichkeit darstellen, es jedoch eine große Rolle spielt, jeden Fall individuell zu betrachten, um individuelle Förderungsmöglichkeiten aufstellen zu können.

Beide Autoren veröffentlichen in ihrem Buch viele Möglichkeiten und Methoden zur Stärkung der Exekutivfunktionen. Hilfreiche Anregungen im Umgang mit dieser Störung werden für Pädagogen beschrieben. Dabei ist zu beachten, dass jedes Kind bzw. Jugendlicher mit FASD verschiedene Schwierigkeiten mit seinen Exekutivfunktionen aufweisen kann. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass jeder Betroffene als ein Einzelfall anzusehen ist. Dazu können individuelle Syndrome und Schwierigkeiten auftreten. Die oben aufgezeigten Methoden und Möglichkeiten stellen keine Musterlösung für die Probleme

der Kinder und Jugendlichen dar. Ein interessanter Aspekt ist der sogenannte „Abholvorgang“, der von A. Mehringer beschrieben wird. Dieser weist noch einmal genau darauf hin, dass bei einem Kind bzw. einem Jugendlichen nur neue und verstärkte Kompetenzentwicklungen möglich sind, wenn sie bei ihrem derzeitigen Entwicklungsstand abgeholt werden.

Aus diesem Grund wird eine weitere Möglichkeit beschrieben, die Kindern und Jugendlichen helfen könnte, einen selbstständigen Alltag zu führen. Der „FAS-Erste-Hilfe-Koffer“ geht, wie der Name schon sagt, auf die spezifische Auffälligkeit von FAS ein und zeigt die daraus resultierenden Hilfen und Möglichkeiten auf.

5.3. FAS-Erste-Hilfe-Koffer

Der FAS-Erste-Hilfe-Koffer von Schmidt und Fietzek (2013) enthält konkrete Problem- und Lösungsbeschreibungen für Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom. Die Publikation bietet praxisnahe Tipps zu alltäglichen Situationen. Pädagogen können dadurch erste Möglichkeiten aufgezeigt bekommen, wie sie mit Problemen umgehen können. Der Koffer bietet neben einem fachlichen Einblick über das Störungsbild auch eine Vielzahl an Materialien. Laut Schmidt und Fietzek (2013: 12) wurde der Koffer evaluiert und auf seine Wirksamkeit geprüft. Sie weisen darauf hin, dass dieses eine wichtige Information sei, um die möglichen positiven Effekte einer Intervention von zufälligen Affekten abgrenzen zu können. Dazu schreiben sie, dass die vorgestellten Bereiche in diesem Koffer nicht bei jedem Kind gleich auftreten müssen. Jedes Kind durchläuft eine interindividuelle Entwicklung, welches bei dem Gebrauch des Koffers beachtet werden sollte.

Die sogenannten „Elternkarten“ geben Informationen über Alltagsbereiche, bei denen besonders Kinder mit FASD Schwierigkeiten haben könnten. Der Ratgeber von Thomsen und Michalowski (2012: 30) beschreibt, dass der Gedächtnisspeicher bei betroffenen Menschen eingeschränkt ist. Die Autoren zeigen auf, dass Kinder oftmals viele Wiederholungen benötigen. Der FAS-Erste-Hilfe-Koffer (vgl. Schmidt, Fietzek 2013) rät, den Kindern Routinen im Tagesablauf zu schaffen. Durch die ständigen Wiederholungen im Alltagsgeschehen gewinnen die Kinder an Sicherheit und können die Handlungsschemata erneut üben. Pädagogen geben Kindern so die Möglichkeit, Sicherheit und Orientierung in ihrem Tun zu erlangen. Dadurch können Kinder an Selbstständigkeit und Selbstvertrauen gewinnen. Wissenswert ist laut den Autoren, dass bereits gelernte Verhaltensweisen nicht auf andere oder neue Situationen übertragen werden können. Wichtig ist, dass Routinen Konstanz erhalten und diese in kleineren Schritten geübt werden. Dafür kann sich der Pädagoge langsam in eine aktive Passivität zurückziehen. Besonders für Kinder mit FASD könnte es eine Schwierigkeit sein, Situationen zu wechseln. Daher ist es wichtig, diese immer anzukündigen, sodass das Kind nicht zu überrascht ist. Die Autoren Thomsen und Michalowski (2012: 18) schreiben, dass es Kindern

schwer fallen kann, gespeichertes Wissen abzurufen. Schmidt und Fietzek (2013) wenden neben vielen praktischen Hinweisen auch Bildrezepte an. Diese können gut an den Orten, an denen das Kind eine bestimmte Aufgabe erledigen soll, ausgehängt werden. Die Bilder können als Stütze dienen, das gespeicherte Wissen wieder abzurufen, um die Aufgaben entsprechend lösen zu können.

