



Leseprobe aus Liesegang, Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) bei Kindern und Jugendlichen,
ISBN 978-3-621-28787-6

© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28787-6>

Inhalt

Geleitwort	10
Vorwort	11
1 Diagnosestellung einer FASD	13
1.1 Entwicklung der Diagnostik der Fetalen Alkoholspektrumstörung	14
1.2 Diagnosestellung mit der deutschen S3-Leitlinie	15
1.3 Diagnose und Angst vor Stigmatisierung	22
1.4 Diagnose und die leibliche Mutter	24
1.5 Diagnose und Selbstbild	27
1.6 Diagnose und Perspektive	29
2 Neurobehaviorale Perspektive	34
2.1 Hirnorganische Veränderungen und Verhalten bei FASD	36
2.2 Verhaltensauffälligkeiten als sekundäre Veränderungen bei FASD	38
2.3 Die neurobehaviorale Perspektive und die Pädagogik	42
2.4 Die neurobehaviorale Perspektive und die Psychotherapie	45
2.5 Die neurobehaviorale Perspektive und Entwicklung	48
2.6 Typische Fragen und Antworten zur neurobehavioralen Perspektive	50
2.7 Teilhabe als Ziel der neurobehavioralen Perspektive	56
3 Beratung im Alltag	60
3.1 Beratungsprozess	61
3.2 Typische Themen bei FASD-Beratungen	68
3.3 FASD-Beobachtungsschema	71
3.4 Fragebogen zu Fähigkeiten, Verhalten und Selbstbild als Orientierung	75
3.5 Hypothesenschema bei konkreten Schwierigkeiten im Alltag: das Teilhabe-Ermöglichungs-Modell	79
3.6 Grundhaltungen im Beratungsprozess	87
4 Stellungnahme der Beraterin	91
4.1 Ziel der Stellungnahme: die Schaffung von guten Entwicklungs- bedingungen	91
4.2 Beschreibung des Ist-Zustandes von Hirnfähigkeiten	97
4.2.1 Orientierung	99
4.2.2 Intelligenz	100
4.2.3 Globale psychosoziale Funktionen	100
4.2.4 Anpassung	101
4.2.5 Stabilität	102

4.2.6	Ausdauer	102
4.2.7	Zugänglichkeit	103
4.2.8	Geselligkeit	104
4.2.9	Umgänglichkeit	105
4.2.10	Gewissenhaftigkeit	105
4.2.11	Psychische Stabilität	106
4.2.12	Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen	107
4.2.13	Optimismus	107
4.2.14	Selbstvertrauen	108
4.2.15	Zuverlässigkeit	109
4.2.16	Motivation	110
4.2.17	Appetit	111
4.2.18	Impulskontrolle	111
4.2.19	Schlafen	112
4.2.20	Aufmerksamkeit	113
4.2.21	Kurzzeitgedächtnis	114
4.2.22	Abrufen und Verarbeiten von Gedächtnisinhalten	115
4.2.23	Psychomotorische Kontrolle	116
4.2.24	Situationsangemessenheit von Emotionen	117
4.2.25	Affektkontrolle	118
4.2.26	Spannweite von Emotionen	118
4.2.27	Auditive Wahrnehmung	119
4.2.28	Visuelle Wahrnehmung	120
4.2.29	Geruchswahrnehmung	121
4.2.30	Geschmackswahrnehmung	121
4.2.31	Berührungswahrnehmung	122
4.2.32	Räumlich-visuelle Wahrnehmung	123
4.2.33	Denkgeschwindigkeit	124
4.2.34	Abstraktionsvermögen	125
4.2.35	Organisieren und Planen	126
4.2.36	Zeitmanagement	127
4.2.37	Kognitive Flexibilität	128
4.2.38	Einsichtsvermögen	129
4.2.39	Entscheidungsfähigkeit	130
4.2.40	Problemlösen	131
4.2.41	Sprache als Fähigkeit	132
4.2.42	Die Wahrnehmung von Zeit	133
4.3	Beschreibung der aktuellen Umweltbedingungen	135
4.3.1	Produkte, Substanzen und Technologien	137
4.3.2	Licht und Geräusche	138
4.3.3	Familie	138
4.3.4	Soziales Umfeld	139
4.3.5	Autoritätspersonen	139

