

Reinhold Feldmann

FAS-Ambulanz, Universitätskinderklinik Münster

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für die kindlichen Fehlbildungen, die nicht genetischer Ursache sind. Mit einer Inzidenz von 1 : 300 Neugeborenen ist das klinische Vollbild der kindlichen Alkoholschädigung (Fetales Alkoholsyndrom, FAS) bei weitem häufiger als etwa das Down-Syndrom (1 : 833). Pro Jahr werden in Deutschland also etwa 2200 Babys mit FAS geboren. Hinzu kommen schätzungsweise bis zu 15.000 Kinder mit alkoholbedingten kognitiven und intellektuellen Schädigungen, die meist nicht erkannt oder nicht gleich mit dem Alkoholkonsum der Mutter in Bezug gebracht werden.

Alkohol wirkt auf das ungeborene Kind bereits in kleinen Mengen wie ein Gift. Er hemmt das *Zellwachstum*, das Kind bleibt auch später noch zu klein. Alkohol wirkt auch *missbildend*, verändert das Aussehen der Kinder (faziale und andere Dysmorphien). Vor allem aber wirkt Alkohol giftig auf die Nervenzellen, auf das *Funktionieren des Gehirns*, und diese Schädigung ist irreversibel.

Alkohol und Gehirn

Das Gehirn ist im fetalen Organismus das für Alkohol anfälligste Organ. Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom (FAS) zeigen entsprechend vielfältige Malformationen des Gehirns und allgemein des Zentralen Nervensystems. Typisch sind Wachstumsstörungen des gesamten Gehirns sowie zerebrale Dysgenesien in Form von Mikrogyrie und etwa verwaachsenen Frontallappen. Weitere mögliche Folgen sind Hydrozephalus, zerebelläre Dysmorphien, Hirnstammveränderungen sowie Agenesie des Corpus callosum. Die Basalganglien und der Nucleus caudatus scheinen durch Alkohol besonders verwundbar zu sein. Berichtet werden zudem eine verminderte Zellzahl, Defizite in der Dendritenstruktur, mangelhafte Myelinisierung und Veränderungen der Neurotransmitter. Die Produktion der Transmitter sowie ihre Verteilung, Zusammensetzung und die regionale Wirkung sind dauerhaft gestört.

Neben den häufigen hirnorganischen Fehlbildungen findet sich ein komplexes, sehr variables Muster von neuropsychologischen und psychopathologischen Auffälligkeiten. Unter einer geistigen Entwicklungsverzögerung leiden etwa 90% aller Kinder mit FAS. Insgesamt allerdings korrelieren die pathologischen Veränderungen des Gehirns nicht mit den sonstigen körperlichen Veränderungen, die Größe, Gewicht, faziale Dysmorphien und Fehlbildungen anderer Organe betreffen. So gibt es Kinder, die trotz eines äußerlich eher unauffälligen Erscheinungsbildes aufgrund des Alkoholkonsums der schwangeren Mutter schwere zentralnervöse Veränderungen aufweisen.

Kognitive Störungen

Zu den Merkmalen des FAS gehören auch die teils erheblichen kognitiven Defizite der betroffenen Kinder. Die Intelligenz ist vermindert. Festzustellen ist dabei in gängigen Testverfahren eine sehr homogene Senkung von Handlungs- und Verbal-IQ. Insgesamt bleibt der IQ deutlich unter 80. Die intellektuellen Leistungseinbußen zeigen sich vor allem im logischen Denken und beim Lösen komplexer Aufgaben, beim Rechnen und kombinatorischen Denken. Höhergradige intellektuelle Prozesse wie Abstraktionen, Erlernen von Regeln und Erfassen von Sinnzusammenhängen sind erschwert oder sogar ganz unmöglich. Im Denken und Handeln zeigt sich eine Naivität, die man als „persistierende Infantilität“ bezeichnen kann. Es werden bis ins Erwachsenenalter hinein unrealistische Wünsche, unerfüllbare Zukunftshoffnungen

