

THERAPLAY BEI KINDERN MIT FETALEM ALKOHOLSYNDROM (FAS)

Dafna Lender

Einleitung

Bevor ich Ausbildungsleiterin des amerikanischen The Theraplay Institute wurde, arbeitete ich für eine Organisation, die sich für die Prävention, Diagnose und Therapie des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) sowie Drogenmissbrauch bei Schwangeren einsetzte. Wir behandelten Kinder aus allen sozialen Schichten, bei den meisten handelte es sich jedoch um Pflegekinder oder Adoptivkinder aus dem In- oder Ausland, die entweder privat oder über staatliche Organisationen vermittelt wurden.

Als ich anfing, mich mit dem Thema Toxine (Drogen und/oder Alkohol) im Mutterleib zu beschäftigen, erstaunte mich am meisten, wie häufig es auftritt und wie selten es richtig diagnostiziert wird.

Zuvor war ich bei einer Behörde für Pflegekinder als Sozialarbeiterin dafür zuständig gewesen, Pflegekinder möglichst erfolgreich in künftige Familien zu vermitteln.

Wenn ich an all die Kinder zurückdachte, denen ich begegnet war, dann stellte ich fest, dass bei 80 – 90 % dieser Pflegekinder nie bekannt war, dass sie bereits im Mutterleib mit Toxinen Kontakt hatten. Obwohl es Aufzeichnungen über Alkohol- oder

Drogenmissbrauch der leiblichen Eltern gab, haben auch wir die Kinder nur selten speziell daraufhin untersucht. Das verringerte jedoch die Chancen der zukünftigen Eltern auf eine erfolgreiche Adoption deutlich. Wenn die Adoptiveltern das Ausmaß der Probleme ihres Kindes erkannten, fühlten sie sich von der Adoptionsvermittlungsstelle betrogen, weil dieser wichtige Punkt bezüglich der Gesundheit und Entwicklung des Kindes übersehen worden war. Oft dauerte es Jahre, bis die richtige Diagnose gestellt wurde. Regelmäßig wurden uns Kinder bis zum Teenageralter vorgestellt, die in der Schule mit massiven Lern- und Verhaltensauffälligkeiten zu kämpfen hatten und von ihrer Umgebung einfach für dumm und unerzogen gehalten wurden. Die richtige Diagnose ermöglichte nicht nur Behandlungsmöglichkeiten, um die Gesundheit und das Sozialverhalten der Kinder zu verbessern, sondern sie bot dem betroffenen Kind und seinen Eltern auch Verständnis und Perspektiven für das Verhalten der Kinder.

Diagnose FAS

Einige Fakten über FAS:

- Bei FAS handelt es sich um eine komplexe Störung, die im Schweregrad von leicht bis schwer variieren kann
- FAS ist die Hauptursache für geistige Behinderung
- Von allen Suchtmitteln verursacht Alkohol die schwerwiegendsten neuronalen Schädigungen und Verhaltensstörungen
- 20 – 50 % der Frauen in den USA geben an, während der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben

Was sind die Anzeichen für FAS ?

Bei Kleinkindern: Niedriges Geburtsgewicht, kleines Gehirn, Veränderungen im Gesichtsbereich;

Bei älteren Kindern: Geringes Wachstum, Verhaltensauffälligkeiten (Impulsivität, Hyperaktivität, Aggressivität, aufbrausendes Temperament, Lernstörungen, Probleme mit Ursache und Wirkung, Schwierigkeiten beim Erkennen sozialer Signale, Merkfähigkeitsstörungen) und Veränderungen im Gesichtsbereich.

Zu den Veränderungen im Gesichtsbereich zählen kleine Augenöffnungen, Epikanthusfalten (Hautfalten an der Innenseite des Auges), abgeflachter Nasenrücken, flaches Filtrum (der Bereich zwischen Oberlippe und Nase), dünne Oberlippe, fliehendes Kinn und tiefsitzende Ohren.

Man muss unbedingt kulturelle Unterschiede berücksichtigen (bei manchen Asiaten ist die Epikanthusfalte angeboren), deshalb kann nur ein Arzt die Diagnose FAS stellen, indem er Geburtsprotokoll und Entwicklungsberichte sowie die Vorgeschichte der Mutter berücksichtigt und Kopfumfang und Gesichtsproportionen misst. Außerdem muss man immer daran denken, dass ein Kind an FAS leiden kann, obwohl es nicht alle der genannten Symptome aufweist.