4.3.6	Hilfspersonen	140
4.3.7	Tiere	140
4.3.8	Einstellungen	141
4.3.9	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	141
4.4	Beschreibung der aktuellen Aktivitäten und Teilhabe	142
4.4.1	Lernen	146
4.4.2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	146
4.4.3	Kommunikation	147
4.4.4	Mobilität	148
4.4.5	Selbstversorgung und Häusliches Leben	149
4.4.6	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	150
4.4.7	Bedeutende Lebensbereiche	151
4.5	Beschreibungen der Fähigkeiten, Einschränkungen und Empfehlungen der Stellungnahme	152
5	Teilhabe-Ermöglichung	156
5.1	Spezielle Unterstützungs- und Therapieangebote	156
5.2	Fallbeispiel: Entwicklungschancen	159
5.3	Fallbeispiel: Selbstbestimmtheit der Diagnose	160
5.4	Fallbeispiel: Teilhabe-Ermöglichung	162
Anhang		165
Literatur		166
Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien		172
Sachwortverzeichnis		177

3 Beratung im Alltag

- 3.1 Beratungsprozess
- 3.2 Typische Themen bei FASD-Beratungen
- 3.3 FASD-Beobachtungsschema
- 3.4 Fragebogen zu Fähigkeiten, Verhalten und Selbstbild als Orientierung
- 3.5 Hypothesenschema bei konkreten Schwierigkeiten im Alltag:
das Teilhabe-Ermöglichungs-Modell
- 3.6 Grundhaltungen im Beratungsprozess

Die Intention bei der ausschließlichen Verwendung des Begriffs »Beratung« in diesem Buch statt »Beratung und Therapie« ist folgende: Beratung ist ein Begriff, der noch nicht auf eine Pathologisierung zurückgreift. Wenn jemand eine Therapie braucht, ist er oder sie krank. Wenn jemand eine Beratung braucht, dann gibt es einen Klärungsbedarf.

Die Beratung beruht auf einem Konstrukt von Frage und Antwort. Wenn die Klientin keine Frage hat, ist das Geben eines Rates schwierig. Die Beratung besteht aus Kommunikation. Für jede Kommunikation ist es ausschlaggebend, ob es ein gemeinsames Verstehen gibt. Oder einfacher ausgedrückt: Dass über das Gleiche geredet wird.

Oftmals sind Beratende bzw. Therapeutinnen als helfende Systeme sehr schnell in einer Handlung, weil sie dies als ihren Auftrag verstehen. Helfende Systeme verstehen sich als handlungsfähig und handelnd. Beratende Systeme sind zuhörend und um Verständnis bemüht. Dies bedeutet oft eine Anpassung des Tempos.

Die Klientin ist immer die zentrale Bezugsperson, auch in einem weit verzweigten Hilfesystem. Aus einer Beratung kann ein Verrat werden, wenn Antworten nicht an die Ratsuchende selber, sondern über den Kopf der Ratsuchenden hinweg an andere Helferinnen des Systems gegeben werden. Daher bedarf es immer der Transparenz und der Absprache der Beraterin mit der Klientin.

Das Konstrukt Beratung bei einer FASD hat typische Abläufe: Es gibt die leibliche Mutter. Es gibt den leiblichen Vater. Es gibt ein betroffenes Kind bzw. eine betroffene Jugendliche. Es gibt eine Gesellschaft. Es gibt Konstrukte der Schuld und Verantwortung. Es gibt Konstrukte der Krankheit, des Sich-Verzeihens, des Anerkennens, der Wertschätzung und des Neuanfangs.

Es gibt die einfache Tatsache, dass es keinen Beweis des Ausmaßes der Schädigung durch in der Schwangerschaft konsumierten Alkohol gibt. Es gibt Differenzialdiagnosen. Ohne Schwierigkeiten im Alltag gäbe es oft keinen Beratungswunsch. Die unterschiedlichen Teile im System haben unterschiedliche Beratungswünsche. Es liegen even-

tuell Einschränkungen der Hirnfunktionen vor, deren Erkennen und Berücksichtigen eine Teilhabe erleichtern kann. Es gibt eventuell Barrieren und unpassende Erwartungen der Umwelt, deren Erkennen und Berücksichtigen eine Teilhabe ebenfalls erleichtern kann.

Es gibt einen Beratungsbedarf. Für alle Beteiligten.