und kindliche Gedanken zu Beruf, Freizeitgestaltung, Kleidung und Lebensführung geäußert. Die Kinder und auch die Jugendlichen entwickeln kein Gespür für den Wert von Geld - sie verschenken es ohne weiteres oder kaufen die erstbesten Dinge, die sie sehen. Auch fehlt oft ein Verständnis für Zeiträume - die Kinder und Jugendlichen leben ganz im „Jetzt“ und können über Vergangenheit oder Zukunft nicht nachdenken. Bei den Kindern und Jugendlichen mit FAS ist zudem das formale Denken und die Informationsverarbeitung verzögert und zähflüssig. Beim Nacherzählen, der Ausgestaltung eigener Vorstellungen und der Schilderung von Gedanken wirken sie oft weit überfordert. Ihre Aussagen sind dann arm an Assoziationen, wirken stereotyp und oft wie einstudiert. Wenn Kinder oder Jugendliche mit FAS erzählen sollen, was sie erlebt haben, was andere Personen gemacht haben oder auch, wie es zu diesem Unfall oder jenem Konflikt kam, weichen sie oft aus, erzählen widersprechende oder sichtlich der Fantasie entsprungene Versionen. Sie tun das nicht, um etwas zu verbergen, sondern, weil sie tatsächlich nicht verstanden haben, was geschehen ist, und auch der Ablauf des Geschehens ihnen unklar blieb.

Die Merkfähigkeit bei Kindern mit FAS ist, Kurz- wie auch Langzeitgedächtnis betreffend, deutlich verringert. Das schlechte Kurzzeitgedächtnis behindert die Kinder zugleich in der Lernfähigkeit, was unter anderem zu den sehr häufigen Problemen beim Verstehen und Mitarbeiten in der Schule führt. Die Kinder scheinen, wenn sie Neues lernen, das zuvor gelernte darüber zu vergessen. Lerninhalte bauen bei ihnen nicht aufeinander auf; sie können nicht auf andere Anwendungsgebiete übertragen werden. Auch im familiären Miteinander können die Kinder trotz häufiger Wiederholungen und Erklärungen viele alltägliche Handlungen nicht selbständig ausführen. Sie müssen vielmehr täglich an ihre Aufgaben erinnert werden, brauchen selbst dann noch Anleitung und Kontrolle. Alltagsrituale werden nur mühsam gelernt, und nach kurzer Unterbrechung, etwa nach einer Urlaubsreise, sind sie vergessen.

Alkoholgeschädigte Kinder haben eine stark verminderte Konzentrationsfähigkeit. Die Kinder sind nur kurzzeitig aufmerksam und interessiert, sie sind leicht ablenkbar und reagieren verlangsamt. Sie bringen Spiele, bei denen Geduld erforderlich ist, nicht zu Ende und lassen sich kaum lange von einer Beschäftigung einnehmen. Entsprechend können die Kinder Verabredungen nicht einhalten und Aufträge nicht gut ausführen. Soll das Kind etwa seine Schultasche, die Schuhe und die Jacke holen, wird es für jeden Auftrag erneut gehen oder aber unterwegs abgelenkt werden und keinen der Aufträge erledigen. Außerhalb der Familie wird das Unvermögen der Jugendlichen, ohne wiederholte Anleitung und Kontrolle Arbeiten selbständig zu erledigen, oft nicht verstanden.

Problematisch ist, dass sich diese erheblichen, der toxischen Wirkung der intrauterinen Alkoholexposition entsprechenden Einschränkungen intellektueller Fähigkeiten auch bei optimaler Förderung als unumkehrbar erweisen. FAS ist damit vor allem psychotherapeutischen Maßnahmen sowie pädagogischen Bemühungen (Eltern, Erzieher) weit weniger zugänglich als andere Störungen der Entwicklung.

Soziale und emotionale Störungen

Belastend für (Pflege-)Eltern sind meist mehr noch die emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Kindern mit FAS. *Hyperaktivität* etwa findet sich bei keinem Fehlbildungssyndrom so häufig wie bei FAS. Als besonders störend wirkt sich die Hyperaktivität im Kleinkind- und Schulkindalter aus, da das Lernen und die soziale Reifung sehr schwer fallen. Zentrale Merkmale sind ständige motorische Unruhe, Nervosität, dauernd ändernde Interessen, häufig als untragbar empfundene Zügellosigkeit, Ungehemmtheit und Impulsivität im Sozialverhalten. Die Kinder sind