Therapie

Ist die Diagnose einmal gestellt, werden dem betroffenen Kind vermutlich eine oder mehrere der folgenden Therapien empfohlen: Ergotherapie, Überprüfung und Therapie der sensorische Integration, Logopädie, psychotrope Medikamente, Maßnahmen der Sondererziehung sowie spezielle Gruppen zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten. Doch ungeachtet aller genannten Therapien kommt es oft zu schwierigen Situationen zu Hause mit den Eltern. Für die Eltern ist es oft schwer, mit dem sprunghaften Temperament dieser Kinder, dem inkonstanten Verhalten (mal werden Regeln eingehalten, mal nicht), häufigen Wutausbrüchen, Hyperaktivität, Aggressionen sowie allgemeinem Ungehorsam umzugehen. Es ist typisch, dass die Kinder sagen, dass sie die Regeln verstanden haben und die Regeln auch wiederholen können, die sie gerade gebrochen haben; dennoch wird der gleiche Fehler immer wiederholt – zur großen Enttäuschung der Eltern. Traditionelle Verfahren wie nicht-direktive Spieltherapie oder Gesprächstherapie sind aufgrund der Defizite in den Bereichen Sprache/Verarbeitung/Aufmerksamkeit nicht geeignet. Die Kinder leiden an geringem Selbstwertgefühl, da sie von Altersgenossen abgelehnt werden. Sie fühlen sich als Versager, da sie immer wieder in Schwierigkeiten geraten und ihre Eltern enttäuschen. Außerdem fehlt ihnen die Einsicht für ihre Gefühle oder Gedanken.

FAS und Bindung

Kinder, die im Mutterleib Alkohol oder Drogen ausgesetzt waren, sind prädestiniert für mehr Schwierigkeiten in den Bereichen Bindung und Selbstregulation als sich normal entwickelnde Kinder. Dies ist unabhängig von der Tatsache, dass sie nach der Geburt vielleicht in einer nicht-optimalen Umgebung aufgewachsen sind. Mit anderen Worten, selbst wenn ein Kind direkt nach der Geburt in eine optimale Adoptivfamilie kommt,

wird es durch den vorherigen Kontakt mit den Toxinen zu Problemen in seiner sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung kommen. Im Mutterleib verursacht das Toxin strukturelle und biochemische Abnormalitäten in Teilen des sich entwickelnden Hirn des Fötus. Diese Kinder sind meist leichter überstimuliert, irritiert, schreien häufiger, zittern und sind schwierig beim Füttern und Schlafen; bei Kinderärzten fallen sie häufiger wegen Gedeihstörungen auf als Kinder, die nicht mit Toxinen in Kontakt kamen. Die Pflege und Versorgung von toxingeschädigten Neugeborenen ist daher bei weitem nicht so befriedigend wie die Pflege eines gesunden Säuglings. Sie brauchen Hilfestellung beim Ruhigwerden und entsprechende Stimulation, um sich gut zu entwickeln. Ohne professionelle Hilfe sind diese leicht erregbaren, dysregulierten Babys eine schwere Bürde für alle Eltern, die umso schwerer wiegt, wenn die Eltern nicht über die Probleme und Ursachen Bescheid wissen. Dieses frühe Zusammenspiel von Anlagen und der unausweichlichen Frustration der Eltern führt zu einer Entgleisung im gegenseitigen Bindungs- und Anpassungsprozess. Das dyadische Aufeinandereinstellen ist die Basis für jede emotionale Regulierung und für die Entwicklung von Empathie und Kommunikation. FAS sowie die damit einhergehenden Folgestörungen führen somit zu einem Kind, das die emotionalen Zeichen seiner Mitmenschen nicht versteht und nicht einmal merkt, dass es Hilfe braucht; und selbst wenn es dieses Bedürfnis äußern könnte, würde es nicht bemerken, dass man diese erfüllt.

Das ist der Grund, warum Theraplay für toxingeschädigte Kinder so lebenswichtig ist. Durch Theraplay lernen die Eltern als allererstes und wichtigstes, wie man verhindert, dass das Kind überstimuliert wird und die Kontrolle verliert. Das hat allerhöchste Priorität, denn wenn diese Kinder erst einmal die Kontrolle verloren haben, dauert es lange, bis sie sich wieder beruhigt haben. Therapeutin und Eltern müssen schnell lernen, wo die Toleranzgrenze für Stimulation beim jeweiligen Kind liegt und die Umgebung so gestalten, dass ein Erregungslevel knapp unter der Frustrationstoleranz des Kindes gehalten werden kann. Im Einzelfall kann das heißen, dass das Licht ausgeschaltet bleibt oder abgedunkelt wird, ablenkendes Material wie Spielsachen oder Bücher aus dem Theraplay-Bereich geräumt werden oder eine Decke oder ein Sitzsack klar den Therapiebereich definieren. Als nächstes muss die Therapeutin Aktivitäten auswählen, bei denen die Intensität der Stimulation mühelos an das Erregungsniveau des Kindes angepasst werden kann. So kann beispielsweise "Seifenblasen" eine Überstimulation darstellen, weil es viele Blasen gibt, die sich in unterschiedliche Richtungen bewegen, plötzlich platzen und dabei spritzen. In diesem Fall kann es sein, dass ein Kind, das der Therapeutin die Flasche aus den Händen nehmen will, damit nur ausdrückt, dass es zu viel für es ist, wenn es nicht die Kontrolle über Geschwindigkeit und Richtung der Seifenblasen hat. In so einem Fall wäre es besser, einen Wattebausch zu nehmen, der auf einem Kissen hin und her gepustet wird. Dieses Spiel ist für das Kind eher vorhersagbar, da es sich nur um einen, noch dazu festeren Gegenstand handelt.