3.1 Beratungsprozess

Der Zeitpunkt einer Beratung ist nie beliebig. Eine Beratung wird dann in Anspruch genommen, wenn es von einem selber oder anderen ein Bedürfnis nach Rat gibt. Dies ist meist der Fall, wenn eine Situation zugespitzt, verworren, festgefahren ist. Vor einer Beratung sind meist verschiedene Hilfsversuche bereits gescheitert, alle Beteiligten haben viele verschiedene Meinungen geäußert und gehört. Kurz: Es besteht eine gewisse Verwirrung und Desorientierung. Ziel dieses Kapitels ist zunächst die Orientierung der Beraterin. Wir müssen uns alle klar sein, dass Desorientierung ansteckend ist. Wir sind mitschwingende, empathische, sich einfühlende Wesen – und übernehmen die Gefühle der anderen Menschen nur allzu gerne, und sei es nur, um sie verstehen zu können.

Das 5-Schritte-Modell nach Asen

Das aus der Multifamilientherapie nach Eia Asen (Asen & Scholz, 2012) stammende 5-Schritte-Modell ist eine systemische Basistechnik, um in einem Beratungskontext über das Gleiche zu kommunizieren (s. **AB 7**). Dieses Modell zeigt hervorragend, wie es der Beraterin gelingen kann, sich selber als Expertin zurückzunehmen und stattdessen mithilfe ihrer Expertise Fragen zu stellen. Verantwortung und Kompetenz bleiben bei der Betroffenen. Es ist die Entscheidung der Betroffenen selber, welche Selbsterkenntnis und welcher Leidensdruck aktuell als relevant gesehen wird und welchen Veränderungswillen es gibt. Die fünf im Folgenden näher erläuterten Schritte des Modells nach Asen sind:

- (1) Beobachtung
- (2) Wahrnehmungsvergleich
- (3) Bewertung
- (4) Veränderungswunsch
- (5) Aktion – der erste Schritt

(1) Beobachtung: »Ich sehe/bemerke/habe gehört, dass ...«. In der Beratung werden Probleme geschildert. Dies führt teilweise zu einem Rückzug der Betroffenen. Dabei sind diese Probleme sehr wahrscheinlich auch für die Betroffene eine Belastung und sie selber ist genauso auf der Suche nach einer Lösung wie alle anderen. Manchmal ist es also gut, die beobachteten Probleme konkret und möglichst auf eine Situation bezogen anzusprechen. Dies verhindert auch, sich in allgemeine »Immer«-Schulduzuweisungen zu verlieren. Informationen der Bezugspersonen aus dem »Fragebogen zu Fähigkeiten, Verhalten und Selbstbild bei FASD« (FVS; Abschn. 3.4 und **AB 2**, **AB 3** und **AB 4**) können

hier in Absprache mit den Bezugspersonen mit der Betroffenen und ihrem Umfeld ausgewertet werden.

- ▶ Ich habe gehört, dass es heute Morgen einen riesigen Streit mit deiner Mutter gab.
- ▶ Ich sehe, dass du hier nicht stillsitzen kannst.
- ▶ Ich bemerke, dass ich meine Sätze viel zu kompliziert sage und du mich nicht verstehst.
- ▶ Ich habe gehört, dass du dich gestern in der Schule für etwas entschuldigen musstest.
- ▶ Ich habe gehört, dass du nächste Woche nicht an dem Klassenausflug teilnehmen darfst.
- ▶ Ich habe gehört, dass du dich gestern an Hausaufgaben nicht erinnern konntest.
- ▶ Ich habe gehört, dass du gestern Nachmittag wieder Süßigkeiten aus dem Vorratsschrank genommen hast, obwohl deine Mutter dir noch am Morgen gesagt hatte, dass du es nicht tun sollst.
- ▶ Ich habe gehört, dass du gestern Geld geklaut hast.
- ▶ Ich habe gehört, dass du heute Morgen erzählt hast, dass dir deine Jacke in der Klasse geklaut wurde, aber die Lehrerin rief mich an und sagte, du hast sie im Raum liegen gelassen.

(2) Wahrnehmungsvergleich: »Siehst du das auch so? Ist das richtig? Habe ich das richtig verstanden?« Wenn in der Beratung ein Weg gefunden werden kann, dass die Betroffene sich verstanden und gesehen fühlt, ist viel gewonnen. Dafür ist der Wahrnehmungsvergleich so wichtig. Oft beginnt bereits hier das Ringen um das Selbstbild. Probleme können von der Betroffenen vielleicht nicht benannt werden, weil sie bisher von ihr nur als Scheitern wahrgenommen wurden. Oft lohnt es sich sehr, aktuelle Beobachtungen direkt für den Wahrnehmungsvergleich zu benutzen und dabei gleich die Perspektive mit neuen Ideen und Erklärungsmodellen zu öffnen. Der Fragebogen zu Fähigkeiten, Verhalten und Selbstbild bei FASD (Selbsteinschätzung in Einfacher Sprache – FVS-E; **AB 4**) enthält zahlreiche Fragen, die hier eine Brücke des Verstehens schlagen können. Oft ist es enorm schwierig, bei einem konkreten Einzelfall zu bleiben, da das Abwehrsystem der Betroffenen auf Hochtouren arbeitet, um das Selbstbild zu schützen. Dann helfen vielleicht auch die im Folgenden aufgelisteten situativen Abgleich-Fragen weiter:

- ▶ Fällt es dir gerade schwer zu antworten, weil du denkst, dass du immer alles falsch machst?
- ▶ Hast du den Eindruck, dass du es den Erwachsenen nie recht machen kannst?
- ▶ Hast du den Eindruck, dass du unfair behandelt wirst?
- ▶ Hast du den Eindruck, dass du dich 180 Prozent anstrengst, und die anderen nur sehen, dass dein Ergebnis 60 Prozent ist?
- ▶ Sagen die Erwachsenen immer, dass du dich mehr anstrengen sollst, dabei strengst du dich schon an?
- ▶ Ist es dir manchmal viel zu laut?
- ▶ Weißt du manchmal nicht, was du als Nächstes tun sollst?

(3) Bewertung: »Willst du / wollen Sie, dass es so ist? Warum ist es so?« Nur weil andere Menschen (meistens Erwachsene) ein Problem sehen, heißt das nicht, dass das Kind

auch ein Problem sieht. Vielleicht ist Unpünktlichkeit nicht wirklich ein Problem für das Kind und dass die anderen Kinder Respekt (oder Angst?) vor dem impulsiven Kind haben, ist vielleicht in Teilen sogar so gewollt. Welche Einschränkungen gibt es also tatsächlich für das Kind im Alltag, was findet es selber doof oder unerträglich?

Welche Erklärungsmodelle hat das Kind für die Probleme bisher angenommen? Wie fest sind die Eltern in dem Erklärungsmodell verhaftet, dass das Kind nicht will oder absichtlich böse Dinge tut? Welchen Eigenanteil können helfende Menschen im Umfeld bei sich finden? Welche Kraft und Bereitschaft haben sie, neue Wege auszuprobieren? Das in Abschnitt 3.3 vorgestellte Beobachtungsschema zum Einstieg kann hier eine gute Übung sein, um die Wahrnehmung auf den Einfluss von Hirnfähigkeiten zu lenken.

- ▶ Was war letzte Woche in der Mathematikstunde mit den Hausaufgaben?
- ▶ Wolltest du die Hausaufgaben nicht machen?
- ▶ Findest du es gut, dass du dich gestern in der Pause nicht an Regeln gehalten hast?
- ▶ Findest du es gut, dass gestern deine Schwester Angst vor dir hatte?
- ▶ Findest du auch, dass deine Vergesslichkeit gestern zu Hause Probleme gemacht hat?
- ▶ Warum konntest du gestern mit dem Computerspielen nicht aufhören?
- ▶ Was hast du gedacht, bevor du das Handy in die Ecke geschmissen hast?
- ▶ Warum bist du gestern in das Zimmer deiner Schwester gegangen, obwohl sie es dir verboten hatte?
- ▶ Warum kamst du gestern nach der Pause nicht mehr in den Unterricht?
- ▶ Hast du gestern die Aufgabe der Biologie-Lehrerin verstanden?
- ▶ Wusstest du heute Morgen, was ich vor der Schule von dir wollte?

(4) Veränderungswunsch: »Wenn es gerade nicht gut ist, wie würdest du / würden Sie es gerne haben? Was würdest du / würden Sie gerne schaffen?« Oft ist der Beratungszeitpunkt derart spät, dass es bereits ein starres Muster von Erklärungsmodellen und Annahmen gibt. Beispiele dafür sind Annahmen wie:

- ▶ »Ich habe als Elternteil keinen Einfluss auf mein Kind.«
- ▶ »Ich mache sowieso alles falsch.«
- ▶ »Das kann ich sowieso nicht.«
- ▶ »Die anderen kümmert es sowieso nicht, ob ich mitkomme.«

Diese Annahmen sind Erklärungsmodelle und Schlussstriche unter unaushaltbare Situationen. Sie können mit den Schritten 1 bis 3 erfragt und hinterfragt werden. Um anschließend mit den im Folgenden aufgeführten Fragen in die Hoffnung, die Möglichkeit und die Veränderung zu kommen.