Zu Routinen im Tagesablauf gehören auch klare Regeln. Es fällt den Kindern nicht leicht, diese im Langzeitgedächtnis zu speichern. Daher ist es von hoher Priorität, diesen alltäglichen Ablauf ständig zu wiederholen. Dadurch, dass Auffälligkeiten in der Metakognition vorhanden sein können, können diese Kinder keine Regeln überprüfen, laut den Autoren Thomsen und Michalowski (2012:16). Dazu schreiben Schmidt und Fietzek (2013), dass Kinder ihr Handeln nicht mit Konsequenzen verknüpfen können. Laut der Publikation ist es deshalb von hoher Bedeutung, klare und einfache Regeln zu geben, sodass dem Kind die Möglichkeit gegeben wird, sich an diesen zu orientieren. Konsequenzen, sowohl negative als auch positive, sollten immer in gleicher Form gegeben werden. Die Autoren schlagen vor, bei einigen Kindern sei es eine gute Methode mit Verstärkerplänen zu arbeiten. Dadurch wird dem Kind aufgezeigt, welches Verhalten positiv ist und welches Verhalten negative Auswirkungen hat. Mit dieser Methode könnte es Pädagogen gelingen, einfacher Regeln und Strukturen zu verinnerlichen. Wichtig ist, dass der Verstärkerplan das positive Verhalten eines Kindes stärken soll.

Die Autoren gehen noch einmal speziell auf die Kommunikation ein. Sie schreiben, dass es Kindern mit FASD schwer fällt, über einen längeren Zeitraum zuzuhören. Es kann vorkommen, dass die Kinder das Gesagte schnell vergessen. Ein weiteres Problem könnte sein, dass sie oftmals den Sinn nicht verstehen. Die Publikation gibt Hinweise darauf, wie es gelingen kann, dass auch betroffene Kinder die Kommunikation wahrnehmen. Es wird der Hinweis gegeben, dass es wichtig ist, das Kind immer mit seinem Namen anzusprechen. Diese Aussage wird von den Autoren Thomsen und Michalowski (2012:27) bestätigt. Hinzufügend schreiben die Autoren, dass es von hoher Bedeutung ist, Blickkontakt zu dem Kind aufzunehmen. Es sollten keine Ironie oder Sarkasmus verwendet werden, da sie diese nicht filtern können und Aussagen ernst nehmen. In der Publikation wird darauf verwiesen, dass kurze Sätze, die deutlich artikuliert sind, verwendet werden sollten. Dazu schreiben die Autoren vom FAS-Erste-Hilfe-Koffer (vgl. Schmidt, Fietzek 2013), dass die sogenannte „Sechs-Wort-Regel“ bei Aufforderungen verwendet werden sollte. Das bedeutet, dass die Anweisungen der Pädagogen in höchstens sechs Worten formuliert sein sollten. Dadurch kann die Fachkraft schneller sicher gehen, dass das betroffene Kind die Arbeit adäquat ausführen kann. Es darf klar und deutlich formuliert werden, was das Kind ausführen soll. Wie bei den Ritualen und Strukturen sollten sich diese Aufforderungen stets wiederholen. Kindern hilft es, wenn Aufforderungen mit denselben Wörtern formuliert werden. Innerhalb der Kommunikation sollte

immer auf das korrektive Feedback geachtet werden. Die Autoren der Publikation (vgl. Schmidt und Fietzek 2013) ergänzen zusätzlich, dass ein Kind Tätigkeiten vergessen kann, diese aber mit Hilfe von neu formulierten positiven Aufforderungen der Pädagogin ausgeführt werden sollte. Dadurch kann vermieden werden, dass das Kind defizitorientiert aufwächst und dadurch geprägt wird.