Kinder mit FAS brauchen möglicherweise immer wieder kleine Pausen von der Interaktion, um selbst mit angemessener Stimulation klar zu kommen. Es ist völlig okay, zuzulassen, dass sie dafür den Blick abwenden oder ihr Gesicht kurz in einer Decke oder einem Kissen verstecken, ohne dass man versuchen muss, sie wieder ins Spiel zu locken. Nach solch einer kleinen Auszeit können sie dann oft wieder in der Lage, weiterzumachen. Bei toxingeschädigten Kindern ist die Ursache für diese und ähnliche

Verhaltensweisen oft nicht Widerstand oder das Bedürfnis, die Kontrolle zu haben, sie schützen sich selbst damit vor Reizüberflutung.

Das zweite Ziel bei Kindern mit FAS ist, langsam ihre Toleranz für Stimulationen zu erhöhen, so dass sie sich in Richtung Beziehung und Flexibilität weiterentwickeln können. Trotz der durch die Toxine hervorgerufenen Schäden kann das kindliche Nervensystem neue Verbindungen zur Beherrschung sozialer und kognitiver Fähigkeiten entwickeln. Aktivitäten wie einfache Berührungen, singen und auf den Knien schaukeln verbessern die Aufmerksamkeit, Reaktion und Fähigkeit des Kindes, Berührungen, Bewegung und Lärm zu ertragen. Diese Spiele können an Intensität und Umfang in dem Maß zunehmen, wie das Kind zunehmende Stimulation bewältigen kann. Auch hier müssen Therapeutin und Eltern die Umgebung und Aktivitäten so gestalten, dass sich das Kind sicher fühlt und darauf vertraut, dass seine Betreuer es vor Überstimulierung schützen und auf seine Bedürfnisse eingehen.

Im Laufe der Theraplay-Therapie lernt das Kind, sich bei Überstimulation mit der Hilfe seiner Betreuer nach und nach selbst zu beruhigen. Dieser Meilenstein muss in der Therapie hervorgehoben und unterstützt werden; z. B. kann man, wenn das Kind nach einem Getränk fragt oder auf dem Strohalm kaut oder sein Gesicht verbirgt, weil es aufgeregt ist, sagen: „Prima, du merkst genau, wann Du eine Pause brauchst, das Kauen auf dem Strohalm tut Dir gut. Ob Du auch die Rosinen kauen kannst, die Deine Mama Dir gibt?“ Auf diese Art und Weise verstärkt die Therapeutin das Kind und ermutigt es gleichzeitig, die Mutter mit einzubeziehen.

Zum Schluss möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass ein Kind mit FAS Verarbeitungsstörungen hat, die es ihm erschweren, die verbalen und kognitiven Anweisungen anderer Therapiemethoden zu verstehen. Da bei Theraplay in erster Linie nonverbale Kommunikationswege wie Sehen (übertriebener Gesichtsausdruck), Rhythmus, Berührung, Bewegung usw. eine Rolle spielen, kann ein Kind mit FAS seine kognitiven Defizite überwinden und dennoch lernen und Erfolgserlebnisse haben. Es ist ein langer Weg hin zu mehr Selbstvertrauen und dem Mut, neue Sachen auszuprobieren.

Die Möglichkeit, sich selbst besser kontrollieren zu können, sowie die Erfolgserlebnisse, die ein Kind durch Theraplay erhält, stellen eine solide Basis dar, auf der es schulischen und sozialen Erfolg aufbauen kann, und die ihm somit die Chance gibt, sein Potential auszuschöpfen und die schädlichen Auswirkungen von FAS zu überwinden.

Dafna Lender, cert. Theraplay Trainer
The Theraplay Institute
3330 Old Glenview Rd., Suite 8
Wilmette, IL 60091

Literatur

Chasnoff, I. (2001) The Nature of Nurture: Biology, Environment and the Drug-Exposed Child. NTI Publishing: Chicago.

Stump, J. (1992) *Our Best Hope: Early Intervention with Prenatally drug-exposed infants and their families*. Child Welfare League of America: Washington D.C.