- ▶ Welche ursprünglichen Ziele gibt es?
- ▶ Welche Wünsche haben Sie für sich selbst als Eltern oder für das Kind?
- ▶ Welche drei Sachen müssen sich bei dem Kind ändern? (Die Frage ist oft eine Einleitung dazu, dass die Eltern begreifen, dass sie sich gerade die eingeschränkte Hirnfunktion weg wünschen. Im übertragenen Sinne wünschen sie sich, dass ihr blindes Kind nicht blind sei.)
- ▶ Wie willst du mit deinen Eltern sprechen?
- ▶ Was möchtest du mit deinen Freunden machen?

- ▶ Was willst du in der Schule?
- ▶ Was willst du deiner Lehrerin sagen?
- ▶ Was ist die eine wirklich wichtige Sache, die deine Eltern einmal verstehen sollten?

(5) Aktion: »Was kannst du tun, damit es so wird? Was kannst du zusammen mit anderen ausprobieren? Was hast du noch nicht ausprobiert?« Diese Fragestellung ist derart umfassend, dass es in Abschnitt 3.5 mit dem »Hypothesenschema bei konkreten Schwierigkeiten im Alltag« eine eigene Anleitung gibt, um sich einer Antwort anzunähern (s. auch **AB 5**).

Phasen der Beratung

Viele Menschen, die sich eine Beratung bei FASD einholen, sind am Anfang im Strudel der Ereignisse von Dekompensationen und Eskalationen verloren und können den nächsten Schritt nicht mehr erkennen. Sie sind mit einem Wort orientierungslos. Es ist wichtig zu wissen, dass Orientierungslosigkeit aus psychohygienischer Sicht hoch infektiös ist, sodass wir Fachleute gut beraten sind, uns dieser Orientierungslosigkeit nicht ohne Schutz auszusetzen. Dieser Schutz heißt Struktur. Abbildung 3.1 zeigt eine Struktur von vier Beratungsphasen, die wir durchaus transparent mit unseren Klientinnen in der Beratung besprechen können, damit jede der Beteiligten gerade weiß, was das aktuelle Thema ist (s. auch **AB 6** Beratungsschema FASD).

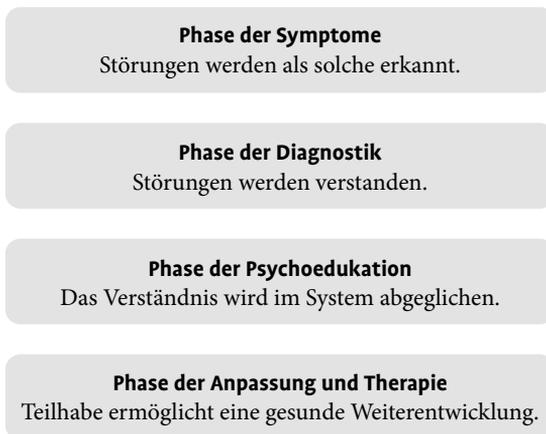


Abbildung 3.1 Schema der Phasen der Beratung

Diese Phasen sind jedoch nicht als ein linearer Weg zum Glück zu verstehen. Phasen sind Zustände und es ist organisch und normal, dass diese Phasen hin und her springen, sogar wieder von vorne beginnen, je nachdem, welche neuen Herausforderungen das Leben und das sich entwickelnde Selbst bereithält.

Phase der Symptome. Es gibt eine Phase der Wahrnehmung von einer Störung, von einer Teilhabe-einschränkung, eventuell auch der Wahrnehmung, »anders als andere zu sein«. Teilweise bemerken Men-

schen veränderte Fähigkeiten bei sich selber, teilweise merken sie jedoch auch eher, dass sie anders behandelt werden. Dies kann schreckliche Zweifel an sich selbst oder auch an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft hervorrufen. Die Helferinnen, Eltern und Erzieherinnen durchlaufen diese Phase der Wahrnehmung einer Störung ebenfalls. Auch sie reagieren auf die Herausforderung, die eine Störung im Alltag immer mit sich bringt.

Die Phase der Symptome kann geprägt sein von einer großen Verzweiflung und Hilflosigkeit, aber auch von einem starken Durchhaltewillen und einem »So tun, als ob alles in Ordnung wäre«. Je nachdem, von welcher Perspektive diese Phase erlebt wird, gibt es

unterschiedliche Fragen oder eben auch eine sehr geringe Bereitschaft, Fragen zu stellen oder zuzulassen.