Der Blickwinkel der Pädagogen sollte auch auf das Umfeld gerichtet sein. Dazu zählt laut den Autoren die Gestaltung der Wohnung bzw. der Einrichtung. Durch die Störung der Exekutivfunktionen, die im oberen Punkt genannt worden sind, entstehen viele Schwierigkeiten. Kinder mit FASD sind schnell ablenkbar. Für sie ist es eine Hilfe, wenn die Umgebung reizarm gestaltet ist. Hinzu kommt, dass es den Kindern nicht leicht fällt, Gefahrensituationen adäquat einzuschätzen. Aus diesem Grund heißt es in der Publikation, dass besondere Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden sollten (vgl. Schmidt und Fietzek 2013). Um eine reizarme Umgebung zu schaffen, sollten keine grellen Farben, sowie flackerndes Licht verwendet werden. Zusätzlich könnte die Gestaltung der Wände relevant sein. Die Beachtung dieser Punkte könnte betroffenen Kindern mit FASD helfen, sich leichter zu konzentrieren.

Im Verlauf dieser Facharbeit wird noch ein weiterer Gesichtspunkt näher beschrieben. Thomsen und Michalowski (2012: 18) schreiben in ihrer Veröffentlichung, dass der Gedächtnisspeicher der Kinder eingeschränkt sein kann. Dadurch kann es ihnen schwer fallen, alltägliche Rituale und Handlungen zu vertiefen. Dazu gehört auch die Körperhygiene. In der Publikation von Schmidt und Fietzek heißt es: Häufig konnte beobachtet werden, dass es Kindern schwer fällt, selbstständig die tägliche Hygiene zu bewältigen. Durch die eingeschränkte Reihenfolgeplanung können komplexe Handlungsschritte nicht selbstständig bewältigt werden. Dazu kommt das eingeschränkte Gedächtnis, so dass Abläufe auch vergessen werden können. Ein Pädagoge könnte das Kind mithilfe von Bildrezepten unterstützen. Zusätzlich ist es bei einigen Kindern relevant, wichtige Hygieneschritte zu kontrollieren, um ggf. noch unterstützend mitwirken zu können. Um dem Kind deutlich zu machen, welche Hygieneartikel ihm gehören, könnte es laut den Autoren eine Lösung sein, diese Gegenstände möglichst in gleicher Farbe anzuschaffen. Für die mit FASD betroffenen Kinder könnte es eine Methode sein, leichter zu erkennen, welche Hygieneartikel in ihrem Besitz sind.

Aus den Publikationen lässt sich schließen, dass viele konkrete Hinweise in den erzieherischen Alltag mit einbezogen werden können. Der FAS-Erste-Hilfe-Koffer hat spezifische Möglichkeiten und Methoden aufgezeigt, welche Pädagogen im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen helfen können. Zu den Veröffentlichungen wurden Auffälligkeiten dargestellt und dazu Anregungen gegeben wie sie in der Praxis umzusetzen sind. Diese Methoden eignen sich je nach Entwicklungsstand für Kinder im Grundschulalter.

Beachtet werden sollte neben den festen Strukturen und Ritualen, der Kommunikation und der Gestaltung des Umfeldes auch die Körperhygiene. Die erwähnten Methoden zur Bewältigung des Alltags zeigen nur eine geringe Auswahl. Zu beachten ist das sehr weitläufige Krankheitsbild von FASD. Daher ist es möglich, dass ein Kind ganz andere Schwierigkeiten im täglichen Alltag zeigt und diese nicht aufgeführt wurden.