leicht ablenkbar und zeigen häufig Aufmerksamkeit heischendes Verhalten. In der Schule fallen die Kinder auf, weil sie nicht still sitzen können und ständig undiszipliniert sind, was auch für die Mitschüler zum Problem werden kann. Die Kinder mit FAS zeigen plötzlich *wechselnde Stimmungen*, sie reichen von unbekümmerter Fröhlichkeit hin zu einer depressiven Stimmung, ja zu unvorhersehbarer Trauer und heftigem Weinen. Die Affekte können vom Kind nur schwer kontrolliert werden, Frustrationen werden nicht leicht toleriert, doch lassen sich die Kinder durch Ablenkungen oft bald beruhigen. Die *Risiken* des eigenen Verhaltens, beim Spielen z. B., können nicht eingeschätzt werden. Die natürliche Angst vor Gefahren fehlt im allgemeinen. Die Kinder sind waghalsig, übermütig, geraten im Straßenverkehr oder beim Klettern in gefährliche Situationen. Sie benötigen daher gezielte Betreuung. Ihre erhöhte Risikobereitschaft verlangt neben Aufmerksamkeit auch Geduld und Zuwendung durch die Eltern, um den Kindern womöglich ein Gefühl für Gefahrensituationen zu vermitteln. Im Gegensatz zu anderen Kindern scheinen die Kinder mit FAS aber selbst aus schlechten Erfahrungen nicht zu lernen. Auffälliges Merkmal bei der Mehrzahl der Kinder ist ein *geringes Distanzgefühl*. Sie zeigen kein natürliches Misstrauen und suchen spontan die Nähe auch unbekannter erwachsener Personen. Ihre Kontaktsuche ist meist anschiemgsam. Dieses Verhalten wirkt angenehm kindgerecht, in diesem übersteigerten Maß jedoch bald befremdend und unangenehm. Kinder mit FAS gehen unbefangen auch auf andere Kinder zu. Da sie aber distanzlos und anhänglich sind, dabei soziales Taktgefühl vermissen lassen, werden sie nicht akzeptiert und schnell abgelehnt. Kinder und auch Jugendliche mit FAS können soziale Beziehungen nicht adäquat einschätzen. Nicht selten stellen sie eine Person, die sie soeben kennen gelernt haben, als „besten Freund“ vor.

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind überwiegend *naiv, leichtgläubig und verleitbar*; sie können die Konsequenzen ihres sozialen Handelns oft nicht abschätzen. Die Kinder und Jugendlichen begegnen vertrauensselig anderen Kindern und Fremden. Die große Unbekümmertheit führt im späteren Leben zu erheblichen sozialen Problemen. Aufgrund ihrer Leichtgläubigkeit geraten die Kinder immer wieder in unangenehme Situationen, deren Konsequenzen sie nicht verstehen. Dennoch scheinen die Kinder auch hier aus schlechten Erfahrungen, ja selbst aus Strafen nicht zu lernen. Auch Jugendliche mit FAS sind erheblich gefährdet, da sie Fremden arglos gegenüber stehen und nicht fähig sind, fremde Absichten zu durchschauen. Auf ein freundliches Wort hin leisten sie gern Folge, ohne erfassen zu können, was mit ihnen geschieht, und ohne zu bemerken, dass ihr Vertrauen ausgenutzt wird. Mädchen mit FAS, die auf fremde Zuwendung gutgläubig antworten, nicht selten selbst in offensiv sexualisierter Weise Kontakt suchen, sind in besonderem Maß gefährdet. Leicht verführbar sind auch die Jungen, die sich Gleichaltrigen anschließen wollen. Jugendliche mit FAS sind spontan nicht häufiger delinquent als ihre Altersgenossen, lassen sich aber leichter und stets unwissentlich für kriminelle Zwecke einspannen. Oft reicht der Hinweis: „Wenn du mein Freund sein willst, dann ...“ Die betroffenen Jugendlichen sind dann Mitläufer, nicht Initiatoren der Handlung (Diebstahl, Sachbeschädigung), stehen für die anderen „Schmiere“. Werden sie von Erwachsenen zur Verantwortung gezogen, können sie weder das eigene Handeln verstehen noch erklären. Da sie entsprechend keine Schuldgefühle entwickeln und wenig Einsicht zeigen können, werden sie nicht selten besonders hart bestraft. Weil sie aber aus Erfahrungen nicht lernen und auch den Sinn der Strafe nicht verstehen können, geraten sie bald erneut in vergleichbare Schwierigkeiten. Meist eskaliert schließlich dieses Wechselspiel von immer

empörterem Strafen der Autorität und wachsender Hilflosigkeit und Verzweiflung der betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Hilfen für betroffene Kinder und Jugendliche