Manche Betroffenen erleben sich im gesellschaftlichen System als überfordert und selbstunwirksam und benötigen daher dringend eine Antwort. Je nach Veranlagung wird diese Antwort bei sich selber oder bei den anderen gesucht. Manche erleben sich selber als maximal damit beschäftigt »durchzuhalten« und reagieren auf Fragen eher mit Gedanken wie:

- ▶ »Ich gebe doch schon alles und es reicht immer noch nicht?«
- ▶ »Was soll ich denn noch alles tun?«
- ▶ »Wenn ich mich doch schon so sehr anstrengte, warum ist es immer noch nicht gut genug?«

Alle diese Perspektiven haben ihren Platz und keine einzige wird alleine für sich einen gesunden Umgang mit einer Störung ermöglichen.

Die Arten des Umganges mit Symptomen laufen teilweise recht typisch ab. Diese Typen ergänzen sich in Hilfesystemen oft zu relativ stabilen Geflechten, mit gegenseitigen Erklärungen, die zu Beschuldigungen werden. Und mit Mechanismen der Verteidigung des Selbst, die von Fachleuten als Non-Compliance missverstanden werden. Aufgabe der Therapeutin ist es, sich in diesem Geflecht zu orientieren und wohlwollend zu erkennen, zu welchem Reaktionsmuster sie selber aktuell neigt.

Tabelle 3.1 Beispiel-Typen in der Symptomphase

Typ Selbstzweiflerin	Typ Angreiferin	Typ Verteidigerin
Die Grundannahme ist, dass ich etwas nicht gut genug gemacht habe, deshalb fühle ich mich unwirksam. Ich brauche dringend Anleitung und Antworten, weil ich selber keine habe. Ich sehe nicht, was ich jetzt schon gut mache.	Die Grundannahme ist, dass ich alles richtig mache und sich mein Gegenüber nicht genug anstrengt. Daher muss sich der andere verändern. Ich schaue nach außen und suche Veränderung im Außen. Ich weiß, was die anderen falsch machen.	Die Grundannahme ist, dass ich mich maximal anstrengte und dass es für die anderen anscheinend nie genug ist. Die anderen wollen immer mehr von mir, sie befahlen mir Dinge zu tun, die ich doch eigentlich schon mache. Ich schütze mich selber, indem ich die anderen reden lasse und nicht mehr ernstnehme.

Phase der Diagnostik. Diagnosen sind im eigentlichen Sinne das Ergebnis einer ausführlichen Betrachtung. Betrachtung bedeutet, dass der Lebensalltag genau erfragt und verstanden werden muss. Je individueller eine Diagnose anhand von Alltagserlebnissen der Betroffenen selber erklärt werden kann, desto mehr wird die Diagnose auch ein brauchbares Werkzeug für einen konstruktiven Prozess der Selbstheilung werden.

Wir Fachleute haben als Diagnostikerinnen oft in bester Absicht mit offenen Augen hingeschaut und mit fachlicher Expertise etwas gesehen. Aber haben wir der Betroffenen selber die Zeit oder die Perspektive angeboten, das Gleiche zu sehen? Diagnosen sind immer Raster und Schubladen, die sich hervorragend dazu eignen, sich gegenseitig zu verständigen und zu versuchen, eine gemeinsame Sprache zu finden. Prinzipiell werde ich natürlich immer den Menschen sehen, wenn ich den Menschen anschau. Kein Mensch ist oder hat eine Diagnose. Die Diagnose ist ein Konstrukt: Wir versuchen dieses Konstrukt sinnvoll zu nutzen, um Schwierigkeiten zu verstehen und Hilfen zu ermöglichen. Diagnosen sind Instrumente der Beschreibung, der Verständigung und des Ermöglichens. Diagnosen sind keine Urteile.

Gerade wenn Diagnosen eine Ursache beinhalten, werden oft viele Abwehrmechanismen ausgelöst. Die Diagnose FASD beinhaltet nun einmal, dass die Mutter in der Schwangerschaft Alkohol zu sich genommen hat. Es ist eine sehr individuelle Aufgabe für die Mutter, für die Betroffenen und für das Umfeld, aus dieser Tatsache ein funktionierendes und konstruktives Narrativ zu machen.