In diesem Punkt wurden praktische Hinweise und Methoden für die Arbeit im erzieherischen Alltag aufgezeigt. Im Folgenden werden kurze Hinweise zusammengefasst. Die progressive Muskelentspannung kann sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen angewendet werden. Diese Methode ist leicht zu erlernen und der Pädagoge könnte sie in kleinen Gruppen durchführen. Für die Entspannungsmethode werden Ruhe und Konzentration benötigt. Daher gestaltet es sich schwierig, diese Übung mit der gesamten Gruppe durchzuführen und somit ins Alltagsgeschehen mit einzubauen. Die Entspannung kann jedoch mit der Stärkung der Exekutivfunktionen gelingen. Es werden grundlegende Aspekte angesprochen, die den Umgang mit der Störung erleichtern können. Dieses könnte den erzieherischen Alltag erleichtern und Pädagogen konkret Hilfestellungen geben. Die Hinweise beziehen sich auf kein konkretes Alter und könnten für jedes Kind bzw. jeden Jugendlichen individuell verwendet werden. Die letzte Publikation bezieht sich auf jüngere Kinder im Grundschulalter. Dort werden noch einmal Methoden aufgezeigt, die betroffenen Kindern helfen können, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen. Neben visuellen Unterstützungen wie Verstärkerplänen und Bildrezepten werden auch Hinweise zum Umfeld des Kindes gegeben.

Zusammenfassend kann aus den Publikationen geschlossen werden, dass trotz vieler methodischer und didaktischer Hinweise das Kind immer als Individuum anzusehen ist. Es sollte darauf geachtet werden, dass jedes Krankheitsbild von FASD andere Besonderheiten aufweist. Daher ist es von hoher Bedeutung, für jedes Kind bzw. Jugendlichen individuelle erzieherische Hilfen zu erstellen, sodass sie den Alltag möglichst selbstständig bewältigen können.

6. Kinder und Jugendliche mit FASD - Perspektiven sind denkbar

Im Laufe meiner Arbeit hat sich mein Eindruck gegenüber diesem Krankheitsbild verändert. Zuvor war ich geschockt und wusste kaum mit dieser Krankheit umzugehen. Dadurch, dass differenzierte Hintergründe für Verhaltensweisen und Auffälligkeiten beschrieben worden sind, kann ich individueller auf FASD eingehen. Es gibt mir die Möglichkeit, spezifischer auf Verhaltensweisen zu reagieren. Das Bewusstsein für dieses spezifische völlig zu verhindernde Krankheitsbild sollte auf die Gesellschaft übertragen werden. Erschreckend ist die Tatsache, dass in wenigen Quellen genaue Zahlen von Betroffenen mit FASD veröffentlicht sind. Es lässt sich daraus schließen, dass es einem großen Teil der Gesellschaft nicht bewusst ist, wie vielfältig das Phänomen FASD ausgeprägt ist. In vielen Publikationen lässt sich sogar lesen, dass dieses Krankheitsbild der Gesellschaft völlig unbekannt ist. Es wird oftmals mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) verglichen. Eines der ersten präventiven Maßnahmen wäre, in der Gesellschaft ein Bewusstsein zu schaffen, dass Alkohol für ein ungeborenes Kind schädigend ist. FASD ist ein Krankheitsbild, welches vollständig vermeidbar ist. Daher gehört es zum Aufgabenfeld von Pädagogen, präventive Aufklärungsarbeit im entsprechenden Alter zu leisten. Des Weiteren wäre es allgemein für die Gesellschaft sehr relevant, mehr über die Fachthematik von FASD zu erfahren.

Je früher die Diagnose von FASD vorliegt, umso vielfältiger sind die Möglichkeiten, für ein Kind bzw. einen Jugendlichen entsprechende Hilfen zu bekommen. Sie haben eine höhere Chance auf eine eigene Autonomieentwicklung. Durch die vielfältigen, meist schwerwiegenden Folgen und Auffälligkeiten kann es vorkommen, dass ein Betroffener eine Behinderung aufweist. Auffälligkeiten in der Sprache und dem Verhalten können durch bestimmte Therapien gestärkt werden. Nicht jede Therapie ist für jedes Kind gleichermaßen geeignet. Therapieformen wie Physiotherapien stärken die Bewegungs- und Funktionsfähigkeiten des Körpers. Für die sprachlichen Auffälligkeiten könnte sich z.B. die Logopädie eignen. Des Weiteren gibt es Eventualitäten wie die Homöopathie, welche eine Alternative zur medikamentösen Therapie darstellen könnte. Diese Formen der Hilfen zeigen Möglichkeiten auf, wie Kinder und Jugendliche unterstützt werden können. Das Spektrum an Therapiemöglichkeiten ist sehr groß und vielfältig. Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Hilfestellungen pragmatisch angeboten werden. Weniger Hilfen können eine genauso hohe Wirkung haben.