Unverzichtbar ist eine gute Aufklärung all derer, die mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen befasst sind. Sie müssen um die Grenzen wissen, die FAS der kognitiven und emotionalen Entwicklung setzt. Aufklärung kann helfen, Vorwürfen und Schuldgefühlen, denen die Kinder und ihre Eltern oft ausgesetzt sind, wirksam zu begegnen. Verlaufsstudien zufolge ist die Entwicklung der betroffenen Kinder günstiger, wenn die Diagnose FAS frühzeitig gestellt wird. Vielfältige Untersuchungen und Therapieversuche können vermieden werden, geeignete Betreuungen können frühzeitig angebahnt werden. Biographische Brüche und Mißbrauchserfahrungen sind seltener.

Die Kinder benötigen eine intensive Zuwendung, dazu frühzeitige Förderung und teils auch therapeutische Maßnahmen (Ergotherapie, Logopädie). FAS ist jedoch nicht heilbar, und elterliche wie professionelle Erwartungen bezüglich des Erfolgs der Therapiemaßnahmen sollten das berücksichtigen. Kinder und Jugendliche mit FAS sind in der Psychotherapie gutwillig und kooperativ. Sie können allerdings ihre Zusagen meist nicht einhalten, weil sie diese nach kurzer Zeit vergessen oder aber nicht verstanden haben, was von ihnen gewünscht wird. Obwohl anderes „besprochen“ oder „erarbeitet“ war, reagieren die Kinder oder Jugendlichen in der nächsten Situation – unabsichtlich - wieder in der unerwünschten Weise und enttäuschen die anfänglichen Erwartungen. Ist auf therapeutischer Seite nicht bekannt, dass eine hirnorganische Störung vorliegt, wird dem Kind oder Jugendlichen mit FAS bisweilen unterstellt, therapieunwillig zu sein oder den Therapeuten verspotten zu wollen. Die Therapie wird von professioneller Seite dann abgebrochen und gerät so für das betroffene Kind nur zu einer weiteren Erfahrung des eigenen Scheiterns und fremder Ablehnung.

Viele starke emotionale Reaktionen des Kindes oder Jugendlichen auf gestellte Aufgaben geschehen nicht aus Unwillen oder Trägheit. Die Kinder oder Jugendlichen spüren vielmehr selbst, dass sie den Anforderungen nicht gewachsen sind. Wird die Überforderung beendet, werden den Fähigkeiten angemessene Aufgaben gestellt und etwa eine geeignete Form der Beschulung gefunden, leben die Kinder auf, werden gelassener und verträglicher. Kinder und Jugendliche mit FAS benötigen sehr klare Strukturen und einfache Verhaltensanweisungen. Eine vorgegebene Alltagsstruktur mit ritualisierten Alltagsverrichtungen sollte überdauernd und ohne spontane Änderung gewährleistet werden. Sie wird von den Kindern und Jugendlichen mit FAS als sehr hilfreich erfahren und führt zu Verbesserungen im Sozialverhalten. Die Kinder und Jugendlichen fühlen sich darin sicher und vor Überforderungen geschützt. Dagegen reagieren Kinder mit FAS auf Veränderungen des Alltagsablaufs und der Umgebung oft mit Unruhe – selbst wenn die Veränderung gut gemeint ist, etwa als Urlaubsreise oder Besuch. Unruhe und Angst vor dem unbekanntem Ereignis lösen dann zuweilen auch Autoaggressionen aus.

Im Allgemeinen bleiben vorgegebene Strukturen und Anleitung auch im Jugend- und jungen Erwachsenenalter notwendig, damit die jungen Erwachsenen vor fremdem Missbrauch und (stets ungewollten) Gesetzeskonflikten geschützt bleiben. Jugendliche mit FAS brauchen also in vielen Fällen weitergehende Betreuung, so z.B. in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen erleben betreute Lebens- und Arbeitssituationen selbst als entlastend, entsprechende Maßnahmen sollten ihnen nicht vorenthalten werden.