■ Beispiel

Eine Pflegemutter griff mich heftig an, als ich die Tatsache, dass die leibliche Mutter Alkohol getrunken hatte, als einen Unfall beschrieb. Sie sagte, dies sei eine unwürdige Schönrederei. Sie kenne die leibliche Mutter ganz genau, ihr Pflegekind sei das dritte Kind der Frau, welches eine FASD habe. Der Mutter seien zahlreiche Hilfen zum Entzug angeboten worden. Sie habe sich nicht gekümmert. Jedes der Kinder mit einer FASD sei kein Unfall, sondern eine absichtliche Tat gewesen, die sie der leiblichen Mutter nicht verzeihen könne. Ich habe versucht, mit der Pflegemutter zu sprechen, welche Auswirkungen diese Sichtweise auf ihr Pflegekind haben könnte. Wir kamen in der Beratung nicht weiter. Das Pflegekind war ein überaus artiges und stilles Kind. Ich habe mir oft mehr Milde in der Beziehung zwischen der Pflegemutter und dem Kind gewünscht. Eine Milde der Pflegemutter, die aus meiner Sicht gegenüber der leiblichen Mutter hätte anfangen müssen. Aber das ist meine Sicht und das Kind entwickelte sich in den Jahren, in denen ich es kannte, weit aus problemloser als es andere Kinder taten. Ich erhebe also keinen Anspruch auf Richtigkeit bezüglich dieser Milde. Vielleicht waren diese Härte und Klarheit in dieser Phase genau richtig für das Kind, weil sie auf der anderen Seite von einem bedingungslosen Unterstützen des Kindes begleitet war.

Phase der Psychoedukation. Eine Diagnose ist also eine Erklärung. Dies bedeutet nicht, dass diese Erklärung geglaubt wird. Weder von der Schule, noch von den Eltern oder von den professionell Helfenden, ganz zu schweigen von dem betroffenen Menschen selber. Dies bedeutet, dass eine Diagnose immer übersetzt werden muss. Bestenfalls speist sich die Diagnose aus Alltagserlebnissen.

Eventuell sind die Erwartungen an das Erklärungsmodell oder die Diagnose unterschiedlich. Eventuell erwarten Lehrerinnen etwas von einer Diagnose, was die Diagnose einfach nicht bieten kann. Eventuell wird eine Diagnose auch von Hilfesystemen als unerfüllbarer Auftrag oder als Vorwurf bewertet. Nicht zuletzt ist eine Diagnose auch Teil eines Selbsterkenntnis-Prozesses der Betroffenen, sodass hier viele Prozesse ablaufen können, die ihre Wurzel in einer Angst vor Schwäche oder einer Sorge vor Selbstunwirksamkeit haben können. Diese Phase der Psychoedukation ist die Phase des Abgleiches. Hier wird ausgehandelt, ob die Menschen im Hilfesystem wirklich an einem Tisch sitzen, in einem Boot in die gleiche Richtung rudern, über das gleiche Problem reden usw. Diese Phase braucht Zeit und viel Verständigung. Eventuell wird diese Phase auch immer wieder nötig werden, weil sich Herausforderungen verändern, weil sich Hilfesysteme oder auch einzelne Menschen verändern. Sobald im System der Eindruck existiert, dass nicht über das gleiche Problem geredet wird, ist es schwierig, überhaupt noch in der Phase der Anpassung und Therapie zu bleiben. Schräge Dinge neigen dazu schräger zu werden, wenn man sie laufen lässt. Es braucht viel Mut und Überzeugungsarbeit, immer wieder von vorne anzufangen. Oft lohnt es sich jedoch, hier beharrlich und im organischen Sinne auch ein wenig stur zu sein.

Phase der Anpassung und Therapie (Teilhabe-Ermöglichung). Diese Phase geht davon aus, dass alle Beteiligten im gleichen Boot sitzen, ein gemeinsames Verständnis von der Diagnose haben und konstruktiv zusammenarbeiten. Falls dies nicht der Fall ist, sind die vorhergehenden Phasen eventuell noch nicht ausreichend bearbeitet worden. Es lohnt sich oft, eine oder mehrere Stufen im Prozess zurückzudenken. Eventuell bedarf es noch mehr Abstimmung und mehr Verständnis, bis ein echtes Arbeitsbündnis entstehen kann. Die Phase der Anpassung und Therapie ist oft eine Phase der Selbstheilung. Sie muss nicht unbedingt einfach sein, aber sie hat eine Richtung und eine Entwicklung.

Insgesamt ist diese Phase davon geprägt, dass nach Maßnahmen gesucht wird, eine Teilhabe wieder zu ermöglichen. Grundsatz ist, dass eine erfolgreiche Teilhabe ein wesentlicher Baustein für eine gesunde Weiterentwicklung ist.