Ein grundlegender Aspekt sollte von Pädagogen beachtet werden. Es ist darauf zu achten, dass der Betroffene ganzheitlich in den Blick genommen wird. Die systemische Blickrichtung könnte dabei eine Unterstützung sein. Das Urvertrauen und erlebte Umfeld eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen tragen zu der entsprechenden Entwicklung

bei. Dazu sind externe Hilfen im erzieherischen Alltag von hoher Bedeutung. Dafür könnten sich die Methoden, die im letzten Punkt beschrieben wurden, als hilfreich herausstellen. Die progressive Muskelentspannung ist eine kleine Übung, welche mit dem Kind bzw. den Jugendlichen durchgeführt werden könnte. Diese Entspannungsmethode könnte betroffenen Kindern zu einem Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung verhelfen.

Durch die massiven Einschränkungen der Exekutivfunktionen ist es für Pädagogen wichtig, im Umgang mit diesem Krankheitsbild ruhig zu bleiben. Das Kind bzw. der Jugendliche sollte in seinem Entwicklungsstand dort abgeholt werden, wo er sich derzeit befindet. Für die Betroffenen sollte der Alltag aus ständig wiederholenden Abläufen und Ritualen bestehen, um ihnen somit Sicherheit zu vermitteln.

Es ist von großer Bedeutung zu wissen, dass jedes Kind bzw. Jugendliche sich inter- und intraindividuell entwickelt. Pädagogen sollten jeden Fall von FASD als Einzelfall ansehen und für das Kind individuelle Hilfen entwickeln. Das Kind bzw. der Jugendliche sollte durch den täglichen Alltag begleitet werden, sodass dieses je nach Schweregrad und Intensität Perspektiven bekommen könnte, um einen Alltag selbstständig zu bewältigen. Es kann nie vorausgesagt werden, ob ein Betroffener eine Perspektive auf ein eigenständiges Leben ohne Unterstützung und andere Hilfeformen hat.

In dieser Facharbeit wurden unterschiedliche Perspektiven und Hilfestellungen aufgezeigt. Im Vorfeld spielt jedoch die präventive Arbeit eine große Rolle. Das bedeutet, dass ausführliche Aufklärungsgespräche über die Thematik Alkohol in der Schwangerschaft stattfinden sollten. Wichtig ist, der Gesellschaft zu verdeutlichen, dass FASD ein Krankheitsbild darstellt, welches vollständig vermeidbar ist.

Der differenzierte Einblick in diese Thematik hat mir geholfen, Erklärungen für dieses Krankheitsbild zu finden. Mir ist bewusst geworden, dass kein Fall von FASD gleichermaßen behandelt werden kann. Die Individualität bei jedem Betroffenen sollte stets beachtet werden. Wichtig ist es zu wissen, dass die tägliche Arbeit mit FASD Betroffenen von einer pädagogischen Fachkraft viel Geduld und Ruhe einfordert. Die erzieherischen Hinweise und vielfältigen Therapiemöglichkeiten, die in dieser Facharbeit aufgezeigt worden sind, könnten mir in Zukunft helfen, den Alltag von Kindern und Jugendlichen mit FASD angemessen zu begleiten. Ich freue mich auf die weitere Arbeit mit Betroffenen dieser spezifischen Krankheit und glaube, dass mir die hier gewonnenen Erkenntnisse den Umgang mit ihnen erleichtern werden, so dass ich professionell andere Zugänge zu ihnen finden kann.

Anhang: Grafik – Komponenten exekutiver Funktionen (Müller 2013: 4)



Abbildung 1:
 Exekutivfunktionen – ein Regenschirmbegriff: Der Versuch einer Systematisierung der Komponenten exekutiver Dysfunktionen (angelehnt an Müller, 2007, S. 11)

Literaturverzeichnis

BARTHEL, Christoph (08.08.2016): Progressive Muskelentspannung, in:

https://www.dr-gumpert.de/html/progressive_muskelentspannung.html

(13.08.2016)

DAWSON, Peg; GUARE, Richard (2010): Schlau, aber.... Kindern helfen, ihre

Fähigkeiten zu entwickeln durch Stärkung der Exekutivfunktionen, Bern 2010.