Falls es im Laufe der Beratung zu deutlichen Schwierigkeiten kommt, lohnt es sich immer, im Beratungsschema zurück zum Anfang zu gehen. Wenn es in der »Phase der Symptome« keinen Abgleich gibt und kein Einverständnis zwischen der Beraterin, den Helferinnen und den Betroffenen, dann ist eine konstruktive Zusammenarbeit schier unmöglich.

Fazit

- ▶ Aufgabe der Beraterin ist es, Fragen zu verstehen und selber orientiert zu bleiben.
- ▶ Voraussetzung einer Beratung ist, dass die Beraterin und die Ratsuchende über das Gleiche reden, also mit den gleichen Wörtern auch den gleichen Inhalt meinen. Um das sicherzustellen, muss ausführlich gefragt werden und die Beraterin muss die Konzepte der Ratsuchenden hören und verstehen.

- ▶ Eine Beratung hat Phasen, die im Prozess zur gemeinsamen Orientierung benannt werden können. Phasen sind nicht linear, sondern es ist normal, dass es Sprünge (hin und her) gibt.
- ▶ Das Tempo der Beratung richtet sich nach den Notwendigkeiten. Ohne ein gemeinsames Erkennen von Symptomen kann nicht weiter zusammengearbeitet werden.

3.2 Typische Themen bei FASD-Beratungen

Einschränkungen von mentalen und/oder psychischen Fähigkeiten sind zunächst unsichtbar für die Außenwelt. Erwachsene haben oft Schwierigkeiten, sich vorzustellen, dass es psychische Behinderungen gibt. Sie sind teilweise selber stark geprägt von harten Durchhalteparolen oder rigiden Erziehungsmustern. Weil eine Beratung bei FASD in ihrem Verlauf davon abhängt, ob bezüglich der veränderten Hirnfunktionen ein Verständnis transportiert wird, folgen hier Hinweise zu einigen typischen Themen, die im Beratungskontext relevant sein können.

Entlastung. Die betroffenen Kinder und ihre aufmerksamen Eltern haben meistens schon längst gemerkt, dass mit ihnen etwas anders ist. Und anders heißt nicht schlecht. Es kann eine große Entlastung sein, wenn dieses »Anders« benannt und bestätigt wird. Weil eben niemand etwas falsch macht und die Eltern nicht einfach »konsequenter« erziehen müssen, was ihnen oft geraten wird. Auch helfen hier Bilder und Illustrationen, dass aus dem leicht falsch zu verstehenden Satz »Mein Gehirn ist halt behindert« ein Satz wird wie »Mein Gehirn hat halt eben Stärken und Schwächen und ich kann damit umgehen«.

Belastung. Es ist für viele Jugendliche und Erwachsene ein Einschnitt in ihrem Leben, wenn die Funktionseinschränkung benannt wird und es eine Definition, ein Thema gibt. Manchmal kann dieses Thema »Ich habe halt FAS« auch zu einer Floskel oder einer Ausrede werden. Aus meiner Sicht macht die betroffene Person damit aber genau das, was andere Menschen ihr vielleicht vorgemacht haben: Die Person depotenziert sich selber. Menschen wollen nach meiner Erfahrung jedoch »für voll« genommen werden (im Sinne von vollwertig). Eine hirnorganische Funktionseinschränkung sollte im Alltag nicht die Eigenverantwortlichkeit einschränken.

Eigenverantwortlichkeit. Menschen mit Einschränkungen bleiben verantwortlich für ihr Tun. Ein blinder Mensch darf sich nicht in ein Auto setzen und selber fahren. Kommt dadurch jemand zu Schaden, ist das Blindsein keine legitime Ausrede oder Begründung. Die Person wusste, dass sie blind ist, als sie ins Auto stieg, und es ist ihre Verantwortung, dass durch ihre Handlungen niemand zu Schaden kommt. Auch die Person mit FAS muss sich der eigenen hirnorganischen Fähigkeiten bewusst werden, und es ist ihre Verantwortung, in Schritten herauszufinden, was das genau im Alltag bedeutet. Welche Anforderungen kann ich gut bewältigen, wie kann ich mich in einem gesunden Maß fordern und fördern lassen?

Recht auf Teilhabe. Die eben besprochenen Pflichten beinhalten auch Rechte. Weil ein blinder Mensch sich nicht einfach so in ein Auto setzen kann, hat er das Recht, Hilfen