FASD-DEUTSCHLAND (2012): Lebenslang durch Alkohol. Lingen 2012.

FASD-DEUTSCHLAND (17.07.2016): Alkohol – Gift in der Schwangerschaft. in:

http://fasd-deutschland.de/cms/front_content.php?idcat=11

HÄRTER, Henrike (2013): Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholspektrumströrung (FASD) –

Diagnostik und Grundlage. in: Lepke, Katrin; Michalowski, Gisela; Feldmann, Reinhold; FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht..., Ludwigshafen 2013, S. 17.

HOGENBOOM, Marga (2014): Menschen mit Behinderung besser verstehen.

München 4. Auflage 2014.

JUSTIZ-ONLINE, Justizportal Nordrhein-Westfalen(31.07.2016) : § 2 SGB IX – Behinderung, in:

http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?t=146995098508379108&sessionID=317750325756634793&source=link&highlighting=off&templateID=document&chosenIndex=Dummy_nv_68&xid=137493,3#jurabs_1

(31.07.2016).

KRAMER, Heike (2013): Über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit frühzeitiger

schulischer Informationen und Aufklärung zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und FASD. in: Lepke, Katrin; Michalowski, Gisela; Feldmann, Reinhold; FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht..., Ludwigshafen 2013, S. 76.

LANDGRAF, Mirjam; HEINEN, Florian (2012): S 3 Leitlinie Diagnostik des Fetalen.

Alkoholsyndroms. in: Feldmann, Reinhold; Michalowski, Gisela; Lepke, Katrin; FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD), Erfurt 2012, S. 43.

LANDGRAF, Mirjam (2015): Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen. in Becker, Gela; Hennicke, Klaus ; Klein, Michael (Hrsg): Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening- Ansätze und Interventionsmöglichkeiten, Berlin 2015, S. 21.

LANDGRAF, Mirjam; HEINEN, Florian (2016): Don't drink stop FASD. Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2016.

MEHRINGER, Andreas (2013): Eine kleine Heilpädagogik. Vom Umgang mit „schwierigen“ Kindern, München 2013 (13. Auflage).

MERZENICH, Hiltrud; LANG, Peter (2012): Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Köln 2012.

MÜLLER, Sandra Verena (2013): Störungen der Exekutivfunktionen. Ort unbekannt 2013 (Fortschritte der Neuropsychologie Band 13).

REEKER-LANGE, Claudia; ADREN, Patricia; SEYFFERT, Sabine (2010): Handbuch der progressiven Muskelentspannung für Kinder. Stuttgart 2010 (Reihe Leben lernen Band 232).

SCHINDLER, Gila (2013): Die Fetalen-Alkohol Spektrum – Störung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, hrsg. Mechthild Dyckmans (Drogenbeauftragte der Bundesregierung), Berlin 2013.

SCHINDLER, Gila (2014):): Die Fetalen-Alkohol Spektrum – Störung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, hrsg. Marlene Mortler (Drogenbeauftragte der Bundesregierung), Berlin 2014.

SCHMIDT, Hannah; FIETZEK, Michaela; HOLODYNSKI, Manfred; FELDMANN, Reinhold (2013): FAS-Erste-Hilfe-Koffer. Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem Alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten, Idstein 2013.

SPOHR, Hans-Ludwig (2012): 40 Jahre FASD in Deutschland. in: Feldmann, Reinhold; Michalowski, Gisela; Lepke, Katrin; FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD), Erfurt 2012, S. 15.

THOMSEN, Annika; MICHALOWSKI, Gisela; LANDECK, Gerhild; LEPKE, Katrin (2012): FASD – Fetale Alkoholspektrumstörungen. Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten? Ein Ratgeber, Idstein 2012.

WAGNER, Jessica (2014): FASD und Exekutivfunktionen. in: Feldmann, Reinhold; Michalowski, Gisela; Lepke, Katrin; FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD), Erfurt 2012, S. 50.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Facharbeit selbstständig verfasst, keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt und die Stellen der Arbeit, die anderen Werken und Wortlauten oder dem Sinne nach entnommen sind, in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift